

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



**CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN,
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C, HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS,
DICIEMBRE – FEBRERO, 2017**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL
EN ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

NELLY AGUILAR EGOAVIL

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	Presidenta
Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	Secretaria
Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Vocal

ASESOR: Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI

N° de Libro: 01

N° de Acta de Sustentación: 135

Resolución de Decanato N° 1050-2017-D/FCS de fecha 24 de mayo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

Lic. AGUILAR EGOAVIL NELLY

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	4
1.2 Objetivos.....	5
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2 Marco Teórico.....	11
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	36
3.1 Recolección de Datos	36
3.2 Recuento de la Experiencia Profesional	38
3.3 Procesos Realizados	43
IV. RESULTADOS.....	46
V. CONCLUSIONES.....	50
VI. RECOMENDACIONES	51
VII. REFERENCIALES	52
ANEXOS.....	58

INTRODUCCIÓN

Las Úlceras por Presión (UPP) se define como una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar la articulación y hueso. (1) Esta patología se presenta con frecuencia en la población de adultos mayores de 60 años según la OMS. La proporción de dicha población viene aumentando considerablemente en los últimos años. Se estima que para el año 2025 existirán más de 100,5 millones de adultos mayores en América Latina y el Caribe. (2)

El presente informe de experiencia profesional titulado “Cuidado de Enfermería en Pacientes Hospitalizados con Úlceras por Presión”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión ; así mismo contribuir a la prevención de las mismas y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, prevenir complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria, la rehospitalización, la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe el planteamiento del problema;

descripción de la situación problemática, objetivo, justificación, el capítulo II: incluye marco teórico; los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados; capítulo V: conclusiones, capítulo VI: recomendaciones y el capítulo VII referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de Salud Pública ya que afecta a millones de personas en el mundo perturbando su salud, su calidad de vida y que pueden conducir a la discapacidad o a la muerte (3).

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría (95%) de las UPP que presentan los pacientes son evitables y aún más que otro porcentaje importante (60%) de estas serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración y riesgos de UPP.(4)

En el hospital Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en el distrito de Jesús María; en el servicio de medicina interna 6C, se observa que a lo largo de mi experiencia profesional las úlceras por presión son uno de los problemas que aquejan a los pacientes hospitalizados. Según datos estadísticos realizados en nuestro hospital la mayoría de las personas que se hospitalizan son pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas como insuficiencias cardíacas congestivas, diabetes, ACV, enfermedades pulmonares, insuficiencia

renal crónica, con secuelas neurológicas, obesidad y por necesidad de camas en el servicio de emergencia recibimos también pacientes post operados y de traumatología; todo esto contribuye a la disminución de la movilidad e inmovilidad del paciente adulto mayor trayendo como consecuencia la aparición de úlceras por presión. Tenemos casos de pacientes adultos mayores que ingresan al servicio de medicina con úlceras por presión I-II-III-IV causados en su domicilio o en el servicio de emergencia (prevalencia) y otras causadas en el mismo servicio (incidencia).

Poe ello, la enfermera cumple un papel importante en cuanto a los cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con UPP; debemos dirigir nuestras acciones en forma sistematizada, utilizando las evidencias científicas actuales utilizando los protocolos y guías de atención para brindar una mejor calidad de vida, un trato digno al paciente y familia; ya que es uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, porque determina la efectividad del cuidado de la piel dado por el profesional de enfermería.

1.2 Objetivos

Objetivo General

Describir los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados, Servicio de medicina interna 6C, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidado de Enfermería en pacientes hospitalizados con úlceras por presión", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión; así mismo contribuirá en la prevención de las mismas y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, prevenir complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria, la rehospitalización, la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida del paciente.

Nivel Teórico: El presente informe servirá para profundizar los conocimientos relacionados con las funciones independientes a enfermería en cuanto al cuidado del deterioro de la integridad cutánea, así también como la prevención de las mismas. Se brindara educación al familiar acompañante y cuidador del paciente hospitalizado sobre los cuidados y la prevención de las úlceras por presión.

Nivel Social: el informe beneficiara a las enfermeras que atienden a los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y a los familiares, ya que la limitación de actividades impide y vulnera la calidad de vida de los pacientes afectados y familiares, ya que se inicia una secuencia de situaciones a las que debe ser sometido el

paciente, algunas de ellas son la curación de las lesiones, administración de antibióticos, que repercuten en la dimensión emocional y social desarrollándose una baja autoestima, ansiedad y depresión del paciente y familia.

Nivel Práctico: El presente informe permitirá aumentar los conocimientos de los enfermeros, paciente y familia sobre la prevención, cuidados y complicaciones de las úlceras por presión, y de esa manera se beneficiarán, porque se reducirán los factores que desencadenan las complicaciones, disminuyendo su estadía hospitalaria.

Nivel Económico: Los paciente que se hospitalizan con diferentes patologías y que tienen úlceras por presión, generan gastos económicos directos en cuanto al tiempo en estancia hospitalaria, recursos humanos, medicamentos e indirectos que afectan al paciente y cuidador.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

ALVAREZ DE LA CRUZ, C. & LORENZO GONZÁLEZ, M., Cuba.
“Cuidados de Enfermería en una Población Geriátrica con Úlceras de Presión”. 2011. (5) El estudio es descriptivo. Tiene como objetivo identificar riesgos de úlcera por presión UPP en la población geriátrica mayor de 60 años del Consultorio 33 del Policlínico Cristóbal Labra del Municipio de La Lisa. Podemos concluir que la población mayor de 60 años se observa un incremento del riesgo por úlceras por presión, siendo el porcentaje de 14,1% de pacientes tienen de 60 a 70 años, el 22,5% pacientes entre los 71 a 80 años y el 19,1% mayor de 80 años. Podemos ver que en la medida que se acerca a edades más avanzadas en estrecha relación con factores como son pérdida de autovalidismo, la falta de deambulaci3n, el control de la micci3n y, de manera general, la no implementaci3n por parte de la familia de las medidas higiénicas sanitarias orientadas por el equipo de salud.

JORDAND Y CLARK, España. “Prevalencia de las úlceras por presi3n (UPP) entre los ancianos que residen en nuestro

Hospital Insular de Lanzarote” 1998. (6) El estudio es descriptivo. Tiene como objetivo, analizar la prevalencia de las úlceras por presión (UPP), determinar las características de la situación, mental física y nutricional de los pacientes que presentan UPP y los que no las presentan y comparar, si las hubiera, las diferencias existentes en dichas características entre los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital. Podemos concluir, que la edad media de la población en estudio fue 81.25 años. En cuanto a la estancia media de dichos pacientes fue de 33,76 meses, aunque un 15% de ellos llevaban más de 5 años. También se encontró que en un 12% de los casos se presentaban úlceras de presión, siendo esta prevalencia similar a la de ingreso en el hospital. En cuanto al grado observamos: 20% eran grado I, un 25% eran de grado II, grado III el 16.7% y grado IV un 33.3%. Es llamativo el hecho de que el 83.3% de los ancianos afectados de UPP presentaban deterioro cognitivo frente al 62.5% encontrado entre los que no padecían úlceras. En la Residencia de Asistidos el porcentaje de ancianos que padecían demencia fue un 36%. Un factor importante en la aparición de UPP, como es la incontinencia (urinaria y fecal) alcanza cifras no despreciables en nuestra población, así la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 75% y la fecal era en el momento del estudio precedida por el 67% de los que tenían UPP y el 46% de los que no presentaban dichas lesiones.

DÍAZ JIMENEZ, C.E. & HUANCA ESCALANTE, L., Arequipa-Perú.
“Factores Asociados a la Presencia de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto”. 2013. (7) La investigación es de tipo descriptivo de corte transversal y de diseño correlacional. El objetivo es identificar la asociación de los factores Intrínsecos y Extrínsecos con la prevalencia de las UPP en los pacientes hospitalizados de Emergencia del Hospital Base Carlos Alberto. Podemos concluir que el 72% de la población de estudio tiene entre 51 a más años, el 36% es de sexo femenino. El 76% de la población en estudio presenta úlceras por presión. Con respecto a los factores intrínsecos que muestran relación significativa con el desarrollo de úlceras por presión son la edad, el IMC, estado físico general, estado de conciencia, actividad, movilidad e incontinencia. Con respecto a los factores extrínsecos que muestran relación significativa con el desarrollo de úlceras por presión son tiempo de estadía y humedad.

CHIGNE O., Lima-Perú. “Aplicación de Escala de Norton para Evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados”.1999. (8) El estudio fue descriptivo-transversal. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de

adultos mayores hospitalizados con riesgos de úlceras por presión en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Podemos concluir del total de muestras un 29% lo constituyen los adultos mayores de alto riesgo a UPP. Así mismo el 63.2% son mayores de 85 años y siendo en mayor incidencia el sexo femenino. El 100% de la muestra con más de 10 diagnósticos médicos tenían riesgo de UPP. El 66.7% con algún grado de inmovilismo tuvieron riesgo de UPP, el 54.7% tiene un grado de dependencia y el 38.1% de los adultos mayores tenían condición física mala.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Teorías de enfermería

Durante mi labor como enfermera asistencial las teorías que han facilitado mi labor en la atención del paciente han sido la teoría de Kristen Swanson, la teoría de Jean Watson y la teoría de Virginia Henderson.

A continuación, se detallará las características de este cuidado.

Teoría de los cuidados de Kristen Swanson.

Swanson (9) concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, proponiendo en su

teoría 5 principios básicos sobre: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias.

Los conocimientos se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados dados y por último hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el paciente y para el profesional de Enfermería; esta teoría apoya la idea de que los cuidados son un fenómeno central de la práctica de Enfermería, Swatnson plantea que independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados de Enfermería se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al paciente (estar con) las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el paciente).

Por lo tanto, se establece los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos,

apoyada por el conocimiento de la realidad del paciente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y ayudar al paciente respetando su derecho durante su cuidado, incluye la confidencialidad, derecho a la información, compañía, ayuda espiritual (10).

Esta teoría se relaciona con el presente informe puesto que los cuidados de enfermería constituyen la esencia de la profesión de Enfermería en la función asistencial y el presente está relacionado a la identificación del nivel de cuidado de los profesionales de Enfermería en las úlceras por presión.

- **Teoría del cuidado humano de Jean Watson**

Watson sostiene en su teoría que el cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería: el cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso de la vida y en el momento de la muerte. La teoría del cuidado humano guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas que son un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera y en el paciente en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, esfuerzos y límites, y en su saber reconfortar, tener compasión y empatía (11).

En esta teoría el profesional de Enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida; teniendo en consideración que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. La teoría de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos en la atención a los pacientes (11).

Esta teoría relaciona con el informe, puesto que los cuidados que los profesionales de Enfermería utilizados en los pacientes con úlceras por presión deben ser realizados teniendo en consideración los postulados del cuidado humanos expuestos en esta teoría.

Teoría de las necesidades humanas básicas.

Fue desarrollada por Virginia Henderson, quien en esta teoría concibe el papel del profesional de enfermería como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente (12).

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer;

dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo (13).

Las actividades que el profesional de enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente, describiendo la relación enfermera – paciente en tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera (13).

En relación al presente estudio, la influencia de la teoría de las necesidades humanas consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo del profesional de Enfermería por necesidades de cuidado, facilitando la definición del campo de actuación enfermero, y la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas, enfatizando la nutrición, higiene y movilización en los pacientes que presentan o están expuestos a desarrollar úlceras por presión.

2.2.2 Úlceras por presión

Colina, define a las úlceras por presión como la lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro. Esta definición plantea dos factores fundamentales de la aparición de las úlceras por presión: el origen isquémico de la lesión y la presencia de dos fuerzas enfrentadas (14).

Almendariz señala que las úlceras por presión son una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción de dos planos duros. Esta definición habla del origen, la localización y la posible causa como es la fricción (15).

Gallart expresa que las úlceras por presión como una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar a la dermis, epidermis y tejido subcutáneo pudiendo llegar a destruir el músculo hasta alcanzar los huesos (16).

Palomar refiere que las denominadas úlceras por presión, son lesiones con deterioro de la integridad cutánea, que pueden afectar desde epidermis hasta los planos blandos más profundos e incluso al tejido óseo, son lesiones que tienden a cronificarse, que no son una enfermedad y que son un signo de otra enfermedad o de unos deficientes cuidados y su etiología no solamente es la presión (17).

Dueñas, menciona que las úlceras por presión son heridas que aparecen en la piel que cubren las prominencias óseas al soportar una presión externa continuada sobre estas prominencias que interfieren con la buena circulación sanguínea y nutrición de los tejidos, evolucionando hacia la necrosis y úlceras de los mismos (18).

Etiología de las úlceras por presión.

Las úlceras por presión son causadas principalmente como consecuencia de:

a) Presión directa: La presión directa sobre una zona de la superficie corporal, mantenida durante un largo período de tiempo es el factor determinante para el desarrollo de úlceras por 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 el otro extremo al sillón, cama, sonda o cualquier agente externo. La presión capilar oscila entre 6-32 mm de Hg. Una presión superior a 32 mm de Hg ocluye el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia la misma que produce necrosis del tejido. En consecuencia, la formación de una úlcera por presión depende tanto de la presión como del tiempo que ésta se mantiene sobre una zona de la piel,

definida de forma clara bajo la ecuación presión + tiempo = úlceras por presión (19).

- b) Fricción:** Es la fuerza tangencial producida por oposición de una superficie contra otra; el roce de la piel con otras superficies (sábanas) hace que el estrato córneo se lesione y puede provocar flictenas intraepidérmicas y erosiones superficiales (20).

Los estímulos por fricción producen fuerzas paralelas a la superficie epidérmica que traumatizan la piel y que son repetidos, comprometiendo la circulación capilar desencadenando la cascada isquémica + necrosis - maceración. La fricción altera la capa cornea y provoca ampollas intraepidérmicas y erosiones (20).

La movilización inexperta de los pacientes encamados, o el paciente sentado que se desliza hacia abajo, produce una gran fricción produciendo roces por movimiento o arrastres que aumentan, si las sábanas están mojadas (20).

- c) Fuerza externa de pinzamiento vascular:** Se combina los efectos de fricción y presión, la posición de fowler que produce deslizamiento del cuerpo y puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona (21).

d) Cizallamiento: Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas en un plano perpendicular a las prominencias óseas, como la tuberosidad isquiática. Estas fuerzas hacen que la piel del sacro esté inmóvil, mientras que el tejido subcutáneo y los vasos glúteos son estirados y alargados, disminuyendo el aporte sanguíneo y produciendo rápidamente una isquemia tisular (21).

Las fuerzas de cizallamiento se producen cuando el paciente se encuentra en una silla o cuando la cabecera de la cama está elevada más de 30° (posición Fowler) (21).

e) Humedad: La humedad provocada por incontinencia urinaria o fecal provoca maceración de la piel y edema. La incontinencia aumenta 5 veces el riesgo de desarrollar úlceras por presión (22).

Clasificación de las úlceras por presión.

El signo inicial de la presión es el eritema (enrojecimiento de la piel) debido a la hiperemia reactiva, originando un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, causando una rápida degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, ocasionando alteración a nivel de la membrana celular y liberándose aminas vasoactivas; si este proceso no cesa, se produce una isquemia local, trombosis venosa y alteraciones

degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede alcanzar planos profundos, con destrucción de músculo, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios, la úlcera por presión es dolorosa y sana con gran lentitud (23).

En la evolución de las úlceras por presión pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de la Salud de Estados Unidos basada en la clasificación original de Byrne y Feld, que diferencia cuatro estadios (24).

- a) **Estadio I.-** Eritema que no palidece tras presión, piel intacta (en pacientes de piel oscura se observa eritema, decoloración y calor local). También incluye cambios de temperatura o sensibilidad de la piel, siempre de carácter persistente (24).
- b) **Estadio II.-** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión ampolla o cráter superficial (24).
- c) **Estadio III.-** Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis de tejido subcutáneo pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber compromiso del tejido circundante (24).

d) Estadio IV.- Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido con daño muscular, óseo o de estructura de sostén, como tendones, capsula articular. presenta lisiones con cavernas y trayectos sinuosos (24).

2.2.3 Cuidado de enfermería en Ulceras por Presión

Definición del nivel de cuidado del profesional de Enfermería.

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las diversas corrientes del pensamiento a través de la historia. El cuidado en enfermería comienza desde los inicios de la vida y se han destacado cuatro etapas en este proceso hasta convertirla en profesión: la etapa doméstica, vocacional, técnica y profesional (25).

Aproximadamente en el siglo XIX Nightingale definió al cuidado como “un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”; dando comienzo a la profesionalización de Enfermería (26).

Benner y Wrubel, por su parte afirman que el cuidado es elemento esencia de la relación enfermera – paciente y la capacidad de la enfermera para empatizar, representa la característica principal de las relaciones profesionales (27).

Sánchez, define al cuidado como un acto de interacción humana, recíproco e integral (28).

Según Francoise el cuidado de Enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de enfermedad y la salud, basándose esta actividad en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado; para lograr esto, el profesional de Enfermería debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida(29).

Desde el punto de vista de Remuzgo, los cuidados de enfermería son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural, donde cada necesidad insatisfecha afectará al ser humano como un todo; por lo que el profesional de Enfermería debe poseer habilidades y destrezas que permitan al paciente verbalizar sus inquietudes y fortalecer la personalidad a través de una relación humana que genere confianza y empatía (30).

En tanto, Sánchez refiere que la calidad de los cuidados de la atención interpersonal de Enfermería debe incluir la atención oportuna que se define como brindar al paciente el cuidado al

momento que este lo solicite o necesite, y de conformidad con el tratamiento indicado (31).

Por su parte, Medina afirma que los buenos profesionales de Enfermería no son los que poseen altos conocimientos teóricos sobre las funciones de su competencia, sino los que conocen la esencia de su profesión (32).

Por lo expuesto se puede deducir que los cuidados de enfermería es el medio para lograr un fin que es el bienestar de los pacientes, dentro de la perspectiva de un cuidado con enfoque integral y humanizado a las personas que lo necesiten.

Cuidados del profesional de Enfermería en las úlceras por presión

Planificación de los cuidados.

La planificación de los cuidados e intervenciones constituye una fase sistemática del proceso de enfermería que ayuda a la toma de decisiones y a la resolución de problemas que presenten cada uno de los pacientes. Durante la planificación, el profesional de enfermería consulta los resultados de valoración y los diagnósticos del paciente, para orientarse durante los objetivos del paciente y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para

prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente; las cuales son plasmadas en un plan de cuidados de enfermería (33).

En la planificación de cuidados el profesional de Enfermería debe realizar una valoración integral del paciente, priorizando las necesidades y problemas, estableciendo los diagnósticos correspondientes; específicamente en las úlceras por presión, la fase de valoración debe estar enfocada en tres dimensiones: estado del paciente, estado de la lesión y su entorno de cuidados (34).

En general dentro de la etapa de la planificación de los cuidados en las úlceras por presión, el profesional de Enfermería debe considerar los siguientes procedimientos:

- Reportar sobre el estado de la piel de los pacientes al inicio del turno.
- Realizar el examen físico completo; identificando y registrando en la historia clínica los factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión.
- Registrar el estado de la piel al inicio y cómo evoluciona.
- Valorar cuidadosamente la integridad de la piel.
- Realizar la valoración de la piel a través de la escala de Norton.
- Identificar alguna lesión en la piel.
- Coordinar un plan de atención y de cuidados, de acuerdo a la valoración de la lesión.

- Si encuentra lesión actuar y/o sugerir la modificación de técnicas y/o tratamientos que provoca la lesión en el paciente.
- Educar al paciente y a los familiares sobre las formas de prevenir las úlceras por presión (35).

Cuidados de higiene

La higiene constituye el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud; teniendo como objetivos fundamentales mejorar la salud, conservarla y prevenir la presencia de enfermedades o infecciones (36).

Los cuidados de higiene constituyen todas las actividades que realiza el profesional de Enfermería con el objetivo que el paciente que se encuentra bajo su cuidado pueda mejorar y conservar su salud; en el caso específico de los cuidados de higiene en los pacientes encamados, se realiza la higiene respectiva en diversas zonas del cuerpo con la finalidad de mantener la piel en las mejores condiciones posibles para que ésta cumpla eficazmente sus funciones, proporcionando al paciente seguridad, comodidad y bienestar (37).

Los cuidados de higiene constituyen un aspecto fundamental que se debe tener en cuenta en las úlceras por presión, dado que si son administrados correctamente pueden prevenir la presencia de las

úlceras y sus complicaciones en los pacientes que se encuentran expuestos a esta patología. Teniendo en consideración lo mencionado anteriormente el profesional de Enfermería debe considerar dentro de los cuidados de higiene en las úlceras por presión los siguientes aspectos (38):

- Realizar la higiene diaria, y siempre que se precise, de la piel con agua y jabón neutro para la piel.
- Aprovechar esta circunstancia para inspeccionar la piel y detectar posibles enrojecimientos o roces aplicando ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo.
- El lavado se realizará con agua y jabón neutro y el secado será suave y sin arrastre, haciendo hincapié en los pliegues.
- Limpiar las lesiones inicialmente y en cada cura, utilice como norma suero salino fisiológico, use una presión del lavado efectivo para facilitar el arrastre del detritus, bacterias y restos de curas anteriores, pero sin producir traumatismo en el tejido sano.
- Observar la integridad de la piel (especialmente en las prominencias óseas) durante cada sesión de higiene o cambio postural.
- Utilizar en la higiene, jabones, antisépticos o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lavar la piel con agua tibia, frotar y realizar un secado meticuloso sin fricción.

- Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar los excesos de humedad en la piel del paciente.
- Elegir un apósito ideal para el desbridamiento de las úlceras por presión.
- Retirar los restos con tejido necrótico mediante el uso de tijeras y bisturís en el momento de la realización de la higiene.
- Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar los excesos de humedad en la piel del paciente.
- Realizar el cambio de los pañales húmedos a los pacientes que lo requieran y que están bajo su cuidado; priorizando el uso de pañales absorbentes.
- Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada (39).

Cuidados de integridad de la piel

La piel y las mucosas integra constituyen la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes; cualquier situación que altere la integridad cutánea alteran significativamente el estado de salud del paciente. Las úlceras por presión surgen como consecuencia de la aplicación prolongada de presión sobre una zona determinada, la cual puede ocasionar isquemia y evolucionar hasta la necrosis o destrucción de tejidos tisulares; frente a ello, los cuidados de la integridad de la piel que realizan el profesional de enfermería son realizados con el objetivo de prevenir lesiones de la piel sana e infecciones

secundarias, solucionar los problemas inflamatorios y aliviar los síntomas de malestar en los pacientes (40).

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, el profesional de Enfermería debe considerar dentro de los cuidados de integridad de la piel en los pacientes los siguientes aspectos:

- Examinar el estado de la piel al menos una vez al día, teniendo en cuenta las prominencias óseas como talones caderas, etc.
- No masajear áreas enrojecidas de la piel, ya que se podría producir una lesión más profunda.
- Observar si hay presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, temperatura.
- Realizar adecuadamente el tendido de cama, evitando la formación de arrugas y pliegues que puedan dañar la integridad de la piel del paciente.
- No utilizar ningún tipo de alcohol y/o colonias sobre la piel, para reducir las posibles lesiones por fricción.
- No utilizar flotadores, utilizar cremas, gel, ungüentos para la curación de las úlceras por presión.
- Aplicar una crema hidratante (vasenol, vaselina, etc.) en zonas del cuerpo "salientes" (huesos), como talones, codos, caderas en las personas que se encuentran postradas en cama.

- Utilizar los elementos disponibles y necesarios (almohadas, guantes con agua, cojines, cobertores, etc.) para el cuidado del paciente que se encuentra postrado en cama (41).

Cuidados de alimentación e hidratación.

La alimentación constituye el procedimiento mediante el cual se brinda al organismo las sustancias y nutrientes necesarios que permitan cubrir las necesidades nutricionales de las personas con el objetivo de cubrir las necesidades energéticas y regular los procesos metabólicos; y la hidratación, por su parte, constituye el procedimiento mediante el cual se administran al organismo, por diferentes vías, soluciones ideales para mantener la homeostasis, la hidratación es fundamental para desarrollar procesos fisiológicos básicos como la digestión, el transporte de nutrientes, la eliminación de desechos a través de heces y orina, la regulación de la temperatura, etc. Además, previene el estreñimiento, favorece el funcionamiento de los riñones y preserva el buen estado de la piel (42).

En un paciente que presenta úlceras por presión, los cuidados que brinda el profesional de Enfermería deben estar dirigidos a que el paciente este adecuadamente alimentado e hidratado considerando los siguientes aspectos:

- Valorar los ingresos y egresos de los alimentos de pacientes con úlceras por presión, y administrar los electrolitos necesarios para la hidratación de pacientes con úlceras por presión.
- Administrar y supervisar las dietas necesarias y en los horarios respectivos a los pacientes bajo su cuidado, vigilando que los pacientes mantengan unos buenos parámetros nutricionales y una buena hidratación.
- Brindar la ayuda necesaria para que los pacientes postrados en cama ingieran sus alimentos y bebidas.
- Realizar y supervisar el baño de esponja en cama diario según necesidad de los pacientes postrados en cama.
- Mantener la mucosa oral húmeda de los pacientes postrados en cama.
- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción, preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales (hierbas); utilizar alguna crema y/o loción protectora en el lugar de fijación de los dispositivos (43).

Cuidados de movilización

La movilización en salud es definida como el conjunto de técnicas destinadas al desplazamiento del paciente desde el lugar donde se encuentra (cama de hospitalización, camilla de traslado, silla de ruedas, etc.), hasta otra ubicación, sin que ello suponga un

agravamiento de sus lesiones. Dentro de los objetivos de la movilización en los pacientes se mencionan: prevenir y evitar contracturas musculares, y úlceras por presión que son típicas de pacientes inmovilizados y ayudar al paciente en la realización de las actividades que no puede hacer por sí mismo (44).

En las úlceras por presión, los cuidados de movilización son muy importantes; por lo que es importante que el profesional de Enfermería tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- Para minimizar el efecto de la presión en de las úlceras por presión, se tiene que considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, uso de superficies de apoyo, y protección local de la piel ante la presión.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería que fomente y mejore la movilidad y la actividad del paciente.
- En pacientes de riesgo medio se debe utilizar superficies dinámicas como colchonetas alternantes de aire.
- Realizar los cambios posturales con más frecuencia, es decir, cada 2 o 3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Si el paciente tiene movilidad, enseñar al paciente a moverse cada 15 minutos.
- En la realización de los cambios posturales hay que tener en cuenta, los siguientes puntos:

- Evitar apoyar al paciente directamente sobre sus lesiones.
- Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre manejo de peso y cargas, utilizar la mecánica corporal.
- Evitar el contacto de las prominencias óseas entre sí.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.
- No utilizar flotadores.
- En zonas de especial riesgo para el desarrollo de úlceras, como los talones o región occipital, utilizar sistemas de protección local ante la presión como son los apósitos, sistemas tipo bota que faciliten la inspección de la piel, al menos una vez al día.
- Si va a lateralizar al paciente coloque un cojín entre las rodillas para evitar el roce y/o fricción.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio en el paciente postrado en cama.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Realizar ejercicios pasivos en los miembros superiores e inferiores de los pacientes postrados en cama (45).

Evaluación de los cuidados

La evaluación de los cuidados en el área de enfermería la fase final del proceso de Enfermería y se produce siempre que el profesional de Enfermería interacciona con el paciente al momento de realizar

las intervenciones y cuidados establecidos en el plan de cuidados elaborados inicialmente (46).

La evaluación de los cuidados se realiza como parte del proceso de Enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de Enfermería, determinando si el plan de cuidados y las intervenciones brindadas a los pacientes fueron adecuados para mejorar su salud (47).

En las úlceras por presión, es importante que los profesionales de Enfermería en los cambios de turno evalúen si los cuidados que se brindaron a los pacientes fueron los indicados o si se presentan la necesidad de incorporar otros cuidados que favorezcan en la mejora del estado de los pacientes en forma holística y multidisciplinaria.

Es por ello que en la evaluación de los cuidados en las úlceras por presión, el profesional de Enfermería debe considerar los siguientes aspectos (48):

- Garantizar la continuidad de los cuidados de prevención en los posibles tránsitos de los pacientes entre los niveles asistenciales.
- Anotar en la historia clínica el estado en que se encuentra el paciente con úlceras por presión.
- Valorar el estado del paciente después de realizadas las intervenciones de enfermería establecidas de acuerdo al plan de cuidados inicialmente elaborado.

- Reportar sobre el estado de la piel del paciente al final del turno.
- Reportar sobre las intervenciones preventivas y/o curativas que se realizaron a los pacientes postrados en cama durante el turno.
- Clasificar las úlceras por presión en estadios y grados utilizando escala de identificación después de realizado los cuidados respectivos a los pacientes postrados en cama.
- Reevaluar las úlceras por presión al finalizar su turno y registrar todos los hallazgos observados en la historia clínica.
- Educar al paciente y familiares sobre las medidas que deben tener en cuenta para la prevención, abordaje y tratamiento de las úlceras por presión (49).

2.3 Definición de Términos

- **Cuidado de enfermería:** Se refiere a todas las atenciones y cuidados que recibe una persona cuando se encuentra internada en una institución médica.
- **Úlcera:** Destrucción ya sea de la membrana mucosa o de la piel por cualquier causa, lo que produce un cráter o depresión. Ocurre una reacción inflamatoria y si penetra un vaso sanguíneo ocurre hemorragia (59).
- **Úlceras por presión:** Área de daño localizado en la piel y el tejido subyacente causado por presión, fuerzas de cizallamiento, fricción

o una combinación de estos factores Se desarrollan en cualquier área del cuerpo sujeta a presión que no se alivia y conduce a hipoxia local, isquemia y necrosis, con inflamación y formación de úlceras (50).

- **Piel:** Membrana que recubre la superficie del cuerpo. Es elástica, resistente, y protege a los órganos más profundos no solo por su elasticidad y resistencia, sino porque el sudor contiene lisozima, que destruye las bacterias, por lo que a pesar de contener infinidad de microbios son infrecuentes las infecciones (51).
- **Presión:** Magnitud definida como fuerza por unidad de superficie. Esfuerzo o tensión (51).

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para el presente informe de experiencia profesional, se realizó la recolección de datos utilizando la técnica de revisión de estadísticas, para lo cual se gestionó la autorización respectiva del servicio de estadística del hospital. Así mismo para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización. - Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura del servicio, a fin de tener acceso a los registros ante (estadísticas, cuaderno de registro de admisión y altas de pacientes).
- Recolección de datos. - La técnica fue el análisis documental y como instrumento: guías, historias clínicas, el libro de registro de casos de úlceras por presión de diciembre 2016, enero-febrero 2017.
- Procesamiento de datos. - Los datos se procesaron mediante el programa Excel.
- Resultados. - Serán presentados en tablas, cuadros y gráficos
- Análisis e interpretación de datos.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de Experiencia Profesional

La experiencia profesional como enfermera empieza al iniciar el SERUMS equivalente el año 2009 en el Policlínico Fiori de Essalud desempeñando funciones como enfermera asistencial en los diferentes servicios como: Emergencia, consultorios, programas de atención primaria como: atención al adulto mayor, crecimiento y desarrollo y vacunas, programa de control de tuberculosis, programa de consejería en VIH-SIDA, tópico de curaciones e inyectables y realización de electrocardiogramas, durante un año.

Al ser trabajadora del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Essalud, en febrero del 2011 se da el cambio de nivel logrando ser promovida. Es así como inicio la carrera profesional de enfermería propiamente dicha. Por espacio de seis meses rote por los diferentes servicios.

Desde el 2012 paso a formar parte del staf de enfermeras del servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Essalud, por contar experiencia en la atención de adultos mayores. Desempeñando funciones como enfermera asistencial, coordinadora de grupo de rotación y subjefatura cuando la jefa o subjefa está de vacaciones.

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins, es un hospital de IV nivel de referencia a nivel nacional; para atender a la población asegurada de ESSALUD.

3.2 Recuento de la Experiencia Profesional

▪ Recursos Humanos

El equipo de enfermeras está conformado por 14 enfermeras asistenciales, 03 enfermeras administrativas, 12 técnicos de enfermería, en la modalidad de nombrados, contratados y CAS en turnos rotativos de mañana, tarde y noche.

Por lo general no se cuenta con reemplazos por vacaciones, licencias, renuncias o descansos médicos prolongados, por lo que los grupos de trabajo quedan incompletos, teniéndose que redistribuir la labor de enfermería.

Esta falta de recursos humanos ocasiona disminución de las horas disponibles para la atención de enfermería e incremento de la carga laboral que a su vez contribuye con el ausentismo mensual mayor al 8.6% de las horas programadas y del personal técnico es del 5.75%. En promedio se programa 2250 horas enfermeros mensuales y se realizan 1935 horas efectivas.

- **Infraestructura**

Está conformado por un conjunto de edificios de 14 pisos y sótano. En el sótano se sitúan los consultorios externos del área de rehabilitación. En el primer nivel están los consultorios externos de las diferentes especialidades, farmacia, módulo de citas, laboratorio central, banco de sangre, unidad de quimioterapia ambulatoria, Rayos X, áreas específicas de tomografía axial computarizada, resonancia magnética, acelerador lineal, área de pediatría y emergencia. A partir del segundo piso en adelante están los ambientes de hospitalización, estando dos pisos reservados a pediatría. Actualmente cuenta con un nuevo centro de emergencia, construido con un sistema antisísmico capaz de soportar un fuerte movimiento telúrico.

El servicio se encuentra en el Block C y cuenta con una capacidad de 39 pacientes distribuidos en 15 ambientes unipersonales para pacientes con problemas de inmunosupresión, colagenopatías, enfermedades infecto-contagiosas; 10 ambientes bipersonales para pacientes de dependencia II y III y 02 ambientes bipersonales adaptados para la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), con equipos completos de oxígeno, aspiración de secreciones y monitores de cuatro funciones vitales; en los cuales se encuentran

los pacientes de alto riesgo y con mayor requerimiento de cuidados de enfermería.

▪ **Prestaciones**

- Los Centros del Adulto Mayor (**CAM**) son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.
- Los Centros de atención Integral en Diabetes e Hipertensión (**CEDHI**) es un centro especializado de EsSalud, integrante de la Red de Prestaciones de Salud del seguro social y perteneciente al II nivel de atención.
- Brinda prestaciones de salud especializada, mediante la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la diabetes e hipertensión en los asegurados con patología cardiometabólica, referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo.

Funciones Desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Destreza para aplicar el proceso de enfermería en el paciente de Medicina.
- Actualización técnico científica para tomar decisiones oportunas y otorgar atención de enfermería eficiente y eficaz.
- Conocimiento y habilidad para la preparación y el manejo de equipos biomédicos de primera eficiente y eficaz.
- Conocimiento y aplicación del proceso de reanimación cardiopulmonar avanzada y prolongada.
- Brinda atención de enfermería especializada, según los requerimientos del paciente.
- Maneja equipos especializados de Diagnóstico y Tratamiento.
- Administra el tratamiento médico y farmacológico prescrito integrado el conocimiento científico y su juicio crítico a las situaciones presentadas.
- Orienta el autocuidado y brinda apoyo psicológico al paciente y familia según lo requiera durante la atención en hospitalización.
- Participa en la identificación y atención de los problemas de nutrición.

- Realiza actividades de rehabilitación físico- social en coordinación con el equipo multidisciplinario y/o especializado brinda atención de enfermería al paciente en fase terminal y apoyo emocional a los familiares.
- Planea, organiza, conduce, ejecuta y evalúa acciones preventivas promocionales que contribuyen de manera efectiva a disminuir los riesgos de enfermar y morir.
- Participa en el desarrollo de la prevención y control de infecciones intrahospitalarias en sus diversas fases: Vigilancia Epidemiológica, normas Universales.

b) Área Administrativa

- Capacidad de planificar, organizar, dirigir, negociar, coordinar, supervisar y controlar los cuidados de enfermería al paciente de medicina.
- Capacidad para promover, realizar, liderar los cambios necesarios para optimizar la atención de enfermería y mejorar la salud de los usuarios.
- Capacidad de resolución de problemas.
- Elaborar el plan operativo de enfermería para el servicio en base al diagnóstico situacional y de acuerdo a las normas establecidas.

- Participa en la administración de los problemas de emergencia y desastres en coordinación con los otros sectores hospitalarios.
- Establece, prioriza y formula las necesidades de recursos humanos, materiales y equipos requeridos para la presentación del servicio de enfermería al usuario.
- Supervisa, monitoriza y evalúa el avance y logro de las metas establecidas en el plan operativo.

c) Área Docencia

- Conocimiento y manejo de la metodología educativa.
- Participa en el desarrollo de programas educativos orientados al formato, prevención y recuperación de la salud.

d) Área Investigación

- Realiza investigaciones operativas, como aporte al desarrollo de la disciplina y como medio para optimizar la atención profesional.
- Participa en investigaciones multidisciplinarias.

3.3 Procesos Realizados

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados

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

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

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería lleva posibilidades a cambios en la realización de los mismos; es probable que la necesidad del paciente cambie durante

su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 4.1

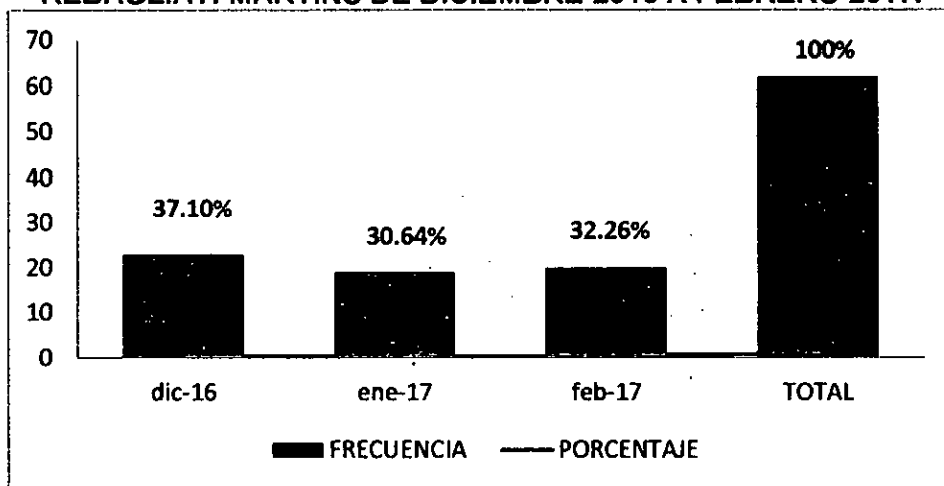
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.

MES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diciembre - 2016	23	37.10%
Enero - 2017	19	30.64%
Febrero - 2017	20	32.26%
TOTAL	62	100%

Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martens

GRÁFICO 4.1

PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.



Este gráfico muestra un gran porcentaje de pacientes Hospitalizados con Úlceras por Presión en el servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martens de diciembre 2016 a febrero 2017, observándose un 37.10% en Diciembre-2016, un 30.64% en enero y un 32.26% en febrero-2017.

TABLA 4.2

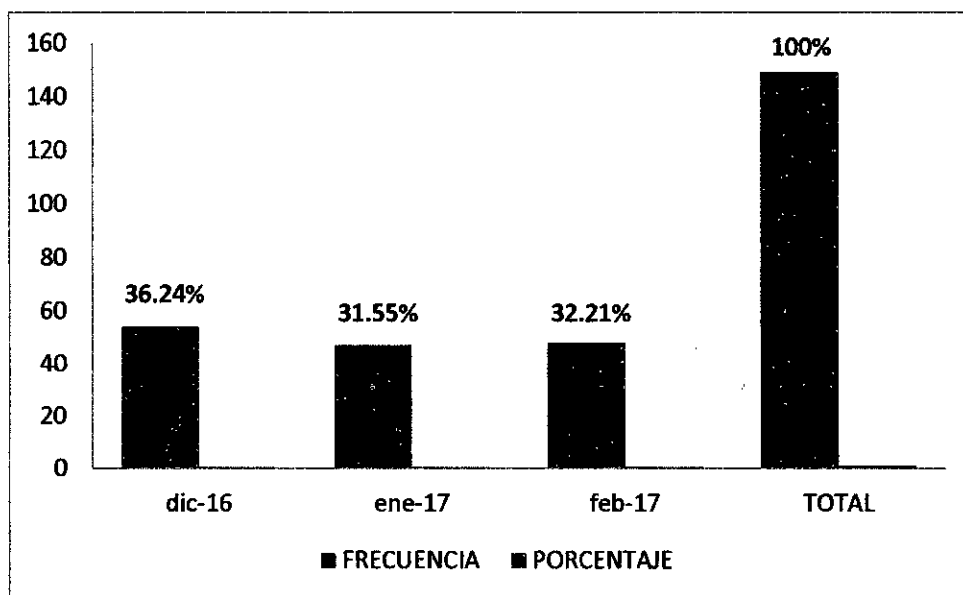
CASOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diciembre - 2016	54	36.24%
Enero - 2017	47	31.55%
Febrero - 2017	48	32.21%
TOTAL	149	100%

Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martens

GRÁFICO 4.2

CASOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.



Este gráfico muestra a los pacientes Hospitalizados del Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martens que mantienen un considerable riesgo a Úlceras por Presión. Observándose un 36.24% en Diciembre-2016, un 31.55% en enero y un 32.21% en febrero-2017.

TABLA 4.3

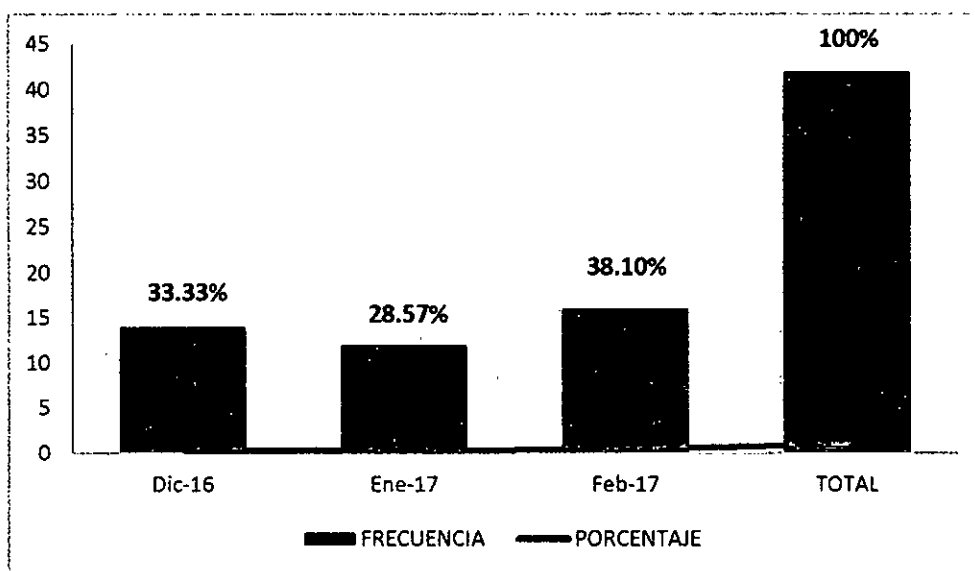
CASOS NUEVOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.

MES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diciembre - 2016	14	33.33%
Enero - 2017	12	28.57%
Febrero - 2017	16	38.10%
TOTAL	42	100%

Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martens

GRÁFICO 4.3

CASOS NUEVOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.



Este gráfico muestra que se mantiene la incidencia de Úlceras por Presión en los pacientes Hospitalizados en el servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martens; observándose un 33.33% en Diciembre-2016, un 28.57% en enero y un 38.10% en febrero-2017.

TABLA 4.4

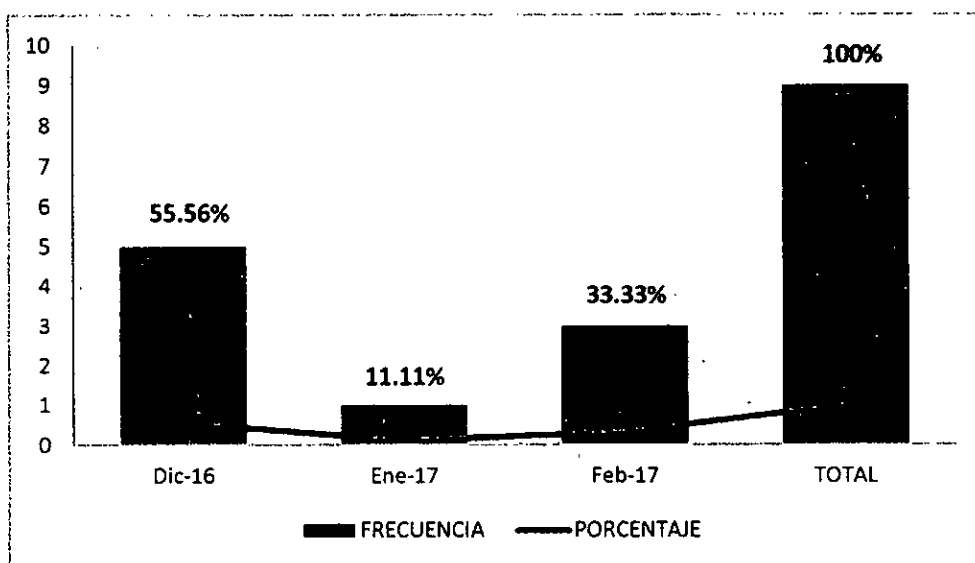
CASOS EN REMISIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.

MES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diciembre - 2016	5	55.56%
Enero - 2017	1	11.11%
Febrero - 2017	3	33.33%
TOTAL	9	100%

Fuente: Estadística del Hospital Edgardo Rebagliati Martens

GRÁFICO 4.4

CASOS EN REMISIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE DICIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.



Este gráfico muestra los Casos en Remisión de Úlceras por Presión en los pacientes Hospitalizados en el servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martens; observándose un que va disminuyendo la recuperación en un 55.56% en Diciembre-2016, un 11.11% en enero y un 33.33% en febrero-2017.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a) Los pacientes Hospitalizados con Úlceras por Presión en el servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martens se caracterizan por representar la tercera parte de los pacientes atendidos, y más de la mitad tienen un riesgo considerable de tener una úlcera, presentándose todos los meses casos nuevos, y solo se llega a remisión en un pequeño porcentaje.

- b) Los cuidados de enfermería necesarios en pacientes con úlceras por presión priorizan la higiene, la integridad de la piel, atender la alimentación e hidratación, dar especial cuidado a la movilización y evaluación constante.

- c) La educación sanitaria al familiar y/o cuidador es una intervención de vital importancia para la prevención, tratamiento y control de úlceras por presión lo cual evita los reingresos y complicaciones.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- A los profesionales. - Capacitación y educación continua, desarrollar un trabajo en coordinación con el equipo multidisciplinario especializado.
- Al servicio. - Establecer estrategias para el cumplimiento de prevención, educación y cuidados de enfermería en pacientes con úlceras de presión.
- A la institución. - Reforzar y actualizar las guías de atención, protocolos de úlceras por presión en pacientes hospitalizados para disminuir costos a la institución y mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias.

CAPÍTULO VII

REFERENCIALES

1. BLANCO LÓPEZ, José Luis. Definición y clasificación de las Úlceras por Presión Unidad de Lesionados Medulares Hospital Vall d'Hebron. Barcelona 2003. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/26068/1/545034.pdf>
2. OMS. Envejecimiento y salud. Nota descriptiva N° 404. Septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
3. SOCIEDAD IBEROAMERICANA. Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal. Octubre 2011. Disponible en: <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20%20Espanol.pdf>
4. NECUL BELTRAN, Cristian. Úlceras por Presión (UPP) en Pacientes Hospitalizados. Tesis Licenciatura. Universidad del Mar Escuela de Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería. Iquique-Chile 2011. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/ulceras-presion-pacientes-hospitalizados/ulceras-presion-pacientes-hospitalizados2.shtml#ixzz4bbvOTtbE>
5. ALVAREZ DE LA CRUZ, C. & LORENZO GONZÁLEZ, M. Cuidados de Enfermería en una Población Geriátrica con Úlceras de Presión. Cuba 2011.

6. JORDAND Y CLARK. Prevalencia de las úlceras por presión (UPP) entre los ancianos que residen en nuestro Hospital Insular de Lanzarote. España 1998.
7. DÍAZ JIMÉNEZ, Carolina E. & HUANCA ESCALANTE, Lizeth. "Factores Asociados a la Presencia de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto". Arequipa-Perú 2013.
8. CHIGNE, Oscar. Aplicación de Escala de Norton para Evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados. Lima-Perú 1999.
9. SWANSON K: Teoría de los Cuidados. En: Maerriner T. Modelos y teorías en enfermería. 6° ed. España: Elsevier; 2007.
10. MEDINA J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Guadecon; 2005.
11. WATSON, J. La filosofía y ciencia del cuidado Humano. Estados Unidos:Mc Graw Hill; 2008.
12. HENDERSON V. En: Maerriner T. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.
13. HENDERSON V. The Nature of Nursing American Journal of Nursing. New York; 1966.
14. COLINA D. Úlceras por presión en el paciente crítico. México: Mc Graw Hill; 2003.

15. ALMENDARIZ C. Manejo práctico de las úlceras de decúbito. *Am. Fam. Physician* 2001; 41 (4): 177 – 178.
16. GALLART F. Prevención de las úlceras por presión o escaras. 2004. [Internet] [Consultado 2015 Julio 29] Disponible en: <http://www.alfinal.com/consultoria/escaras.html>
17. PALOMAR F. Úlceras por presión. México; Guadecon; 2010.
18. DUEÑAS M. Cuidados de las úlceras por presión. 2009. [Internet]. [Consultado 2015 Julio 31] Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html>
19. Consejería de salud y Consumo. Guía de Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. España: Mc Graw Hill; 2007.
20. PLAZA R, GUIJA R, MARTÍNEZ M, ALARCÓN M, CALERO C. Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. *Rev Clin Med Fam.* [Internet] 2007; 1(6): 284 – 290 [Consultado 2015 Julio 28] Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/d1f491a404d6854880943e5c3cd9ca25.pdf>
21. CANTÚN F. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. *Rev Enferm IMSS* 2005; 13(3): 147-152.
22. FLORES I, DE LA CRUZ S, ORTEGA, HERNÁNDEZ S, CABRERA M. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2010; 18(1-2): 13 -17.

23. ESPINOZA M. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana 2007. [Internet] 2009; 15 (5): 21– 24 [Consultado 2015 Agosto 10] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a11.pdf
24. GÓMEZ E. Protocolo para prevención y manejo de las úlceras por presión en el adulto mayor. Instituto de Gerontología y Geriatria. Venezuela: Guadecon; 2003.
25. GONZÁLEZ G, ROSA M, BRACHO L, ZAMBRANO G, GUERRA C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la Salud [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 03] Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/16/CROSBY.htm>
26. NIGHTINGALE F. La enfermería en el control de la calidad. [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 03] Disponible en: <http://www.acami.org.ar/revista/calidad/htm>.
27. BENNER E, WRUBEL D. En: MEDINA J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Guadecon; 2005.
28. SÁNCHEZ B. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios de salud. México: Laertes; 2004.
29. FRANCOISE M. El sentido de los cuidados de Enfermería. Rev Rol de enfermeros 2005; 3 (2): 27 – 29.

30. REMUZGO A. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe del profesional de Enfermería en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2002. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
31. SÁNCHEZ G. La calidad de la atención interpersonal de Enfermería [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 05] Disponible en: http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermería/artu_17.pdf
32. MEDINA J. Op. Cit., p. 31.
33. PHANEUF M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. España: Elsevier; 2006.
34. Ibíd., p. 22.
35. Ibíd., p. 23.
36. BANDA A. Protocolo de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad en el área de terapia intensiva del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" [Tesis de especialidad en Enfermería Pediátrica] Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2010. p. 44.
37. Ibíd., p. 45
38. Ibíd., p. 46.
39. ESPINOZA M. Op. Cit., p. 26.

40. CARRILLO M. Aplicación de un protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, servicio de medicina interna Hospital Base Osorno, Octubre a Diciembre 2004 [Tesis de Licenciatura] Chile: Universidad Austral de Chile; 2004.
41. *Ibíd.*, p. 35.
42. ARMAS K. Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el Servicio de Medicina del HNDAC– 2006. [Tesis de licenciatura] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
43. BANDA A. *Op. Cit.*, p. 51.
44. *Ibíd.*, p. 53.
45. CARRILLO M. *Op. Cit.*, p. 39 – 42.
46. PHANEUF M. *Op. Cit.*, p. 54.
47. *Ibíd.*, p. 55.
48. *Ibíd.*, p. 56.
49. *Ibíd.*, p. 57.
50. Brooker C. Diccionario Médico. 16° ed. Véliz. El Manual Moderno, 2010. Pág. 490-491
51. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. Diccionario Médico. Cun [web]. 2015 [citado 03 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico>

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE NORTON

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

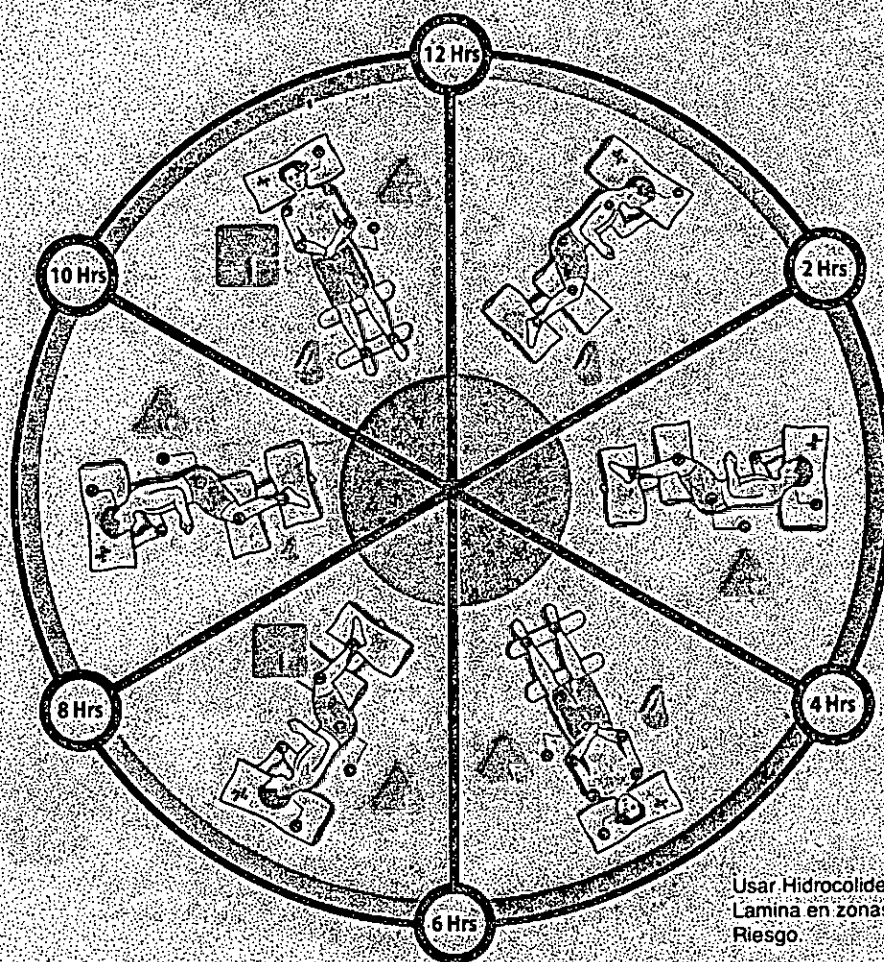
ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTUACION 13 A 14----- RIESGO MEDIO.
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

ANEXO 2: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

LA PREVENCIÓN ESTA EN TUS MANOS



Usar Hidrocoloides en Lamina en zonas de Riesgo.

ANEXO 3: GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

1. Administración de medicamentos por vía subcutánea.
2. Administración de medicamentos por vía intradérmica.
3. Administración de medicamentos por vía intramuscular.
4. Administración de medicamentos por vía endovenosa.
5. Administración de nutrición parenteral por catéter venoso central
catéter venoso central periférico.
6. Administración de productos sanguíneos.
7. Administración de soluciones endovenosas.
8. Apoyo emocional.
9. Aspiración de secreciones de las vías aéreas.
10. Cambio de posición.
11. Canalización de vía periférica.
12. Cateterismo vesical, sonda vesical permeable.
13. Colocación de sonda nasogástrica y orogástrica.
14. Control de la presión venosa central.
15. Cuidados de la ostoma.
16. Cuidados de la tracción, inmovilización.
17. Cuidados de la úlcera por presión.
18. Cuidados del drenaje torácico.
19. Cuidados post mortem.
20. Curación de la zona de inserción del catéter.
21. Enema evacuante.
22. Enseñanza individual.
23. Enseñanza pre-quirúrgica
24. Escucha activa.
25. Fisioterapia respiratoria.
26. Inventario de pertenencias del paciente.
27. Manejo de historias clínicas.
28. Manejo de Kárdex.
29. Manejo de líquidos y electrolitos.

30. Manejo de vías aéreas artificiales.
31. Monitoreo de signos vitales.
32. Nebulizaciones.
33. Oxigenoterapia.
34. Preparación quirúrgica.
35. Prevención de úlceras por presión.
36. Registro y valoración hemodinámica.
37. Resucitación.
38. Transferencia del paciente.
39. Uso de la chata y urinario.
40. Vendaje de miembros inferiores.
41. Venoclisis.
42. Cuidado del paciente en cama.
43. Prevención de caídas.
44. Identificación del paciente.
45. Reporte de enfermería.
46. Alta del paciente.
47. Administración de dieta por sonda nasogástrica.
48. Administración de nutrición enteral.
49. Administración de nutrición parenteral total.
50. Balance hídrico.
51. Aspirados gástricos.
52. Control de diuresis y heces.
53. Recogida de muestras: orina, esputo, heces.
54. Recogida de muestras de exudado de heridas.
55. Recogida de muestras sanguíneas.

ANEXO 4: EVIDENCIAS DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL



Fig. 1: Equipo multidisciplinario del servicio de Medicina Interna 6C



Fig. 2: Paciente con úlcera por presión



Fig. 3: Medición de parche hidrocoloide



Fig. 4: Colocación de parche hidrocoloide



Fig. 5: Fijación de parche hidrocoloide

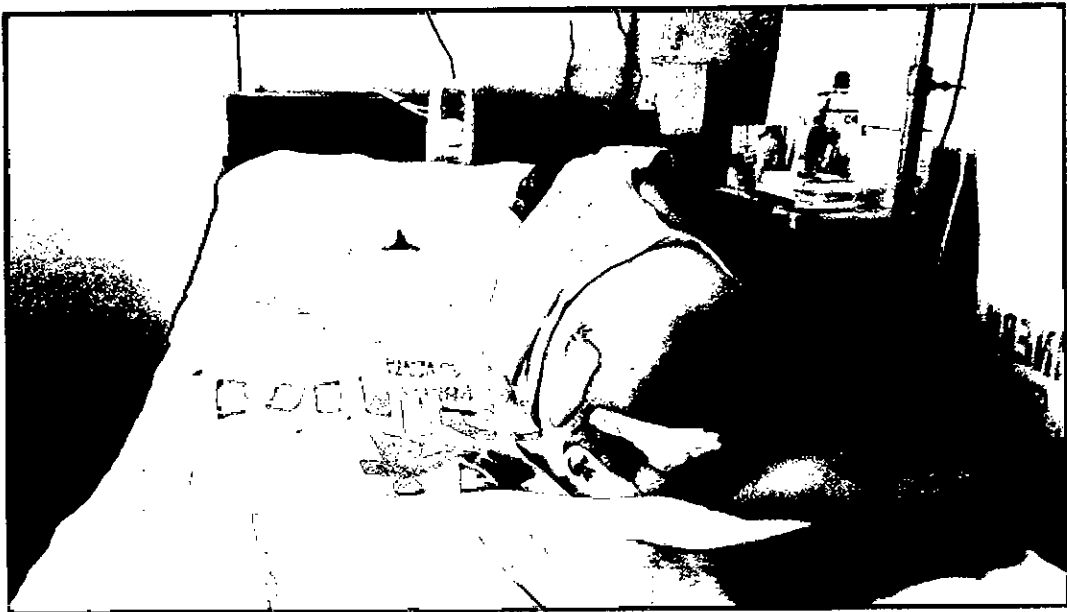


Fig. 6: Colocación hora y fecha de la curación

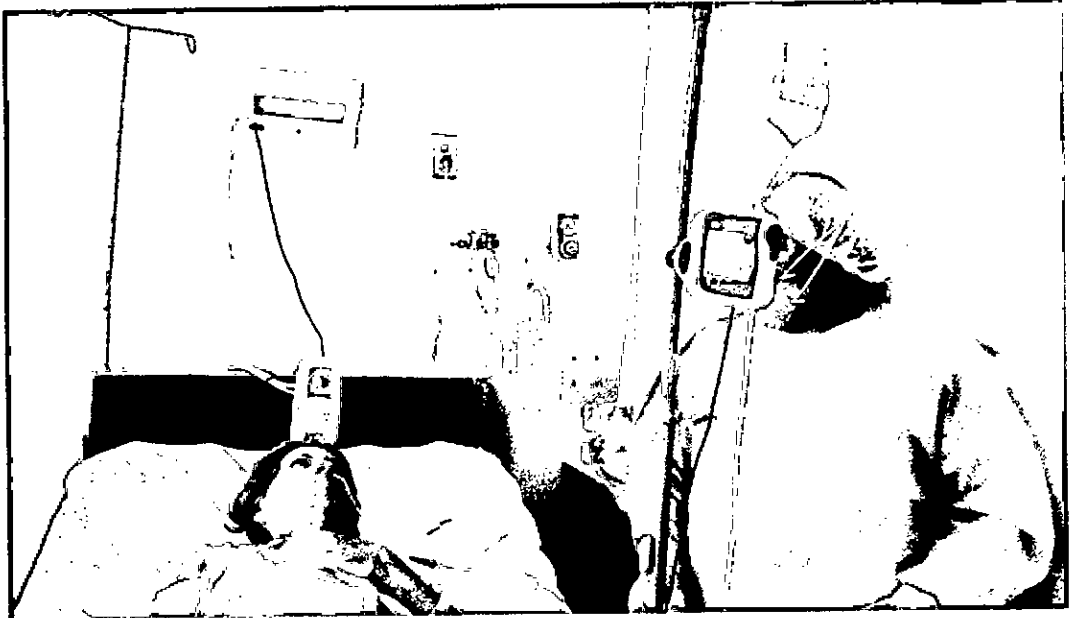


Fig. 7: Explicando a la paciente los cuidados realizados

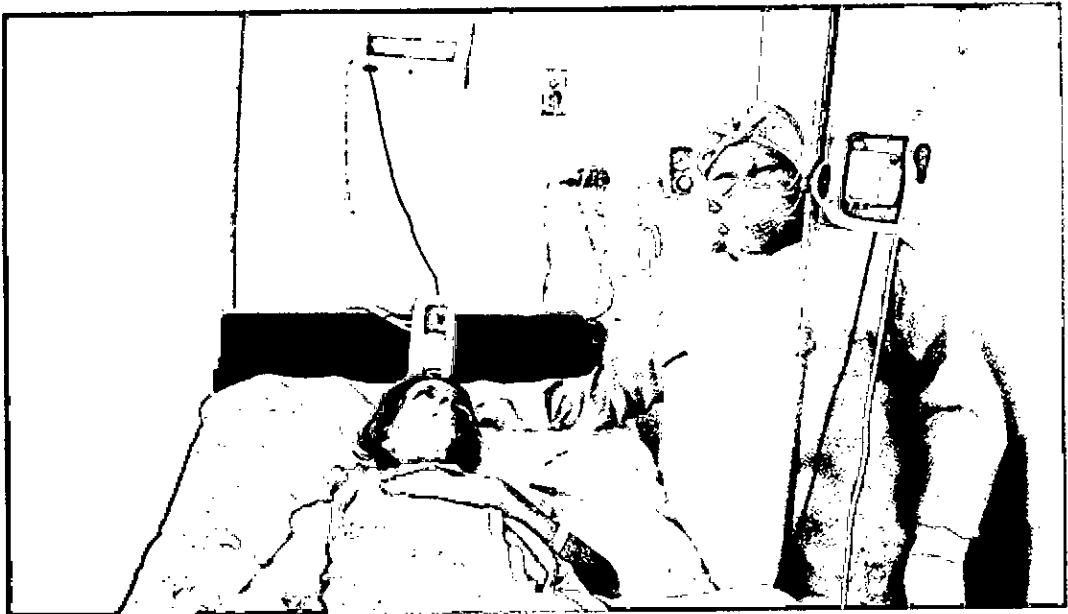


Fig. 8: Paciente después del cuidado