

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

SECCION DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“EFECTO TERAPÉUTICO DEL APÓSITO
HIDROCOLOIDE EN ÚLCERA POR PRESION II° DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI
NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN. LIMA. 2013”**

SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
INTENSIVA.

*SUAÑA AGUILAR GIANNINA JACQUELINE
ZEGARRA TIRADO ELIZABETH DE JESÚS*

Callao 2013

PERU

REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACION

DEDICATORIA

A mis padres Gregoria Aguilar y Julio Suaña, por siempre apoyar mis decisiones y sentirse orgullosos de cada paso firme en el desarrollo de mi profesión. A mi esposo Niltón Laura por comprender mis ausencias en el hogar y apoyarme en cada desarrollo académico. A mi hijo Franshresco Delpiero por darme felicidad, lo cual motiva mi día a día y hace los obstáculos más llevaderos y sencillos de pasar.

Giannina Suaña A.

A mi padre Gustavo Zegarra, que desde el cielo celebra cada triunfo que tengo y me protege de riesgos que se presentan diariamente, a mi madre Elvira Tirado que con su apoyo sin descanso, incentiva cada reto que me propongo, a mi hija maravillosa Andrea Valeria que con su sonrisa y ocurrencias me renueva y hace que todo valga la pena, y a mi esposo Alfredo Linares, por su amor incondicional y comprensión en mi desarrollo profesional.

Elizabeth Zegarra T.

AGRADECIMIENTO

- A Dios, por darnos la vida y salud, y velar por nuestros familiares mientras nos dedicamos a nuestra profesión.
- A los profesores de la UNAC-posgrado de la Facultad de Enfermería, por sus enseñanzas y comprensión durante el desarrollo de la tesis.
- A los pacientes del servicio de UCI-Neurocirugía que participaron en el presente estudio y a sus familiares por confiar en los procedimientos realizados para curar las Ulceras de Presión.
- A las colegas del servicio de Neurocirugía, por permitir ejecutar nuestro estudio e invadir momentos en la atención de sus pacientes.

CARATULA	
PAGINA DE RESPETO	
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACION	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
TABLAS DE CONTENIDO	
RESUMEN	
ABSTRACT	Pág.
I.PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	
1. 1. Identificación del Problema	14
1. 2. Formulación de Problemas	17
1. 3. Objetivos de la Investigación	17
1. 4. Justificación.	18
II.MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del Estudio	21
2.2. Bases Epistémicas	27
2.3. Bases Científicas	41
2.4. Definición de términos básicos	65
III.VARIABLES E HIPÒTESIS	
3. 1. Definición de las variables	68
3. 2. Operacionalización de variables	69
3. 3. Hipótesis general e Hipótesis específica	71
IV.METODOLOGIA	
4.1 Tipo de Investigación	72
4.2 Diseño de la Investigación	74
4.3 Población y Muestra	74
4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	75
4.5 Procedimiento de recolección de datos	75
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos	77
V.RESULTADOS	78

VI.DISCUSION DE RESULTADOS	
6.1Contrastación de hipótesis con los resultados	89
6.2Contrastación de resultados con otros estudios similares	89
VII.CONCLUSIONES	94
VIII.RECOMENDACIONES	96
IX.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	97

ANEXOS

- Matriz de Consistencia
- Esquema tentativo de la tesis
- Consentimiento Informado

TABLAS DE CONTENIDO

Cuadro Nº 5.1 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Edad y Género. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.78

Cuadro Nº 5.2 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Peso y Género. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.79

Cuadro Nº 5.3 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Estado Neurológico. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.80

Cuadro Nº 5.4 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Días de Permanencia. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.81

Cuadro Nº 5.5 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Localización. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.82

Cuadro Nº 5.6 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Factores Fisiopatológicos. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.83

Cuadro Nº 5.7 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 1ª Observación. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.84

Cuadro Nº 5.8 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 2ª Observación (Pos 1º Tratamiento Apósito Hidrocoloide). HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.85

Cuadro Nº 5.9 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 3ª Observación (Pos 2º Tratamiento Apósito Hidrocoloide). HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.86

Cuadro Nº 5.10 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 4ª Observación (Pos 3º Tratamiento Apósito Hidrocoloide). HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.87

Cuadro Nº 5.11 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Aplicación de Apósito Hidrocoloide y Comparación de Curación en las diferentes Observaciones. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.88

GRAFICOS DE CONTENIDO

Gráfico Nº 5.1 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Edad y Género. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.78

Gráfico Nº 5.2 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Peso y Género. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.79

Gráfico Nº 5.3 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Estado Neurológico. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.80

Gráfico Nº 5. 4 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Días de Permanencia. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.81

Gráfico Nº 5.5 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Localización. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.82

Gráfico Nº 5.6 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Factores Fisiopatológicos. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.83

Gráfico Nº 5.7 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 1ª Observación. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.84

Gráfico Nº 5.8 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 2ª Observación (Pos 1º Tratamiento Apósito Hidrocoloide). HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.85

Gráfico Nº 5.9 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 3ª Observación (Pos 2º Tratamiento Apósito Hidrocoloide). HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.86

Gráfico Nº 5.10 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Presencia de Características y Tamaño en la 4ª Observación (Pos 3º Tratamiento Apósito Hidrocoloide). HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.87

Gráfico Nº 5.11 Pacientes de UCI Neurocirugía con UPP II según Aplicación de Apósito Hidrocoloide y Comparación de Curación en las diferentes Observaciones. HNGAI-Lima, Julio-Agosto 2013. Pag.88

FIGURAS DE CONTENIDO

Figura N°2.1 Localizaciones de UPP.	Pag.53
Anexo N°01 Matriz de Consistencia.	Pag.102
Anexo N°02 Estadios de Ulceras por Presión.	Pag.104
Anexo N°03 Escala Braden Bergstron.	Pag.105
Anexo N°04 Fluxograma de Atención UPP.	Pag.106
Anexo N°05 Guia de Observación.	Pag.107

RESUMEN

En el campo de Enfermería, el tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados genera una preocupación continua para el profesional, por ello nos encontramos en la búsqueda constante de hallar la forma más óptima de poder contrarrestarla.

La úlcera por presión grado II, es el resultado del deterioro de la integridad cutánea y tejido sub adyacente, y el apósito hidrocoloide, es una clase de apósito oclusivo, que proteger y cubre una herida.

Por ello se realizó esta investigación, donde el estudio evidenció que de la muestra total de los pacientes (12) con UPP de IIº un 58.3% era de sexo femenino, que oscilaban entre edades de 71-80 años, con escala Neurológica menor a 6 puntos, y con escala de sedación RASS de -5 a -2, que tuvieron una permanencia menor a 10 días cuando se presentó la UPP, que la zona con mayor frecuencia fue la del sacro, seguido del talón, así como los pacientes con alteraciones de la eliminación y que se observó en la 1ra observación que tenían abrasión y ampolla en un mayor porcentaje, y con diámetro de 2 a 4 cm. en la mayoría de pacientes. La UPP de IIº en una tercera observación se presentó con tejido de granulación en un 50%, es decir, en la mitad de pacientes evaluados se evidenció mejoría y en la última observación (cuarta) se observó el 100% de UPP IIº curadas.

Palabras Claves: Apósito Hidrocoloide, Efecto terapéutico, Pacientes neuroquirúrgicos, Úlceras por presión IIº.

ABSTRACT

In the field of nursing, treatment of pressure ulcers in hospitalized patients generates a continuous concern for the professional, so we are in constant pursuit of finding the most optimal way to counter it.

The Grade II pressure ulcer is the result of impaired skin integrity and tissue adjacent sub, and hydrocolloid dressing is a kind of occlusive dressing, which protect and cover a wound.

Therefore this research study showed that where the total sample of patients (12) with UPP II ° 58.3 % were female , ages ranging from 71-80 years , with neurological scale was less than 6 points , and sedation scale of RASS -5 to -2, which were less than 10 days remain when the UPP is present , the area most frequently was the sacrum , followed by the heel , as well as patients with impaired removal and observed in the 1st observation abrasion and blister had a higher percentage , and diameter of 2-4 cm. in most patients.

The UPP II ° in a third observation was presented with granulation tissue by 50%, ie, in half of patients assessed improvement was evident last observation (fourth) was observed 100% UPP II ° cured.

Keywords: Hydrocolloid dressing, Therapeutic effect, neurosurgical patients, Pressure Ulcers II °.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad a nivel mundial, el 25% de las úlceras por presión que se desarrollan en un hospital se producen en el quirófano. En pacientes ingresados en centros de crónicos se ha estimado que prácticamente el 80% de todas las úlceras se producen sobre el sacro, coxis, caderas, nalgas y talones. El servicio de Neurocirugía atiende pacientes neuroquirúrgicos, que según la edad, estado neurológico, compromiso neuromuscular y tipo de cirugía realizada, quedan en estado crítico y/o crónico.(16)

Según la AGENCIA VALENCIANA DE SALUD durante los periodos 2008-2009, la prevalencia de las úlceras por presión en la población hospitalizada a nivel mundial muestra una amplia variabilidad, entre el 3,5% y el 29%, mientras que la incidencia oscila entre el 3 y el 29%. La incidencia global en los hospitales de España se aproxima a un 8%. En pacientes ingresados en centros crónicos se ha estimado que prácticamente el 80 % de todas las úlceras se producen sobre el sacro, coxis, caderas, nalgas y talones. En EEUU en pacientes de cuidados intensivos la incidencia es de 33% y la prevalencia en la UCI llega al 23%.(2)

Varela (1999), reconoce que el 70% de las úlceras por presión ocurren en personas mayores de 70 años de edad, siendo en orden de incidencia los pacientes con limitaciones secundarias

por daño neurológico. Así mismo a pesar del avance tecnológico en medidas preventivas y terapéuticas (muchas veces inalcanzables por costos) la incidencia se ha incrementado en 55% desde 1983.

La Organización Mundial de la Salud utiliza "La incidencia de las úlceras por presión", como uno de sus indicadores, para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país.

(3) La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad asistencial supone en la línea de nuestra argumentación abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. La calidad asistencial será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la incidencia de casos de úlceras por presión, del tiempo de permanencia de un paciente hospitalizado entre otros.

A nivel nacional se estima que la incidencia de UPP en pacientes críticos es variable entre el 6 y el 33% con una prevalencia del 41%. (4) La incidencia en el HNGAI 27.53% de los pacientes hospitalizados de manera general. (Oficina de informática). En el servicio de Neurocirugía según los reportes mensuales desde el año 2009 la incidencia varía entre 1% y el 20.9%.

El servicio de Neurocirugía cuenta con 38 camas, atiende pacientes neuroquirúrgicos, de las subespecialidades de Neurovascular - tumores, Neurotrauma – columna y Neurorradiología, de los cuales según la edad, estado neurológico, compromiso neuromuscular y tipo de cirugía realizada, quedan en estado crítico y/o crónico, teniendo como consecuencia la estancia prolongada del paciente.

La úlcera por presión (UPP) en el servicio de Neurocirugía, es una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y frecuentemente suele presentarse en la zona sacra-glútea en enfermos graves, con estancias prolongadas y una serie de factores de riesgo (ventilación mecánica, procedimientos invasivos y neuroquirúrgicos, drogas utilizadas, deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, déficit motor, edemas del tejido celular subcutáneo, etc.)

Los Apósitos Hidrocoloide son utilizados en curaciones de diversas Heridas, se emplean bien como agentes debridantes, facilitando la eliminación del tejido necrótico y como elementos que favorecen el proceso de cicatrización y epitelización. En el Presente servicio de estudio se utiliza para la curación de UPP, pero debido a la ausencia de seguimiento y clasificación de curaciones por grados de UPP, todavía no se ha demostrado fehacientemente la eficacia del empleo de estos apósitos para

prevenir la progresión de las UPP desde su etapa inicial a otras más complejas, es decir, ninguna de estas funciones está científicamente demostrada y en realidad, aún no se conoce la eficacia del empleo de los apósitos para prevenir la progresión de las úlceras por presión.

Puede que exista una ventaja del tratamiento con apósitos hidrocoloide, dependiendo del grado de UPP, por ello es que consideramos que la etapa fundamental de definir la progresión de una UPP es en grado II, donde hay pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas; es una úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Quizá por esas mismas razones sea unánime la convicción de que el correcto tratamiento de las heridas exige datos científicamente válidos sobre la eficacia de las medidas terapéuticas asistenciales.

El presente problema nace a razón de varios meses de observación personal, a la población en riesgo de contraer UPP en el servicio de Neurocirugía, que inician con zonas de presión y llegan a grado II el cual asociados a factores eminentes de la evolución del paciente neurocrítico, conllevan al desarrollo de UPP de grados más avanzados a pesar de los cuidados de Enfermería.

1.2 Formulación de problemas

¿Cuál es el efecto terapéutico del Apósito Hidrocoloide en Úlceras por Presión IIº de pacientes hospitalizados en UCI-Neurocirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar el efecto terapéutico del Apósito Hidrocoloide en Úlceras por Presión IIº de pacientes hospitalizados en UCI-Neurocirugía, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar las características de pacientes con Úlceras por Presión IIº hospitalizados en la UCI - Neurocirugía.
- b. Valorar las características de Úlceras por Presión IIº de los pacientes hospitalizados en la UCI - Neurocirugía.
- c. Aplicar el apósito hidrocoloide en Úlceras por Presión IIº en pacientes hospitalizados en la UCI - Neurocirugía.
- d. Evaluar el efecto terapéutico del Apósito Hidrocoloide en Úlceras por Presión IIº según tiempo de curación.

1.4 Justificación

Este trabajo de investigación es de suma importancia porque al analizar la situación problemática, se identificó la falta de evidencias científicas que sustenten el empleo de los apósitos hidrocoloide, en la curación de úlceras por presión.

La úlcera por presión (UPP) en el servicio de Neurocirugía, es una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y frecuentemente suele presentarse en la zona sacra-glútea en enfermos graves, con estancias prolongadas y una serie de factores de riesgo (ventilación mecánica, procedimientos invasivos y neuroquirúrgicos, drogas utilizadas, deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, déficit motor, edemas del tejido celular subcutáneo, etc.)

Mediante este estudio de investigación comprobaremos cuan efectivo es el uso de los apósitos hidrocoloide en úlceras de presión, pero solo en grados II, de tal modo que sea generalizado en la práctica asistencial de la UCI - Neurocirugía, evitando y/o disminuyendo los grados III y IV; y así contribuir a la reducción de las incidencias de UPP. (6)

El descubrimiento de las ventajas de la cura en ambiente húmedo sobre el proceso de cicatrización y curación de las heridas abre nuevas expectativas a la investigación sobre el cuidado y tratamiento de las UPP, lo que conduce a la disponibilidad de una enorme cantidad y diversidad de apósitos

sintéticos basados en la técnica de cura en ambiente húmedo. Por otra parte los gastos de mantenimiento en el hospital (recursos, materiales, tiempo dedicado, entre otros), se convierten en una problemática institucional y familiar. Ello nos conduce a construir nuevas estrategias y conductas para evitar que esto suceda, ya que está comprobado por medio de varios estudios que la formación de las úlceras por presión, se pueden evitar en un 95% y son responsabilidad del personal de enfermería y de la familia del paciente. La enfermera en la atención de pacientes neurocríticos desempeña un papel muy importante en el manejo integral del enfermo, ya que su preparación científica y técnica, así como de sus dotes de observación, depende en muchos casos la evolución del paciente, así mismo es importante que involucre al cuidador primario y la familia en el cuidado directo del paciente. (6)

Los resultados del estudio permitirán informar a las jefaturas asistenciales y administrativas del HNGAI, sobre la efectividad del apósito hidrocoloide en las UPP de los pacientes críticos.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

BOTERO Ángela, GOMEZ Fernando; BERNAL Martha, CURCIO Carmen, CHACON Arnoby. **Colombia (2000)**, en su estudio descriptivo y transversal: **“Prevalencia y características de las úlceras por presión en ancianos al ingreso a una unidad de cuidado agudo”**. Concluye que, de 918 pacientes evaluados, 87 (9.5%) tenían UP al ingreso. La edad osciló entre 60 y 95 años con un promedio de 72.5 (8.1%). El grupo de edad en el que se presentaron con mayor frecuencia (26.1 %) fue el de 75 a 79 años. 53% eran mujeres y 90.8% de la población de la muestra provenía directamente del hogar. (1)

AMAYA A. Marco, MEJIA P. Patricia, MARTEL O. Benilda, WIIKINSON O. Ofelia, LOPEZ L. Elmer. **Honduras (2001)**; en su estudio prospectivo no comparativo: **“Apósitos hidrocoloides en úlceras cutáneas, experiencia en el servicio de dermatología del Hospital Escuela”**. Llega a la siguiente conclusión: Los apósitos hidrocoloides duoderm son eficaces en el tratamiento de úlceras venosas, traumáticas y por presión, no así en úlceras vasculíticas. El tiempo de

curación fue directamente proporcional al tamaño y profundidad de la úlcera. (3)

BLUMEL M. Juan, TIRADO G. Karina, SCHIELE M. Claudia, SCHONFFELDT F. Gabriela, SARRA C. Salvador. **Chile (2004)**, en su estudio prospectivo observacional: **“Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina”**, concluye que la escala de Braden predice el riesgo de úlceras reveladoras de presión con una sensibilidad y la especificidad buenas en pacientes de edad avanzada femeninos. (4)

Lic. ZAMORA C. Susana, Lic. FLAMANA F. Maria y Lic. RIVERO A. Yolaisy. **Cuba (2006)**; en su estudio descriptivo prospectivo: **“Experiencia en la cura de úlceras por presión con sacarosa”**. Concluye que las propiedades antisépticas, antibacteriana, bacteriostática, antiinflamatorias y cicatrizantes de la sacarosa, provoca la síntesis del colágeno al estimular la producción de queratinocitos lo que permite la cura de la lesión en un tiempo relativamente corto y ser un método muy eficaz cuando se emplea en la curas de úlceras por presión. (5)

Dr. Alfonso C. Juan, Dr. Cairos B. José y Dra. López C. Luz, **Cuba (2007)** en su estudio descriptivo, retrospectivo, de corte

transversal: **“Cirugía reconstructiva de las úlceras por presión”**. Llega a las siguientes conclusiones:

- Las edades comprendidas entre 15 y 44 años, el sexo masculino y la lesión medular predominaron en la muestra estudiada.
- La localización isquiática de las úlceras por presión y el grado IV de profundidad fueron los más frecuentes; el área media de éstas fue de 17 cm² entre los pacientes tratados.
- Todos los colgajos de cobertura empleados fueron dermograsos y los diseños más empleados fueron el de Limberg y el de rotación.
- Las complicaciones que se presentaron fueron la infección de la herida quirúrgica, la dehiscencia parcial de la herida y la necrosis parcial de los colgajos, en ese orden de frecuencia.
- La estancia hospitalaria posoperatoria media fue de 13 días. (6)

DIAZ M. Juana, LOPEZ D. Pilar, MOLINA M. Pilar, PELAEZ P. Manuela, TORRES A. Juan, PANCORBO H. Pedro. **Madrid (2008)**, en su estudio prospectivo longitudinal: **“Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla”**. Concluye que los pacientes

sometidos a intervenciones quirúrgicas sobre cadera o rodilla presentan un riesgo muy elevado, que se traduce en una incidencia alta de UPP en el postoperatorio. Es posible que las intervenciones de reparación quirúrgica de fracturas de cadera se asocien con una mayor incidencia de UPP. Los cuatro primeros días tras la intervención son críticos ya que en ellos aparece hasta el 50% de las UPP. La utilización de medidas de prevención fue irregular, por lo que sería necesario mejorar su adaptación a estos pacientes y mejorar el grado de aplicación del protocolo. (7)

DICCINI Solange, CAMADURO Camila, INABA S. Lida. **Sao Paulo (2009)**, en su estudio de cohorte prospectivo: **“Incidencia de úlcera por decúbito en pacientes neuroquirúrgicos de un hospital universitario”**. Concluye que la incidencia de úlcera por decúbito fue del 13,3% y hay necesidad de implantar programas de prevención, con la finalidad de disminuir la úlcera por decúbito en pacientes neuroquirúrgicos. (9)

MANZANO M. Francisco, CORRAL R. Carmen. **Madrid (2009)**, en su estudio de cohorte prospectivo: **“Úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos: ¿inevitables o prevenibles?”**. Concluye en que los

profesionales de la salud hemos caído en la trampa de aceptar la inevitabilidad de las UPP, y mientras no cambiemos nuestra manera de pensar, y nos acerquemos a la cuestión de la aparición de las UPP como un problema de calidad de los cuidados, nada va a cambiar y no vamos a conseguir una reducción importante de esta lacra en las UCI. (10)

AETS-Ministerio de Sanidad y consumo, **Madrid (2007)** en su trabajo de selección de 61 ensayos clínicos aleatorizados que cumplieran los criterios de inclusión, acerca de la “Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares”. La conclusión resultante entre uno o más apósitos especiales en pacientes con úlceras por presión, así como en pacientes con úlceras vasculares, no han demostrado diferencias significativas en las tasas de curación, a pesar de los distintos comportamientos atribuidos a las diferencias estructurales de los materiales. (2)

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

SANCHEZ H. Miguel, MUÑOZ V. José, ROLDAN M. Beatriz, CARDO J. Estefania, RIVILLA F. Daniel, CALLE O. Alfonso, CUÑARRO M. Juan **Trujillo (2008)**, en su estudio observacional prospectivo: “**Tratamiento con un apósito hidrocoloide y su influencia en la calidad de vida del paciente**”. Entre los principales

resultados se observa cicatrización total de la lesión en un 64% de los casos. Los resultados muestran diferencias claramente significativas ($p < 0,001$) antes y después del tratamiento con el apósito en estudio para las 8 dimensiones que mide el cuestionario SF-12v2 en la escala ordinal de 0 a 100, siendo las puntuaciones medias de las dimensiones en la visita final mayores respecto a las obtenidas en la visita inicial. (8)

2.1.3 Antecedentes Locales:

PERALTA VARGAS, Carmen, VARELA PINEDO, Luis, GÁLVEZ CANO, Miguel. *Lima (2009)* en su estudio prospectivo observacional “**Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general**” llega a concluir en que la frecuencia de casos de UP en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el período de estudio fue 11,4%. Las variables asociadas con un mayor riesgo de aparición de UP fueron: malnutrición y sujeción mecánica. (12)

ESPINOZA HERRERA, Magali. *Lima (2007)* en su estudio descriptivo de corte transversal “**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”.Se concluye en la importancia de conocer la presencia de este indicador en cada servicio con la finalidad de realizar las mejoras permitentes para el bienestar de cada paciente.(13)

2.2 Bases Epistémicas

2.2.1 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON:

Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes. Formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una Disciplina separada de la medicina. Es decir Trabajó en definir la profesión y qué eran los cuidados de enfermería.

Para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad de la Enfermera es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto la enfermera es dueña de la atención.(11)

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

➤ *Distintos elementos del meta paradigma de enfermería*

- Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.
- Entorno: todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- Persona: hace dos definiciones: Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral. El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su

independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

- Enfermería: Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

➤ *Necesidades humanas básicas*

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del

modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

Necesidades básicas

- Respiración y circulación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación de los productos de desecho del organismo.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Sueño y descanso.
- Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
- Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
- Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
- Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Creencias y valores personales.
- Trabajar y sentirse realizado.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

➤ *Definición de la Función de Enfermería* “Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que

contribuyen a la salud o a su recuperación(o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.(11)

➤ *Relación con el paciente en el proceso de cuidar*

- Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

- Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

- Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

➤ *Equipo de atención incluye al paciente y a su familia*

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se trata de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

2.2.2 TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración

administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.(11)

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

- El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de

pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
- Permisi3n de fuerzas existenciales – fenomenol3gicas: la fenomenología describe a los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fen3menos en cuesti3n. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenol3gicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y

facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base "filosófica". Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de

su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”. Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante .La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)
- Enfermería: Watson afirma que la practica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la

actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Esta centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Aplicaciones de la teoría

-Docencia: el objeto de la práctica profesional es la naturaleza de la vida, del ser humano. Incluye teorías filosóficas respecto de la salud, del cuidado y de la curación. Las áreas centrales de contenido son las humanidades, la ciencia socio-biomédica y tanto el fondo como la forma del cuidado a los pacientes. Los cursos deberían utilizar el arte, la música, la literatura, la poesía, el teatro y el movimiento para facilitar el entendimiento de las reacciones ante distintos estados de salud y ante nuevas posibilidades de dispensación de cuidados y de curación que vayan surgiendo.

-Práctica: tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento,

respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo a la vez que aumenta la diversidad, que es el objetivo de la aplicación de los diez factores.

- Investigación: invita a las enfermeras a utilizar enfoques de investigación innovadores.

2.3 Bases Científicas

2.3.1 APOSITO HIDROCOLOIDE

❖ Definición del Apósito:

Es cualquiera de los diversos productos sanitarios empleados para cubrir y proteger una herida; mantiene el lecho de la úlcera continuamente húmedo y permite que la piel circundante intacta permanezca húmeda., es decir proporciona un microambiente adecuado desde la superficie a toda la herida, de forma que se produzca la cicatrización en las mejores condiciones posibles, en el menor tiempo y reduciendo al máximo la posibilidad de infección.(2)

❖ Características de los Apósitos

- Permeabilidad Gaseosa
- Permeabilidad a la humedad.
- Impermeabilidad a microorganismos
- Mantenimiento de PH
- Efecto de la Temperatura.

- Baja adherencia a la Herida.
 - Donación de partículas
 - Elasticidad y flexibilidad.
 - Capacidad de absorción.
- ❖ Mecanismo de Acción: Independientemente del tipo de parche, básicamente es el mismo en todos ellos. Al absorber el exudado, se forma un gel que proporciona las condiciones adecuadas, óptimas para la curación de las heridas, conduciendo a la migración epitelial, angiogénesis y reposición del colágeno.(3)
- ❖ Tipos de Apósitos

a) **Apósitos Absorbentes**

•**Gasa.**- Tiene bajo costo y muy fácil manejo, no produce alergias y puede mantenerse 7 días si está limpio. Tiene, sin embargo, el inconveniente de que debe fijarse con cinta adhesiva que con frecuencia lesiona la piel circundante. Además no facilita la granulación, se pega a la herida y, si el exudado es abundante, se producen fugas.(17)

•**Absorbentes no adherentes.**- Se emplean en heridas muy sucias y exudativas. No se adhieren a la herida, son de fácil manejo, y tienen gran capacidad de

absorción. No producen dolor al retirarlos y se adaptan bien a la herida. Sin embargo, no se deben dejar más de 24 horas y pueden adquirir mal olor.

b) Apósitos De Alginato Cálcico

Contienen alginato que es un absorbente natural cuyo origen son las algas. Absorben el exudado, hidratándose y produciéndose un intercambio de iones calcio por iones sodio, pasando a ser soluble en solución salina para su posterior limpieza. Su principal ventaja es su alta capacidad absorbente (hasta 20 veces su peso) manteniendo, a su vez, un ambiente húmedo y caliente que favorece la cicatrización. Pueden ser alergenizantes y no deben utilizarse en heridas que no presenten infección, ni exudado. Tampoco se utilizarán en heridas de origen oclusivo-venosa o arterial.

c) Apósitos De Hidrogel

•Apósitos de hidrogel SECOS: Indicados para úlceras superficiales muy exudativas, deben cambiarse cada 24 horas; si se adhieren a la herida, antes de retirarse deben rehidratarse con suero salino.

•Apósitos de hidrogel HUMEDOS: Saturados de agua al 90%, son apósitos blandos, suaves, no adherentes, no alergénicos, indoloros, y permeables al oxígeno y medicamentos hidrosolubles. Se pueden utilizar en úlceras infectadas, sin embargo no deben ser utilizadas en úlceras necrosantes ni en heridas profundas anfractuosas.

•Apósitos de hidrogel GRANULADOS: Parcialmente rehidratadas, están indicadas en heridas profundas y anfractuosas, infectadas y altamente exudativas. Permiten la inclusión de antibacterianos.

d) Apósitos De Poliuretano

Es un apósito plano y transparente. Reduce el riesgo de infección ya que es impermeable a bacterias y agua, y, por otro lado, proporciona un ambiente húmedo que favorece la cicatrización. Es autoadhesivo, elástico, y cómodo. Tiene una capacidad de absorción limitada, por tanto no se usará en heridas infectadas y profundas.

e) Apósito De Gasa Impregnada

Formado por una malla impregnada en gelatina de parafina, no se adhiere a la herida. Pueden crecer

células epiteliales dentro de su trama, pudiendo dañarlas al retirar el apósito. Se usaban en quemaduras y lesiones superficiales. Se les puede añadir un antiséptico o antimicrobiano (apósitos de povidona yodada o de nitrato de plata).

f) Apósitos Que Absorben Malos Olores

Incorporan una capa de carbón activado. Facilitan las relaciones del paciente cuando el olor puede llegar a dificultarlas, sobre todo en los casos de tumores de piel. Se han obtenido buenos resultados con la instilación tópica de metronidazol sobre la lesión.(7)

g) Apósito Hidrocoloide

1. Distribución y Función de Los Componentes

Los Hidrocoloides consisten por lo general de una base polimérica como el poliuretano, cubierta con un adhesivo absorbente compuesto de una matriz sintética hidrofóbica en la cual partículas hidrofílicas se incorporan hasta en un 50% del peso de adhesión. Al entrar en contacto con los fluidos de la herida. Las partículas hidrofílicas se hinchan para formar un gel en la superficie de la herida.(8)

Recientemente se descubrió que los componentes adhesivos hidrofobicos son retenidos en los tejidos de la herida luego de reaccionar con un aposito hidrocoloide en donde la cantidad de material depositado es dependiente de la fuerza de cohesión de la matriz adhesiva.

La capa adhesiva contiene polímeros elastómeros que aumentan la capacidad del apósito para retener el exudado de la lesión formando un gel cohesivo. Su mecanismo hidroactivo permite un control del exudado por simple presión, ya que el apósito se adhiere firmemente a la piel circundante de la herida, formando una cámara sellada sobre ella. El espacio sobre la herida se llena gradualmente con el exudado, aumentando la presión hasta un punto en que es casi igual a la presión capilar; una vez que se alcanza este nivel de presión dentro de la cámara se inhibe la producción de mas exudado. Este efecto ocurrirá, si el aposito forma un sello adecuado sobre la herida, pues si el sello se rompe los mecanismos fallan. Los hidrocoloides son impermeables al agua, de manera que el paciente puede bañarse sin necesidad de cambiarlo. Además tienen la propiedad de no adherirse a la herida y por el contrario disminuir su diámetro.(36)

2. Tipos e Indicaciones de los Hidrocoloides

El tratamiento local de las heridas con hidrocoloides tiene como objetivo minimizar los desechos necróticos y de bacterias, promover la formación de tejido granular e inducir la re-epitelización. El ambiente húmedo que brindan ayuda al desbridamiento autolítico y facilita la migración de células epiteliales; así como también permite la formación de un gel húmedo y suave que impide una retirada traumática del apósito protegiendo la integridad del tejido neoformado. Son adecuados en su mayoría para heridas con exudado leve a moderado.(16)

3. Uso Adecuado de los Apósitos Hidrocoloides.

- El apósito debe ser elegido de acuerdo a las indicaciones de uso establecidas y posteriormente a un diagnóstico completo.
- El tamaño debe ser apto para la herida, ya que el apósito no debe ser cortado, pues su borde está diseñado especialmente para formar un sello sobre la herida con el fin de que sus componentes tengan un ambiente íntegro que les permita actuar con una máxima efectividad.

- Debe ser aplicado y cambiado con todas las medidas de asepsia necesarias.
- Deben observarse todas las indicaciones pertinentes, con el fin de que no se haga necesario su cambio antes del tiempo esperado.(24)

4. Beneficios Terapéuticos del Uso de Apósitos Hidrocoloides.

- Profilaxis de infecciones por diferentes microorganismos
- Profilaxis de complicaciones de la herida o ulcera.
- Aislamiento de la lesión.
- Mejoría significativa en el proceso de cicatrización.
- Brinda sensación de alivio e incluso confort a l paciente.
- Protege de fricción y agresiones a la lesión. Protege el tejido neoformado
- Permite al profesional sanitario dar un adecuado seguimiento en el proceso de sanacion.(8)

2.3.2 Ulceras de Presión

- ❖ Definición: Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de eritema, ampolla, abrasión y necrosis de la piel, que tienden a aparecer cuando el

tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa.(12)

- ❖ Etiopatogenia: Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.(13)

Las fuerzas responsables de su aparición son:

1.- Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6-32 mmhg. Una presión superior a 32 mmhg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

2.- Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres

3.- Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).(14)

- ❖ Otros Factores de Riesgo: Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cinco grandes grupos :

1.- Fisiopatológicos: 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, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.

- Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.

- Trastornos Inmunológicos: Cáncer, infección.

- Alteración del Estado de Conciencia: Estupor, confusión, coma.

- Deficiencias Motoras: Paresia, parálisis.

- Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa.

- Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal):
Incontinencia urinaria e intestinal.(16)

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

- Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.

- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.

- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos:
Sondaje vesical y nasogástrico.

3.- Situacionales: Como 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.

4.- Del Desarrollo: Relacionados con el proceso de maduración.

- Niños Lactantes: rash por el pañal.

- Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

5 - Del Entorno:

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.

- La falta de educación sanitaria a los pacientes.

- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.

- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.

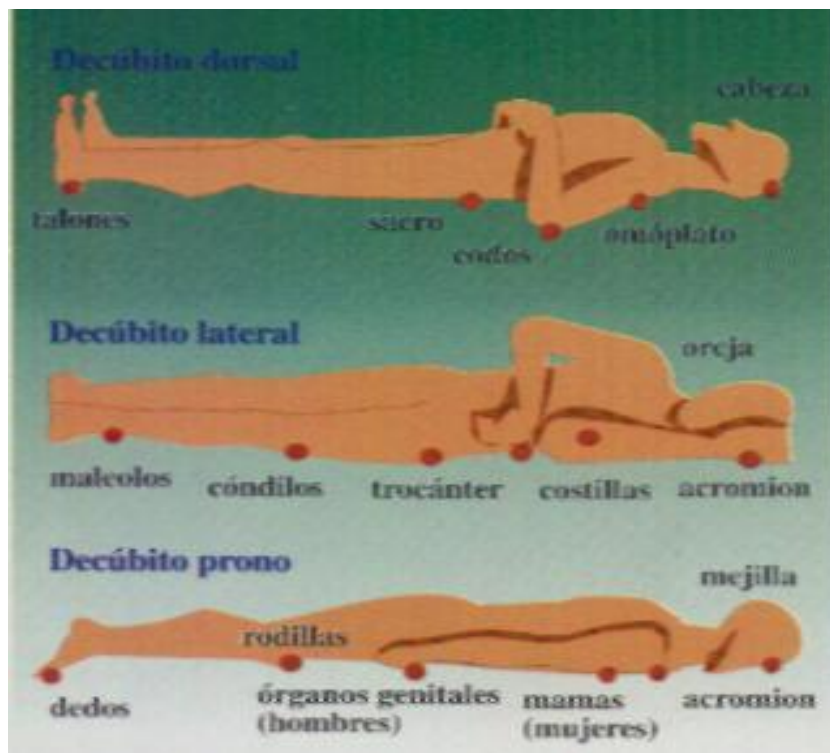
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.

- La sobrecarga de trabajo del profesional.

- ❖ Localización: Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Las áreas de más riesgo serían la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.(21)

Figura N°2.1

LOCALIZACIONES DE ULCERA POR PRESION



❖ Estadios:

Estadio I: Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

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

Estadio III: Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.(15)

El estadiaje correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos. Las localizaciones de UPP más frecuentes son el sacro y trocánter.(23)

- ❖ **Detección:** Existen distintas escalas para valorar niveles de riesgo de las UPP. Las más usadas y además recomendadas por la AH CPR son la **Arnell**, la de

Norton, la de BRADEN-BERGSTROM y la de NOVA 5.

Esta valoración es necesaria en todos los pacientes con riesgo potencial. Su función es ayudar a predecir la afectación de los tejidos y poner en marcha medidas de prevención.(20)

- ❖ **Complicaciones:** Las complicaciones primarias más frecuentes son dolor, anemia e infección (local o sistémica): Las UP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.(13)

- La anemia será con frecuencia de origen multifactorial: hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples.

- La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Se debe sospechar en toda úlcera que llega a fascia profunda o que presentan signos clínicos de infección: inflamación, aumento de exudado, de dolor o de tamaño.

. No debe olvidarse la vacunación antitetánica en UP que alcanzan la fascia, por estar descrita mayor sensibilidad a sobre infección por Clostridium tetani. Asimismo en pacientes portadores de cardiopatías con riesgo de endocarditis, debe hacerse profilaxis, al realizar manipulaciones locales importantes (biopsias, desbridamientos).(27)

· Otras complicaciones sistémicas potenciales son: amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en la UP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).(6)

· Las complicaciones secundarias son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbimortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o yatrogenia.

- ❖ Prevención: Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a

su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que establecer protocolos de prevención. Deben ser cómodas, no complicadas, que incluyan el máximo número de factores de riesgo. Se cumplirán las siguientes directrices.(12)

DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE UPP

VALORACION DEL RIESGO

- 1.- Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- 2.- Elija y utilice un método de valoración de riesgo.
- 3.- Identifique los factores de riesgo.
- 4.- Registre sus actividades y resultados.(16)

CUIDADOS ESPECÍFICOS

1.- Piel

- Examine el estado de la piel a diario.
- Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción.

- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (poliuretano, hidrocoloides,)
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.(18)

2.- Incontinencia

- Tratamiento de la incontinencia.
- Reeducación de esfínteres.
- Cuidados del paciente: absorbentes, colectores.

3.- Movilización:

- Elabore un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.
- Realice cambios posturales:
- Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.

- En períodos sedentarios se efectuarán movilizaciones horarias si puede realizarlo autónomamente, enséñele a movilizarse cada quince minutos.
- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evite contacto directo de las prominencias óseas entre si.
- Evite el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, lo sobrepase los 30 grados.
- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- No utilice flotadores.
- Use dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc.
- Sólo es un material complementario No sustituye a la movilización.(25)

CUIDADOS GENERALES:

- Tratar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:
 - Alteraciones respiratorias
 - Alteraciones circulatorias
 - Alteraciones metabólicas

- Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

EDUCACION:

- Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.
 - Desarrolle un programa de educación para prevenir úlceras por presión que sea:
 - ✓ Organizado, estructurado y comprensible.
 - ✓ Dirigida a todos los niveles: pacientes, familia, cuidadores y gestores.
 - ✓ Que incluyan mecanismos de evaluación sobre la eficiencia.
- ❖ Cuidado de la Úlcera: Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe de contemplar:
- 1º Desbridamiento del tejido necrótico
 - 2º Limpieza de la herida
 - 3º Prevención y abordaje de la infección bacteriana

4º Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.(29)

A.- Desbridamiento

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico bien sea como escara negra o amarilla de carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

En cualquier caso la situación global del paciente condicionará el desbridamiento (enfermos con trastornos de la coagulación, enfermos en fase terminal de su enfermedad, etc.)

Las características del tejido a desbridar, igualmente orientará el tipo de desbridamiento a realizar.(13)

A.1.- Desbridamiento cortante o quirúrgico

Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo. El desbridamiento quirúrgico es un procedimiento cruento

que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica y material estéril.

A.2.- Desbridamiento químico (enzimático)

El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección. La colagenasa es un ejemplo de este tipo de sustancias. Existen evidencias científicas que indican que ésta, favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación.

A.3.- Desbridamiento autolítico

El desbridamiento autolítico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda. Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados.

Esta fórmula de desbridamiento es más selectiva y atraumática, no requiriendo de habilidades clínicas específicas y siendo generalmente bien aceptado por el paciente. Presenta una acción más lenta en el tiempo.

Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general y los hidrogeles en estructura amorfa de manera específica son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico.

A.4. - Desbridamiento mecánico.

Se trata de una técnica no selectiva y traumática. Principalmente se realiza por abrasión mecánica a través de fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranómeros, mediante la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse pasadas 4 a 6 horas se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con su retirada. En la actualidad son técnicas en desuso.

B- Limpieza de la lesión

- Limpie las lesiones inicialmente y en cada cura.
- Utilice como norma suero salino fisiológico.
- Use la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera así como para su secado posterior.
- Use una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de los detritus, bacterias y restos de curas

anteriores pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano.

- La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo la que realizamos a través de una jeringa de 35 ml con una aguja a catéter de 0,9 mm que proyecta el suero fisiológico sobre la herida a una presión de 2 kg. /cm².
- Las presiones de lavado de la úlcera efectiva y segura oscilan entre 1 y 4kg. /cm².
- No limpie la herida con antisépticas locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito,) o limpiadores cutáneos.
- Todos son productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

C.-Elección de un apósito.- Las evidencias científicas disponibles demuestran la efectividad clínica y bajo la óptica coste/beneficio (espaciamiento de curas, menor manipulación de las lesiones,) de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente o la cura tradicional.

Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles y ser de fácil aplicación y retirada. Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.(35)

2.4. Definiciones de Términos Básicos

Úlcera: Lesión circunscrita y abierta en la piel o en la membrana de una mucosa. Tiene forma de cráter, causado por la pérdida de tejido en el epitelio. Muestra una escasa tendencia a la cicatrización espontánea. Hay diversos tipos de úlceras como la Úlcera péptica o gastroduodenal, afta en la boca, úlcera por decúbito.

Presión: es una magnitud física que mide como la proyección de la fuerza en dirección perpendicular por unidad de superficie (esa magnitud es escalar), y sirve para caracterizar cómo se aplica una determinada fuerza resultante sobre una línea.

Apósitos: Es cualquiera de los diferentes productos sanitarios empleados para cubrir y proteger una herida.

Apósito Hidrocoloide: Es un producto empleado para cubrir y proteger una herida; mantiene el lecho de la úlcera continuamente húmedo y permite que la piel circundante intacta permanezca húmeda, proporcionando un microambiente adecuado desde la superficie a toda la herida, de forma que se produzca la cicatrización.

Prevalencia: Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado "prevalencia de periodo"

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona en esa población resulte afectada por la enfermedad.

Teorías de Enfermería: Describen, establecen y examinan los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría de enfermería ésta debe contener los elementos del metaparadigma de enfermería.

Cuidados de Enfermería: Son acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un

paciente que demanda de su atención; es decir desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

Curación de heridas: Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización. Es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material estéril.

Efecto Terapéutico: Es aquel control, curación, alivio o prevención que produce un fármaco o producto en un individuo.

III.VARIABLES E HIPOTESIS

3.1 Definición de Variables

3.1.1 Efecto Terapéutico del Apósito Hidrocoloide.- El efecto es lo que sucede como consecuencia de una causa. El efecto Terapéutico del Apósito hidrocoloide en la piel mejora significativamente el proceso de cicatrización de la UPP.

3.1.2 Ulceras por Presión: Son zonas localizadas de eritema, ampolla, abrasión y necrosis de la piel, que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos.

UPP II: Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La ulcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictema, o pequeño cráter superficial. Pérdida parcial del grosor de la piel, con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

3.2 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<p>EFECTO TERAPEUTICO DEL APOSITO HIDROCOLOIDE</p>	<p>El efecto es lo que sucede como consecuencia de una causa. El efecto Terapéutico del Apósito hidrocololoide en la piel mejora significativamente el proceso de cicatrización de la UPP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de curación de UPP: Es el tiempo en que la ulcera se curara, y será medido en días y nº de observaciones que tarda la UPP en curarse •Características de la UPP 	<p>O2: 5 días O3:10 días O4:15 días</p> <p>.Presencia de Eritema .Presencia de Granulación. .Disminución de tamaño de UPP.</p>	<p>. Se curo= 1 . No se curo=0</p> <p>Efectivo =1 No Efectivo =0</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
<p>ULCERA POR PRESIÓN II GRADO</p>	<p>UPP: Son zonas localizadas de eritema, ampolla, abrasión y necrosis de la piel, que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos.</p> <p>UPP II: Perdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La ulcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictema, o pequeño cráter superficial.</p>	<p>UPP IIº</p>	<p>Evaluación del paciente que presenta signos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Abrasión, -Ampolla -Cráter superficial. 	<p>Ausencia= 1</p> <p>Presencia=0</p>

3.3 Hipótesis General e Hipótesis Específicas

3.3.1 Hipótesis General:

- El Uso de Apósitos Hidrocoloide es efectivo en la curación de UPP IIº
- El Uso de Apósitos Hidrocoloide no es efectivo en la curación de UPP II

3.3.2 Hipótesis Alterna

- Si el Apósito Hidrocoloide Tiene efecto terapéutico entonces cura las UPP IIº en pacientes hospitalizados en UCI Neurocirugia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

3.3.3. Hipótesis Nula.

- Si el Apósito Hidrocoloide no Tiene efecto terapéutico entonces no cura las UPP IIº en pacientes hospitalizados en UCI Neurocirugia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

IV.METODOLOGIA

4.1 Tipo de Investigación: La presente investigación fue de tipo:

✓**Cuasi – Experimental:** porque solo se experimentó al grupo experimental más no en grupo de control, siendo el propósito de este diseño determinar si la aplicación de la variable Independiente produce un cambio en la Variable Dependiente.

Aunque estos diseños no garantizan un nivel de validez interna y externa como en los experimentales, ofrece un grado de validez suficiente. Según estos tipos de estudio, el hecho de que no exista grupo control, no asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, o a otras intervenciones o factores no controlados.

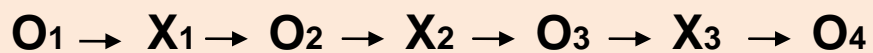
Entre los efectos que hay que tener en cuenta debido a todas estas circunstancias cabe destacar:

- Efecto Hawthorne: respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando.
- Efecto placebo: la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero que no

puede considerarse como un efecto específico del mismo.

- Regresión a la media: la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo.
 - Evolución natural: cuando el curso habitual de una enfermedad tiende hacia su resolución, los esfuerzos terapéuticos pueden coincidir con la mejoría observada, pero no ser su causa.
- ✓ **Prospectivo:** porque se registró la información según van ocurriendo los fenómenos. Así mismo se convierte en un **Prospectivo de Causa a Efecto**, porque el seguimiento que se efectúa es para conocer, evaluar y analizar la aparición del efecto.
- ✓ **Analítico:** porque llegamos a una conclusión luego de la aplicación de la variable Independiente sobre la Variable Dependiente.
- ✓ **Longitudinal:** porque se midió en dos o más ocasiones a las variables involucradas. Implica el seguimiento para estudiar la evolución de las unidades en el tiempo.

4.2 Diseño de la Investigación:



- O1 = Pre – Test
- X1, X2, X3 = Intervenciones necesarias
- O2, O3, O4 = Post – Test

Diseño Pre-Post con un solo grupo: Es un Diseño cuasi experimental en el que se utiliza un solo grupo, y se mide antes y después de la aplicación del tratamiento para evaluar los cambios producidos sobre este.

4.3 Población y Muestra: Estuvo determinado por todos los pacientes hospitalizados en la UCI Neurocirugía durante los meses Julio - Agosto 2013, con un total de 115 pacientes, de los cuales 40 pacientes presentaron UPP, y dentro de ellos, 20 pacientes presentaron UPP II^o y solo 12 participaron en el estudio.

4.3.1 Criterios de Exclusión: Salieron del presente estudio, los siguientes:

- Pacientes con UPP I^o, III^o y IV^o hospitalizados durante el periodo de estudio siendo un total de 20.
- Pacientes con UPP II^o que fallecieron durante el periodo de estudio, siendo estos 2.

- Pacientes que salieron de UCI neurocirugía a servicios generales y/o fueron transferidos a clínicas contratadas, siendo estos 3.
- Pacientes cuyos familiares se negaron a firmar autorización para aplicar el tratamiento a sus pacientes, siendo estos 3.

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

- ✓**Técnica:** En el presente estudio se utilizó la técnica de observación.
- ✓**Instrumento:** Se realizó la validez de contenido mediante el juicio de 8 expertos y se utilizó la confiabilidad de Kuder-Richardson (KR20) con un 95% favorable.

La Guía de Observación:

Mediante este instrumento se determinó las características del paciente con UPP IIº hospitalizado en la UCI Neurocirugía. En los 2 primeros ítem se obtuvo los datos relevantes de cada paciente y el 3 ítem se obtuvo las características de UPP IIº. (Ver anexo)

4.5 Procedimiento de Recolección de datos

Para que el proyecto fuera ejecutado fue necesario pedir autorización a la Jefatura de Enfermería del servicio de Neurocirugía y aprobación del mismo por las instancias correspondientes como el Departamento de Enfermería, Así también a las colegas que durante su turno se llevó a cabo

este proyecto. A los familiares se le entregó una hoja de consentimiento informado para la autorización del tratamiento que se aplicó, explicando cuál es el objetivo y los posibles beneficios que obtendría el paciente.

El proyecto se ejecutó de la siguiente manera:

- Presentación y aprobación del proyecto a las instancias de Enfermería en orden jerárquico.

- Selección de la muestra según criterios de inclusión y exclusión

- Presentación de las investigadoras a los familiares y pacientes (Glasgow 15) explicando el procedimiento a realizar, y consentimiento informado escrito.

- La Recolección de los datos en la primera parte hace referencia a todos los factores de riesgo identificados , los cuales se obtuvieron de la información con el paciente o su familiar y de la historia clínica; la valoración cefalocaudal y neurológica por parte de las investigadoras al paciente, donde el instrumento utilizado Guía de Observación , en los 2 primeros ítem enfoca los datos relevantes de cada paciente y el 3 ítem las características de UPP IIº

En la segunda parte es más específica, porque se valora mediante la observación directa, la UPP IIº y que características

se observó el tipo de tejido presente como abrasión ampolla, cráter superficial y/o tejido de granulación ,así también la localización , el tamaño de la UPP IIº que fue medida con regla en centímetros y días de permanencia del paciente en el Centro Hospitalario.

-Se aplicó desde el primera observación el apósito Hidrocoloide, y renovó al 5 día y 10 día.

-El proyecto fue aplicado a 12 pacientes, totalidad de la población que presentaron UPP de IIº en los meses mencionados.

-AL finalizar se ordenó y analizó datos.

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

Los datos obtenidos en esta investigación están ordenados, clasificados codificados y analizados para su presentación mediante cuadros y gráficos expresados en números y porcentajes para su mayor entendimiento.

Se encontró en la investigación que el porcentaje de prevalencia de UPP IIº se presentó en un 58.3% en mujeres y 41.6% en hombres, del total de la muestra, es decir el mayor porcentaje se da en el sexo femenino.

V. RESULTADOS

**CUADRO Nº 5.1
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP IIº SEGÚN
EDAD Y GENERO. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.**

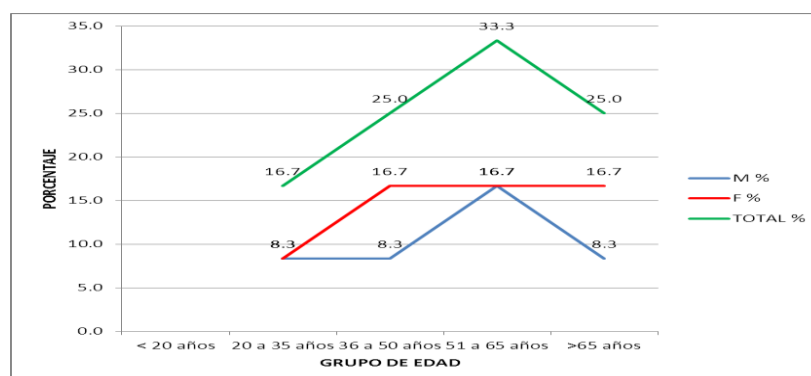
SEXO EDAD	M		F		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
< 20 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20 a 35 años	1	8.3	1	8.3	2	16.7
36 a 50 años	1	8.3	2	16.7	3	25.0
51 a 65 años	2	16.7	2	16.7	4	33.3
>65 años	1	8.3	2	16.7	3	25.0
TOTAL	5	41.7	7	58.3	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

** Notas Explicativas: Basado en datos de Historias Clínicas y Hoja de Monitoreo Neuroquirúrgico de Enfermería.

GRAFICO Nº 5.1

**PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP IIº SEGÚN
EDAD Y GÉNERO. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.**



Fuente: Cuadro Nº 5.1 del estudio.

Al distribuir a los pacientes con UPP IIº según Edad y Género, se encontró ligero predominio del género femenino (58.3%). El mayor número de pacientes se ubico de 51 a 65 años que representa el 33.3% de la muestra, seguido de las edades de 36 a 50 años en un 25% al igual que mayores de 65 años.

CUADRO Nº 5.2

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP IIº SEGÚN PESO Y GENERO. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

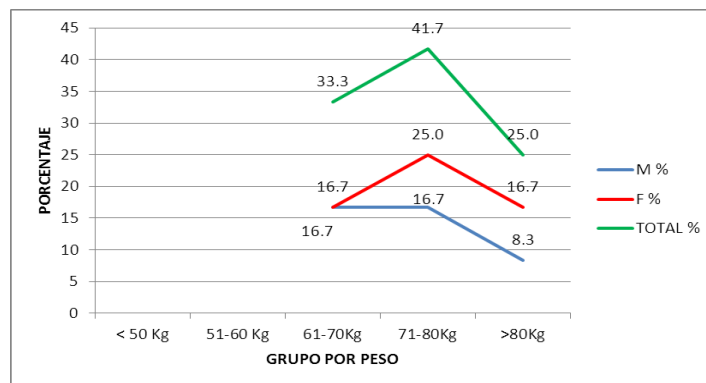
SEXO PESO	M		F		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
< 50 Kg	0	0.0	0	0.0	0	0.0
51-60 Kg	0	0.0	0	0.0	0	0.0
61-70Kg	2	16.7	2	16.7	4	33.3
71-80Kg	2	16.7	3	25.0	5	41.7
>80Kg	1	8.3	2	16.7	3	25.0
TOTAL	5	41.7	7	58.3	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

** Notas Explicativas: Basado en datos de Historias Clínicas y Hoja de Monitoreo Neuroquirúrgico de Enfermería

GRAFICO Nº 5.2

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP IIº SEGÚN PESO Y GENERO. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro Nº 5.2 del estudio.

Al distribuir a los pacientes con UPP IIº según Peso y Género, se encontró ligero predominio del género femenino (58.3%). El mayor número de pacientes se ubico entre 71 y 80 Kg. que representa el 41.7%% de la muestra, seguido del 33.3% de pacientes con peso de 61 a 70 Kg.

CUADRO N°5.3

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN ESTADO NEUROLÓGICO. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

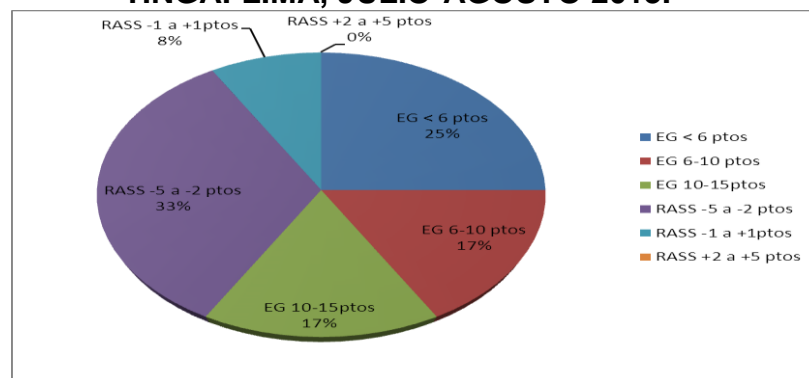
ESCALA VALORACION	TOTAL	
	N	%
EG < 6 ptos	3	25
EG 6-10 ptos	2	17
EG 10-15ptos	2	17
RASS -5 a -2 ptos	4	33
RASS -1 a +1ptos	1	8
RASS +2 a +5 ptos	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

** Notas Explicativas: Basado en Historias Clínicas y Hoja de Monitoreo Neuroquirúrgico de Enfermería.

GRAFICO N°5.3

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN ESTADO NEUROLÓGICO. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.3 del estudio.

Del presente Gráfico según Estado Neurológico, podemos deducir que el 59% fue evaluado con Escala Glasgow, mientras que el 41% de pacientes presentó sedación y fue evaluado con Escala RASS. Así mismo nos muestra que el 33% de pacientes que presentaron UPP II° tenían Escala de Sedación RASS de -5 a -2 puntos. El 25% presentaban Escala de Glasgow menor a 6 puntos.

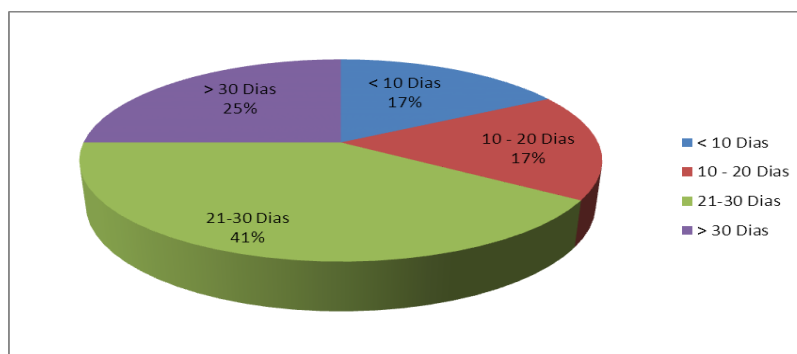
CUADRO N°5.4
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II°
SEGÚN DÍAS DE PERMANENCIA.
HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

PERMANENCIA	TOTAL	
	N	%
< 10 Días	2	17
10 - 20 Días	2	17
21-30 Días	5	41
> 30 Días	3	25
TOTAL	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

** Notas Explicativas: Basado en Historias Clínicas y Hoja de Monitoreo Neuroquirúrgico de Enfermería.

GRAFICO N°5.4
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II°
SEGÚN DÍAS DE PERMANENCIA.
HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.4 del estudio.

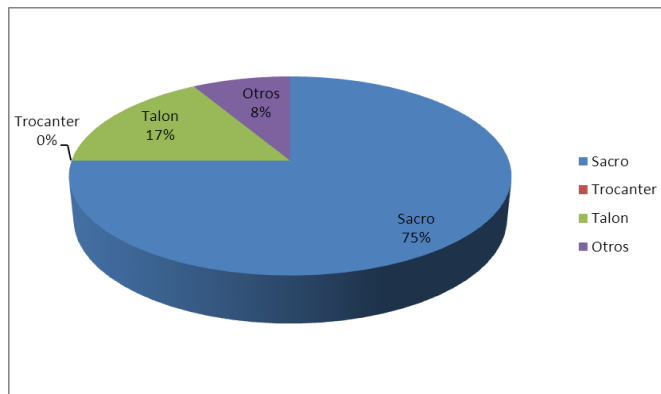
El Gráfico N° 5.4 Según Días de Permanencia evidencia, que el 41% de pacientes que presentaron UPP II° tenían 21 a 30 días de permanencia, seguido del 25% de pacientes con mas de 30 días de permanencia.

CUADRO N°5.5
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II°
SEGÚN LOCALIZACION. HNGAI-LIMA,
JULIO-AGOSTO 2013.

LOCALIZACIÓN	TOTAL	
	N	%
Sacro	9	75
Trocanter	0	0
Talon	2	17
Otros	1	8
TOTAL	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.
 ** Notas Explicativas: Basado en Historias Clínicas y Hoja de Monitoreo Neuroquirúrgico de Enfermería.

GRAFICO N° 5.5
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II°,
SEGÚN LOCALIZACIÓN. HNGAI- LIMA,
JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.5 del estudio.

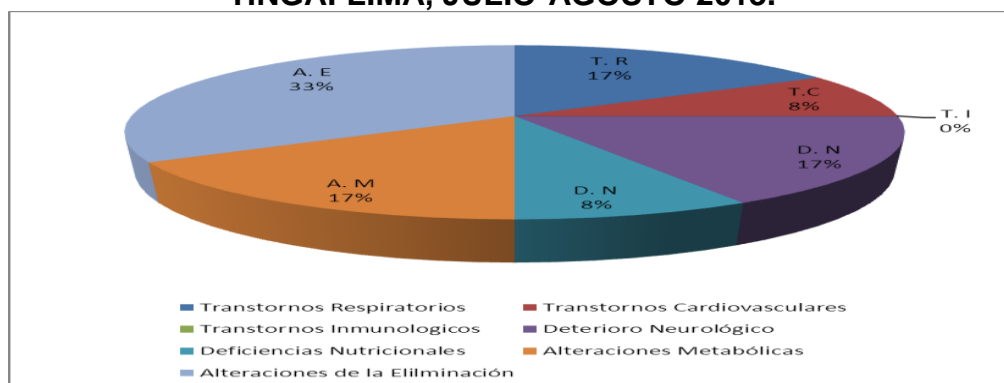
Se encontró en el presente gráfico, que la zona de mayor localización de las UPP II° en pacientes de UCI Neurocirugía, se localizan en el sacro con un 75%, seguido del talón en un 17%.

CUADRO N°5.6
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP IIº
SEGÚN FACTORES FISIOPATOLOGICOS.
HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

FACTORES FISIOPATOLOGICOS	TOTAL	
	N	%
Trastornos Respiratorios	2	17
Trastornos Cardiovasculares	1	8
Trastornos Inmunologicos	0	0
Deterioro Neurológico	2	17
Deficiencias Nutricionales	1	8
Alteraciones Metabólicas	2	17
Alteraciones de la Elilminación	4	33
TOTAL	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.
 ** Notas Explicativas: Basado en Historias Clínicas y Hoja de Monitoreo Neuroquirúrgico de Enfermería.

GRAFICO N°5.6
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP IIº
SEGÚN FACTORES FISIOPATOLOGICOS.
HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.6 del estudio.

Según la distribución de UPP IIº por Factores Fisiopatológicos en el estudio realizado, el mayor porcentaje de casos se presenta por las alteraciones de la eliminación con un 33%, seguido de los trastornos respiratorios, alteraciones metabólicas y el deterioro neurológico con 17% cada uno de estos.

CUADRO N°5.7

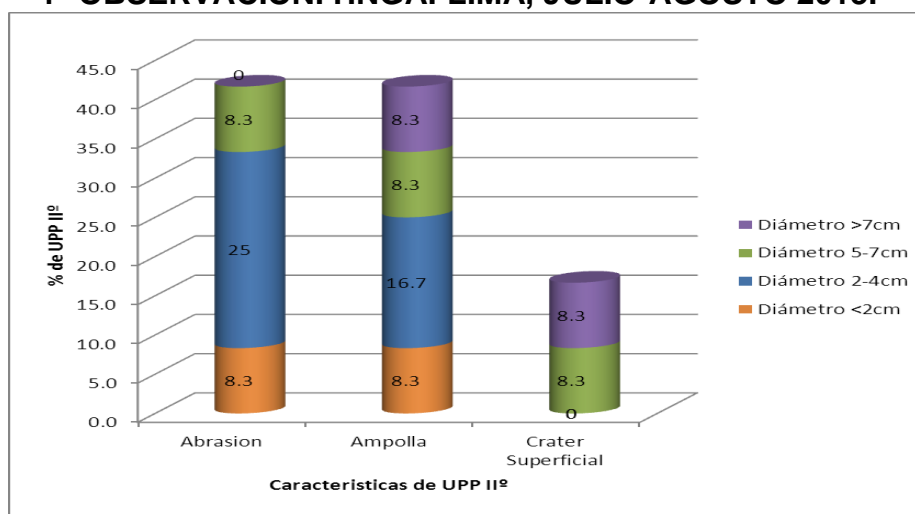
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN PRESENCIA DE CARACTERÍSTICAS Y TAMAÑO EN LA 1ª OBSERVACION. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

CARACTERÍSTICAS TAMAÑO	Abrasión		Ampolla		Crater Superficial		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diámetro <2cm	1	8.3	1	8.3	0	0	2	16.7
Diámetro 2-4cm	3	25	2	16.7	0	0	5	41.7
Diámetro 5-7cm	1	8.3	1	8.3	1	8.3	3	25.0
Diámetro >7cm	0	0	1	8.3	1	8.3	2	16.7
TOTAL	5	41.7	5	41.67	2	16.7	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

GRAFICO N°5.7

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN PRESENCIA DE CARACTERÍSTICAS Y TAMAÑO EN LA 1ª OBSERVACION. HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.7 del estudio.

Al relacionar la Presencia de Características de la UPP II° y el tamaño que presentaron en la 1ª Observación, podemos deducir que se observó abrasión y ampolla en igual porcentaje (41.7%). Y solo el 17% presentaba cráter superficial. Siendo el tamaño más frecuente de 2 a 4 cm de diámetro (41.7%), seguido del 25% de UPP II° con 5 a 7 cm de diámetro, y el 16.7% tenían mayor a 7 cm de diámetro.

CUADRO N°5.8

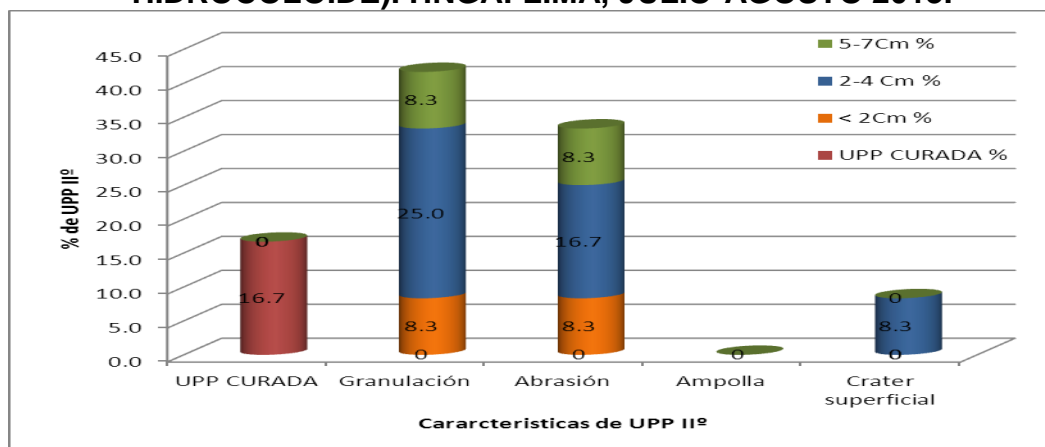
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN PRESENCIA DE CARACTERÍSTICAS Y TAMAÑO EN LA 2ª OBSERVACION (POS 1ºTRATAMIENTO APOSITO HIDROCOLOIDE). HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

TAMAÑO CARACTERÍSTICAS	UPP CURADA		< 2Cm		2-4 Cm		5-7Cm		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UPP CURADA	2	16.7	0	0	0	0	0	0	2	16.7
Granulación	0	0	1	8.3	3	25.0	1	8.3	5	41.7
Abrasión	0	0	1	8.3	2	16.7	1	8.3	4	33.3
Ampolla	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0
Cráter superficial	0	0	0	0	1	8.3	0	0	1	8.3
TOTAL	2	16.7	2	16.7	6	50	2	16.7	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

GRAFICO N°5.8

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN PRESENCIA DE CARACTERÍSTICAS Y TAMAÑO EN LA 2ª OBSERVACION (POS 1ºTRATAMIENTO APOSITO HIDROCOLOIDE). HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.8 del estudio.

Al relacionar la Presencia de Características de la UPP II° y el tamaño que presentaron en la 2ª Observación, evaluando la primera aplicación el Apósito Hidrocoloide, podemos observar la aparición de un nuevo subgrupo, siendo estas las UPP curadas (16.7%) y también se evidencia UPP II° con presencia de granulación en un 41.7%. Las UPP con cráter superficial disminuyeron al 8.3%, así mismo

disminuyeron las que presentaban abrasión a 33.3% y no se encontró ninguno con presencia de ampolla. El 50% de las UPP en tratamiento aun presentan de 2 a 4 cm de diámetro; disminuyeron las UPP II° con 5 a 7 cm de diámetro (16.7%) y no se encontraron casos con diámetros mayor a 7cm.

CUADRO N°5.9

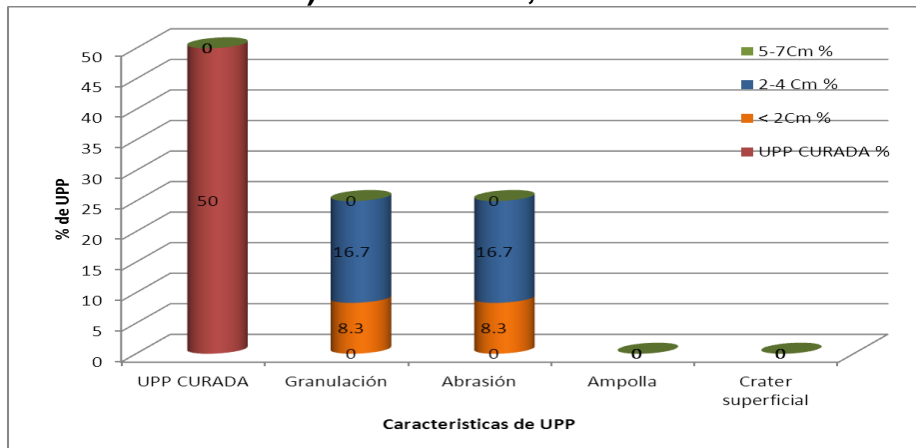
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN PRESENCIA DE CARACTERISTICAS Y TAMAÑO EN LA 3ª OBSERVACION (POS 2ºTRATAMIENTO APOSITO HIDROCOLOIDE). HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

TAMAÑO CARACTERISTICAS	UPP CURADA		< 2Cm		2-4 Cm		5-7Cm		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UPP CURADA	6	50	0	0	0	0	0	0	6	50
Granulación	0	0	1	8.3	2	16.7	0	0	3	25
Abrasión	0	0	1	8.3	2	16.7	0	0	3	25
Ampolla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Crater superficial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	50.0	2	16.7	4	33.3	0	0	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

GRAFICO N°5.9

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN PRESENCIA DE CARACTERISTICAS Y TAMAÑO EN LA 3ª OBSERVACION (POS 2º TRATAMIENTO APOSITO HIDROCOLOIDE). HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.9 del estudio.

De la relación Presencia de Características de la UPP II^o y el tamaño que presentaron en la 3^a Observación, evaluando el efecto pos 2^o Tratamiento con Apósito Hidrocoloide; se evidencia las UPP curadas en 50% de los casos iniciales y con presencia de granulación en un 25%. Así mismo disminuyeron las que presentaban abrasión siendo el 25%. Se redujo el porcentaje de UPP con 2 a 4 cm de diámetro siendo el 33.3% y menor a 2 cm de diámetro el 16.7%.

CUADRO N°5.10

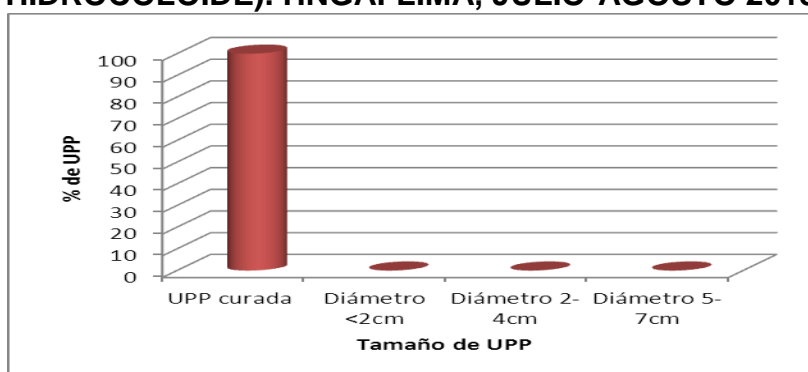
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II^o SEGÚN LA 4^a OBSERVACION (POS 3^o TRATAMIENTO APOSITO HIDROCOLOIDE). HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

HIDROCOLOIDE UPP	4 ^o OBSERV	
	N	%
UPP curada	12	100
Diámetro <2cm	0	0
Diámetro 2-4cm	0	0
Diámetro 5-7cm	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

GRAFICO N°5.10

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II^o SEGÚN LA 4^a OBSERVACION (POS 3^o TRATAMIENTO APOSITO HIDROCOLOIDE). HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.10 del estudio.

Según el Presente Grafico, se evidencia en la 4^o Observación que las UPP II^o logran su curación al 100%, luego del 3^o Tratamiento con Apósito Hidrocoloide.

CUADRO N°5.11

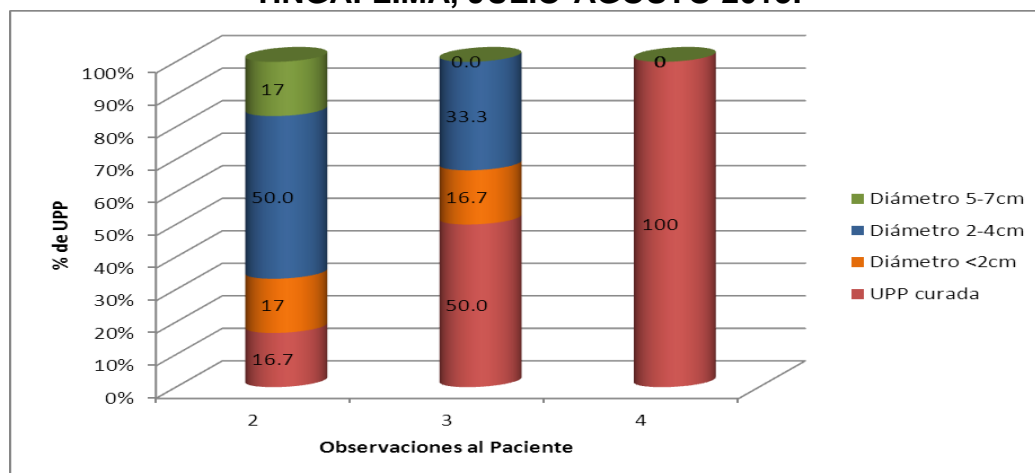
PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN APLICACIÓN DE APOSITO HIDROCOLOIDE Y COMPARACION DE CURACION EN LAS DIFERENTES OBSERVACIONES HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.

HIDROCOLOIDE UPP	2º OBSERV		3º OBSERV		4º OBSERV	
	N	%	N	%	N	%
UPP curada	2	16.7	6	50.0	12	100
Diámetro <2cm	2	17	2	16.7	0	0
Diámetro 2-4cm	6	50.0	4	33.3	0	0
Diámetro 5-7cm	2	17	0	0.0	0	0
TOTAL	12	100	12	100	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

GRAFICO N°5.11

PACIENTES DE UCI NEUROCIRUGIA CON UPP II° SEGÚN APLICACIÓN DE APOSITO HIDROCOLOIDE Y COMPARACION DE CURACION EN LAS DIFERENTES OBSERVACIONES HNGAI-LIMA, JULIO-AGOSTO 2013.



Fuente: Cuadro N°5.11 del estudio.

En la comparación de curación de UPP II° posterior al tratamiento con Apósito Hidrocoloide, se evidencia que las UPP fueron disminuyendo de tamaño progresivamente en cada observación, llegando así, a presentar granulación en 50% y UPP curadas en 16.7% en la 2º Observación. Pues en la 3º Observación hay UPP curadas en 50% y granuladas el 33.3%. Llegando así a presentarse la curación de UPP II° al 100% en la 4º Observación.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

El Uso de Apósitos Hidrocoloide es efectivo en la curación de UPP II^o, Según la comparación de curación en las distintas observaciones tal y como se muestra en la matriz de datos. (Anexo 6), ahí se evidencia que las UPP fueron disminuyendo de tamaño y cambiando de características progresivamente en cada observación, llegando así, a presentar granulación en 50% y UPP curadas en 16.7% en la 2^o Observación. Pues en la 3^o Observación hay UPP curadas en 50% y granuladas el 33.3%. Llegando así a presentarse la curación de UPP II^o al 100% en la 4^o Observación.

Por lo tanto, Si el Apósito Hidrocoloide tiene efecto terapéutico, entonces cura las UPP II^o en pacientes hospitalizados en UCI Neurocirugia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, quienes habían presentaron en la primera observación abrasión y ampolla en igual porcentaje (41.7%). Y solo el 17% presentaba cráter superficial. Siendo el tamaño mas frecuente de 2 a 4 cm de diámetro (41.7%), seguido del 25% de UPP II^o con 5 a 7 cm de diámetro, y el 16.7% tenían mayor a 7 cm de diámetro.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

Según los estudios similares de curación de UPP con Apósito Hidrocoloide, la respuesta es más lenta por la presencia de tejido necrótico y fue necesario realizar desbridamiento quirúrgico para aplicar tratamiento y acelerar el proceso de granulación, pero en nuestro presente estudio se investigó el efecto en UPP II^o y no fue necesario realizar desbridamiento quirúrgico pues se aplicó tratamiento a pesar de las características encontradas y se encontró mejorías desde la 2^o Observación como son granulación en 50% y UPP curadas en 16.7%. En cuanto a tiempo de permanencia del apósito compartimos criterio con estudios similares, pues el tiempo de cambio fue de 5 días, previa observación de UPP.

I.- Experiencia en el uso de apósitos oclusivos DuoDerm para el tratamiento de úlceras (Dr. Carlos Montenegro)

Material y método.-Los casos en que utilizaron este producto datan del mes de Junio del año 1997, habiéndolo aplicado en 12 pacientes de consulta ambulatoria, y para las siguientes tipos de úlceras:

- A. 8 pacientes con úlceras varicosas, a nivel de 1/3 inferior de piernas que representan el 6.6 % de nuestra experiencia.
- B. 3 pacientes con úlceras de presión en región lumbosacra y

trocantérica, que representan el 25 %.

C. 1 paciente con úlcera traumática por atricción en mano derecha, con el 8.3 %.

Resultados:

1. En primer lugar encontraron que la mejor respuesta en cuanto a granulación del tejido se da en pacientes con úlceras varicosas. En las úlceras de presión la respuesta es más lenta debido a la causa básica, con formación de tejido necrótico, siendo necesario en algunos casos realizar debridamiento quirúrgico para facilitar la aplicación de los complementos y acelerar el proceso de granulación.

2. El tiempo de permanencia del apósito varía de acuerdo a la cantidad de exudado de la herida; al inicio puede ser cada tres días y de acuerdo a la evolución y control de exudado se va dejando de 5 a 7 días, siempre y cuando no se presenten fugas de gel por los bordes, ya que ésto indicaría cambio de apósito y evitaríamos también maceraciones.

II.- Eficacia de los productos para el tratamiento de las úlceras por presión: una revisión sistemática con metanálisis (Francisco Pedro García Fernández)

Métodos de revisión: Se han incluido ensayos clínicos que comparan a) productos de CAH con cura tradicional seca (CT) y b) diferentes productos de CAH entre ellos, para el

tratamiento de UPP. Cada artículo fue valorado por dos revisores independientemente, mediante el CASP y además se valoró la calidad de la evidencia mediante el sistema GRADE. Se extrajeron datos generales, datos sobre efectividad clínica, datos sobre rentabilidad y datos de comportamiento del apósito. Para estimar el efecto se ha calculado el riesgo relativo (RR) con su intervalo de confianza del 95% y se ha realizado un metaanálisis (modelo de efectos aleatorios) cuando fue apropiado.

Resultados: 66 estudios potencialmente relevantes de los que 30 se eliminaron por puntuación CASP < 5 y otros 10 no se tuvieron en cuenta sus resultados por tener muy baja calidad de evidencia. Un metaanálisis muestra la ventaja del uso de hidrocoloides (HCL) frente a la CT (RR= 2,05 IC 95% 1,20-3,52). Estudios individuales que no permiten metaanálisis muestran la ventaja de otros productos de CAH frente a la CT y un metaanálisis de todos los estudios que comparan la CAH frente a la CT lo confirma (RR= 1,61 IC 95% 1,28-2,02). No hay diferencias de efectividad clínica de los HCL frente a las espumas de poliuretano (EP) (RR= 1,11 IC 95% 0,60-2,05), ni de otros productos entre sí. En cuanto a la rentabilidad distintos estudios muestran que los productos basados en la CAH (HCL y EP) son más rentables que la CT. En cuanto al confort las EP

presentan una mayor capacidad de absorción del exudado y una mayor facilidad en la retirada que los HCL.

Conclusiones: Existen muchos estudios con una evidencia muy baja o de muestra muy pequeña, lo que no permite considerarlos. Los productos para el tratamiento de UPP basados en CAH tienen mayor eficacia clínica y son más rentables que el tratamiento tradicional. No hay diferencias en la eficacia clínica de un tipo de productos de tratamiento en ambiente húmedo sobre los otros tipos, aunque hay datos relativos al confort y la absorción que muestran ventajas de las espumas de poliuretano frente a los hidrocoloide.

VII.CONCLUSIONES

- El tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados genera una preocupación continua para el profesional de enfermería, ya que se evidencia la rapidez de la aparición de la úlcera por presión y la complejidad en la regeneración del tejido.
- Inicialmente , se identificó y valoró las características de las Úlceras por Presión IIº en los pacientes, encontrándose con mayor e igual porcentaje abrasión y ampolla (41.7%) y en un menor porcentaje con cráter superficial(17%), el diámetro más frecuente encontrado fue de 2-4 cm. Así mismo se evidenció un ligero predominio en el género femenino en un 58.3% y la edad oscilante más frecuente se ubicó de 51 a 65 años que representa el 33.3% de la muestra.
- Se concluyó según el estado neurológico del paciente que un 25% presentó Escala de Glasgow (escala de valoración del estado neurológico) menor a 6 puntos y un 33% de pacientes tenían Escala de Sedación RASS de -5 a -2 puntos cuando presentaron la UPP IIº y que la zona de mayor localización de las UPP IIº se localizan en el sacro con un 75%, seguido del talón en un 17%.

- Se concluye efectividad del apósito hidrocoloide desde la segunda observación, encontrando mejoría progresivamente en la disminución de tamaño y características de las úlceras de presión, teniendo un 17% de las úlceras por presión de segundo grado curadas. En la tercera observación se curaron un 50% de las úlceras, y en cuarta observación las úlceras estaban curadas en un 100%.
- Se concluye en el estudio que el Apósito Hidrocoloide es efectivo en la curación de úlceras por presión de segundo grado en pacientes hospitalizados en UCI-Neurocirugía, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013. Por lo tanto El apósito Hidrocoloide es el apósito oclusivo de mejor elección para proteger y cubrir una herida, así como limpiarla y desbridarla autolíticamente en las UPP II°.

VIII.RECOMENDACIONES

- Proseguir realizando estudios en todos los servicios de hospitalización sobre la incidencia y prevalencia de las UPP IIº para poder desarrollar pautas adecuadas de prevención de las mismas.
- Continuar aplicando el Apósito Hidrocoloide en UPP IIº en pacientes hospitalizados en UCI Neurocirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
- Replantear estrategias en el cuidado del paciente postrado con el objetivo de brindar una atención holística al paciente .
- Implementar en todos los servicios un instrumento que permita la detección temprana de las UPP.
- Mantener el espíritu de estudio continuo del personal de enfermería en hallar la opción más optima en la regeneración más pronta de la UPP IIº

IX.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.BOTERO Angela, GOMEZ Fernando; BERNAL Martha, CURCIO Carmen, CHACON Arnoby, **Acta médica colombiana**, Brasil. 2000
- 2.INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. **Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares**. Madrid. 2001
3. AMAYA A. Marco, MEJIA P. Patricia, MARTEL O. Benilda, WIIKINSON O. Ofelia, LOPEZ L. Elmer. **Apósitos hidrocoloides en úlceras cutáneas, experiencia en el servicio de dermatología del Hospital Escuela**".2001
- 4.GjhmV BLUMEL M, Juan. **Validez De La Escala De Braden Para Predecir Úlceras Por Presión En Población Femenina**. Chile. Revista médica de Chile. Vol (Nº16). Universidad De Chile.2000
5. ZAMORA C. Susana, FLAMANA F. Maria y Lic. RIVERO A. Yolaisy. **Experiencia en la cura de úlceras por presión con sacarosa**..2006
6. NAVARRETE F, Gisela. **Histología de la piel** .México. *MG Revista Facultad de Medicina*. Vol. (Nº46) .Universidad Nacional Autónoma de México. 2004
7. DIAZ M. Juana, LOPEZ D. Pilar, MOLINA M. Pilar, PELAEZ P. Manuela, TORRES A. Juan, PANCORBO H. Pedro "**Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla**".2008
8. SANCHEZ H. Miguel, MUÑOZ V. José, ROLDAN M. Beatriz, CARDO J. Estefania, RIVILLA F. Daniel, CALLE O. Alfonso, CUÑARRO M. Juan. **Tratamiento con un apósito hidrocoloide y su influencia en la calidad de vida del paciente**. 2008

9. DICCINI Solange, CAMADURO Camila, INABA S. Lida.. **Incidencia de úlcera por decúbito en pacientes neuroquirúrgicos de un hospital universitario.** Sao Paulo. 2009
10. MANZANO M. Francisco, CORRAL R. Carmen. **Can bedsores be avoided in intensive care units?** España. Revista Medicina Intensiva. 2009
11. MARRINER. T. Arial, RAILE A. Margaret. **Modelos y Teorías en Enfermería** .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance. 2000
12. LOGROÑO, (GNEAUPP). Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas. **Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión.** España. 2003
13. GUYTON ARTHUR y Otros. **Tratado de Fisiología Médica.** México, D.F .Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Decima Edición. 2001
14. GARCIA R, Jesús. **Úlceras Por Presión,** Chile. *Guías clínicas* (Nº 7). 2004
15. BLANCO J, Luis, **Definición y clasificación de las úlceras por presión, unidad de lesionados medulares.** España. *Revista el EI PEU.* Vol.(Nº 23). Hospitals Vall Hebron. 2003
16. RECALDE M. José. **Tratamiento Local De Úlceras Por Presión.** España. *Boletín Terapéutico Anda Luz.* Vol. (Nº16). Escuela Andaluza De Salud Publica. 2000
17. HALL R. Victoria, QUEZADA P. Marisol. **Beneficios terapéuticos del Uso de Apòsitos Hidrocoloides.** Universidad de Costa rica 2001
18. CANTON C. Walter. **Úlceras por Presión: evaluación de la utilización sistemática de parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Tarrasa.** Enfermería Intensiva 2000

19. FUENTES S. Carlos. **Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados.** Enfermería Clínica 2001
20. GOMEZ P. Isabel, SANZ R. Carmen. **Úlceras por presión: nueva escala de valoración para pacientes críticos.** REMI 2001
21. RODRIGUEZ M. **Dificultades de los enfermeros para investigar en úlceras por heridas crónicas.** Un estudio cualitativo. Gerokomos 2001
22. NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. **Pautas de Actuación Clínica: Working together to prevent pressure ulcer Guidance for Patients/Carers.** Abril 2001.
23. Departamento de Medicina Sur, Chile. **Rev. Méd Chile. 2003**
24. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. **Tratamiento local de las úlceras por presión.** Bol Ter .Andal 2000
25. HOSPITAL UNIVERSITARIO REYNA SOFIA. **Protocolo de Úlceras por Presión.** División de Enfermería. Cordova 2009
26. HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE SATURNINO LORA TORRES. Cuba. **Revista Cubana Enfermería.** 2006.
27. INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA Y RADIOBIOLOGÍA. Cuba. **Revista Cubana.** Ciudad de la Habana, 2007
28. HOSPITAL NEUROTRAUMATOLÓGICO. Tarragona. **A Pressure Ulcers After hip or Knee surgery.** 2008
29. HOSPITAL ANDALUCIA. **Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de las úlceras por Presión .** Servicio de Andaluz de Salud. Sevilla 2007
30. SOLDEVILLA A. Josè, MARTINEZ C. Florencio. **2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por presión en España.** Gerokomos 2006

31. CARRASCO H. Josè, DUMONT L. Elodia, GALVEZ R. Felisa. **Un Antes y un Después : del Riesgo o Deterioro de la Integridad Cutánea a la Integridad Tisular**. Madrid 2008
32. GARCIA F. Flavio, IBARS M. Pedro, MARTINEZ C. Freddy. **Documento Técnico N°X. Incontinencia y Úlceras por Presión**. Madrid 2006
33. COMISIÓN PROVINCIAL DE CUIDADOS. **Guía de bolsillo para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión**. Granada 2010
34. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. **Prevenir las Úlceras Por Presión**. República de Colombia 2009.
Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Prevenir-úlceras-por-presión-pdf>.

35. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. **Heridas y Cicatrización**. Disponible en :

http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_01_Heridas%20y%20Cicatrizaci%C3%B3n.htm. Consultada el 20 de Junio del 2013

36. UNIVERSIDAD JAVERIANA. **Prevalencia y Factores asociados de la Ulceras por presión**. Disponible en:

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis02.pdf>. Consultada el 01 de Octubre del 2013.

AneXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, SECCIÓN POST GRADO

MATRIZ DE CONSISTENCIA (ANEXO N°1)

TÍTULO: EFECTO TERAPEUTICO DEL APOSITO HIDROCOLOIDE EN ULCERA POR PRESIÓN II° DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
JULIO- AGOSTO 2013.

INTEGRANTES: GIANNINA SUAÑA AGUILAR
ELIZABETH ZEGARRA TIRADO

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES					METODOLOGIA
			VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIONES	
¿Cuál es el efecto terapéutico del Apósito Hidrocoloi de en Úlceras por Presión II° de	Determinar el efecto terapéutico del Apósito Hidrocoloide en Úlceras por Presión II° de hospitalizados en UCI-	El uso del Apósito Hidrocoloi de es efectivo en la curación de UPP II°	Efecto terapéutico del Apósito Hidrocoloi de	El efecto es lo que sucede como consecuencia de una causa. El efecto Terapéutico del Apósito hidrocololoide en la piel mejora significativamente el proceso de cicatrización de la	Tiempo de curación de UPP: Tiempo medido en días y nº de observacion es que tarda la UPP en curarse	O2: 5 días O3:10 días O4:15 días	Se curo= 1 No se curo = 0	.Cuasi-Experimental .Prospectivo. . Analítico .Longitudinal

<p>pacientes hospitalizados en UCI- Neurocirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013?</p>	<p>Neurocirugía, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013</p>	<p>El Uso del Apósito Hidrocoloi de no es efectivo en la curación de UPP II°</p>	<p>Úlcera por presión II°</p>	<p>UPP. UPP: Son zonas localizadas de eritema, ampolla, abrasión y necrosis de la piel, que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos. UPP II°: Perdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. Es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictema, o pequeño cráter superficial.</p>	<p>Características de la UPP II°</p>	<p>Evaluación de la UPP, que presente signos como: -Abrasión, -Ampolla -Cráter superficial. -Granulación -Disminución de tamaño.</p>	<p>Si=1 No=0</p>	
--	---	--	-------------------------------	---	--------------------------------------	--	----------------------	--

ESTADIOS DE LA ULCERA POR PRESION (ANEXO N°2)

ESTADIO	SIGNOS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
-	Pre úlcera. Epidermis intacta , adherente y eritema que desaparece al aliviar la presión	Apósitos transparentes Apósitos hidrocoloides Apósitos de poliuretano	Prevención y protección de la zona enrojecida.
	Epidermis intacta y adherente Posible existencia de edema y/o eritema que disminuirá si se presiona y que tiene más de 15 mm. de diámetro	Apósitos hidrocoloides Apósitos hidrogeles Apósitos de espuma	Absorben los exudados. Ambiente húmedo
	Equimosis cardenal en el tejido o en una ampolla o coloración oscura debajo de la piel de más de 5mm de diámetro. También una ampolla clara de más de 15 mm. de diámetro.	Apósitos hidrocoloides Pasta o gránulos hidrocoloides Hidrogeles	Permiten rellenar la cavidad absorbiendo mejor el exudado
	Úlceras superficiales abiertas, posibles lesiones en la dermis e hipodermis pero coloraciones oscuras de más de 5 mm de diámetro	Desbridamiento quirurgico. Enzimas : estreptoquinas y estreptodornasa Dextranómero Yodocadexómero Apósitos hidrocoloides	Activan la fibrinólisis Eliminan los exudados y las bacterias por acción capilar.
	Úlcera por presión profunda y con exposición de víscera , hueso o tendón	Cirugía Dextranómero Yodocadexómero	Curas cada 24 horas

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM (ANEXONº 3)

Se utilizará en las primeras 24 h desde el ingreso del paciente, para evaluar el riesgo de padecer UPP.

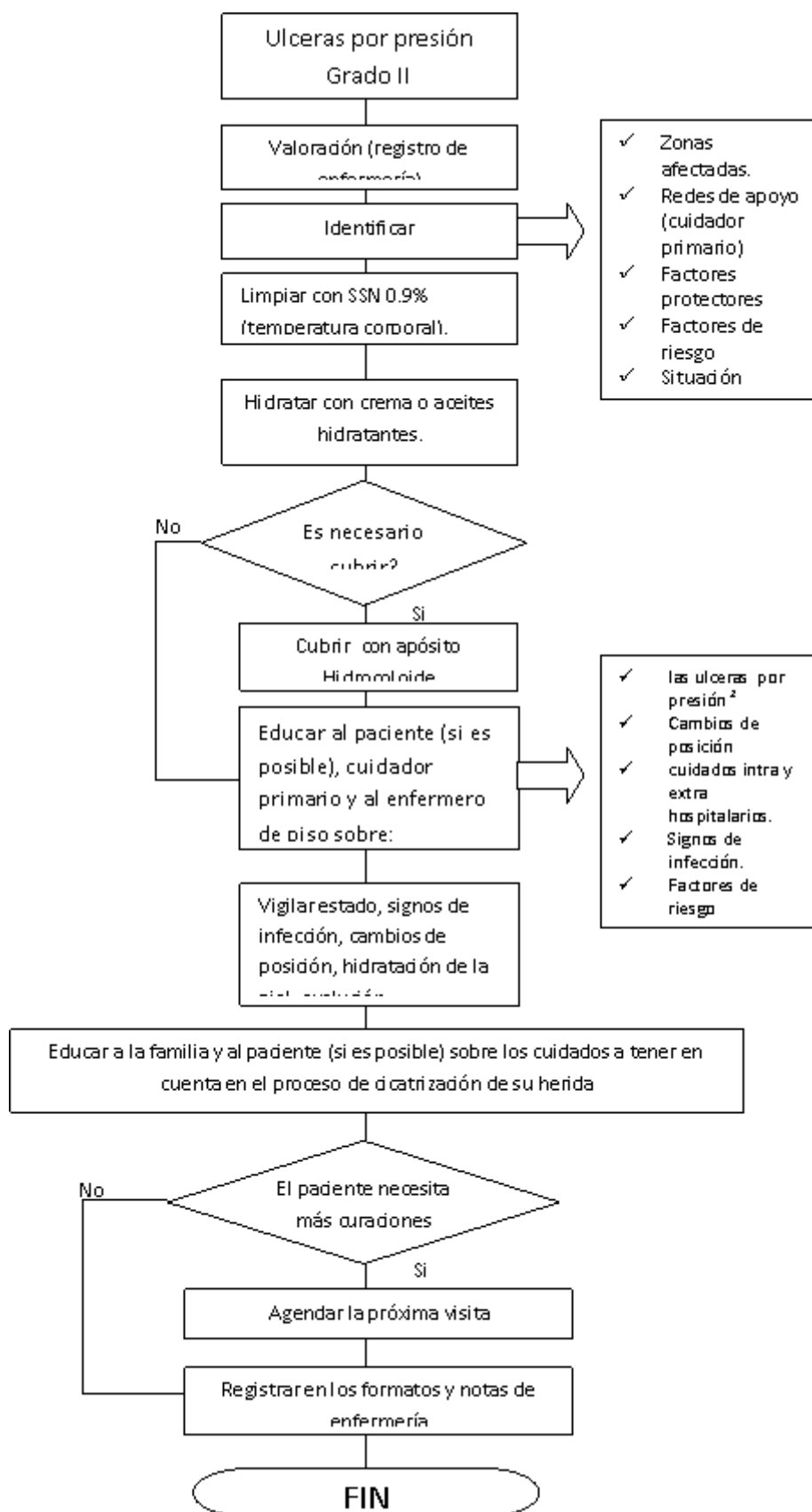
RIESGO DE UPP
BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

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

REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE UPP Se realizará con la periodicidad siguiente.

RIESGO DE UPP	REEVALUACIÓN EN DÍAS
BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO	1
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO	3
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO	7

FLUXOGRAMA DE ATENCION EN LAS UPP IIº (ANEXO N°4)



GUIA DE OBSERVACIÓN (ANEXONº 5)

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos del Paciente: _____
 Diagnóstico del Paciente _____ E. Glasgow: _____ RASS _____
 Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____
 Edad: _____ Sexo: F() M() Peso: _____
 Localización : _____

II. FACTORES FISIOPATOLOGICOS

Trastornos Respiratorios ()
 Trastornos Cardiovasculares ()
 Trastornos Inmunológicos ()
 Deterioro Neurológico ()
 Deficiencias nutricionales ()
 Alteraciones Metabólicas ()
 Alteraciones de la eliminación ()

III.-IDENTIFICACION DE LA ULCERA

OBSERVACIONES	1ºOBS. Primer día		2ºOBS. 5º día		3ºOBS. 10º día		4ºOBS. 15º día	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
UPP IIº								
1.-Abrasión								
2.-Ampolla								
3.-Crater superficial								
4.-Granulación								
5.-Tamaño UPP								
Días de Permanencia del Pcte								

MATRIZ DE DATOS DE PACIENTES CON UPP II° SOMETIDOS A TRATAMIENTO
CON APOSITO HIDROCOLOIDE (ANEXO N° 6)

PACIENTES	1° OBSERVACION		2° OBSERVACION		3° OBSERVACION		4° OBSERVACION
	Características	Tamaño	Características	Tamaño	Características	Tamaño	Características
JAP	ampolla	1	UPP curada	0	UPP curada	0	UPP curada
MOL	abrasión	1	UPP curada	0	UPP curada	0	UPP curada
ANH	cráter	6 cm	abrasión	5 cm	abrasión	2 cm	UPP curada
HYI	ampolla	4 cm	abrasión	1	granulación	1 cm	UPP curada
TFA	abrasión	3 cm	granulación	1	UPP curada	0	UPP curada
AOP	ampolla	3 cm	abrasión	2 cm	granulación	2 cm	UPP curada
TER	abrasión	4 cm	granulación	3 cm	UPP curada	0	UPP curada
GOT	ampolla	7 cm	abrasión	4 cm	abrasión	1 cm	UPP curada
RCD	cráter	8 cm	cráter	4cm	abrasión	2 cm	UPP curada
SGA	abrasión	4 cm	granulación	3 cm	UPP curada	0	UPP curada
VTR	ampolla	8 cm	granulación	6 cm	granulación	3 cm	UPP curada
ETG	abrasión	6 cm	granulación	4 cm	UPP curada	0	UPP curada