



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TÍTULO

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS
PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE”, AÑO 2011**

**NOMBRE:
PILAR TIPÁN VILLACRÉS**

DIRECTORA: LIC. ÁNGELA MENDOZA

Guayaquil, 27 de Junio de 2011

DEDICATORIA

*El trabajo presente de investigación se lo dedico con todo cariño a mis queridos **Padres**, por haberme guiado siempre por el sendero de la rectitud, responsabilidad, amor y esfuerzo; imponiéndome metas difíciles de alcanzar, pero con su apoyo incondicional e impulsos que me brindan día a día, estimulan mi vida para culminar mis metas trazadas.*

*A mi **Esposo**, por estar a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida, por brindarme su amor, comprensión y apoyo incondicional para terminar con éxito mi carrera universitaria.*

Pilar Tipán.

AGRADECIMIENTO

*Agradezco ante todo a **Dios**, porque sin su ayuda no hubiera tenido la fuerza necesaria para lograr las metas propuestas.*

*A mis amados **Padres** les agradezco por todo el cariño y la confianza que me han brindado, ya que me han ayudado y apoyado en todos los momentos difíciles de mi vida, a seguir adelante para triunfar.*

*A mi amado **Esposo**, por su gran comprensión y apoyo para continuar en esta lucha.*

*A mí querida **Lcda. Ángela Mendoza**, por sus conocimientos brindados, ya que sin su ayuda no hubiera podido culminar este trabajo de investigación.*

Pilar Tipán.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG.
Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Tabla de Contenido.....	iv
Abreviaturas.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO I	
LA PIEL	7
Fisiología.....	7
Estructura de la piel.....	8
Epidermis.....	8
Dermis	10
Hipodermis.....	11
Glándulas complementarias de la piel.....	12
Función de la piel.....	13
Tipos de piel.....	14
CAPÍTULO II	
ÚLCERAS POR PRESIÓN	15
Definición.....	15
Etiología.....	15
Mecanismos inductores de isquemia.....	16
Factores de riesgos de úlceras por presión	17
Localizaciones de las úlceras por presión.....	18
Clasificación de las úlceras por presión.	19
Valoración del grado de la úlcera por presión.....	21
Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión (EVRUPP).....	22
Tratamientos.....	23
Desbridamiento de las úlceras por presión.....	26
Apósitos basados en curas húmeda.....	27
Prevención de infecciones	29
Control de infecciones.....	30
CAPÍTULO III	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN	31
Valoración.....	31
Diagnóstico.....	31
Planificación.....	31
Ejecución.....	32
Evaluación.....	32

Planes de atención de enfermería a pacientes con úlceras por presión.....	33
Hipótesis.....	41
Métodos de investigación.....	42
Técnicas de recogida de datos.....	42
Análisis de datos.....	42
PRESENTACIÓN DE DATOS RESULTADOS.....	43
Conclusiones.....	73
Valoración crítica de la investigación.....	75
Bibliografía.....	76
Anexos.....	79

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1

Personal de enfermería que labora en el área de cuidados intermedios pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” año 2011 43

Gráfico # 2

Conocimiento del personal de enfermería sobre la higiene que necesitan los pacientes con úlceras por presión..... 44

Gráfico # 3

Conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgo de las úlceras por presión 45

Gráfico # 4

Conocimiento del personal de enfermería de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión.....46

Gráfico # 5

Tipo de escala de valoración de riesgo de úlceras por presión que utiliza el personal de enfermería en el área de cuidados intermedios pediátricos47

Gráfico # 6

Soluciones que se utiliza en las curaciones de las úlceras por presión.....48

Gráfico # 7

Cuidados de enfermería más frecuentes que el personal de enfermería proporciona a los pacientes con úlceras por presión.....49

Gráfico # 8

Cumplimiento de las normas de bioseguridad en cada procedimiento.....50

Gráfico # 9

Cumplimiento del cambio de vestimenta del paciente a diario51

Gráfico # 10	
Utilización de cremas hidratantes para proteger la piel de los pacientes con úlceras por presión.....	52
Gráfico # 11	
Utilización de colchón antiescaras y dispositivo de comodidad en forma adecuada para reducir la presión.....	53
Gráfico # 12	
Inspecciona el profesional de enfermería la piel del paciente a diario	54
Gráfico # 13	
Proporciona el personal de enfermería asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado de los pacientes con úlceras por presión.....	55
Gráfico # 14	
Registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería sobre la existencia de las úlceras por presión.....	56
Gráfico # 15	
Relación edad y sexo de los pacientes con úlcera por presión.....	57
Gráfico # 16	
Características familiares del cuidador.....	58
Gráfico # 17	
Patologías de alto riesgo más frecuentes que conducen a las úlceras por presión en pacientes del área de cuidados intermedios pediátricos	59
Gráfico # 18	
Localización más frecuentes de las úlceras por presión	60
Gráfico # 19	
Clasificación más frecuentes de las úlceras por presión según los estadios.....	61
Gráfico # 20	
Aplicación de la escala de Braden para valorar el riesgo de úlceras por presión en pacientes del área de cuidados intermedios pediátricos.....	62

ABREVIATURAS

UPP: Úlceras por Presión

IMC: Índice de Masa Corporal

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

CIP: Cuidados Intermedios Pediátricos.

EVRUPP: Escala de Valoración de Riesgo de Úlceras por presión.

RESUMEN

Se realizó este estudio de investigación de la Atención de Enfermería a los pacientes con úlceras por presión, dado la regularidad con que se presentan estos pacientes, por esta razón, se hace necesario establecer estrategias de cuidado que contemplen los riesgos a los cuales está expuesto el niño.

El objetivo del estudio es analizar la calidad de atención que el personal de enfermería brinda a los niños hospitalizados en el área de Cuidados Intermedios del Hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” en un período de cuatro meses comprendidos de febrero a mayo 2011, donde fueron atendidos estos pacientes con alto riesgo de desarrollar úlceras por presión en su estancia hospitalaria.

Se aplicó la metodología descriptiva observacional, utilizando un universo de 21 pacientes atendidos que representa el 100% del universo y 28 enfermeras entre licenciadas y auxiliares de enfermería. Se efectuó la técnica de observación directa de los pacientes pediátricos con úlcera por presión y del personal de enfermería, observación indirecta de las historias clínicas y encuesta al personal de enfermería; indicando un déficit en las técnicas y procedimientos en los cuidados que proporcionan por el conocimiento limitado que tienen sobre el cuidado de las úlceras por presión. Según los datos obtenidos se observó que existe una mayor incidencia de las úlceras en estadio II con un 47%, y en menor porcentaje en el estadio IV. Esto debe evitarse proporcionando la atención de enfermería eficiente y eficaz a los pacientes que se encuentren limitados en su cuidado para disminuir el gasto económico y el tiempo de hospitalización.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Úlceras por Presión, Paciente Inmovilizado, Personal de Enfermería

ABSTRACT

The investigation of the attention of nursing to patient with ulcers by pressure, due to the regularity as these patient appear, for this reason it is necessary to establish strategies of care that contemplate the risks whose the children are exposed.

The objective of these studies is analyze the quality of attention that the personal of nursing give to hospitalized children at the area of intermedium care of the paediatrics hospital “Dr.Roberto Gilbert Elizalde” in a period of four month between February and May of 2011, where these patient were attended with a high risks of develop ulcers by pressure during their hospitalization.

It was applicated the descriptive observational methodology, using twenty-one patient attended that represent the 100% of the universe and twenty-eight nurses between bachelors and auxiliars of nursing. It was applicated the observation direct techniques to the paediatrics patient with ulcers by pressure and of the nursing personal, indirect observation of the clinic histories and survey to the nursing personal; pointing a deficit in the techniques and procedures in the cares that they give by the limited knowledge that they have in the care of the ulcers by pressure.

According to the dates obtained it could observe that it exist a high incidence of the ulcers in stadium 2 with a 47%, and in low percentage in the stadium 4. This should avoid it giving the attention of nursing in an efficient and effective way to the patients who have low economic resources in order to decrease the economic expensesand the time of hospitalization.

Key words: Attentions of nursing, ulcers by pressure, immobilized patient, nursing personal.

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de enfermería, siendo un gran desafío la prevención y el tratamiento¹.

Por esta razón, se hace necesario establecer estrategias de cuidado que contemplen los riesgos a los cuales está expuesto el niño.

Entre los riesgos más comunes, encontramos la formación de las úlceras por presión ya que el reposo prolongado en cama sin movilidad es uno de los principales factores².

Las úlceras por presión son lesiones cutáneas que se producen como consecuencia de una falta de irrigación sanguínea y de una irritación de la piel que recubre una prominencia ósea, producida por la humedad, la presión, la fricción o cizallamiento. Según su gravedad, se convierte también en un grave problema de salud, no solo por el malestar que produce sino por convertirse en foco de múltiples infecciones; además, hace la estancia intrahospitalaria de los pacientes, más prolongada³.

Esta investigación se realiza debido a la alta incidencia con que se presentan las úlceras por presión en el Área de Cuidados Intermedios Pediátricos del Hospital Roberto Gilbert Elizalde donde están ingresados pacientes desde los 2 meses hasta los 16 años de edad.

El personal de enfermería que labora en esta área, es el responsable del cuidado directo del paciente, por lo tanto, es el indicado de proporcionar una atención eficiente y de calidad al paciente inmovilizado.

Como estudiante de enfermería, este estudio será de fundamental importancia, porque proporcionará mayor conocimiento y habilidades en la práctica sobre este problema de salud; permitirá realizar una valoración apropiada de los pacientes en riesgo para proporcionar servicios de calidad eficientes y

eficaces, y proveer una atención de enfermería oportuna, que es de gran importancia considerar las necesidades que tienen estos pacientes para su debida recuperación.

También ayudará a reconocer los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión, a este grupo comprenden los pacientes hospitalizados con patologías crónicas, alteración del estado de conciencia, disminución de la sensibilidad, desnutrición, exposición prolongada a la humedad debido a que permanecen durante largos períodos postrados en cama⁴.

A pesar que son escasos los estudios sobre úlceras por presión en niños, existen algunas evidencias de que se dan en un 7,2% hasta un 27% en poblaciones pediátricas del Hospital de Cruces de España⁵.

También estudios realizados por el Centro de Biomedicina de la Universidad Central indica que el 33% de las úlceras por presión se desarrollan en los primeros días de hospitalización.

En nuestro país, no sólo son muy escasas las investigaciones en este campo, sino que además la población pediátrica es excluida de los estudios que se llevan a cabo sobre úlceras por presión a pesar de esto tomando en cuenta la incidencia estadística es relevante su porcentaje en la población pediátrica.

Todos los pacientes que van a estar inmóviles durante algún periodo de tiempo, deben recibir una serie de cuidados cuyo objetivo principal es mantener la piel intacta o, en su defecto, actuar de forma que se prevengan las infecciones, se evite la evolución negativa de las úlceras y se promueva su cicatrización.

La enfermera es la responsable de lograr satisfacer las necesidades de los pacientes y del mejoramiento continuo de la calidad de los servicios; de realizar una adecuada valoración a los mismos; por ello, se hace necesario programar las intervenciones de enfermería que conlleve a disminuir la incidencia de las úlceras por presión, disminuir los gastos operativos en el tratamiento del paciente y por ende la hospitalización del mismo, porque esto permitirá mejorar sus condiciones de vida.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (FENOMENO)

El hospital tiene su origen luego de que un incendio consume el Hospital Civil el 16 de julio de 1902, y gracias al aporte económico del Sr. Alejandro Man y los recursos propio de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, se consigue restaurar el hospital que pasó a llamarse “Hospital Alejandro Man” poniéndolo al servicio de la comunidad el 31 de Marzo de 1903, disponiendo de los servicios de Medicina, Cirugía y Maternidad, pasando a ser exclusivamente pediátrico el 14 de Septiembre de 1948.

Para proporcionar una mejor atención a la comunidad, se crea en el año 2000 el Nuevo Hospital Roberto Gilbert Elizalde situado en la ciudadela Atarazana en la avenida Roberto Gilbert y Nicasio Safari de la ciudad de Guayaquil.

Su especialidad es la pediatría, a nivel de consulta externa ofrece servicios de: Dermatología, Fisioterapia, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Neurología, Cardiología, Hematología y de otros servicios como Departamento de Imágenes y Laboratorio.

Además cuenta con las áreas críticas tales como: de Emergencia, Recuperación, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), Cuidados Intermedios Neonatales (CIN), Cuidados Intermedios Pediátricos (CIP) y con 10 Salas de Hospitalización.

En el área de Cuidados Intermedios Pediátricos del hospital Roberto Gilbert Elizalde, se observan a pacientes que fluctúan entre los 2 meses a 16 años de edad con diagnóstico de politraumatismos, neumonía y parálisis cerebral infantil, que presentan déficit para la movilidad ocasionando alteraciones en la integridad de la piel y las incidencias de las úlceras por presión.

Las actividades de enfermería en esta área inicia desde las 7 de la mañana con el control de las constantes vitales y la higiene diaria del paciente por parte del personal auxiliar de enfermería, observándose de esta manera que los

pacientes no han recibido los cuidados de enfermería necesarios, debido a que reflejaban una apariencia desarreglada, las vestimentas húmedas, las sábanas arrugadas, mojadas y mal olientes, los pañales sucios de orina y heces, en la misma posición del día anterior y sin dispositivos de confort como almohadas, férulas, colchón antiescaras que eviten la compresión de la piel.

Al inspeccionar la piel del paciente de manera sistemática, se verifica la presencia de zonas enrojecidas y edemas en los puntos de presión, dándonos cuenta, que no se proporciona una atención de enfermería apropiada, porque se observa que el personal de enfermería no realiza los cambios posturales frecuentes durante el turno, no lubrican la piel, si los pacientes realizan deposiciones no le proporcionan una higiene oportuna, ocasionando, en muchos casos, lesiones en la piel, y si ensucian las sábanas no las cambian por otras, por no haber la suficiente ropa de cama, lo que hacen es colocar una media sábana encima de ésta.

Al preguntar al personal de enfermería porque no se ha suministrado los cuidados de enfermería oportunamente a los pacientes, responden que hay exceso de trabajo, hace falta personal, o que los pacientes son muy pesados y no los pueden mover y que en ocasiones no existe la ayuda asistencial por parte del personal de enfermería.

Otro factor negativo es la práctica de la mecánica corporal en forma inadecuada por parte del personal de enfermería, que en muchas ocasiones, produce limitaciones en su desarrollo laboral y a veces hasta dolor, contribuyendo a que no se le suministre los cuidados necesarios a los pacientes inmovilizados.

Generalmente, los pacientes con movilidad limitada, desnutrición, exposición prolongada a la humedad, son los más susceptibles de presentar úlcera por presión; siendo las más frecuentes en la región sacra, occipital, tobillos y talones.

Las úlceras por presión se producen por una presión prolongada o una fricción 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. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración⁶.

Las úlceras por presión tiene tendencia a profundizar, extenderse e infectarse, es por esto que se ve la necesidad de mejorar la atención de Enfermería, ya que contribuirá para que el personal profesional y auxiliar de enfermería mejore la calidad de atención de los pacientes y de esta manera reducir al mínimo porcentaje la incidencia de las úlceras por presión.

Varias son las escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión que se han diseñado para la población pediátrica. La escala más utilizada es la de Norton. Su función es ayudar a predecir la afectación de los tejidos y poner en marcha medidas de prevención⁷. Otra escala recomendada es la de Braden, que ha sido validada y modificada para su uso en pacientes pediátricos.

Debido a los antecedentes indicados en este estudio, se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes con riesgo de úlceras por presión en el Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”?

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la atención de enfermería que se proporciona a los pacientes pediátricos con riesgo de padecer úlceras por presión con el fin de mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

Objetivos específicos

- Describir la atención de enfermería de los pacientes con riesgo de úlceras por presión.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención y atención de úlceras por presión que tiene el personal de enfermería.
- Elaborar planes de atención de enfermería que permitan sistematizar los cuidados a los pacientes con úlceras por presión.
- Socializar el plan de atención de enfermería para que el personal mejore el cuidado de los pacientes con úlceras por presión.

4. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

LA PIEL



Fisiología

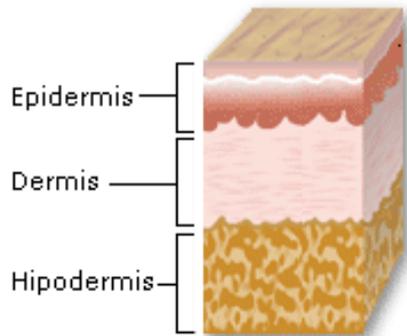
La piel es el más grande sistema orgánico del cuerpo, indispensable para la vida humana. Forma una barrera entre los órganos internos y el medio externo, además, participa en múltiples funciones vitales, controla la pérdida de líquidos fundamentales para la vida como la sangre y el agua, nos ayuda a regular la temperatura corporal a través de la transpiración.

La piel del niño es más delgada y frágil que la del adulto, cubre externamente el cuerpo del ser humano, constituye aproximadamente el 15% del peso corporal. Es el órgano de mayor tamaño y lógicamente el más expuesto a los factores externos ya sean climáticos, de vestimenta, agua, sol, lociones, polvo, infecciones, etc⁸.

Cada pulgada cuadrada de piel contiene miles de células y cientos de glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos.

La piel está compuesta por tres capas diferenciadas, que son la epidermis, la dermis y la hipodermis.

ESTRUCTURA DE LA PIEL



Epidermis

La epidermis es la capa superior de la piel que provee resistencia y protección.

Esta capa externa es reemplazada casi en su totalidad cada tres a cuatro semanas. Las células muertas contienen grandes cantidades de queratina, proteínas fibrosas e insolubles que forman la barrera externa de la piel y que tienen la capacidad de repeler microorganismos patógenos y evitar la pérdida excesiva de líquidos corporales⁹.

La epidermis tiene cuatro capas que se descaman y renuevan constantemente. En estos cuatro planos podemos encontrar tres tipos especiales de células:

1. Queratinocitos es la célula más presente en la epidermis, constituye el 90% de las células epidérmicas. Son células que producen queratina, un tipo de proteína que es un componente importante de la piel, el cabello y las uñas. A su vez se organizan en varios estratos, que se modifican en función del lugar que ocupan y que son los siguientes:

Estrato Córneo. Está constituido por células aplanadas que han perdido por completo el núcleo y las organelas citoplasmáticas, cuyo citoplasma está

formado por las haces de las fibras de queratohialina. Estas láminas se pierden como escamas en cantidades que oscilan entre 6 y 14 g diarios.

El Estrato córneo previene la entrada de la mayoría de las sustancias extrañas y la pérdida de fluidos corporales.

Estrato lúcido. Está formado por una delgada capa de células aplanadas, eosinófilas e hialinas que se ubican por debajo de la capa córnea, aporta elasticidad en los puntos de estrés mecánico particularmente intensos, como ser la palma de las manos o la planta de los pies, donde se encuentra engrosada, impide la penetración de bacterias, la absorción de agua exterior o la pérdida del agua corporal a través de la evaporación.

Estrato granuloso. Capa de células planas poligonales con núcleo central, que conforman una sustancia aceitosa que determinan que las capas subyacentes se nutran y sirvan como barrera de los fluidos corporales, está constituida por varias hileras de células que contienen los gránulos de queratina.

Estrato espinoso o cuerpo mucoso de Malpigio. Los queratinocitos en este extracto, son más aplanados, están ubicadas unas encima de las otras a modo de una pared de ladrillos. Se encuentran conectadas por puentes intercelulares espinosos. Los espacios intersticiales contienen fluido linfático.

Estrato basal o germinativo. Está constituido por células prismáticas o cuboides ligeramente aplanadas, que reposan sobre una lámina basal que limita la dermis con la epidermis. Es la responsable de la renovación de ésta última y participa del intercambio celular molecular entre los dos tejidos.

2. Melanocitos constituyen entre el 5 y el 10% de las células epidérmicas. Tienen forma estrellada y se sitúan de forma salpicada entre los queratinocitos de la capa basal.

Contienen melanosomas, unas organelas citoplásmicas en las que se sintetiza la melanina o pigmento que da el color a la piel, aumentando durante el

bronceado solar. El número, tamaño, forma y distribución de estos melanosomas (y no el número de melanocitos) determinan las diferencias de color en cada raza.

La producción de melanina depende de una hormona secretada por el hipotálamo, denominada hormona estimulante de los melanocitos.

3. Células de Langerhans su proporción en el conjunto de células epidérmicas oscila entre el 2 y el 8%. Se localizan irregularmente en el extracto espinoso.

Se originan en la médula ósea y actúan en la inmunidad mediada por células, procesando antígenos y presentándolos a linfocitos T, por lo que su importancia en los procesos alérgicos cutáneos es muy grande. Tienen aspectos estrellados y en su citoplasma existen unos gránulos característicos con forma de gusano o de raqueta llamados gránulos de Birbeck.

Dermis

La dermis constituye la porción más grande de la piel, proporcionando solidez y estructura. Esta capa está situada por debajo de la epidermis, de la que se separa por medio de la membrana llamada basal o unión dermoepidérmica⁶.

Es una capa conjuntiva constituida por células fibrocitos, histocitos, linfocitos y fibras colágenas y elásticas, de espesor variables según las diferentes regiones de la piel. El colágeno es resistente y difícil de estirar y la elastina, como su nombre lo indica, es elástica. La dermis está compuesta de dos capas, papilar y reticular.

La dermis papilar o parte más superficial, está directamente bajo la epidermis, constituida por tejido conjuntivo laxo, en el que predominan las células y en donde las fibras elásticas y de colágeno son muy finas. Se compone principalmente de fibroblastos susceptibles de producir un tipo de colágena componente del tejido conjuntivo.

La capa reticular se encuentra bajo la papilar y también produce colágena y haces elásticos. Está constituida por un tejido conjuntivo fibroso denso, con abundantes fibras y escasas células.

La dermis alberga otras estructuras fundamentales, como los vasos sanguíneos, que transportan el oxígeno y nutrientes a la piel, los vasos linfáticos para la remoción de exudados, proteínas y células y los nervios que permiten la percepción sensorial.

La dermis también contiene las glándulas sebáceas de la persona. Estas glándulas, que rodean y se vacían en los folículos pilosos y poros, producen un aceite denominado sebo que lubrica la piel y el cabello. Las glándulas sebáceas se encuentran mayormente en la piel del rostro, la parte superior de la espalda, en los hombros y el pecho.

La mayor parte del tiempo, las glándulas sebáceas producen la cantidad adecuada de sebo. A medida que el cuerpo de la persona comienza a madurar y a desarrollarse durante la adolescencia, las hormonas estimulan las glándulas sebáceas para que produzcan más sebo. Cuando los poros se tapan por exceso de sebo y demasiadas células muertas, se produce acné. Más adelante en la vida, estas glándulas producen menos sebo, lo que contribuye a la sequedad de la piel.

Hipodermis

El tejido subcutáneo o hipodermis es la capa más profunda de la piel. Está constituido principalmente por tejido adiposo que funciona como una especie de amortiguador entre las capas de la piel y las estructuras internas como músculos y huesos. Proporciona movilidad a la piel, moldea el contorno del cuerpo y lo aísla.

Este plano ayuda a proteger el cuerpo contra golpes y otras lesiones y ayuda a mantener la temperatura corporal.

GLÁNDULAS COMPLEMENTARIAS DE LA PIEL

Las glándulas sudoríparas ecrinas: están distribuidas por toda la superficie dérmica del cuerpo, predominan en la frente, las palmas de las manos, las plantas de los pies y axilas. Producen sudor ecrino, formado por agua y electrolitos, mediante un mecanismo sin pérdida celular y están reguladas por fibras colinérgicas del sistema nervioso autónomo¹⁰.

Su misión fundamental es el control de la temperatura corporal por evaporación del sudor, por lo que aumenta la secreción del mismo en las situaciones de calor. En condiciones ideales es inodoro, pero se convierte a menudo en oloroso por la acción de las bacterias cutáneas.

Las glándulas sudoríparas apocrinas: se diferencian de las anteriores porque están localizadas sólo en ciertas zonas pubis, axilas, región perianal, pezón, labios menores de la vulva, escroto y prepucio, son de mayor tamaño y están situadas a mayor profundidad.

Tienen secreción apocrina, liberando con el sudor parte del citoplasma celular. Están reguladas por el sistema nervioso autónomo adrenérgico.

El control de su desarrollo es hormonal, comenzando su actividad tras la pubertad. En contraposición con el sudor ecrino, el apocrino tiene un fuerte olor.

Las glándulas sebáceas: son glándulas secretoras de sebo por un mecanismo holocrino drenan directamente al folículo piloso excepto en determinadas áreas como pezón, labios menores y glande, en que no se relacionan con el folículo y drenan directamente a la superficie cutánea.

Estas glándulas aumentan su actividad en la pubertad y su número y actividad son muy variables entre las diferentes personas. Las más numerosas están en el cuero cabelludo y la cara.

FUNCIÓN DE LA PIEL

La piel es la encargada de recibir los estímulos del exterior a través de las terminaciones nerviosas que se sitúan en ella y de allí se dirigen al cerebelo que nos dice como debemos reaccionar. Cada centímetro cuadrado de piel contiene unos cinco mil receptores sensitivos.

La piel proporciona protección muy eficaz contra la invasión de bacterias y otras sustancias extrañas es la primera responsable de que sintamos una caricia o de que notemos el calor o el frío. Pero también la piel es el espejo de los sentimientos y emociones interiores.

Entre las funciones destaca la función inmunológica y la función barrera:

La función inmune se realiza por la inmunidad natural y la adaptada.

La función barrera aísla al organismo del medio que le rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno, así como también ejerce la función de filtro de la radiación ultravioleta. Previene la penetración de materiales extraños como tóxicos o microorganismos. Estos últimos, son detenidos gracias al PH ácido de la piel, la constante descamación de las células superficiales, la relativa sequedad de la piel, o bien, la flora bacteriana saprofita, como los difteroides que inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos.

La piel cumple múltiples funciones.

- ✓ Impermeable; es impermeable a ciertas sustancias e impide que se pierda agua y electrolitos.
- ✓ Resistencia; amortigua traumas mecánicos y físicos.
- ✓ Termorreguladora; regula la pérdida de calor, electrolitos y agua, a través de la vasodilatación o vasoconstricción sanguínea, y por la sudoración.
- ✓ Mediadora de impulsos nerviosos.
- ✓ Componente dinámico del sistema inmunológico, endocrino y metabólico.

- ✓ Psicosocial; ya que una piel sana facilita las relaciones interpersonales, e influye en la autoestima

Por tanto, cualquier cambio en la estructura o función de la piel supondrá la aparición de una patología cutánea.

TIPOS DE PIEL

Existen básicamente tres tipos de piel:

Piel Grasa: tiene un aspecto brillante, los poros están dilatados, y por lo general se presentan también puntos negros.

Piel Mixta: es el tipo de piel más común, con una zona de grasa en forma de T (nariz, frente y mentón) y una seca en las mejillas, contorno de los ojos y cuello.

Piel Seca: tiene una apariencia árida y escamosa, y a menudo da la sensación de que estuviera tensa. Es muy sensible a las variaciones atmosféricas (debido a la falta de grasa), se escama fácilmente y se enrojece con el frío y el aire seco.

CAPÍTULO II

ÚLCERAS POR PRESIÓN



Definición

La úlcera por presión es toda lesión tisular de origen isquémico que se desarrolla en la piel y en los tejidos subyacentes. Esta falta de aporte sanguíneo a los tejidos está producida por una presión prolongada o una fricción de los tejidos entre dos planos duros. Cuando los tejidos se comprimen por un período prolongado la circulación sanguínea se puede interrumpir, lo que provoca una úlcera¹¹.

Etiología

Las úlceras por presión son debidas a isquemia localizada, es decir, a una falta de aporte de sangre a los tejidos, que si se mantiene de forma prolongada impide la llegada de oxígeno y nutrientes a los tejidos afectados, originando su destrucción. Los tejidos quedan atrapados entre dos superficies duras, una perteneciente al propio paciente (el hueso) y otra al lugar donde reposa el paciente (cama, silla, etc.).

La presión capilar normal oscila entre 16 y 32 mm Hg lo que significa que presiones por encima de 32 mm Hg producen un colapso de la red capilar.

isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquido e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestado por un eritema cutáneo¹².

La isquemia impide que llegue el oxígeno y los nutrientes a la zona afectada. Asimismo, los productos de desecho del metabolismo se acumulan en las células. La consecuencia de estos dos procesos conduce a la muerte celular.

Las presiones provocan necrosis tisular en poco tiempo y las bajas presiones necesitan de un tiempo de exposición mucho mayor. Una presión externa de solo 70 mm Hg mantenida durante dos horas podría provocar lesiones isquémicas en todo los tejidos.

Este es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos, restableciéndose la perfusión de los tejidos, sino desaparece la presión se produce isquemia local trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

MECANISMOS INDUCTORES DE ISQUEMIA

- Presión.
- Fricción.
- Fuerza externa de cizalla, deslizamiento

Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo¹³.

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.

Fricción: Es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce, por movimiento, tracción y arrastre.

Fuerza externa de deslizamiento: Combina los efectos de presión y de la fricción. También recibe el nombre de fuerzas de cizallamiento.

FACTORES DE RIESGOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Inmovilidad

Se define como la alteración en el control y cantidad de movimiento. La persona se mueve cuando siente molestias a causa de la presión. Situaciones como debilidad, parálisis e inmovilidad causada por una tracción o una escayola, pueden alterar la capacidad de una persona para cambiar de posición de manera voluntaria e independiente¹⁴.

Inactividad

Es la alteración para deambular de forma independiente. Enfermedades neuromusculares, enfermos cardíacos o respiratorios precisan ayuda para deambular.

Nutrición

Se trata de un factor crucial y decisivo en la aparición de las úlceras por presión. El déficit nutricional ocasiona pérdida de peso, atrofia muscular y pérdida de tejido subcutáneo. La ingesta inadecuada de proteínas, carbohidratos, líquidos y vitamina C contribuye a la formación de úlcera por presión.

Incontinencia urinaria y fecal

La humedad produce maceración de la piel y hace que esta se erosione con más facilidad. Las enzimas digestivas de las heces contribuyen a la escoriación de la piel.

Deterioro del estado mental

Los pacientes con el nivel de consciencia disminuido son menos capaces de reconocer y responder al dolor asociado con la presión prolongada.

Sensibilidad disminuida

La pérdida de sensibilidad reduce la capacidad para percibir el calor el frío y la sensación de sentir hormigueo, como indicadores de la pérdida de circulación.

Calor corporal excesivo

La temperatura elevada aumenta el ritmo del metabolismo corporal, e incrementa la necesidad de oxígeno a las células.

Otros factores

Las malas técnicas de levantamiento, posiciones incorrectas, superficies de soporte duras, aplicaciones incorrectas de zonas de alivio de la presión, mala utilización del material de prevención la desmotivación profesional por la falta de información específica y la sobrecarga de trabajo del profesional.

LOCALIZACIONES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

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

En la población pediátrica las localizaciones más frecuentes difieren de las de los adultos, se localizan con mayor frecuencia en: cabeza (sobre todo en occipucio), oreja, pecho, codo, talones, glúteos y sacro. Esto es debido a las características antropomórficas de los niños.

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Cuando se alivia la presión, la piel adquiere un color rojo brillante, llamado hiperemia reactiva, que es el mecanismo corporal compensatorio que aparece cuando se ha producido una isquemia. Podría decirse que se trata de un mecanismo natural que aparece para prevenir la úlcera por presión, si el enrojecimiento desaparece puede decirse que no habrá lesiones en la zona, pero si el enrojecimiento no desaparece, ya se ha producido el daño tisular¹⁵.

Según el grado de afectación tisular, las úlceras por presión se clasifican en:

Estadio I:



Es la fase inicial de las úlceras por presión la piel aparece rosada o enrojecida y este color no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviarla. Afecta a la epidermis, no aparece solución de continuidad en la piel. En este estadio, aparece eritema debido a la vasodilatación capilar y espasmo arterial como consecuencia de la dilatación de las arterias, paralelamente existe aumento de la permeabilidad capilar, que contribuye a la formación de edema, espasmo y prurito. En esta fase es muy importante la prevención.

Estadio II:



En esta segunda fase, la piel se presenta con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y la dermis superficial. La úlcera es superficial y se manifiesta como una abrasión, una vesícula o una lesión poco profunda. La base de la úlcera está húmeda y su color es rosado.

Estadio III:



Existe pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando incluso hasta la dermis profunda o hipodermis hay pérdida total del grosor de la piel. Provoca una cavidad, lo que le da aspecto de cráter profundo, puede presentar necrosis del tejido subcutáneo, la base normalmente no es dolorosa.

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). Presenta lesiones que asemejan cavernas o adoptan trayectos sinuosos, hay pérdida de sustancia y escaramiento, con penetración hasta el músculo y el hueso, así como tejido necrótico con exudado abundante pudiendo producirse infección sistémica.

VALORACIÓN DEL GRADO DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN

Para valorar la úlcera por presión se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

La descripción y localización de la lesión: extensión, tamaño, profundidad y coloración de los tejidos. La valoración de la piel y los tejidos circundantes:

El color: (pigmentada, pálida, cianosis, sonrosada etc.)

La textura: (ruda, gruesa, fina).

La turgencia: (flacidez).

La temperatura: fría, caliente, normal.

La humedad: seca, húmeda, normal.

El edema: grado y localización.

El dolor: localización e irradiación.

ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (EVRUPP).

Los pacientes que van a estar inmovilizados durante algún periodo de tiempo deben recibir una serie de cuidados de enfermería cuyo objetivo principal es mantener la piel intacta o en su defecto, actuar de forma que se prevengan las infecciones y se promueva su cicatrización¹⁶.

La identificación y debida clasificación del riesgo permite definir las estrategias de manera integral de enfermería. Existen numerosas escalas para medir y clasificar el riesgo; sin embargo las de Norton y de Braden son las más utilizadas para la evaluación del riesgo puesto que permiten cuantificar la magnitud de cada factor de riesgo y han sido probadas ampliamente.

La escala de Norton contempla cinco variables: estado mental, actividad, movilidad, continencia y condición física, cada una se mide de mayor a menor con valores de cuatro (4) a uno (1) para un puntaje total máximo de 20. Puntajes totales inferiores o iguales a 12 clasifican a las personas en alto riesgo.

La escala de Braden permite hacer una valoración temprana, evitando la aparición de lesiones por presión, o minimizando sus efectos. Contempla seis variables: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, y fricción y descamación cada uno de ellos se valora con una puntuación de uno (1) a cuatro (4) excepto en la variable fricción y descamación que solo tiene valores de uno (1) a tres (3), para un puntaje total máximo de 23.

Puntajes totales inferiores o iguales a 12 clasifican a las personas en alto riesgo para desarrollar úlceras por presión; puntajes totales entre 13 y 14 clasifican en riesgo moderado; si el puntaje está entre 15 y 16 los clasifica en riesgo bajo. El manejo de las cargas mecánicas ayuda a disminuir la magnitud de la presión tisular y la viabilidad de los tejidos blandos y de la piel; las recomendaciones están encaminadas a disminuir los niveles de presión y fricción favoreciendo a la circulación.

TRATAMIENTOS

1. Preventivos

Lo más importante frente a las úlceras por presión es intentar prevenirlas. Lo mejor es evitar que esta se produzca, impedir que progrese a niveles de mayor gravedad. Conociendo cuáles son los factores de riesgo que inciden en la aparición de las úlceras por presión, señalaremos algunos aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de cuidar a un paciente de estas características¹⁷.

Nutrición

El estado nutricional del enfermo debe ser adecuado y ha de conservarse el balance nitrogenado positivo porque las úlceras por presión aparecen con mayor rapidez y son más rebeldes al tratamiento en quienes sufren deficiencias nutricionales.

Debemos tener en cuenta algunos criterios para valorar el estado nutricional del paciente tales como:

Identificar déficit nutricional

Calcular el índice de masa corporal

Valorar el estado de hidratación.

Valorar desnutrición.

Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones. Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas. En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.

Son necesarios los carbohidratos para ahorrar proteínas y proveer una fuente de energía. También se requieren vitamina C y oligoelementos, en especial zinc, para la formación de colágena y cicatrización de la herida. Con una nutrición

e hidratación equilibradas, la piel es capaz de mantener su estado de salud y reparar los tejidos dañados.

Reducción de la presión

Es importante enseñar a la familia cómo colocar y girar al enfermo para prevenir las úlceras. El desplazamiento de peso permite que la sangre fluya a las regiones isquémicas y ayuda a que los tejidos se recuperen de los efectos de la presión.

El objetivo es mejorar la viabilidad del tejido blando y promover la cicatrización de las úlceras por presión situando la lesión en condiciones óptimas para su curación. Cada actuación estará dirigida a disminuir la presión, fricción y cizallamiento, que podrá obtenerse mediante técnicas de posicionamiento y una elección apropiada de superficies de apoyo.

Es necesario colocar al paciente en una nueva posición a intervalos de 1 a 2 horas.

Fomentar el desplazamiento de peso activo cada 15 min.

La piel se examina en cada cambio de posición y se valora para detectar la posibilidad de aumento de la temperatura. Si se observa eritema o aumento de la temperatura o si el paciente se queja, es necesario aliviar la presión en el área afectada.

Otra forma de eliminar presión sobre las prominencias óseas es utilizando la técnica del puente, que requiere la colocación correcta de almohadas. La colocación de almohadas por arriba y abajo del sacro alivia la presión en tal región. Sostener al paciente sobre su costado con una inclinación de 30° evita la presión sobre el trocánter.

El paciente necesita cambiar de posición con frecuencia para aliviar y redistribuir la presión cutánea y evitar que se prolongue la reducción del flujo sanguíneo en la piel y tejidos subcutáneos.

Las posiciones corporales recomendables son:

Posición de decúbito supino: se protegerá occipital, omóplatos, codos, sacro y coxis, talones.

Posición de decúbito prono: se protegerá frente, ojos, orejas, pómulos, pectorales, genitales masculinos, rodillas y dedos.

Posición de decúbito lateral: se protegerá orejas, escápulas, costillas, crestas iliacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.

Posición sentada: se protegerá omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas. En esta posición hay que realizar cambios posturales cada hora.

Higiene

Observar minuciosamente la piel. Mantener la piel seca y limpia. Usar jabones con pH neutro o ácido. Secado correcto de la piel. Mantener la ropa de la cama seca y sin arrugas. Evitar la ropa nueva. Evitar angulación de la cama respecto al plano horizontal superior a 30'.

2. Local

Tratamiento conservador:

La limpieza de la úlcera, en cualquier grado, favorecerá el proceso de cicatrización. Está destinado a asegurar un área cruenta limpia, generalmente con el uso de sustancias o medicamentos que realizan un desbridamiento enzimático, así como de algunos medicamentos que promueven la proliferación celular y la epitelización.

3. Curativo

Se utilizarán técnicas que favorezcan la limpieza de la lesión, la eliminación del tejido necrótico, el crecimiento del tejido de granulación, la epitelización, la cicatrización y las no recidivas.

Tratamiento de úlceras grado I: Sólo requiere del manejo de las medidas preventivas.

Tratamiento de úlceras grado II: Al manejo preventivo se debe agregar el aseo constante de la zona lesionada. Se utilizan algunas sustancias que colaboran con la limpieza y con la velocidad de cicatrización de la herida, conocidos como apósitos hidrocoloides.

Tratamiento de úlceras grado III y IV:

Limpieza: Las úlceras por presión cicatrizan mejor cuando están limpias.

Limpieza de la herida

Se limpiará la lesión con suero salino fisiológico al principio de cada cura, y se secará después con cuidado, usando una presión de lavado suficiente para arrastrar los detritus, pero sin producir traumatismos en el tejido sano. No es necesario limpiar la herida con antisépticos locales, ya que pueden ser tóxicos para el nuevo tejido que se está formando y retrasar la curación.

DESBRIDAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La presencia de tejido necrosado o desvitalizado, retrasa el proceso de cicatrización y favorece el crecimiento bacteriano.

El método de desbridamiento dependerá de la situación global del paciente y de las características del tejido a desbridar. Existen diferentes métodos para desbridar¹⁸.

Desbridamiento cortante o quirúrgico.

Se considera la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos, áreas de tejido necrótico húmedo o áreas de tejido desvitalizado.

Es un método cruento que requiere destreza, habilidades técnicas y material apropiado.

En úlceras extensas el desbridamiento se realizara en quirófano y se utilizara analgésico tópico para evitar el dolor durante la operación. Si se presenta hemorragia deberá realizarse compresión directa con una gasa estéril.

Desbridamiento químico o enzimático.

Supone la aplicación de productos enzimáticos para retirar los tejidos dañados o desvitalizados. Sólo se aplican si no hay signos de infección. Este método es ineficaz para eliminar escaras endurecidas o cantidades grandes de tejido en lechos profundos.

Desbridamiento autolítico.

Se realiza mediante el uso de apósitos elaborados siguiendo el principio de la cura húmeda. Al aplicarlos sobre la herida permiten al tejido desvitalizado autodigerirse por enzimas endógenas de una forma poco traumática e indolora. El desbridamiento autolítico está contraindicado si la úlcera está infectada.

Desbridamiento mecánico.

Se trata del uso de la cura húmeda-seca, que incluye la utilización de una gasa humedecida con cloruro sódico al 0.9% que se retira una vez que se ha secado. Es un método traumático y no selectivo, de manera que arrastra, junto con el tejido desvitalizado, el tejido nuevo. En la actualidad son técnicas en desuso.

APÓSITOS BASADOS EN CURA HÚMEDA

La evidencia clínica demuestra que es más efectivo el uso de métodos basados en la cura húmeda que los métodos basados en la cura tradicional. Un buen apósito debe proporcionar seguridad al paciente, ser biocompatible, mantener el lecho de la herida húmedo y la piel perilesional seca e íntegra, absorber el exudado que emane de la herida y adaptarse bien a la zona de la lesión.

Apósitos laminares semipermeables adhesivos.

Están elaborados con poliuretano. Son impermeables a los microorganismos y al agua, así como al oxígeno y al vapor de agua. No deben usarse en zonas infectadas ni en úlceras profundas, su aplicación debe ser en úlceras superficiales en fase de epitelización y granulación.

Apósitos no adherentes impregnados.

Son compuestos de vaselina, aceite de ricino, cera de abeja, bálsamo del Perú, etc.

Hidrogeles

Son productos que favorecen el desbridamiento autolítico al rehidratar la herida, reblandecerla y adsorber los esfacelos y exudado. Son apropiados para heridas poco exudativas. Alivian el dolor y propician la cicatrización.

Agente desbridantes

Son pomadas enzimáticas se usan en los grados III y IV que presenten tejido necrosado o signos de infección.

Apósitos hidrocoloides

Favorecen el crecimiento de tejido de granulación. Extraen y absorben exudados de la úlcera y evitan la formación de costra. Son desbridantes autolíticos, están contraindicados en úlceras con signos de infección y en aquellas que presentan sangrado abundante.

Apósito de alginato

Contienen algas marinas. Son muy absorbentes. Favorecen el desbridamiento y tienen acción hemostática. Están contraindicados en úlceras que precisen antibiótico tópico y en las que tengan un origen infeccioso.

Apósito de plata

La plata es antibacteriana, está indicada en úlceras infectadas

Carbón activado

Se utilizan para absorber el mal olor.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Todas las úlceras por presión contienen bacterias, pero en la mayor parte de los casos, una limpieza y un tratamiento correctos impiden que la colonización bacteriana progrese y se produzca una infección.

Los síntomas de infección local de las úlceras por presión son:

- ✓ Inflamación
- ✓ Dolor
- ✓ Olor
- ✓ Exudado purulento

La infección puede estar favorecida por factores del propio paciente como son: malnutrición, tratamiento con fármacos inmunosupresores o citotóxicos, la incontinencia, entre otros relacionados con la lesión.

Ante la existencia de signos de infección local se deberá de intensificar el desbridamiento y la limpieza de la úlcera, cada 24 horas o si existe deterioro del apósito.

Si después de un tratamiento con antibióticos locales la lesión no responde favorablemente, habrá que empezar con un tratamiento antibiótico específico, después de haber realizado cultivos bacterianos para ver cuál es el germen responsable de la infección¹⁹.

Las úlceras por presión pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación en curas, desbridamiento, cambios de

posición, el empleo de analgésicos y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.

CONTROL DE INFECCIONES

Habría que tomar las siguientes precauciones para controlar la infección bacteriana²⁰:

- ✓ Lavarse las manos entre los procedimientos con cada paciente.
- ✓ Usar guantes limpios, cambiándolos con cada paciente.
- ✓ Cuando un paciente tenga varias úlceras, empezar a curar la que esté menos contaminada.
- ✓ Utilizar instrumental y guantes estériles cuando se haga un desbridamiento.
- ✓ No emplear antisépticos locales.
- ✓ Mantener el aislamiento de sustancias corporales.
- ✓ Cumplir con la normativa de eliminación de residuos de la institución.
- ✓ La limpieza y el desbridamiento adecuado impiden que la colonización bacteriana evolucione a infección clínica.
- ✓ Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local en úlceras que continúan produciendo exudado después de dos semanas.

CAPÍTULO III

EL (PAE) PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas de los pacientes con úlceras por presión con el fin de proporcionar cuidados de enfermería oportunos.

El proceso enfermero consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación.

Valoración

La valoración de los pacientes en riesgo de úlcera por presión debe hacerse sistemáticamente. Se realizará una valoración inicial para determinar las características de la piel normal del paciente y cualquier área de rotura.

La valoración de los indicadores de presión tisular incluye la inspección visual y táctil de la piel. La valoración táctil permite que la enfermera recurra a la palpación para obtener más datos sobre la lesión de la piel y los tejidos subyacentes.

Diagnóstico Enfermero

Después de obtener los datos de valoración adecuados, la enfermera agrupa las características definitorias para establecer el diagnóstico enfermero, los datos pueden apoyar más de un diagnóstico que oriente los cuidados preventivos y curativos.

Planificación

Una vez identificado el diagnóstico enfermero, la enfermera desarrolla el plan de cuidados basado en las necesidades y prioridades del paciente. Se establece los objetivos y los resultados esperados, a partir de los objetivos la

enfermera planifica los tratamientos según la gravedad, el tipo de herida y la presencia de cualquier complicación.

Ejecución

En esta fase la enfermera pone en práctica el plan de cuidado elaborado para los pacientes con úlceras por presión con el fin de lograr los resultados esperados.

Evaluación

Las intervenciones enfermeras para reducir y tratar las úlceras por presión se evalúan determinando la respuesta del paciente a los cuidados enfermeros y determinando si se ha alcanzado cada uno de los objetivos.

El proceso de atención de enfermería se establece con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes con úlceras por presión, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial.

Con la finalidad de que sirva de ayuda a todos los/ las profesionales de enfermería que a diario trabajan con pacientes pediátricos que presentan o pueden presentar úlceras por presión

A continuación se establecen los planes de enfermería que ayuden a mejorar la atención a los pacientes con riesgo de úlceras por presión para fomentar cuidados de calidad.

PLANES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
Alteración de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos manifestado por úlceras.	Disminuir los factores que causan las úlceras.	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar el estado de la piel a diario y valorar los puntos de presión. • Realizar cambios posturales cada 2 horas. • Identificar la fase de desarrollo de las úlceras, el tamaño, la localización, el color y tipo de drenaje. • Eliminar los factores causantes de las úlceras. • Iniciar los cuidados apropiados de las úlceras según la fase. • Limpiar la piel cada 8 horas con jabón suave. 	La piel del niño recupera su color e integridad.

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
Daño potencial de la integridad de la piel relacionado con la presión manifestado por enrojecimiento.	Lograr que la piel se mantenga intacta.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cambios posturales cada 2 horas. • Colocar almohadas para alivio de la presión. • Mantener las sábanas limpias secas y estiradas. • Proporcionar una dieta rica en proteínas. 	La piel del niño recupera su integridad.

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
Dolor relacionado con infecciones en las úlceras.	Disminuir el dolor a un grado aceptable en el niño.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la intensidad del dolor en el niño. • Utilizar escala de clasificación del dolor. • Valorar cambios conductuales y fisiológicos. • Administrar analgésicos según prescripción. • Observar los efectos de los analgésicos. 	El niño manifestará alivio al dolor.

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
<p>Alteración del estado nutricional relacionado con la inmovilidad física manifestado por deterioro sensorial y cognitivo.</p>	<p>Lograr que el paciente reciba una nutrición óptima durante la estadía hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado nutricional del niño. • Proporcionar una dieta blanda de acuerdo a la situación del niño. • Controlar y registrar la ingesta y la eliminación. • Administrar alimentos por sonda nasogástrica. • Pesar al niño a diario. 	<p>El niño mantendrá cubierta las necesidades de alimentación.</p>

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
<p>Alteración de la eliminación intestinal relacionado con escasa ingesta de alimentos y líquidos manifestado por distensión abdominal.</p>	<p>Mejorar la eliminación del niño al menos una deposición cada 48 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la rutina de defecación diaria del paciente y la causa del estreñimiento. • Proporcionar una dieta rica en fibras. • Incrementar la ingesta de agua al día. • Controlar y registrar los movimientos intestinales a diario. • Administrar cuidados perianales después de cada deposición. 	<p>La eliminación intestinal del paciente se restablece.</p>

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
<p>Alto riesgo de hipertermia relacionado con el proceso infeccioso manifestado por úlceras.</p>	<p>Disminuir la hipertermia durante las 6 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la temperatura cada hora. • Aplicar medios físicos y baño con agua templada durante 20 min. • Evitar enfriamiento del niño. • Administrar antipiréticos según prescripción. • Observar los efectos del medicamento. 	<p>El niño mantendrá la temperatura corporal dentro de los parámetros normales.</p>

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
Alteración del sueño y descanso relacionado con los cambios ambientales.	Restablecer el descanso en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente tranquilo. • Controlar las alteraciones ambientales, ruido e iluminación. • Limitar la entrada de visitas durante los periodos de descanso. • Proporcionar medidas de confort. • Coordinar las funciones de enfermería durante la noche. 	El niño conseguirá mayor descanso

Diagnóstico enfermero	Objetivo	Intervenciones de enfermería	Evaluación
<p>Temor familiar relacionado con desconocimiento de la enfermedad manifestado por preocupación.</p>	<p>Disminuir el temor de la familiar respecto a la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información necesaria a la familia. • Contestar a las preguntas de los familiares. • Estimular la expresión de los sentimientos. • Proporcionar un entorno tranquilo. • Alentar a la familia a participar de los cuidados diarios. • Brindar a la familia apoyo psicológico. 	<p>La familia expresara verbalmente sus preocupaciones y se mantiene informado del estado del niño.</p>

5. HIPÓTESIS

Los pacientes inmovilizados que no reciben planes de atención de enfermería tendrán mayor riesgo de padecer úlceras por presión en relación a los pacientes que se les proporcionen dichos cuidados.

6. METODOS DE INVESTIGACION

Tipo de estudio

Se utiliza el método Descriptivo, Observacional.

Universo

El universo está constituido por 28 enfermeras que laboran en el área de Cuidados Intermedios Pediátricos del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, y 21 pacientes pediátricos que han presentado úlceras por presión. Se estudiará a todo el universo.

Técnicas De Recogida De Datos

Observación directa de los pacientes pediátricos con úlcera por presión y del personal de enfermería. Observación indirecta de las historias clínicas y encuesta al personal de enfermería.

Para recolectar la información se utilizará encuestas y guías de observación al personal de enfermería.

Análisis De Datos

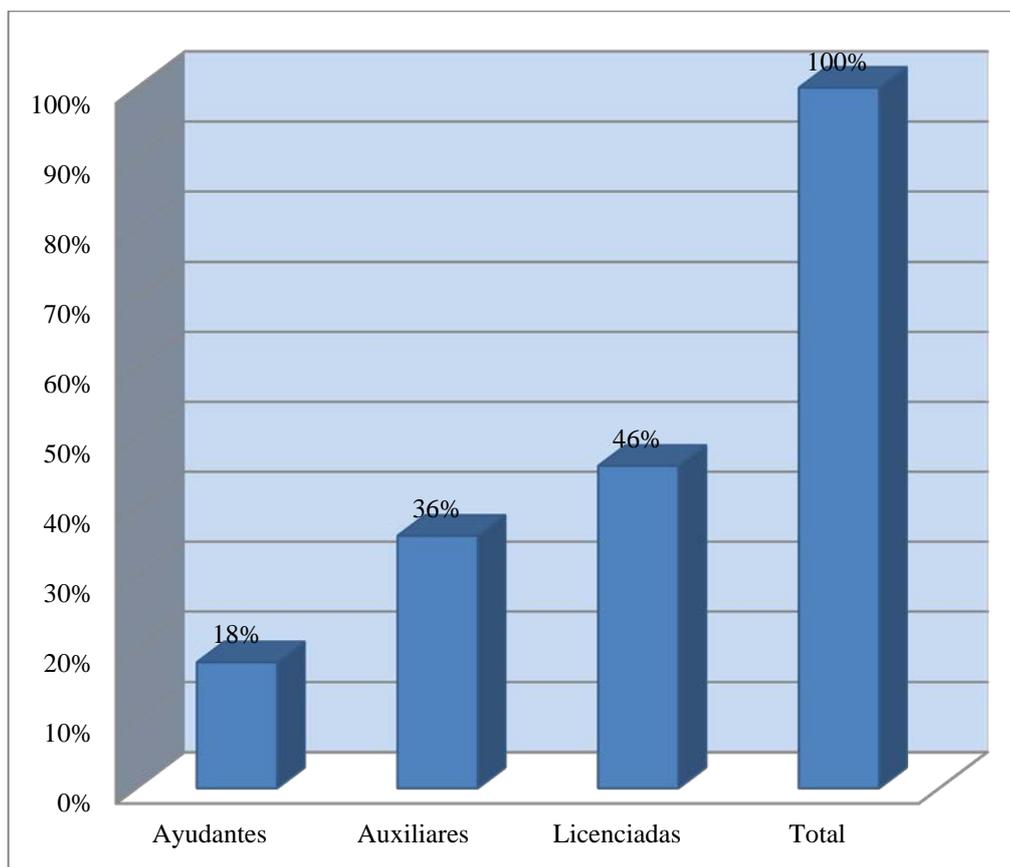
El análisis de la información se realizará a través de cálculos estadísticos que permitan analizar los factores que influyen para dicho problema. Los datos se procesarán en una hoja de cálculo que permitan elaborar cuadros y gráficos para el análisis.

7. PRESENTACIÓN DE DATOS RESULTADOS

Instrumento No. 1 Encuestas

GRÁFICO 1

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTERMERIOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” AÑO 2011

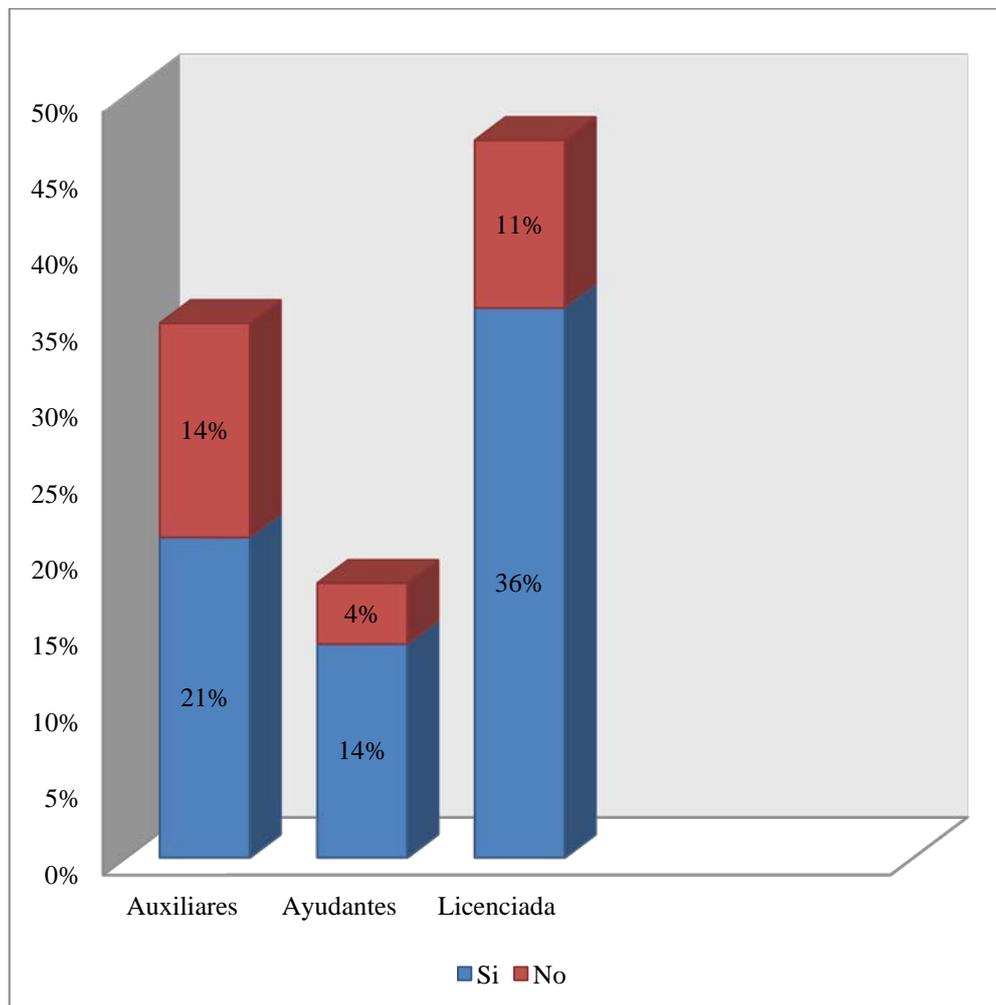


Fuente: Departamento de Enfermería del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 2

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIGIENE QUE NECESITAN LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

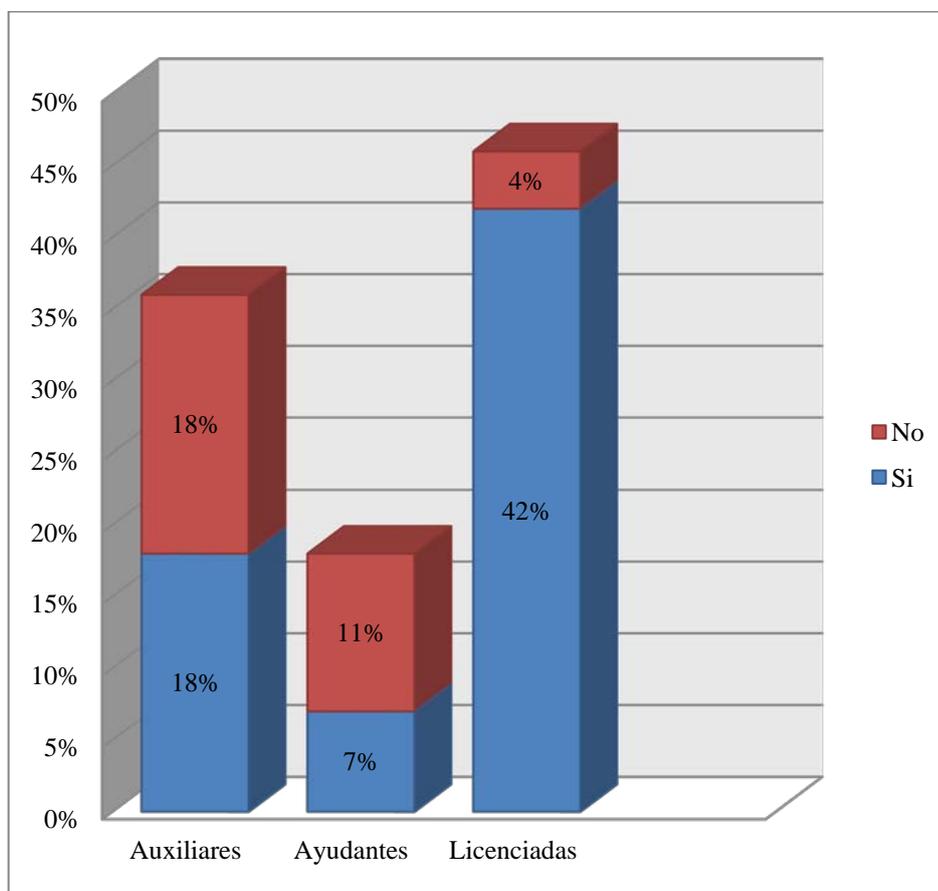


Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 3

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

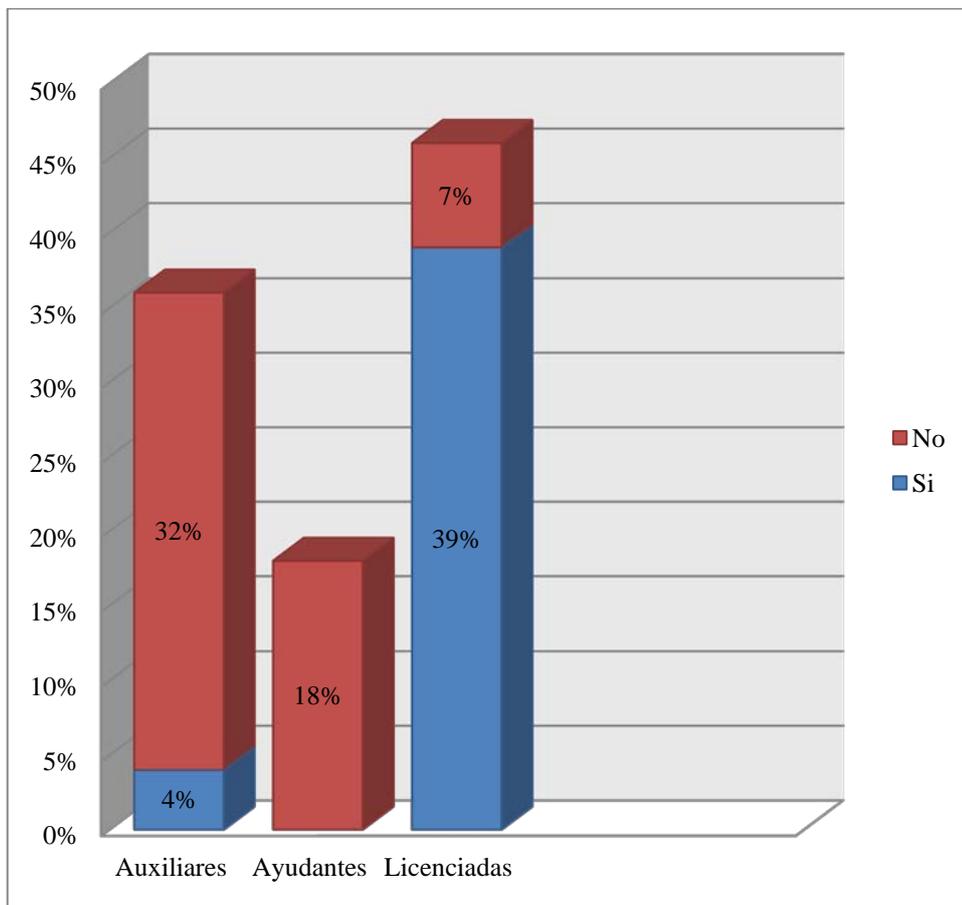


Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 4

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

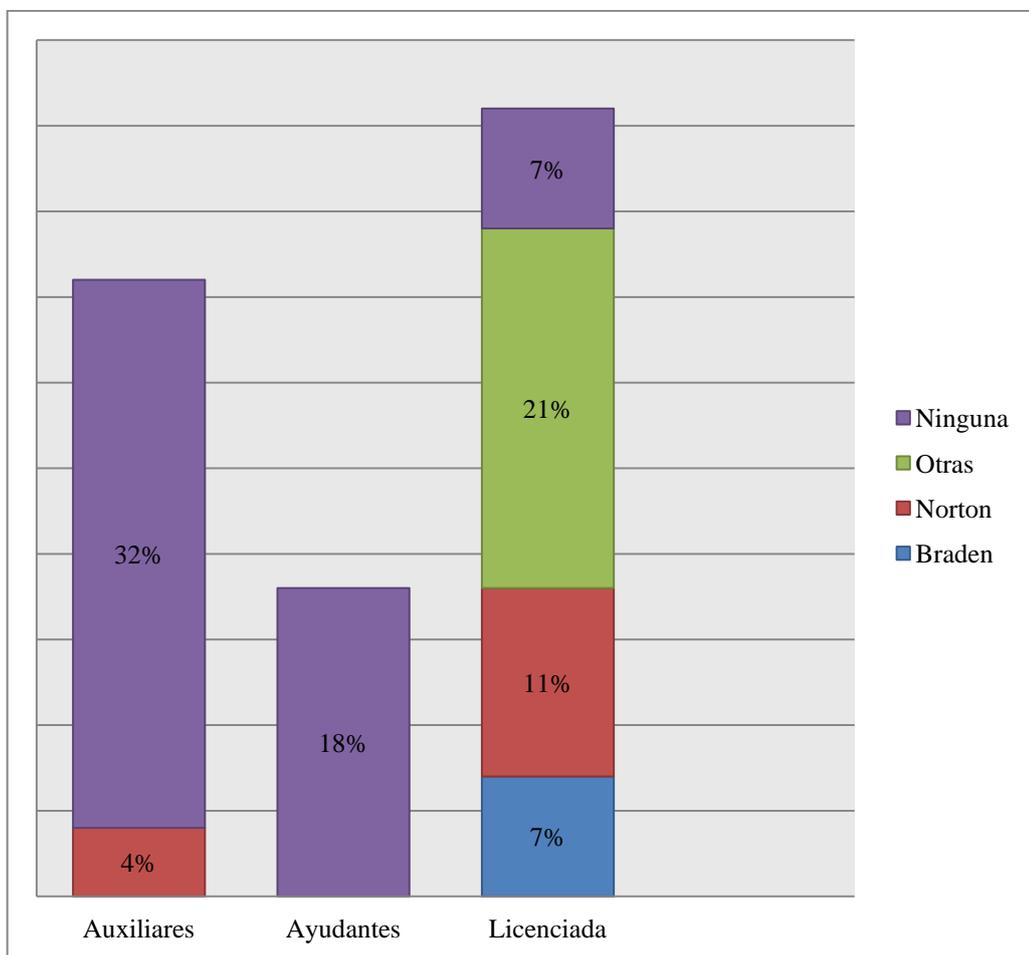


Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 5

TIPO DE ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN QUE UTILIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS

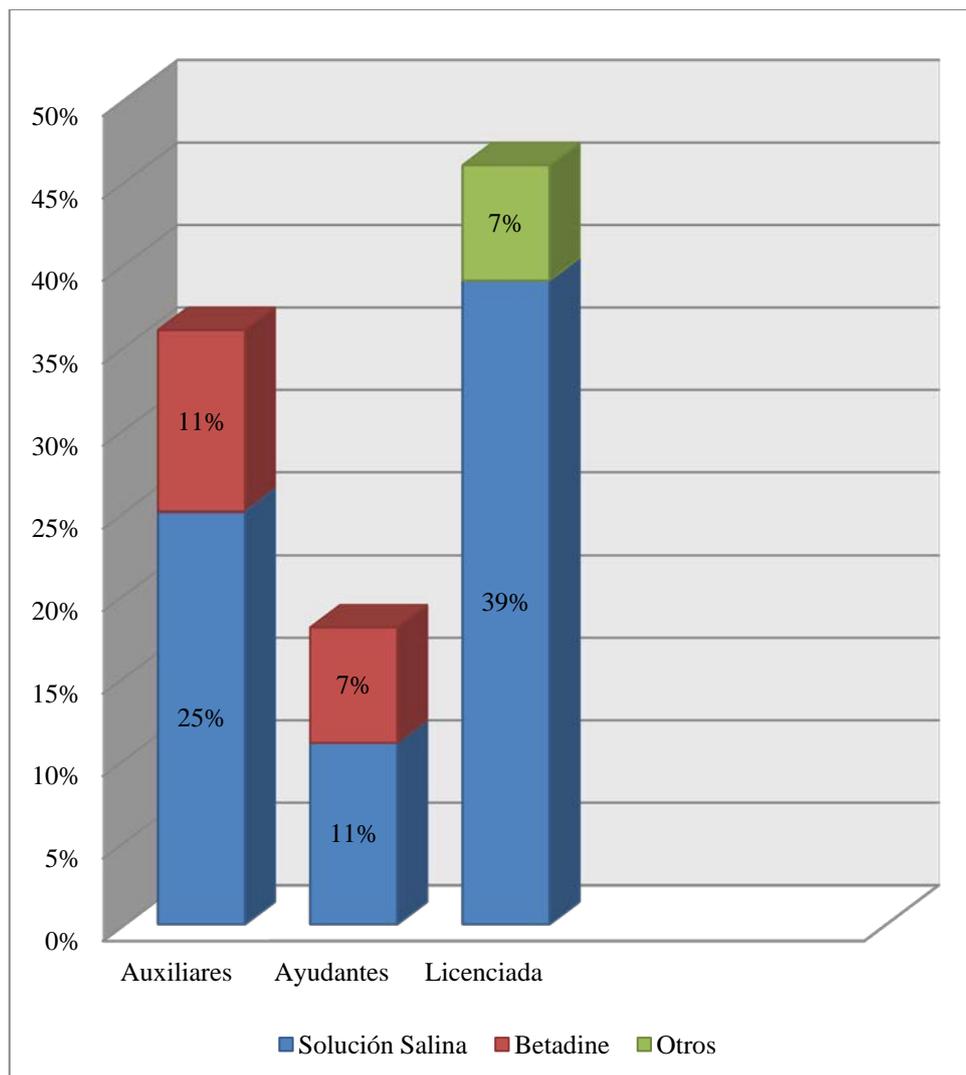


Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 6

SOLUCIONES QUE SE UTILIZA EN LAS CURACIONES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

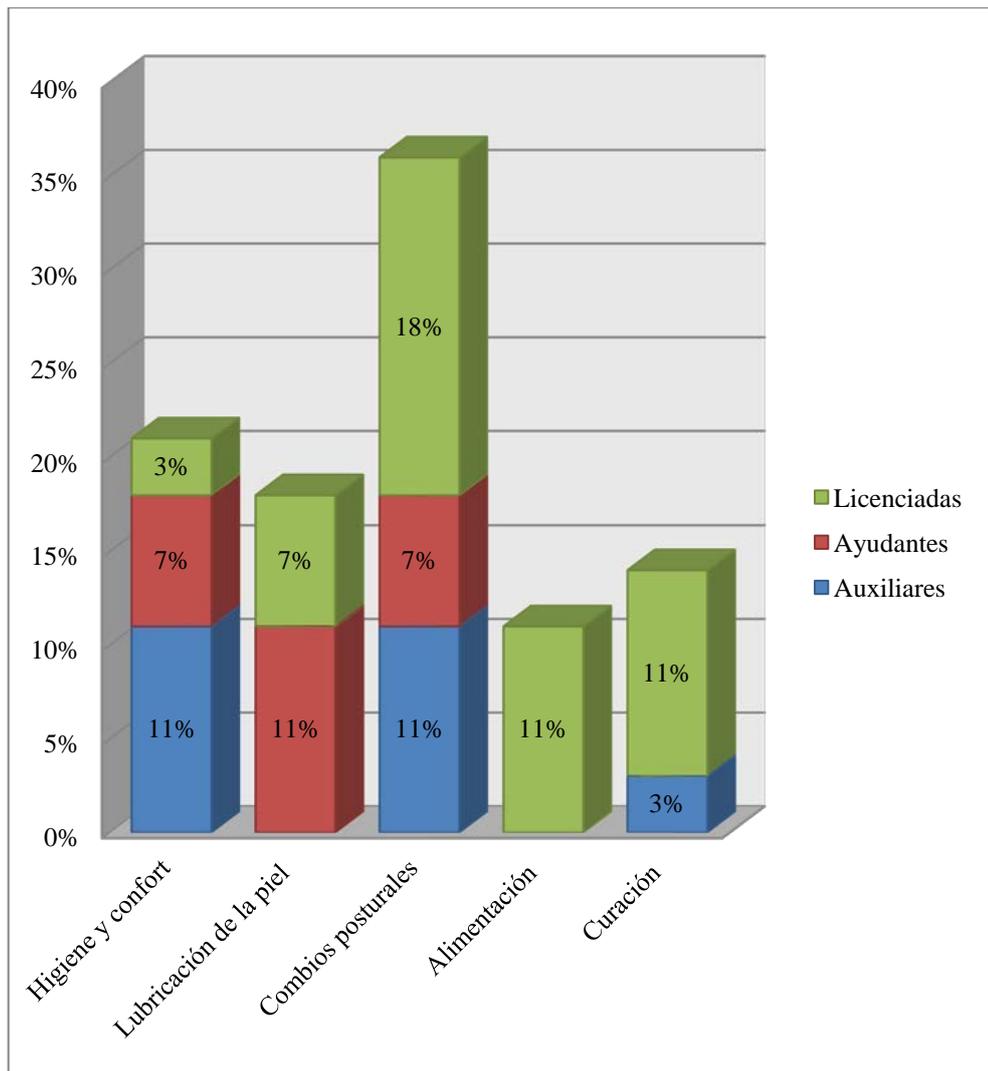


Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 7

CUIDADOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PROPORCIONA A LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN



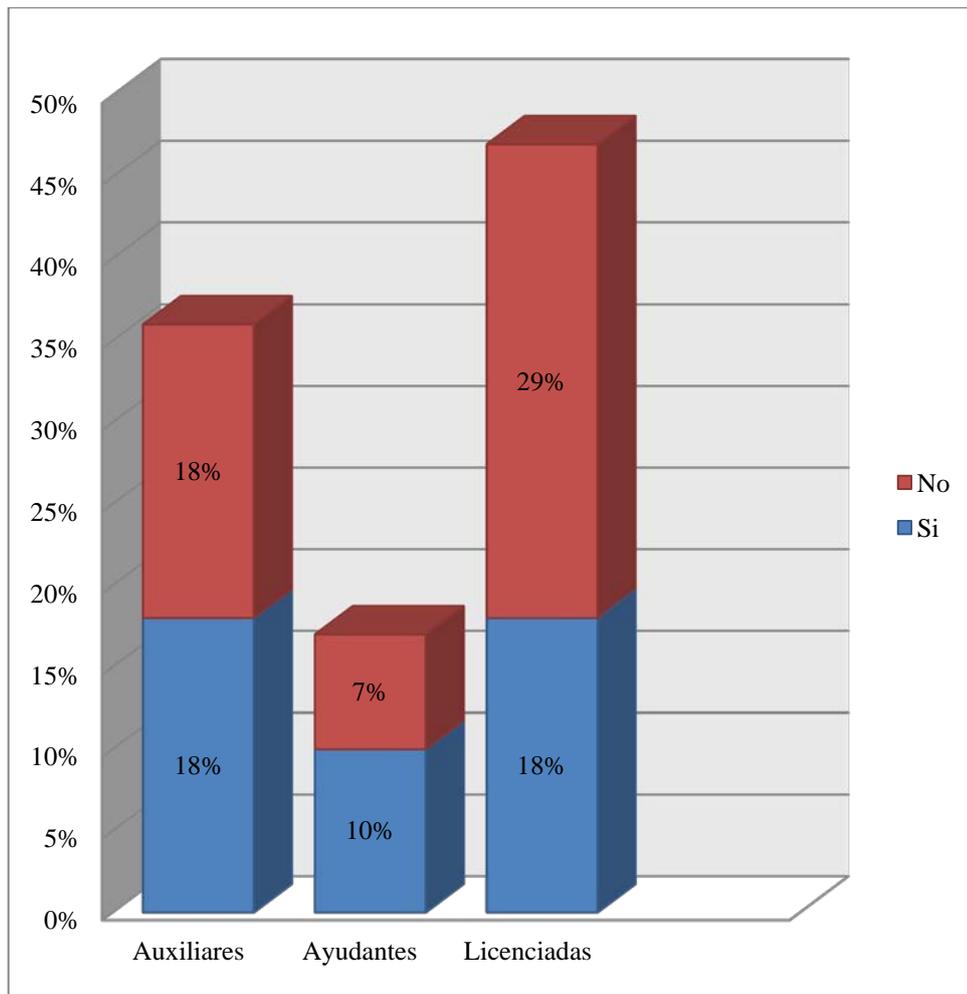
Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

Instrumento 2. Guía de observación

GRÁFICO # 8

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN CADA PROCEDIMIENTO

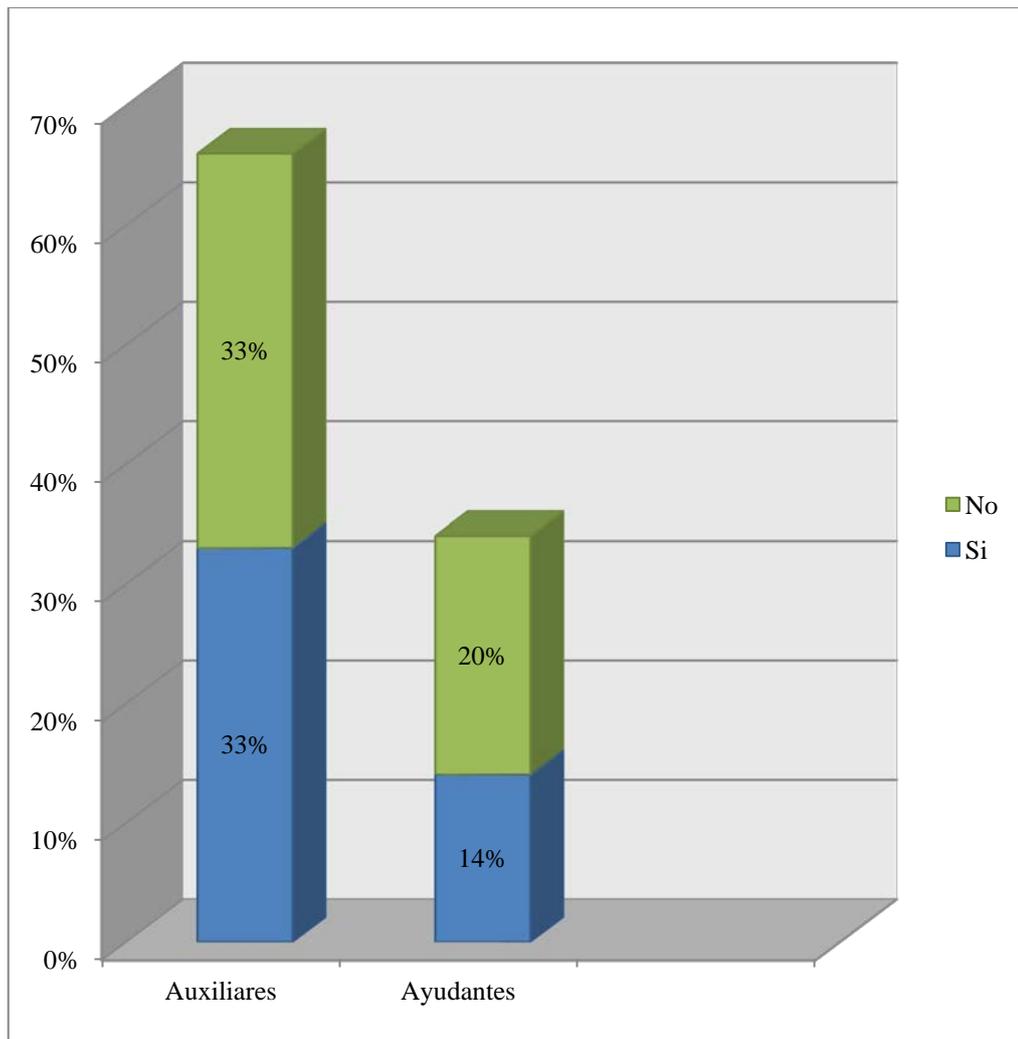


Fuente: Instrumento de Observación al Personal de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios Pediátricos, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 9

CUMPLIMIENTO DEL CAMBIO DE VESTIMENTA DEL PACIENTE A DIARIO

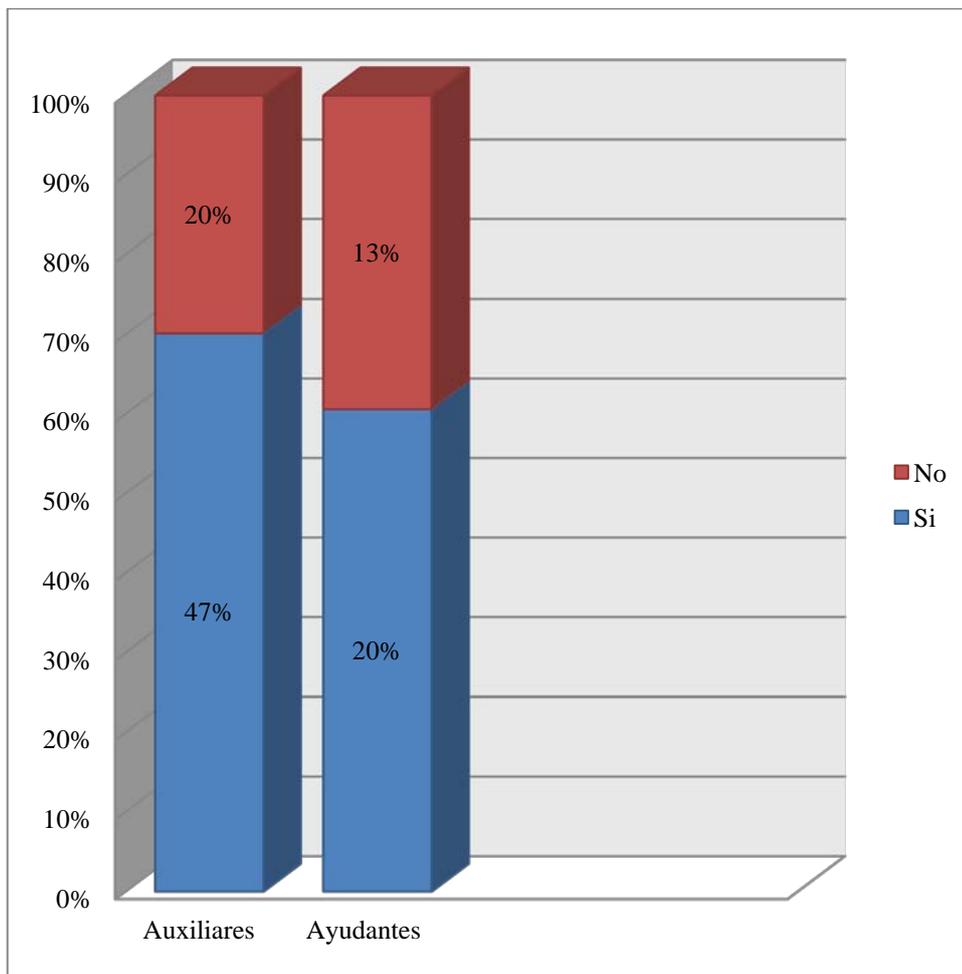


Fuente: Instrumento de Observación al Personal de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios Pediátricos, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 10

UTILIZACIÓN DE CREMAS HIDRATANTES PARA PROTEGER LA PIEL DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

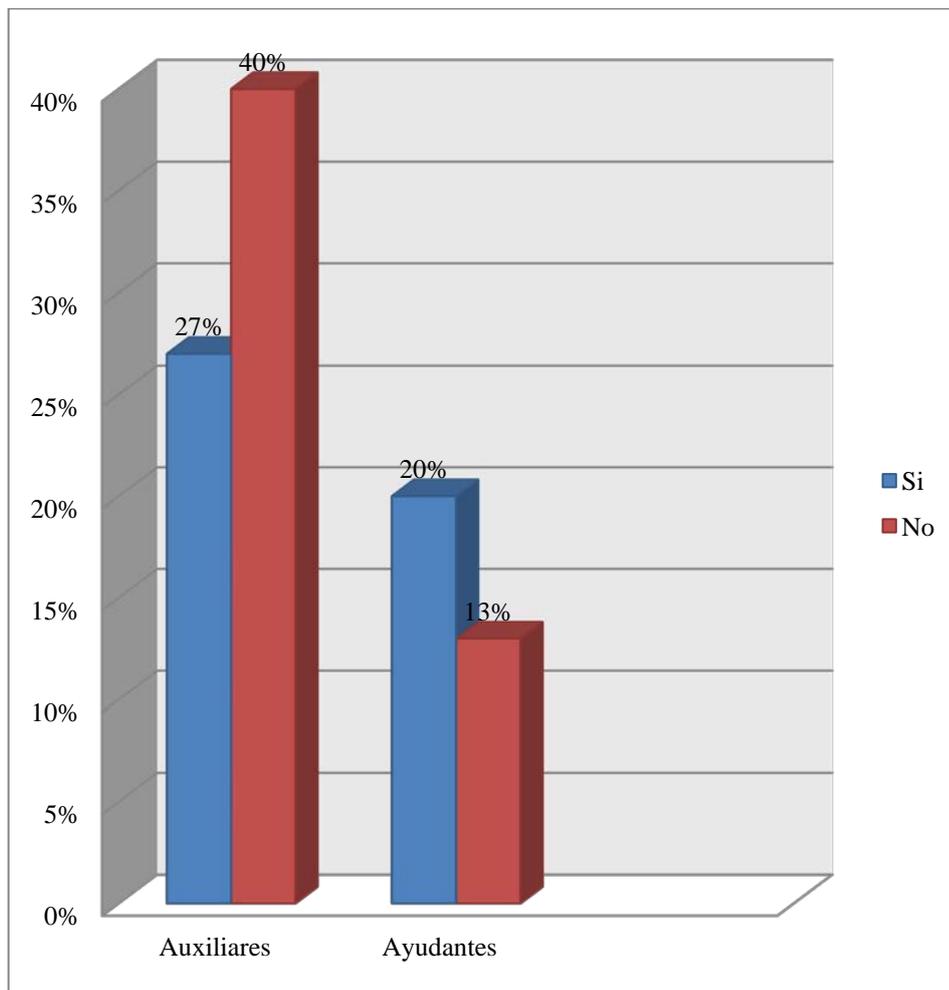


Fuente: Instrumento de Observación al Personal de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios Pediátricos, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 11

UTILIZACIÓN DE COLCHÓN ANTIESCARAS Y DISPOSITIVO DE COMODIDAD EN FORMA ADECUADA PARA REDUCIR LA PRESIÓN

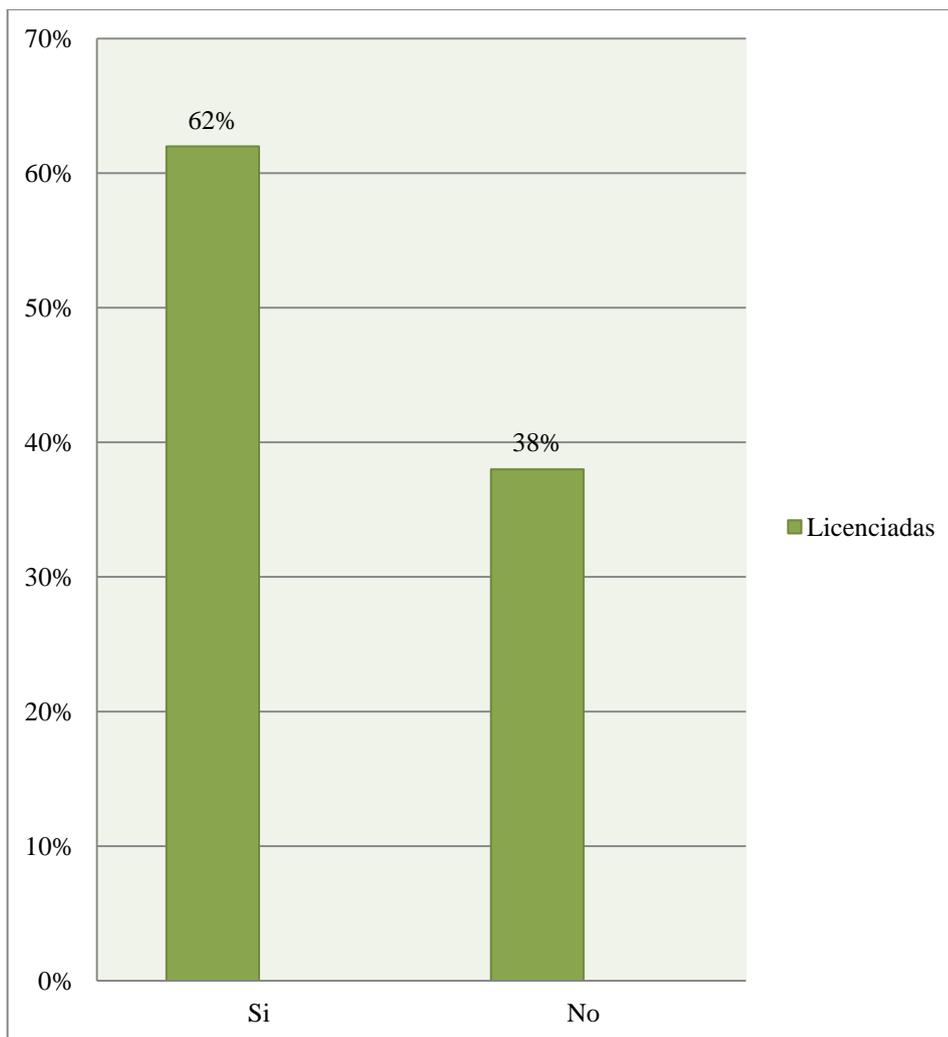


Fuente: Instrumento de Observación al Personal de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios Pediátricos, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 12

INSPECCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LA PIEL DEL PACIENTE A DIARIO

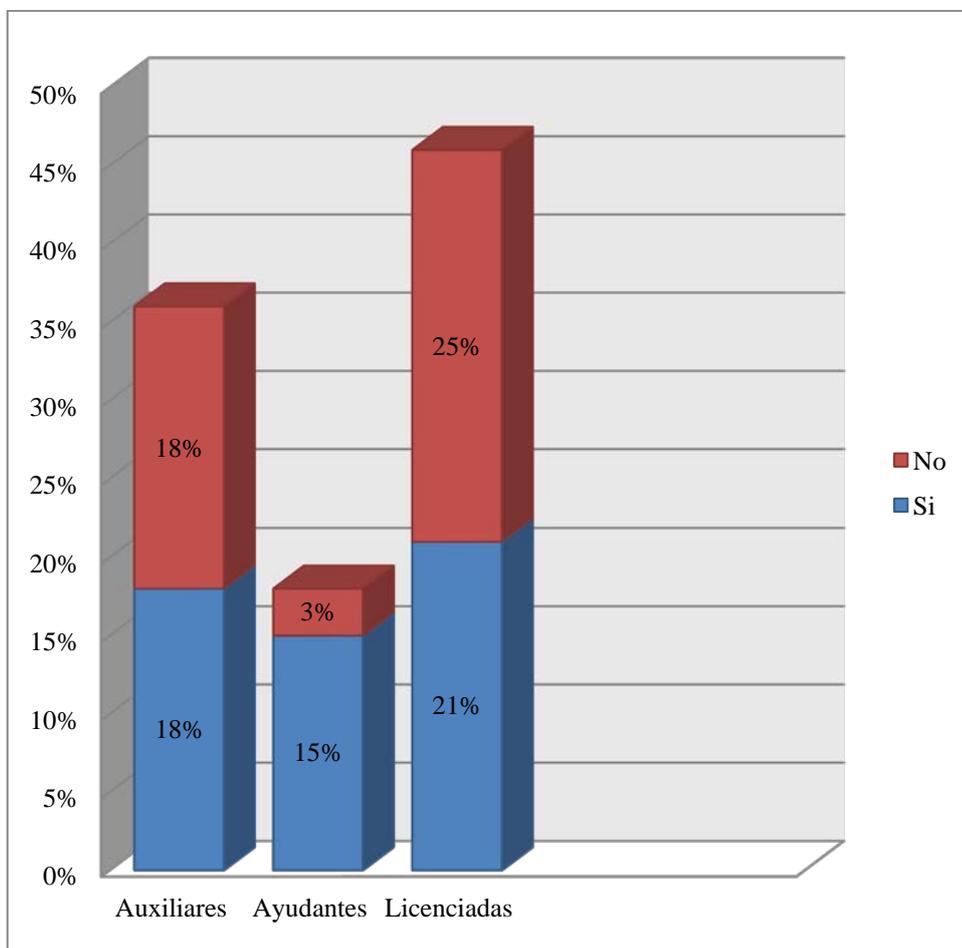


Fuente: Instrumento de Observación al Personal de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios Pediátricos, del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 13

PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENCIA EDUCATIVA A LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

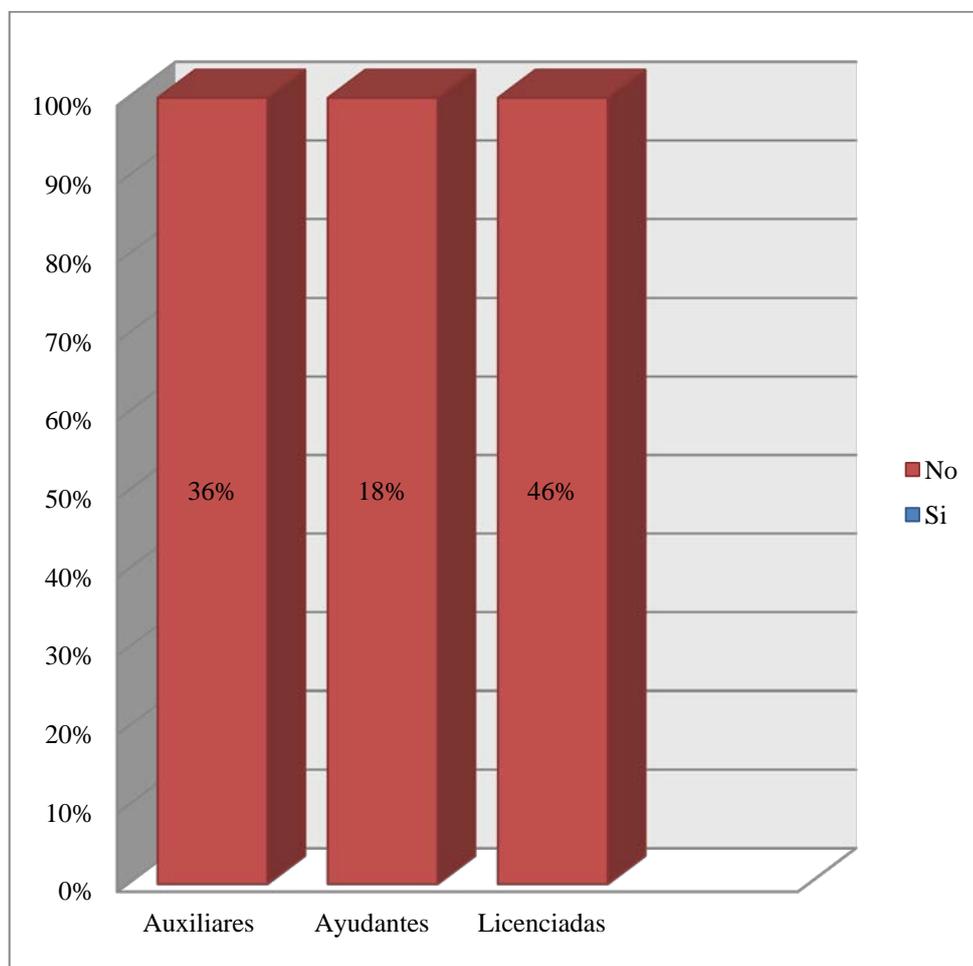


Fuente: Instrumento de Observación al Personal de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios, del Hospital Dr. “Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 14

REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA EXISTENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN



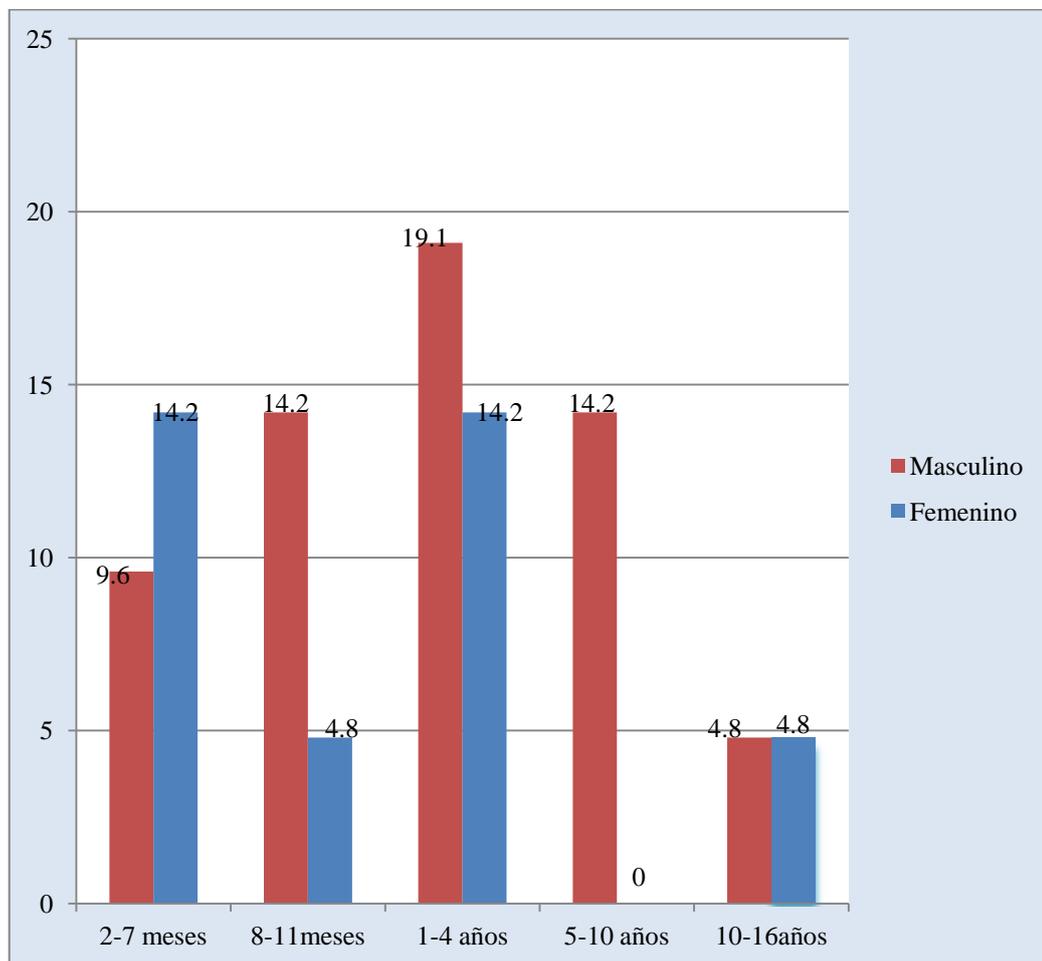
Fuente: Instrumento de Observación al Personal de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios, del Hospital Dr. “Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

Instrumento 3. Matriz de recolección de datos

GRÁFICO # 15

RELACIÓN EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN

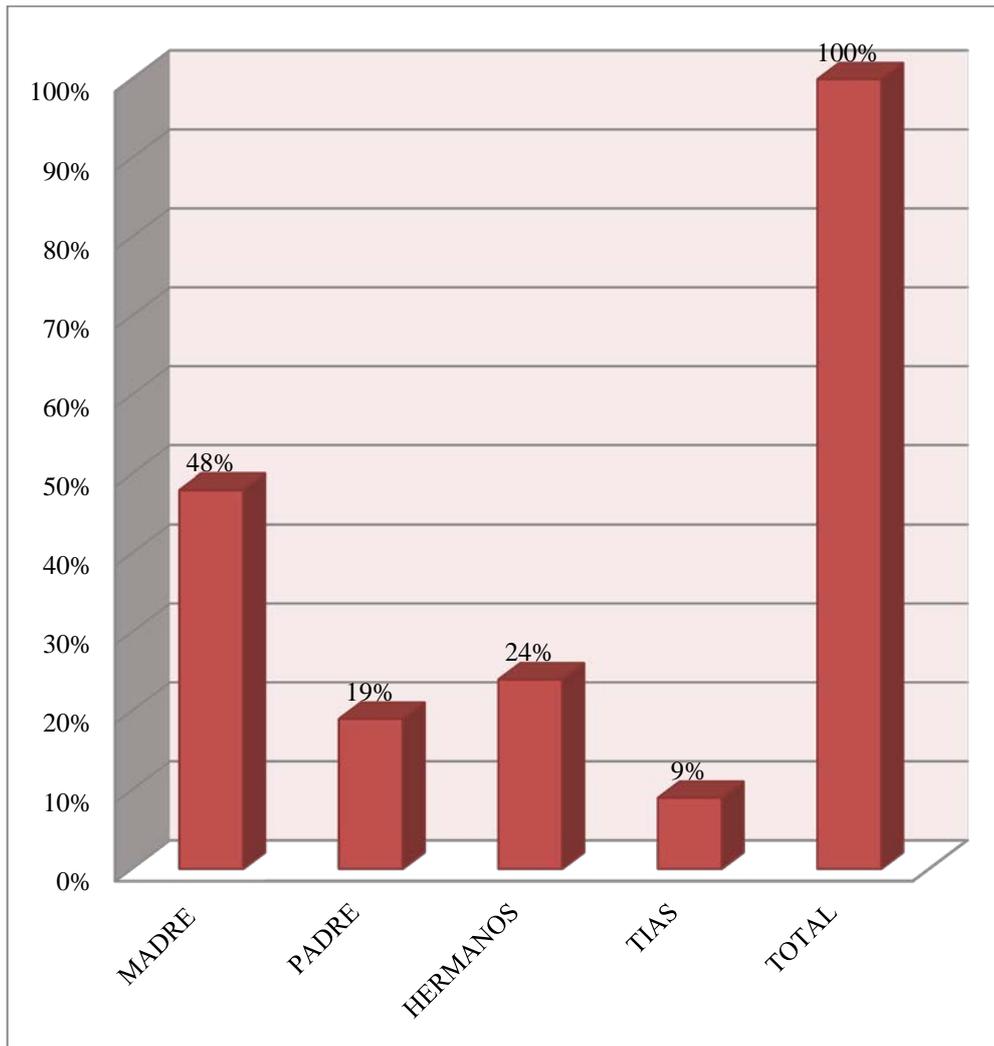


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 16

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DEL CUIDADOR

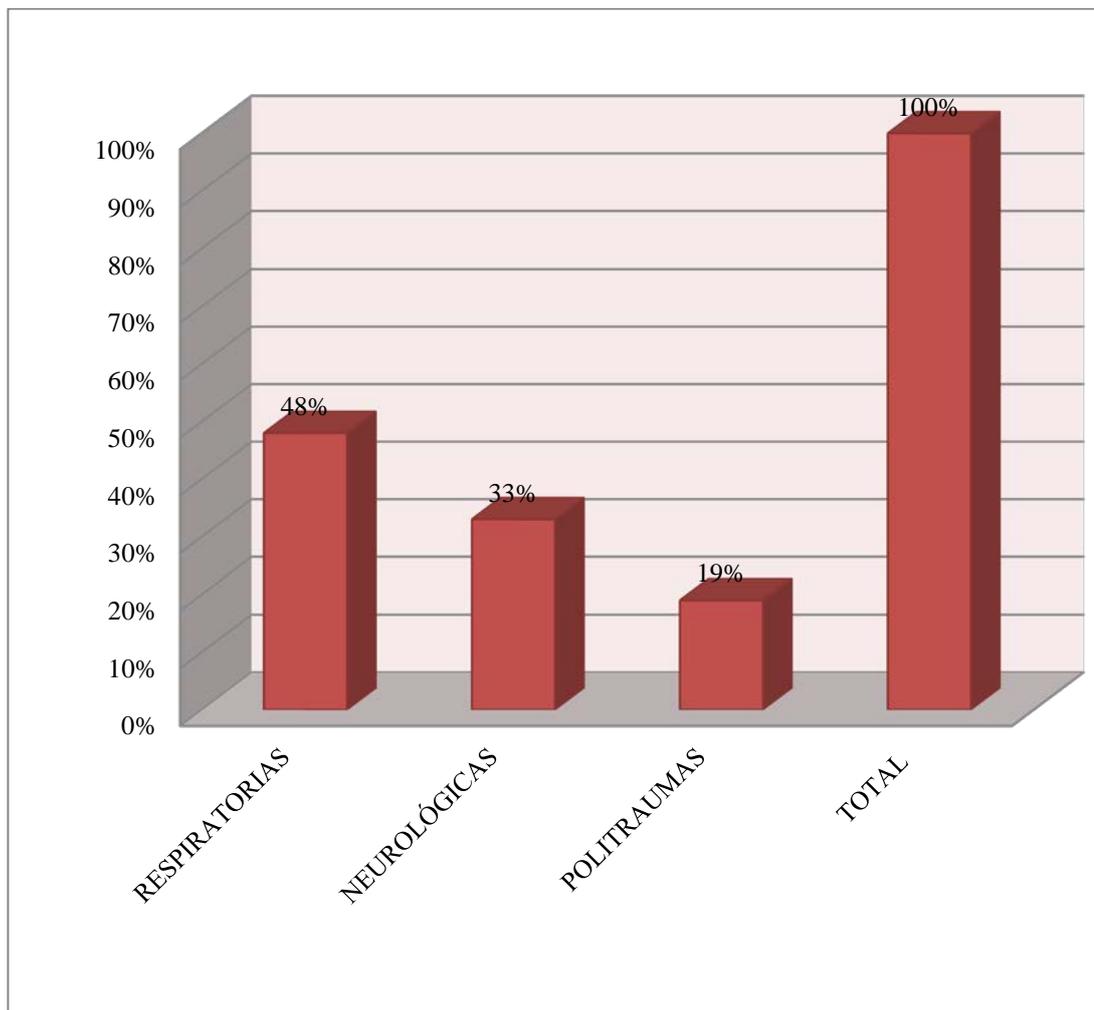


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 17

PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO MÁS FRECUENTES QUE CONDUCEN A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS

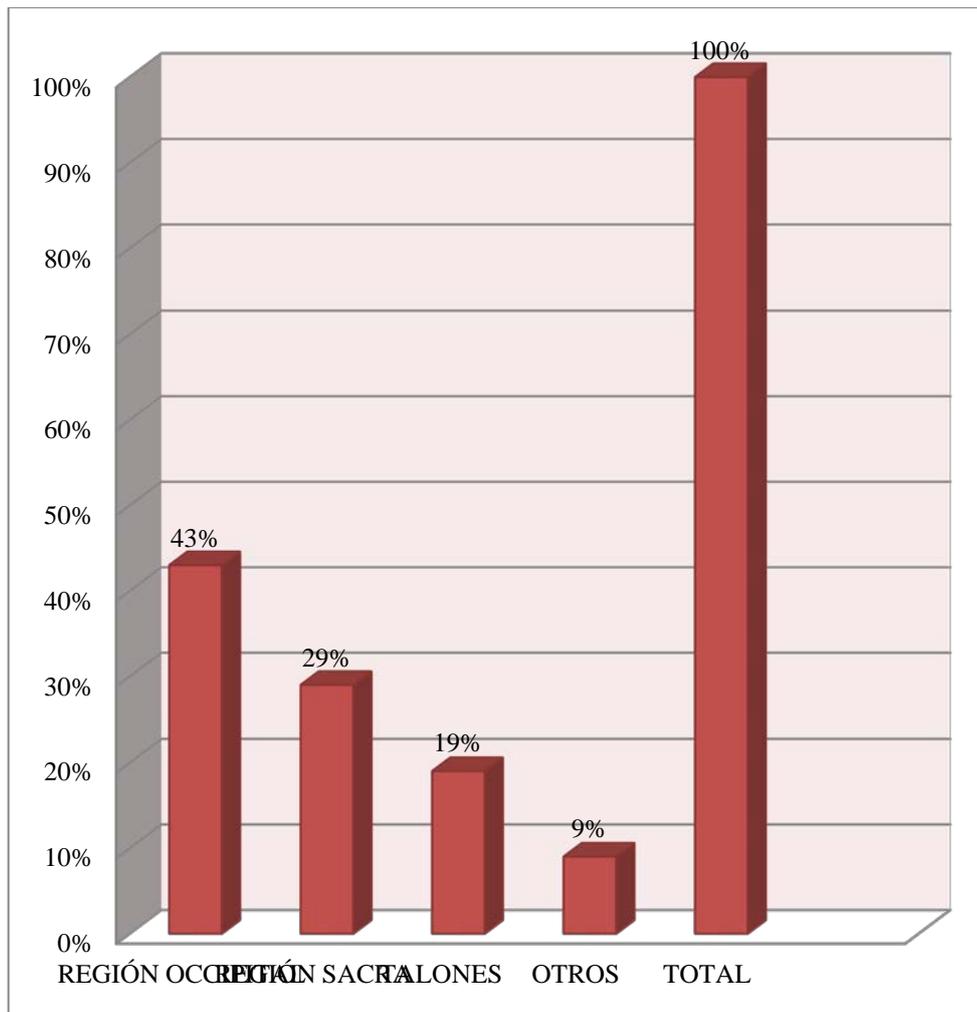


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 18

LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

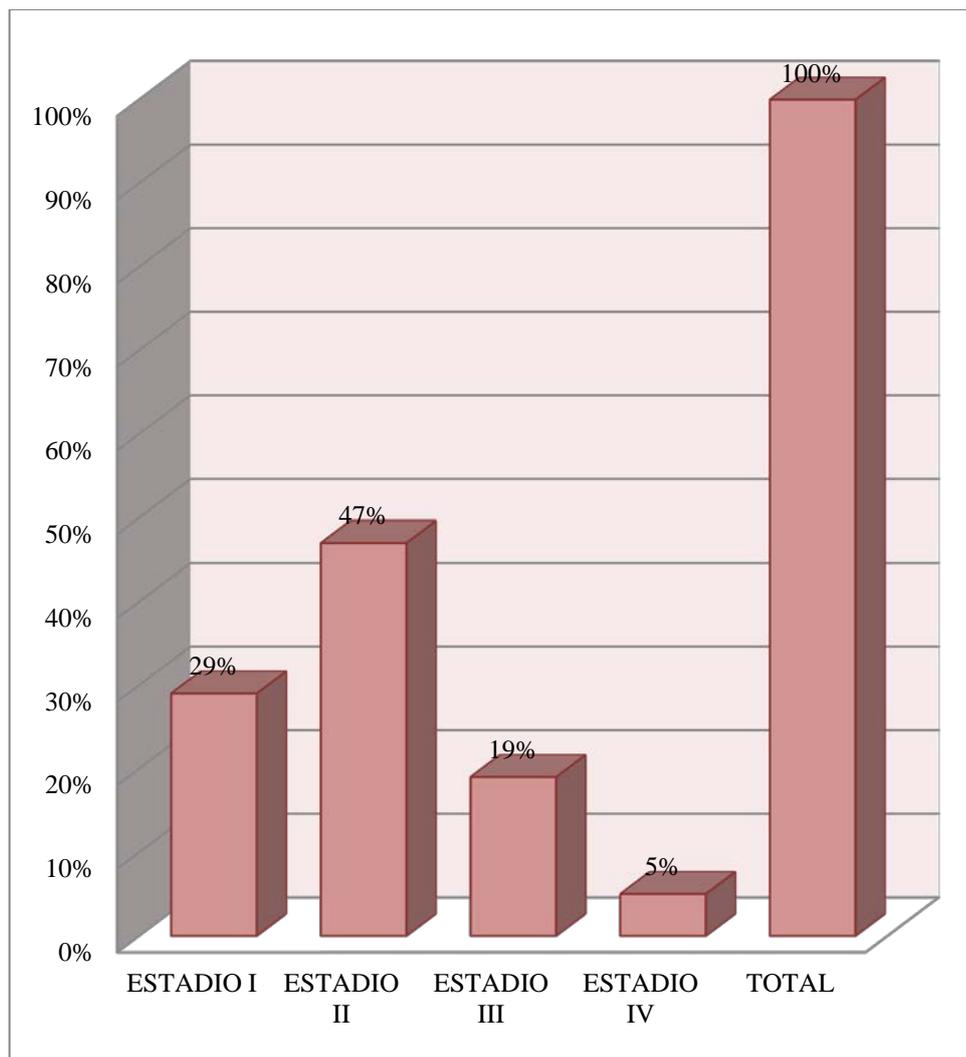


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

GRÁFICO # 19

CLASIFICACIÓN MÁS FRECUENTES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LOS ESTADIOS



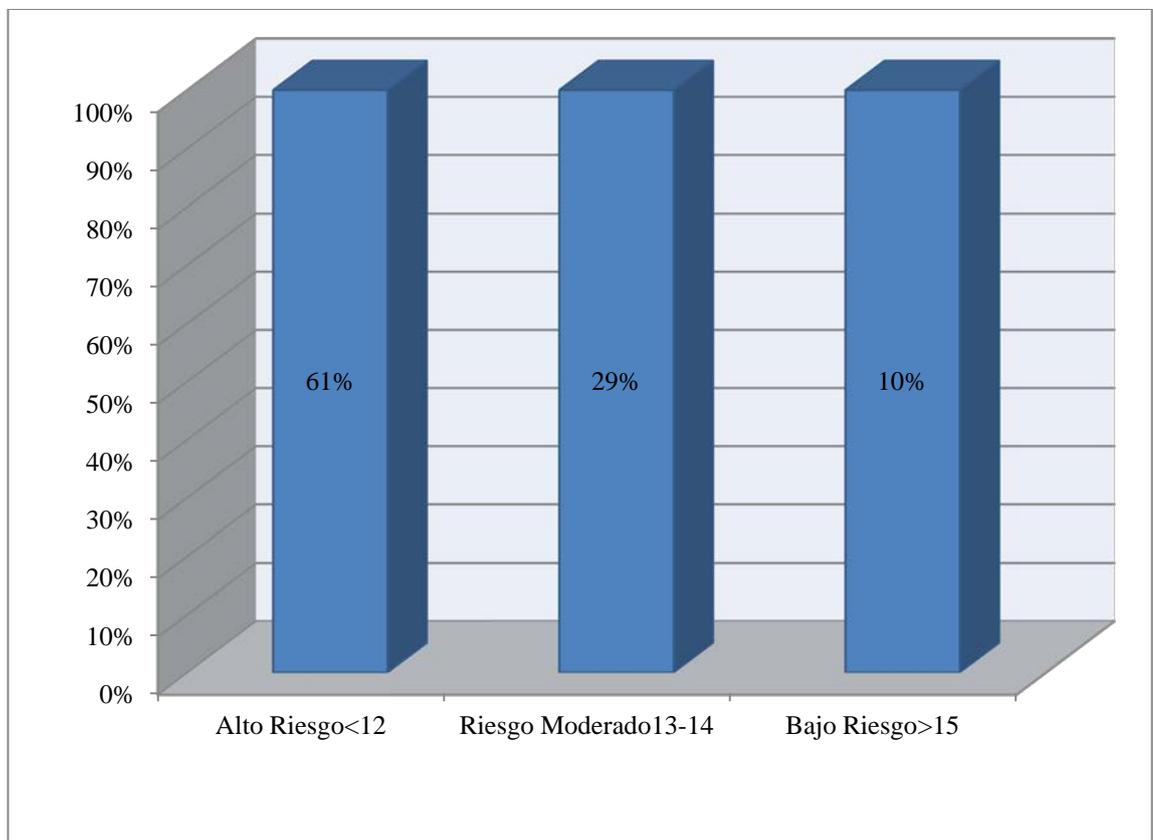
Fuente: Departamento de Estadística del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

Instrumento 4. Guía de observación

GRÁFICO # 20

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN PARA VALORAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS



Fuente: Instrumento de Observación a los Pacientes del Área de Cuidados Intermedios, del Hospital Dr. “Roberto Gilbert Elizalde”.

Autora: Pilar Tipán

8. ANÁLISIS DE LOS DATOS RESULTADOS

Instrumento 1. Encuesta

GRÁFICO 1

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” AÑO 2011

Análisis.

En esta gráfica se puede observar la participación de las enfermeras que laboran en el área de Cuidados Intermedios Pediátricos. El 18% labora como ayudante, 36% como auxiliar y el 46% profesionales de enfermería, siendo éste el mayor porcentaje.

GRÁFICO # 2

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIGIENE QUE NECESITAN LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis.

En esta gráfica se puede observar que el 71% del personal de enfermería conoce sobre la higiene que necesitan los pacientes con esta patología y el 29% no tiene conocimiento del tema y no pueden brindar cuidados óptimos.

GRÁFICO # 3

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis.

El 67% del personal encuestado respondieron que conocen los factores de riesgo de las úlceras por presión; mientras que el 33% respondieron que no conocen. Dificultando de esta forma, la orientación que debe darse al paciente para evitar complicaciones futuras.

GRÁFICO # 4

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis.

En esta gráfica se observa que el 57% del personal encuestado no tiene conocimiento de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión y que el 43% lo conoce. Prevalece el porcentaje alto del personal de enfermería que desconoce cómo aplicar las escalas para valorar al paciente con esta patología y obtener mejores resultados.

GRÁFICO # 5

TIPO DE ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN QUE UTILIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS

Análisis.

En esta gráfica se dice que el 57% del personal encuestado no utilizan ninguna escala para valorar el riesgo de úlceras por presión. La información existente sobre el grado de utilización de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión en la práctica clínica es escasa. Las enfermeras que no valoran el riesgo deben saber que su práctica clínica puede ser considerada como negligente.

GRÁFICO # 6

SOLUCIONES QUE SE UTILIZAN EN LAS CURACIONES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis.

Los resultados obtenidos de acuerdo al gráfico nos muestran que el 75% del personal de enfermería utiliza el suero salino, el 18% emplea betadine y el 7% utilizan otras sustancias en las curaciones. La literatura indica como norma en la curación de úlceras, el empleo de suero salino, ya que el uso de otros productos puede provocar problemas sistémicos en su absorción por el organismo.

GRÁFICO # 7

CUIDADOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PROPORCIONA A LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis.

En este gráfico podemos determinar que los cambios posturales son los más proporcionados por el personal de enfermería referente a los cuidados que aplica al paciente, el cual representa el 36%; seguido de la higiene y confort con 21%; la lubricación de la piel 18%; curación de las úlceras en 14% y la alimentación en menor porcentaje.

Instrumento 2. Guía de observación

GRÁFICO # 8

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN CADA PROCEDIMIENTO

Análisis.

En este gráfico se puede observar que el 54% del personal de enfermería incumple con las normas de bioseguridad en cada uno de los procedimientos y el 46% cumple con estas normas. La literatura indica que utilizando las normas de bioseguridad se reduce al máximo la diseminación de los gérmenes.

GRÁFICO # 9

CUMPLIMIENTO DEL CAMBIO DE VESTIMENTA DEL PACIENTE A DIARIO

Análisis.

Según los datos obtenidos en esta gráfica, el 53% del personal de enfermería no realiza los cambios de vestimenta del paciente a diario, ocasionando que permanezca más tiempo con la vestimenta húmeda, sucia y arrugada, causando molestia e incomodidad al paciente. En esta área se observa que no se cumple con lo que indican las normas de cuidado para estos pacientes.

GRÁFICO # 10

UTILIZACIÓN DE CREMAS HIDRATANTES PARA PROTEGER LA PIEL DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis.

Se puede observar que el 67% del personal de enfermería utiliza cremas hidratantes para lubricar la piel del paciente, esto confirma la información que describe la literatura; y el 33% restante no lo realiza, causando molestias en la piel de los pacientes que tienen a su cuidado.

GRÁFICO # 11

UTILIZACIÓN DE COLCHÓN ANTIESCARAS Y DISPOSITIVO DE COMODIDAD EN FORMA ADECUADA PARA REDUCIR LA PRESIÓN

Análisis

En este gráfico podemos determinar que el 53% del personal no profesional de enfermería, desconoce del empleo adecuado de los dispositivos de protección, como es el colchón antiescaras, que sirve de comodidad al paciente evitando molestias en la piel y reduciendo la presión. La literatura lo indica como tratamiento preventivo de las úlceras por presión.

GRÁFICO # 12

INSPECCIONA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LA PIEL DEL PACIENTE A DIARIO

Análisis

En este gráfico podemos determinar que el 62% del personal profesional inspecciona la piel del paciente y el 38% no lo realiza, causando molestia e incomodidad al paciente. La literatura indica que la inspección de la piel a diario puede impedir que la úlcera empeore y se puede obtener más datos sobre el estado de la piel del paciente.

GRÁFICO # 13

PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENCIA EDUCATIVA A LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis

El 54% del personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares mientras que el 46% no lo proporciona. Se debe proporcionar educación a los familiares para que ellos puedan asistir preventivamente al paciente y evitar complicaciones. La información existente lo indica como tratamiento preventivo y así reducir el índice de úlceras.

GRÁFICO # 14

REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA EXISTENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis

En este gráfico encontramos, que el 100% del personal de enfermería que labora en el área de cuidados intermedios pediátricos, no registran en las historias clínicas de los pacientes sobre la existencia de úlceras por presión, impidiendo de esta manera que se proporcione un adecuado control y ayuda al paciente.

Instrumento 3. Matriz de recolección de datos

GRÁFICO # 15

RELACIÓN EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN

Análisis

Según el gráfico estadístico, se determina que del total de pacientes con úlceras por presión, prevalece el rango de edad de 1- 4 años con el 19.1% el sexo masculino y 14.2% femenino; seguido los pacientes de 2 – 7 meses de edad, destacándose el sexo femenino con 14.2% y el masculino 9.6%; sin dejar de mencionar al grupo de adolescentes de 10 - 16 años de edad, que en ambos sexos representa el 9.6%. Siendo también observable que son de sexo masculino el 61.9% del total de la muestra de estudio.

GRÁFICO # 16

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DEL CUIDADOR

Análisis

En este gráfico se observa que las características del cuidador familiar corresponden a la madre con el 48%; el 24% a los hermanos; seguido por el padre, con el 19%, siendo estos familiares cercanos al paciente que pueden colaborar en el cuidado.

GRÁFICO # 17

PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO MÁS FRECUENTES QUE CONDUCEN A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS

Análisis

De acuerdo a las patologías de alto riesgo más frecuentes que conducen a las úlceras por presión de los pacientes en estudio, se observa que el 48% corresponde a la respiratoria; seguida del 33% neurológicas y 19% politraumas.

GRÁFICO # 18

LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Análisis

De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica podemos determinar que el 43% de las úlceras por presión se localizan en la región occipital, seguido del 29% en la región sacra. Los estudios realizados muestran que las úlceras por presión en niños se localizan con mayor frecuencia en, occipucio y sacro, debido a las características antropomórficas de los niños.

GRÁFICO # 19

CLASIFICACIÓN MÁS FRECUENTE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LOS ESTADIOS

Análisis

Según los datos obtenidos en este estudio indican, que la mayor incidencia se encuentra en el estadio II con el 47%. La úlcera es superficial, se manifiesta como una abrasión, ampolla o lesión poco profunda seguida del estadio I que es la fase inicial de la úlcera, la piel aparece enrojecida y el color no cede al desaparecer la presión. En esta fase es muy importante la prevención.

Instrumento 4. Guía de observación

GRÁFICO # 20

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN PARA VALORAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS

Análisis

Los resultados obtenidos según la escala de valoración de Braden nos muestran que el 61% de los pacientes presentan el puntaje menor a 12 alto riesgo de úlceras por presión, los cuales presentan afectados la percepción sensorial, la humedad, la actividad física, la movilidad, la nutrición, y la fricción el 29% de los pacientes presentaron puntajes de 13-14 siendo estos de riesgo moderado y el 10% obtuvieron un puntaje mayor a 15 correspondiente al índice de bajo riesgo. La escala de Braden se perfila como la mejor opción para la aplicación en pacientes pediátricos.

9. CONCLUSIONES

Este estudio se realiza dado a la alta incidencia con que se presentan pacientes con úlceras por presión ya que los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes inmovilizados del área de Cuidados Intermedios son escasos, esto se debe a que el personal de enfermería que labora en esta área no tiene conocimiento de estos cuidados; confirmando la hipótesis planteada en este estudio y respondiendo a los objetivos específicos elaborados en la investigación, se puede concluir lo siguiente:

- ❖ Con respecto al conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados que proporcionan a los pacientes con úlceras por presión, son limitados por la falta de capacitación.
- ❖ Los cambios posturales son los más proporcionados por el personal de enfermería el cual representa el 36%, la higiene y confort el 21%, la lubricación de la piel 18%, la curación de úlceras en 14% y la alimentación en menor porcentaje.
- ❖ La mayoría de los pacientes del estudio tenían alto riesgo de desarrollar úlceras por presión, las áreas más susceptibles para el desarrollo de las úlceras son región sacra con el 43%, región occipital con el 29% y talones con el 19%.
- ❖ Según los datos obtenidos se observa que existe una mayor incidencia de las úlceras en estadio II con un 47%, y en menor porcentaje en el estadio IV.
- ❖ La valoración de los pacientes a través de la escala de Braden indica que los factores como: la percepción sensorial, la humedad, la actividad física, la movilidad, la nutrición y la fricción se encuentran afectados en un 61% que corresponde a alto riesgo, el 29% a riesgo moderado y el 10% riesgo bajo, causando un mayor gasto económico y aumentando la estadía hospitalaria.

- ❖ Se debe crear un plan en el cual se dé a conocer los riesgos que puede adquirir un paciente pediátrico hospitalizado por mucho tiempo.
- ❖ Una vez producida la escara, dependiendo del estadio enseñar a los padres el manejo de los apósitos, la limpieza y aplicación de los mismos, así como a realizar cambios posturales manteniendo la ergonomía.
- ❖ Instruir a los padres o cuidador en la realización de cremas antiescaras, para la prevención mezclar vasenol, un frasco de mylanta y tintura de benjuí, para el tratamiento se usa miel mezclado con tintura de benjuí ayuda al proceso de granulación y cicatrización.

10. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Revisando las conclusiones de la investigación, según las falencias en la atención de enfermería proporcionada a los pacientes con úlcera por presión, se considera necesario:

- ❖ El empleo de los instrumentos para valoración del riesgo de úlceras por presión como son las escalas de Braden o de Norton, que nos permita conocer el estado físico, nutricional, y otros factores de riesgos que permitan programar las intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de atención de enfermería
- ❖ Capacitación permanente al personal de enfermería que labora en el hospital de estudio, sobre el manejo de los Planes de Atención de Enfermería a pacientes con úlceras por presión, para que brinde una atención profesional con calidad y calidez.
- ❖ Que el personal de enfermería socialice los procedimientos para que brinde cuidados de calidad y calidez con el fin de evitar el alto riesgo de desarrollar úlceras por presión en las áreas susceptibles, para disminuir el gasto económico y la estancia hospitalaria.
- ❖ Con el número de profesionales que laboran en el área y el equipo de apoyo, auxiliares de enfermería socialicen la importancia de la prevención de las úlceras por presión y de evitar que se prolongue la estancia hospitalaria lo que generaría un mayor costo-estadía.
- ❖ Promover y organizar actividades educativas al personal de enfermería para fomentar la aplicación de los cuidados de una forma lógica y sistemática con el fin de mejorar la atención de enfermería.
- ❖ Concientizar a los padres de familia que acompañan a sus hijos hospitalizados sobre los tratamientos preventivos, la movilización del paciente, el uso de dispositivos de protección y los factores de riesgo de úlceras por presión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chocarro, L., & Venturini, C. (2006). En *Enfermería Médico-Quirúrgica* (6ta ed., págs. 149-151). Madrid, España: Elsevier.
2. Smeltzer, S., & Bare, B.. (2005). En *Enfermería Medico Quirúrgica* (7ma ed., págs. 1803-1805). México,D.F. : Mc. Graw-Hill Interamericana.
3. Fattorusso, V. (2001). En *Vademécum Clínico Del Diagnóstico Al Tratamiento* (9na ed., pág. 1202). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
4. Lexus. (2003). En *Manual de Enfermería* (3ra ed., págs. 607-634). Barcelona, España: Diorki.
5. Quesada, C. (14 de Mayo de 2008). Recuperado el 08 de Abril de 2011, de www.eccp.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo20/capitulo20htm.
6. Tucker, S., Canobbio, M., & Well, M. (2002). En *Normas de Cuidados del Paciente* (6ta ed.). Barcelona, España: Harcourt/Oceano.
7. Zamora. (2006). En *Manual de Enfermería Zamora* (1era ed., págs. 220-227). Bogota, Colombia: Zamora.
8. Wong, D. (1995). En *Enfermería Pediátrica* (4ta ed.). Madrid, España: Mosby/Doyma.
9. Potter, P., & Perry, A. (2002). En *Fundamentos de Enfermería* (5ta ed., págs. 1570-1592). Madrid, España: Harcourt.
10. Berhrman, R., Kliegman, R., & Jenson, H., (2004). En *Nelson Tratado de Pediatría* (17a ed., págs. 211-214). Madrid, España: Elsevier.
11. Bautista, L.,& Guerrero, M . (17 de Junio de 2004). Recuperado el 14 de Abril de 2011, de www.consejos-e.com/Documentos/ULCERAS-POR-PRESION.
12. Gutierrez, R. (08 de Noviembre de 2006). Recuperado el 14 de Abril de 2011, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/325/1/Ulceras-por-presion-Magnitud-en-atencion-primaria-de-salud.html>.

13. Interactiva, S. (Febrero de 2005). Recuperado el 14 de Abril de 2011, de http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_salud/tu_salud/doc_ulceras_por_presion.htm.
14. Rodriguez, N. (20 de Enero de 2008). Recuperado el 22 de Abril de 2011, de <http://noelarodriguea-ulcera.blogspot.com/2008/01/definicion-de-lceras-por-presin.html/>.
15. Avalos, E. (05 de Diciembre de 2007). Recuperado el 14 de Abril de 2011, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/838/1/Diagnostico-de-Enfermeria-Evolucion-historica-y-diagnosticos.html>.
16. Dueñas, J. (1 de Febrero de 2000). Recuperado el 14 de Abril de 2011, de <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html> .
17. Sánchez, I. (07 de Febrero de 2008). Recuperado el 08 de Abril de 2011, de <http://enfermeria-07.blogspot.com/cuidados-generales-en-el-tratamiento-dehtml>.
18. Merck Sharp & Dohme . (2005). Recuperado el 08 de Abril de 2011, de http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_18/seccion_18_197htm
19. Garcia, J., & Martin. A. (08 de Octubre de 2007). Recuperado el 06 de Abril de 2011, de <http://www.fistierra.com/guias2/upresion.asp>.
20. Login, C. (16 de Febfero de 2000). Recuperado el 06 de Abril de 2011, de <http://www.compendiodenfermeria.com/cuidados-de-enfermeria-ulceras-por-presion> . (s.f).
21. Ackley, B., & Ladwig, G. (2007). En *Manual de Diagnósticos de Enfermería* (7ma ed.). Madrid, España: Elsevier- Mosby.
22. Díaz, S., & Ayllon, N. (Diciembre de 2008). Recuperado el 14 de Abril de 2011, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2008000400007&script=sciarttext>.
23. Findlay, D. (de 2000). Recuperado el 06 de Abril de 2011, de <http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/Fotos11.htm>.

24. Harrison. (1999). En *Principios de Medicina Interna* (10ma ed.). México, D.F: Mc. Graw-Hill Interamericana.
25. Poveda, R. (27 de Julio de 2000). Recuperado el 14 de Abril de 2011, de http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_ciudad_cronic_3.htm.
26. Poveda, R., & Goldberg, B. (2008). Recuperado el 08 de Abril de 2011, de <http://www.vidaysalud.com/su-salud-de-a-a-z/ulceras-por-presion-de-decubito/>.
27. Quesada, C. (31 de Julio de 2007). Recuperado el 06 de Abril de 2011, de <http://fundacionannavasquez.wordpress.com/prevencion-y-cuidado-de-ulceras-por-presion/>.
28. Robertson, J., & Silkofski, N. (2006). En *Manual Harriet Lane de Pediatría* (17a ed., pág. 211). Madrid, España: Elsevier.
29. Salud, I. N. (1 de Noviembre de 2010). Recuperado el 08 de Abril de 2011, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/prssuresores.html>.
30. Wood, D. (20 de Septiembre de 2010). Recuperado el 22 de Abril de 2011, de <http://healthlibrany.epnet.com/getcontent.aspx?taken=C905f6c8-fb81-4c5f-9ac5-57.abegfdel16b>.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

“SAN VICENTE DE PAUL”

ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

**RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL “ROBERTO GILBERT ELIZALDE”.**

Al personal de enfermería:

La encuesta siguiente se realiza como parte de un trabajo de investigación a pacientes con úlceras por presión, por lo que solicito su cooperación para que contesten las preguntas de acuerdo a su conocimiento.

Objetivo: mejorar la eficacia de los cuidados de enfermería para reducir la incidencia de úlceras por presión.

Fecha: _____

Cargo: _____

Licenciada Auxiliar Ayudante

1. ¿Conoce los pasos de higiene necesarios para los pacientes con úlceras?

Si No

2. ¿Conoce los factores de riesgo de las úlceras por presión?

Si No

3. ¿Conoce las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión?

Si No

4. ¿Qué escala utiliza para la valoración de las úlceras por presión?

Braden Norton Otras Ninguna

5. ¿Qué utiliza en las curaciones de las úlceras?

Solución salina Betadine Otros

6. ¿Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con úlceras?

Higiene y confort

Lubricación de la piel

Cambios posturales

Alimentación

Curación de úlceras

Agradecemos su colaboración



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
“SAN VICENTE DE PAUL”**

**Matriz de recolección de datos al personal de enfermería del hospital
“Roberto Gilbert Elizalde”.**

Guía de observación	Si	No
1. El personal de enfermería se lava las manos y utiliza guantes con cada procedimiento.		
2. La enfermera cambia la vestimenta del paciente a diario.		
3. Utilizan cremas humectantes para lubricar la piel.		
4. Emplean colchón antiescaras y dispositivos de protección en forma adecuada para reducir la presión.		
5. Las profesionales de enfermería inspecciona la piel del paciente a diario.		
6. El personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del paciente con úlceras.		
7. Existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia de las úlceras por presión.		



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
“SAN VICENTE DE PAUL”**

Matriz de recolección de datos del paciente

Nombre del paciente										
Edad :										
Sexo:	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>						
Cuidador:	Mamá	<input type="checkbox"/>	Papá	<input type="checkbox"/>	Hermanos	<input type="checkbox"/>	Tios	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Patologías más frecuentes :										
Respiratorias	<input type="checkbox"/>	Politraumas	<input type="checkbox"/>							
Neurológicas	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>							
Localizacion de las úlceras:										
Región occipital	<input type="checkbox"/>	Talón	<input type="checkbox"/>							
Región sacra	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>							
Estadío de las úlceras:										
Estadío I	<input type="checkbox"/>	Estadío III	<input type="checkbox"/>							
Estadío II	<input type="checkbox"/>	Estadío IV	<input type="checkbox"/>							



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
“SAN VICENTE DE PAUL”**

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE BRADEN.

Guía de observación

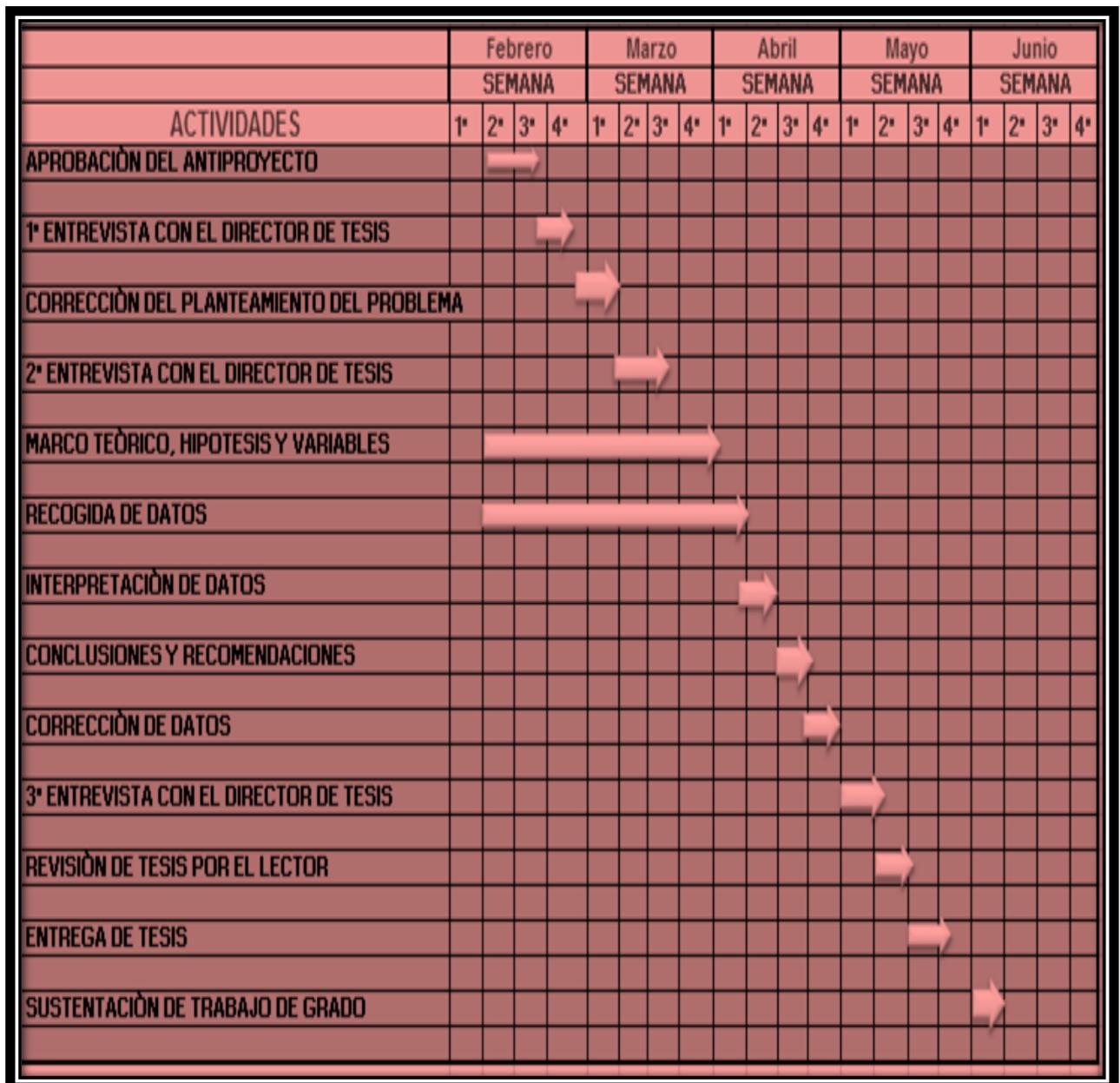
Puntos	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción
1	Completamente limitada.	Constantemente húmeda.	Encamado	Completamente inmóvil.	Completamente inadecuada.	Presente
2	Muy limitada	Con frecuencia húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Potencialmente presente
3	Levemente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	Ausente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
Total						

Valoración: puntajes menores a 12 alto riesgo 13-14 riesgo moderado mayores de 15 bajo riesgo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

TEMA: Atención de Enfermería a Pacientes con Úlceras por Presión en el Área de Cuidados Intermedios Pediátricos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert

Elizalde”, año 2011



Anexo N°6

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE BRADEN.

Puntos	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción
1	Completamente limitada.	Constantemente húmeda.	Encamado	Completamente inmóvil.	Completamente inadecuada.	Presente
2	Muy limitada	Con frecuencia húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Potencialmente presente
3	Levemente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	Ausente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
Total						

Valoración: puntajes menores a 12 alto riesgo 13-14 riesgo moderado mayores de 15 bajo riesgo.

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE NORTON.

Puntos	Condición física	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Plena	Ninguna
3	Regular	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Mala	Confuso	Sentado	Muy limitada	Urinaria
1	Muy mala	Estupor/coma	Encamado	Inmóvil	Urinaria y fecal
Total					

Valoración: puntajes totales inferiores o iguales a 12 pacientes en alto riesgo

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS A PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Cuidado de la piel

- ✓ Examinar el estado de la piel a diario y en cada cambio de posición.
- ✓ Mantener la piel del paciente limpia y seca.
- ✓ Lavar la piel del paciente con agua tibia utilice un jabón neutro y un secado meticuloso.
- ✓ Hidratar la piel con cremas humectantes procurando su completa absorción, para reponer los aceites naturales de la piel.
- ✓ No utilizar sobre la piel ningún tipo de colonias ni alcoholes.
- ✓ No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- ✓ En pacientes con incontinencia se extremará cuidados de la piel perineal.

Movilización

- ✓ Realizar cambios posturales cada 2 horas en los pacientes encamados siguiendo un orden rotatorio.
- ✓ Mantener la alineación corporal la distribución del peso, el equilibrio y estabilidad.
- ✓ Evitar arrastrar al paciente.
- ✓ Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- ✓ Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

- ✓ Vigilar constantemente sondas, mascarillas, vías centrales y vendajes para evitar la presión de la zona y el riesgo de producir úlceras por presión.
- ✓ Emplear dispositivos que mitiguen al máximo la presión como: colchones, cojines y almohadas.

Cuidado generales

- ✓ Tratar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión como:
 - ✓ Alteraciones respiratorias
 - ✓ Alteraciones circulatorias
 - ✓ Alteraciones metabólicas
- ✓ Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
- ✓ Asegurar un estado de hidratación adecuado

Cuidado de las úlceras

- ✓ Desbridamiento del tejido necrótico
- ✓ Limpieza de la herida.
- ✓ Prevención y abordaje de la infección bacteriana
- ✓ Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.
- ✓ La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico bien sea como escara negra, amarilla, de carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

Limpieza de la lesión:

- ✓ Limpiar las lesiones inicialmente y en cada cura.
- ✓ Utilizar como norma suero salino fisiológico.
- ✓ Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera así como para su secado posterior.
- ✓ Usar 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.
- ✓ No limpiar la herida con antisépticos locales (povidona yodada, agua oxigenada 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.

FOTOS

**PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE
CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL
“DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**



