

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO
DE GUAYAQUIL**

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

"San Vicente de Paúl"

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

TEMA:

**Cuidados de Enfermería para Prevenir Ulceras
en Adultos Mayores Asilados en el Hospicio "Del
Corazón de Jesús"**

AUTORA:

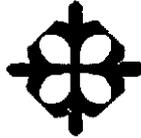
María Del Carmen Carrillo Escalante

ASESORA:

Lcda. Nora Carrera

Guayaquil - Ecuador

Marzo 2010



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"**

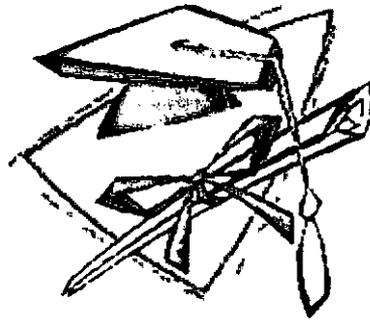
**TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA:
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ULCERAS
EN ADULTOS MAYORES ASILADOS EN EL HOSPICIO "DEL
CORAZÓN DE JESÚS"**

**AUTORA:
MARÍA DEL CARMEN CARRILLO ESCALANTE**

**ASESORA:
LCDA. NORA CARRERA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR
MARZO 2010**



**El Jurado examinador en vista de la prueba
rendida concede la siguiente calificación:**

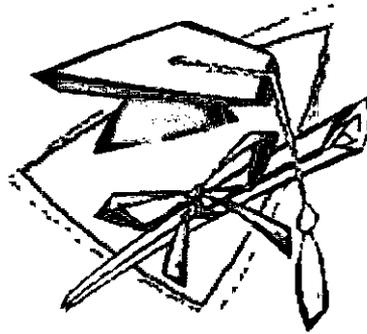
NOTA:

EQUIVALENTE:

JURADO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha: _____



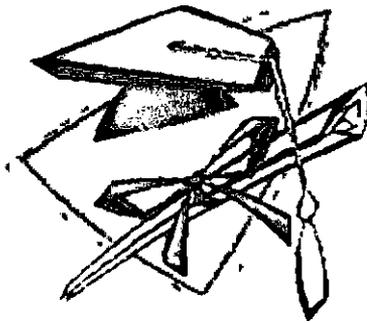
**El Jurado examinador en vista de la prueba
rendida concede la siguiente calificación:**

NOTA:

EQUIVALENTE:

JURADO:

Fecha: _____



**El Jurado examinador en vista de la prueba
rendida concede la siguiente calificación:**

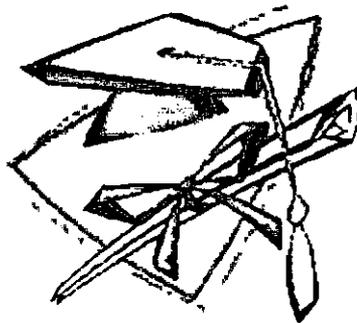
NOTA:

EQUIVALENTE:

JURADO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha: _____



**El Jurado examinador en vista de la prueba
rendida concede la siguiente calificación:**

NOTA:

EQUIVALENTE:

JURADO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha: _____

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios Todopoderoso, creador del universo, que me dio y me seguirá dando fortaleza para seguir adelante todos los días.

Agradezco a mi familia que siempre esta presente con mis ideas, y jugó un papel muy importante en la toma de decisiones, su apoyo fue de suma importancia

Este Informe no se habría podido preparar sin la generosa colaboración de muchas personas que de una u otra manera estuvieron ahí conmigo y a quienes expreso mi más sincero agradecimiento.

Gratitud a la Institución en la que laboro por haberme prestado la facilidad para culminar este Proyecto, quien me abrió sus puertas y me ha llevado de la mano paso a paso en mi perfeccionamiento como profesional, brindándome la oportunidad y los recursos intelectuales y académicos para salvar un peldaño más hacia mi futuro.

A cada uno de mis compañeros y amigos con quienes he compartido momentos gratos y fructíferos en el campo formativo para mi profesión como Enfermera. En especial a mi amiga Narcisa Marcillo quien ha estado momento a momento conmigo.

También agradezco a todos los profesores que me han aportado con sus sabios conocimientos para culminar con éxito mi meta.

Gracias,

María del Carmen Carrillo Escalante

DEDICATORIA

Dedico este Proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.

Le dedico muy especialmente mi Proyecto a mi suegra doña Celina Velasco, a mis hijos, mi esposo y toda mi familia que de una u otra manera me dieron su apoyo para seguir en la lucha diaria de mi superación.

Gracias,

María del Carmen Carrillo Escalante

ÍNDICE GENERAL

Introducción.	2
Justificación.	3
Planteamiento del Problema.	4
Propósito.	6
Objetivos.	6
Objetivo General.	6
Objetivos Específicos.	6

CAPÍTULO I

ÚLCERAS POR DECÚBITO

1.1. Definición de úlcera.	8
1.2. Etiopatogenia.	9
1.3. Localización.	9
1.4. Estadíos.	10
1.5. Tratamiento.	11
1.6. Valoración.	12
1.7. Alivio de la presión sobre los tejidos.	14
1.8. La colonización y la infección bacteriana en las úlceras por presión.	15
1.9. Reparación quirúrgica de las úlceras por presión.	17
1.10. Educación y mejora de la calidad de vida.	17
1.11. Cuidados paliativos y úlceras por presión.	17

CAPÍTULO II

LA ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA SANITARIA AL ANCIANO

2.1. Conceptos.	23
2.2. El cuidado al anciano.	24

2.3. ¿A quién se dirigen los cuidados de enfermería?	24
2.4. Sistemas implicados.	25
2.5. Evolución de los cuidados.	27
2.6. Entorno.	28
2.7. Reflexiones sobre la práctica actual.	29
2.8. Etapas del proceso sistemático.	29
Definiciones de Términos.	36

METODOLOGÍA

Hipótesis.	39
Variables.	39
Variables Independientes.	39
Variables Dependientes.	39
Matriz de Operacionalización de Variables.	40
Método.	43
Tipo de investigación.	43
Técnicas de Obtención de Datos.	43
Instrumentos de Recolección de Datos.	44
Lugar.	44
Periodo.	45
Población y Muestra.	46
Recolección de la Información.	47
Procesamiento y análisis.	47
Interpretación de resultados.	61
Comprobación de hipótesis.	62
Criterio para Elaborar la Propuesta.	63

LA PROPUESTA

“PROGRAMA EDUCATIVO PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DECÚBITO EN ASILADOS GERIÁTRICOS”

Introducción.	65
Justificación.	65
Objetivos.	66
Objetivo General.	66
Objetivos Específicos.	66
Importancia.	66
Metodología.	67
Población Objetivo.	67
Ubicación sectorial y física.	67
Periodo de duración.	68
Factibilidad.	68
Descripción de la Propuesta.	69
Evaluación de la Propuesta.	70
Beneficiarios.	70
Impacto Social.	71
Visión.	71
Misión.	71
Política.	71

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.	72
Recomendaciones.	73
Bibliografía.	74
Anexos.	78

**CUIDADOS DE ENFERMERIA
PARA PREVENIR ULCERAS
EN ADULTOS MAYORES
ASILADOS EN EL HOSPICIO
DEL CORAZON DE JESUS.**

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión tienen una incidencia y prevalencia importante en los pacientes adultos mayores. Se trata de problemas de salud que tienen consecuencias sociales y económicas importantes, entre los que se citan: costo elevado del tratamiento; predisposición a padecer diversos trastornos derivados de ellos (dolor, infección, deterioro físico); además que pueden agravar y comprometer la resolución de otros problemas de salud; prolongadas estancias hospitalarias; largas bajas laborales.

Así mismo, estos tipos de úlceras de piel provocan malestar en la vida cotidiana (individual y familiar), disminuyendo considerablemente la calidad de vida de las personas. También requieren mucho tiempo para sus cuidados, aumentando de forma importante la carga asistencial del personal de enfermería al que, junto al propio paciente y convivientes, atañen preferentemente los cuidados y tratamiento. **“EL CUIDADO”** de los asilados, muchas veces pasa a segundo plano durante las intervenciones de enfermería, las cuales son la base fundamental de la profesión.

En el siguiente texto se describirá las definiciones de úlcera decúbito, así como las intervenciones de enfermería para pacientes geriátricos, en especial a aquellos que están considerados como de alto riesgo. También se realizará una investigación directa al personal de enfermería con la finalidad de evaluar el trabajo que realizan para prevenir la aparición de úlceras en asilados geriátricos de alto riesgo, para luego plantear una propuesta que contrarreste la problemática observada, seguida de las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

Vale destacar que la profesión de Enfermería no solo es técnica, sino humana, pues una mala praxis de la labor “del cuidado” puede llevar al asilado a una situación lamentable comprometiendo su vida.

JUSTIFICACIÓN

Los usuarios del servicio que brinda el Hospicio "Corazón de Jesús" son personas de la tercera edad, que se encuentran inmobilizados en una cama, ubicados en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" donde se encuentran los asilados que presentan un delicado estado de salud y no pueden valerse por si mismo, para realizar sus actividades personales, motivo por el cual, el cuidado del personal de enfermería, debe ser mayor, para evitar que además del estado de postración del adulto mayor asilado en estas instalaciones, se produzcan problemas mayores, como la aparición de úlceras en diversas posiciones de su cuerpo.

De esta manera, se ha formulado el tema de la prevención de úlceras decúbito para mejorar la atención de los usuarios asilados en el Hospicio "Corazón de Jesús", dada la alta probabilidad de presentar úlceras por su condición y que por la experiencia se conoce que los lugares más frecuentes donde aparecen dichas úlceras son en la región lumbo – sacra – omóplatos - calcáneos, teniendo en los dos primeras áreas en mención, mayor importancia, dada lo doloroso y dificultoso de su curación, además que incrementa los costos de asilamiento del paciente por parte del familiar del mismo.

La incidencia de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más importante de los cuidados que presta el personal de enfermería, un bajo índice de aparición de úlceras por presión es sinónimo de buen trabajo de enfermería, el papel de la enfermera no sólo se debe centrarse en el aspecto curativo, sino preventivo. Se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables, lo cual refuerza la necesidad de la acción preventiva como prioridad principal más que centrarse solamente en el tratamiento de las úlceras establecidas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los principales problemas con el que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones, es el de las úlceras por presión. La problemática que suscita este tipo de lesiones, afecta en diferentes medidas, al paciente y a la propia unidad de hospitalización. Un bajo índice de aparición de úlceras por presión es sinónimo de buen trabajo de enfermería. Se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables. Así mismo a pesar del avance tecnológico en medidas preventivas y terapéuticas (muchas veces inalcanzables por costos) la incidencia se ha incrementado.

Los gastos de mantenimiento en el Hospicio, bien sea pago por parte del asilado o de la institución de salud se convierten en una problemática cada vez más grande ya que influye no solo sobre el padecimiento del paciente si no también de su familia, acarreando gastos innecesarios que determinan también una posición gerencial por parte de la institución, y legales por su condición de ser evitable, lo que nos conduce a construir nuevas estrategias y conductas para evitar que esto suceda, ya que esta comprobado por medio de varios estudios que la formación de las úlceras por presión, se pueden evitar y son responsabilidad de la familia principalmente del cuidador primario y del personal de enfermería sin embargo, este ultimo tiene mayor responsabilidad ya que es deber y competencia de este, cuidar del paciente, realizando cambios de posición y enseñar al cuidador primario de la importancia de esta actividad para el asilado y de involucrar a la familia en el cuidado directo.

La úlcera por presión es una complicación habitual en los asilados postrados y frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y con estancias largas.

Para que la propuesta se lleve a efecto se ha formulado la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el nivel de riesgo y la incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospedado en el Hospicio "Corazón de Jesús"?

Además, con los antecedentes antes mencionados me formulo la siguiente pregunta:

¿Como se pueden prevenir las úlceras por medio de las intervenciones de enfermería a los adultos mayores asilados en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús"?

Aun cuando sea difícil la prevención, debido a la multiplicidad de factores causales en la aparición de las úlceras por presión, siempre conlleva un mayor beneficio para el asilado, evitar su aparición que tratar una úlcera instaurada. En la que se conjugarán el tratamiento por sí mismo y la actuación sobre factores de riesgo con el fin de favorecer su curación a la vez que evitar nuevas apariciones de úlceras.

En la planificación de los cuidados de enfermería, la prevención de las úlceras por presión ocupa un lugar prioritario. La piel debe ser objeto de vigilancia extrema en cuanto a sus características: color, textura, turgencia, vascularización, humedad y temperatura. Las áreas de presión o puntos de apoyo de las prominencias óseas deben observarse minuciosamente para confirmar su integridad o detectar de forma precoz alguna modificación en su estructura.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

PROPOSITO:

Realizar una investigación acerca de los cuidados que proporciona el personal de enfermería para prevenir úlceras por decúbito en adultos mayores asilados en el Hospicio "Corazón de Jesús" y plantear una propuesta para su mejoramiento.

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar una propuesta mediante la cual se plantee un programa educativo para la prevención en la aparición de úlceras por presión en las asilados geriátricos, dirigido al personal de enfermería de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio", con la que se promueva una mayor calidad de atención al usuario del servicio que ofrece este Hospicio "Corazón de Jesús".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar un abordaje estandarizado y basado en evidencias científicas de la prevención y tratamiento de las úlceras de piel.
- Llevar a cabo el seguimiento de los cuidados relacionados con la prevención y curación de las úlceras por decúbito.
- Identificar la incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor postrado.
- Establecer la relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor postrado.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ÚLCERAS POR DECÚBITO

Las úlceras por presión también son llamadas úlceras por decúbito o escaras. Una úlcera producida por presión es una lesión en la piel y en el tejido que se encuentra debajo de ella. Una persona que debe permanecer en cama durante un largo periodo, es más propensa a presentar este tipo de úlceras. Las personas que se sientan en la misma posición durante largos periodos, como aquellas que tienen que estar en una silla de ruedas, también pueden presentar úlceras por presión.

Las úlceras por presión pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo. Sin embargo, es más común, que se presenten sobre una zona con una prominencia ósea, como en la cadera o en el tobillo. Cualquier persona puede presentar estas úlceras, pero las personas mayores tienen más riesgos de adquirirlas.

Algunos problemas de salud, como deficiencia en la circulación de la sangre también aumentan los riesgos de presentar dichas úlceras. Una úlcera por presión es un problema serio y es difícil de curar.

1.1. DEFINICIÓN DE ÚLCERA

Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23 % de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.

1.2. ETIOPATOGENIA

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

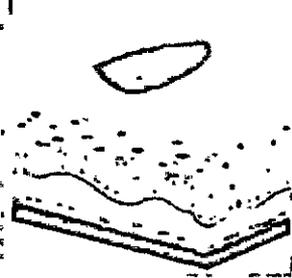
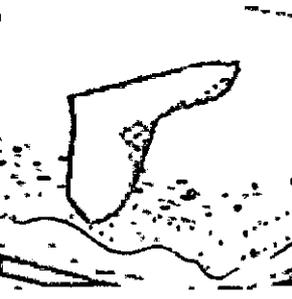
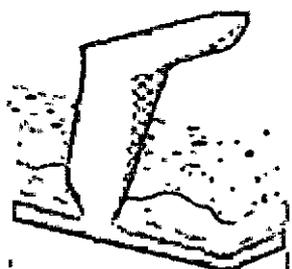
Las fuerzas responsables de su aparición son:

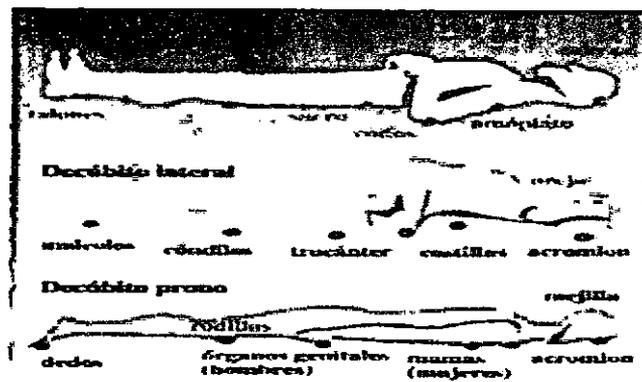
- **Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6- 32 mm. de Hg. Una presión superior a 32 mm. de Hg., 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 roces, por movimientos o arrastres
- **Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular:** Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

1.3. LOCALIZACIÓN

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

1.4. ESTADIOS

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



1.5. TRATAMIENTO

Las úlceras por presión son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. El tratamiento del paciente con úlceras por presión debería contemplar los siguientes elementos:

- Contemplar al paciente como un ser integral.
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Desarrollar guías de práctica clínica sobre úlceras por presión a nivel local con la implicación de la atención comunitaria, atención especializada y la atención socio-sanitaria.
- Configurar un marco de práctica asistencial basado evidencias científicas.
- Tomar decisiones basadas en la dimensión costo/beneficio.
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación.

Las directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión se presentan ordenadas bajo los siguientes epígrafes:

- Valoración.
- Alivio de la presión en los tejidos.
- Cuidados generales.

- Cuidados de la úlcera.
- Colonización e infección bacteriana en las úlceras por presión.
- Reparación quirúrgica de las úlceras por presión.
- Educación y mejora de la calidad de vida.
- Cuidados paliativos y úlceras por presión.
- Evaluación indicadores y parámetros.

1.6. VALORACIÓN

Sería inapropiado centrarse exclusivamente en la valoración de la úlcera por presión y no tener en cuenta la valoración global del paciente. La evaluación integral al paciente con úlceras por presión precisa de una valoración en tres dimensiones:

- Estado del paciente.
- La lesión.
- Su entorno de cuidados.

Valoración inicial del paciente. – Historia y examen físico completos, prestando especial atención a:

- Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia,...).
- Identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares y del colágeno, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión,...)
- Edad avanzada.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol.
- Hábitos y estado de higiene.
- Tratamientos farmacológicos (corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, inmunosupresores, fármacos citotóxicos, ...)

Valoración nutricional:

- Utilice un instrumento sencillo de valoración nutricional para identificar estados de malnutrición (calorías, proteínas, nivel de albúmina sérica, minerales, vitaminas,...).
- Reevalúe periódicamente.

Valoración psicosocial:

- Examine la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico.

Valoración del entorno de cuidados:

- Identificación del cuidador principal.
- Valoración de actitudes, habilidades conocimientos y posibilidades del entorno cuidador (familia, cuidadores informales,...).

Valoración de la lesión:

A la hora de valorar una lesión, ésta debería poder ser descrita mediante unos parámetros unificados para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales implicados, lo que a la vez va a permitir verificar adecuadamente su evolución.

Es importante la valoración y el registro de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran. Esta valoración debiera de incluir al menos, los siguientes parámetros:

- Localización de la lesión.
- Clasificación-estadiaje (Ver Documento II del GNEAUPP).

* Estadio I.

- * Estadio II.
- * Estadio III.
- * Estadio IV.
- Dimensiones:
 - * Longitud-anchura (diámetro mayor y menor).
 - * Area de superficie (en úlceras elípticas, dada su mayor frecuencia):
 $\text{área} = \text{diámetro mayor} \times \text{diámetro menor} \times 1/4$
 - * Volumen.
- Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos.
- Tipos de tejido/s presente/s en el lecho de la lesión:
 - * Tejido necrótico.
 - * Tejido esfacelado.
 - * Tejido de granulación.
- Estado de la piel perilesional:
 - * Integra.
 - * Lacerada.
 - * Macerada.
 - * Ezcematización, celulitis,...
- Secreción de la úlcera: Escasa* Profusa * Purulenta * Hemorrágica * Serosa.
- Dolor.
- Signos clínicos de infección local : * Exudado purulento * Mal olor * Bordes inflamados:
 - * Fiebre.
 - * Antigüedad de la lesión.
 - * Curso-evolución de la lesión.

1.7. ALIVIO DE LA PRESIÓN SOBRE LOS TEJIDOS

Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular, incrementando de esta manera, la viabilidad de tejidos blandos y situando o la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.

Cada actuación estará dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento.

Esta disminución de la presión puede obtenerse mediante la utilización de técnicas de posición (encamado o sentado) y la elección de una adecuada superficie de apoyo.

1.8. LA COLONIZACIÓN Y LA INFECCIÓN BACTERIANA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas. En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

El diagnóstico de la infección asociada a úlcera por presión, debe ser fundamentalmente clínico.

Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:

- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor).
- Dolor.
- Olor.
- Exudado purulento.

La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos, inmunosupresores, citotóxicos, enfermedades concomitantes, diabetes, neoplasias, ..., edad avanzada, incontinencia, etc.) y otros relacionadas con la lesión (estadio, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones lesiones átonas, alteraciones circulatorias en la zona, etc.).

Ante la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento.

Si transcurrido un plazo entre dos y cuatro semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continua con signos de Infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis., celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (p.e. sulfadiazina argéntica, ácida fusídico...) y durante un periodo máximo de dos semanas.

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja a biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección.

Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

- Control de la infección.
- Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales.
- Utilice guantes limpios y cámbielos con cada paciente.
- El lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial.
- En pacientes con varias úlceras, comience por la menos contaminada
- Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión.
- No utilice antisépticos locales.
- Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.

- Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución.

1.9. REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Se deberá considerar la reparación quirúrgica en aquellos pacientes con úlceras por presión en estadios III o IV que no responden al tratamiento convencional.

Del mismo modo, será necesario valorar elementos como la calidad de vida, riesgos de recidiva, preferencias del paciente, etc.

Junto a las posibilidades para ser candidato a tratamiento quirúrgico (inmovilidad postquirúrgica evitando la presión sobre la región afectada, nutrición adecuada, pacientes médicamente estables, etc.).

1.10. EDUCACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

El programa de educación debe ser una parte integral de la mejora de la calidad. Los programas educativos son un componente esencial de los cuidados de las úlceras por presión.

Estos deben integrar conocimientos básicos sobre estas lesiones y deben cubrir el espectro completo de cuidados para la prevención y tratamiento. Serán dirigidos hacia los pacientes, familia, cuidadores y profesionales de la salud.

1.11. CUIDADOS PALIATIVOS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

- El que un paciente se encuentre en estadio terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicaren el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión.

- En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar.
- No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de las lesiones.
- Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estadio, probablemente inevitable.
- Planteando objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando, en las posibles técnicas agresivas.
- Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección.
- Seleccionando apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar el discomfort causado por este procedimiento.
- Mejorando el bienestar del paciente, evitándole dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metranidazol, etc.).
- En situación de agonía será necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

¿Cuál es la causa de las úlceras por presión? La presión en la piel puede lastimarla y las capas de tejidos que hay debajo de ella. Estas úlceras se presentan generalmente, porque durante un largo periodo de tiempo, ha habido presión sobre un área de la piel, como en las caderas o en los tobillos. Pero, algunas veces, usted puede presentarlas sin que haya pasado mucho tiempo.

¿Cómo puede usted prevenir el comienzo de las úlceras? Es muy importante que tanto usted como los que lo atienden, aprendan la forma de prevenir la formación de úlceras por presión. Las úlceras por presión son más fáciles de prevenir que de curar. Mantenga su piel lo más saludable posible para prevenir la formación de estas úlceras. Hay algunos artículos (llamados superficies de apoyo), como los cojines de los asientos que usted puede usar para disminuir la presión sobre la piel.

Cuidado de la piel: Revise la piel varias veces al día especialmente donde con más frecuencia se forman las úlceras por presión, como los talones, las rodillas y los tobillos.

- Mantenga su piel limpia y seca a toda hora. Mantenga alejada de su piel la humedad, como el sudor, el drenaje de una herida o la orina. Puede ser necesario que use interiores o prendas fabricadas en un material que absorba la humedad.
- Utilice jabones suaves y agua tibia (no caliente) para limpiar suavemente la piel. No se frote ni restriegue con fuerza la piel al lavarla. Los jabones fuertes que contienen alcohol resecan la piel. Aplíquese una loción o un humectante para prevenir el resecaimiento en la piel.
- **No** dé masajes en la piel que se encuentra sobre las áreas huesudas.

Cuidados mientras permanece en cama:

- Cambie de posición al menos cada 1 o 2 horas. Colocar un reloj con alarma puede ser útil para que usted y los médicos se acuerden que es la hora de voltearse. También puede elaborar un horario para que recuerde que debe voltearse.
- Para prevenir la formación de las úlceras mientras permanece en cama, usted puede utilizar un dispositivo para reducir la presión de la piel contra el colchón. Puede utilizar una colchoneta especial de espuma, o colchones de aire, gel, o agua.
- Cuando se acueste de lado, no se apoye directamente sobre el hueso de la cadera. Coloque una almohada en medio de sus rodillas para separarlas y evitar la presión entre ellas.
- Cuando se encuentre acostado de espaldas, mantenga sus talones levantados de la cama. Para hacer esto, coloque un cojín de espuma o una almohada debajo de sus piernas y póngalo desde la mitad de la pantorrilla hasta los tobillos. El cojín o la almohada debe levantar los talones lo suficiente, de manera que se pueda deslizar un pedazo de

papel entre los talones y la cama. **Nunca** coloque una almohada debajo de las rodillas. Utilice cojines de espuma o almohadas para evitar que las áreas huesudas, como los tobillos, se toquen entre sí.

- Al voltear una persona en la cama, no la arrastre. Levántela para evitar que la piel se rasgue. O, utilice una sábana para alzarla o un dispositivo, como un trapecio para que la persona se agarre y pueda ayudarse cuando necesite moverse.
- Mantenga sin arrugas la sábana que cubre el colchón y está directamente debajo del cuerpo.
- Asegúrese que no existan objetos duros en la cama, como los ganchos para el pelo o las migajas de pan.
- **No** utilice colchonetas en forma de donut o de anillo, para sentarse. Esto puede disminuir el flujo de sangre hacia área de la cadera y la nalga.
- La cabecera de la cama debe permanecer levantada la menor cantidad de tiempo posible. Si usted tiene problemas que empeoran al sentarse, como dificultad para respirar, hable con su médico. Si usa una cama mecánica, limite el tiempo durante el cual, la cabecera de la cama permanece levantada. Levante la cabecera en un ángulo no mayor a 30 grados.
- Cuando se encuentre acostado, realice ejercicios para que le ayuden a mejorar el flujo de sangre, hacia todas las áreas de la piel.

Cuidados mientras permanece en una silla de ruedas:

- Conserve una buena postura y siéntese derecho sobre la silla de ruedas. Esto le ayuda a moverse con más facilidad y ayuda a prevenir la formación de nuevas úlceras.
- Cambie de posición cada hora cuando se encuentre en una silla de ruedas. Si puede moverse por sus propios medios, traslade el peso de su cuerpo cada 15 minutos.
- Cuando se siente en una silla de ruedas, utilice un colchón de espuma, de gel o de inflar, para aliviar la presión.

- Ejercitarse mientras está en una silla de ruedas, ayudará a mejorar el flujo de sangre hacia todas las áreas de su piel.

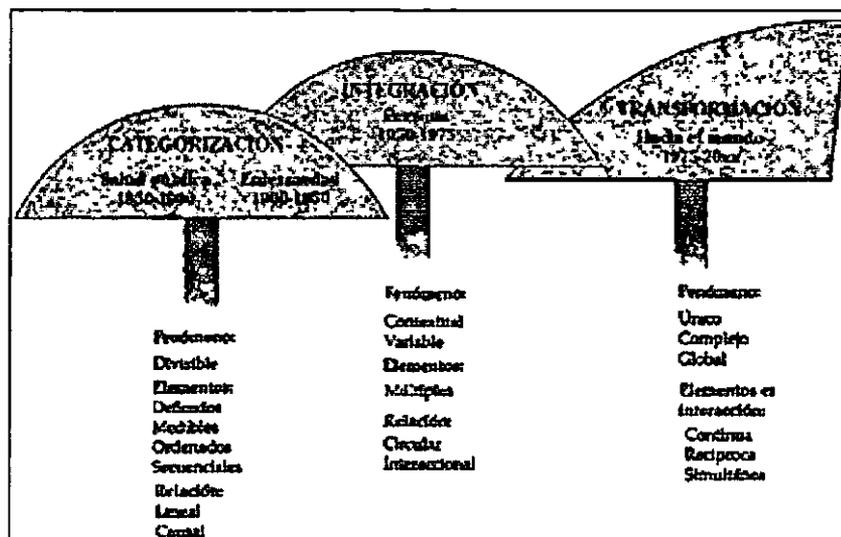
Otros cuidados:

- Lleve un registro en donde escribe los cambios de la posición del cuerpo. Esto le sirve tanto a usted como a las personas que lo atienden, a prevenir la formación de úlceras. El registro puede incluir notas sobre la posibilidad de que se formen las úlceras en ciertas zonas y lo que se está haciendo para tratar el problema.
- Asegúrese que la ropa y las sábanas que están en contacto con su piel, se encuentren secas.
- Aléjese del frío para prevenir el resecamiento en su piel.
- El consumo de alimentos ricos en proteínas y calorías es muy importante para prevenir o para curar las úlceras producidas por presión. Pídale a su médico que le ayude en la elección de una dieta apropiada.
- Beba entre 6 y 8 vasos (del tamaño de una lata de gaseosa) de líquido diariamente. Los mejores líquidos para tomar son: el agua, los jugos y la leche. Limite la cantidad de cafeína que usted consume, como el café, el té y las gaseosas.
- **Llame** a su médico si usted tiene un área nueva enrojecida alrededor de su llaga.
- **Consulte** con su médico si usted tiene fiebre o escalofríos.

CAPITULO 2

LA ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA SANITARIA AL ANCIANO

El estudio de la contribución de enfermería al cuidado del anciano se inicia desde los postulados teóricos de la disciplina, más concretamente desde los tres paradigmas enfermeros, a saber: p. de la categorización, p. de la integración y p. de la transformación (Fig. 1). Para justificar este interés por la teoría de enfermería hacemos nuestras las razones expresadas por Adam: el derecho legítimo de las enfermeras a ser reconocidas como miembros de pleno derecho de la comunidad científica, la responsabilidad de las enfermeras para contribuir al conocimiento en el campo de la salud y quizás más importante, pero a menudo menos reconocido, la gran necesidad de las enfermeras de adquirir el conocimiento esencial para la práctica.



Las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la disciplina enfermera

A partir de 1984, la salud, la persona, el cuidado y el entorno son considerados conceptos centrales de la disciplina o, lo que es lo mismo, del metaparadigma enfermero, dado que la manera particular con que los enfermeros abordan la relación entre esos cuatro conceptos permite delimitar

su campo respecto del de otras disciplinas. El análisis de los mismos desde los diferentes paradigmas enfermeros nos va a permitir contemplar la evolución de la disciplina e identificar el paradigma que orienta nuestra práctica actual en el cuidado al anciano así como sus consecuencias.

2.1. CONCEPTOS

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza a la disciplina enfermera, siendo la enfermería geronto-geriátrica la que aborda el cuidado del anciano.

La ancianidad es una etapa en la vida de la persona, pero resulta difícil precisar su inicio dada la diversidad de criterios que pueden ser tenidos en cuenta. Criterios laborales o de producción más o menos coincidentes con un declive de las capacidades físicas y mentales del individuo han sido tradicionalmente utilizados en el sistema sanitario para marcar el inicio de la ancianidad (65 años = jubilación laboral = anciano) y en consecuencia modificar la oferta de asistencia y prestaciones sanitarias.

Los 65 años pueden continuar siendo un criterio laboral, pero no válido cuando se trata de orientar los programas de asistencia sanitaria dirigidos al anciano. Según los resultados del estudio, de ámbito nacional, realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas acerca de 2.500 personas mayores de 65 años, el 75 % son independientes, no precisan ayuda de los demás y habitualmente son ellos quienes ayudan a sus familiares más cercanos (hijos, nietas...). Razones de salud, bienestar, longevidad, expectativas de vida y posiblemente razones económicas (elevado número de mayores de 65 años, insuficiencia o limitación de recursos) hacen que los actuales programas al anciano se dirijan a personas con edades que superan los 70 a 75 años.

2.2. EL CUIDADO AL ANCIANO

Históricamente, el cuidado del anciano ha sido asumido por la familia y continúa siéndolo en la actualidad. Según los resultados del estudio de ámbito nacional, la situación española es coincidente con lo expresado por Leseman y Martin, a saber, "el 70 al 80 % del soporte al anciano, según el país, es proporcionado por la familia en el ámbito del domicilio".

Refiriéndonos en términos de Leininger, la diferencia consiste en que antes el cuidado era casi exclusivamente genérico, entendiéndose como tal los conocimientos y habilidades culturales aprendidas y transmitidas de forma tradicional e informal de generación en generación mientras que en la actualidad se combina el cuidado genérico y el profesional, definido por Leininger como un aprendizaje formal y cognitivo que se refiere a los conocimientos y habilidades aprendidas en centros educativos.

Factores sociales como la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, el envejecimiento de la población, la transición de la familia troncal a la familia nuclear, entre otros, han hecho necesario el desarrollo del cuidado profesional al anciano. Según Garant y Bolduc compartir responsabilidades y tareas entre la red formal y la red informal en la asistencia al anciano incapacitado es una necesidad en las sociedades modernas, y lo es por una razón de eficacia para los dos sistemas.

2.3. ¿A QUIÉN SE DIRIGEN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

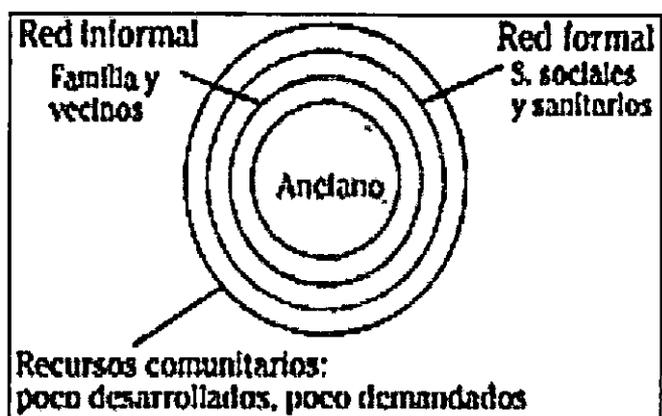
Según Carnevali, en el año 1970 se inicia una atención especializada de enfermería al anciano. Los cuidados de enfermería se dirigen tanto al anciano sano como al enfermo. Ello responde al hecho de que el paradigma de la categorización para el que la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad es abandonado y el quehacer de la enfermera se orienta hacia una concepción de salud y enfermedad como dos entidades distintas que

coexisten y se encuentran en interacción dinámica (paradigma de la integración) o, hacia la inspirada desde el paradigma de la transformación que concibe la salud como una experiencia que considera al ser humano y su entorno como unidad global.

Según lo dicho, la enfermera debe participar en programas de promoción, prevención mantenimiento o restablecimiento de la salud del anciano sano o enfermo. Sin embargo, si somos autocríticos, descubrimos que la mayor parte de los programas en los que participan están dirigidos a ancianos que presentan alguna patología, siendo curiosamente el Programa de Atención Domiciliaria el que acoge a un importante número de ancianos que denominaríamos sanos pero que, en razón del propio proceso de envejecer o por barreras arquitectónicas, son incluidos en el programa.

En este sentido, a excepción del programa de vacunación antigripal, de intervenciones específicas referidas al ocio y tiempo libre del anciano y por supuesto, sin olvidar la contribución de las enfermeras que trabajan en residencias de ancianos por la mejora o el mantenimiento del nivel de salud de los "ancianos sanos", existe un vacío en la atención a esta etapa del ciclo vital al que todos, incluida la administración, deberemos dar respuesta.

2.4. SISTEMAS IMPLICADOS



Modelo Sistémico de Cantor. Actores implicados en el cuidado al anciano

La enfermera desarrolla su trabajo desde el equipo sanitario integrado en la red formal. La mayor parte de los autores consideran dos sistemas en la atención al anciano: la red formal y la red informal. Cantor es de los pocos autores que identifica cuatro actores (Fig. 2): el anciano, a quien sitúa en el centro del sistema y considera corresponsable en su cuidado, la red informal (familia y vecinos), caracterizada por su tamaño reducido, su afecto y su compromiso para el bienestar de cada uno de sus miembros, la red formal, integrada por los profesionales de servicios sanitarios y sociales que actúan en apoyo del anciano y de sus cuidadores, los recursos comunitarios, poco desarrollados y poco demandados en la actualidad en nuestro país pero que pueden cobrar importancia en el futuro. Por la experiencia de otros países, el benevolado, las asociaciones de familiares de enfermos, etc., además de fortalecer el sistema de atención al anciano constituye un motivo de reintegración en la vida social y ocupación para muchas personas mayores, plenamente capacitadas, con deseos de compartir sus conocimientos, habilidades o experiencia profesional, y que han sido apartadas del sistema productivo. Sería conveniente un estudio para conocer las motivaciones que inciden en la implantación de este tipo de recursos.

Cantor pone el acento en la naturaleza interactiva y cambiante del sistema. Desde esta perspectiva, para una buena asistencia, además de la necesidad evidente de colaboración (interacción) entre los cuatro actores, el profesional de enfermería no debe perder de vista que no solo el receptor del cuidado es anciano sino que, cada vez con mayor frecuencia, el cuidador principal también lo es precisando cuidados en sus dos vertientes como cuidador y como anciano.

Probablemente este modelo no es reconocible en todos los casos; son constatables los fallos de relación incluso dentro de la propia red formal (servicios sociales-servicios sanitarios), pero por la propia evolución de la sociedad y a través de la educación se puede considerar como un modelo de futuro.

2.5. EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS

La consideración de la persona, en nuestro caso el anciano, y el cuidado según los diferentes paradigmas enfermeros (Fig.1) nos permite ver la evolución sufrida en su concepción así como la influencia sobre las formas de actuación de la enfermera y la relación enfermera-anciano.

El paradigma de la categorización ha inspirado una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. Según esta orientación, la persona es considerada un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente. El cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o la incapacidad de la persona según un modelo biomédico, siendo su consecuencia la fragmentación de los cuidados en numerosas tareas. Una enfermera participa en la higiene del anciano, otra distribuye medicamentos, otra hace curas. La enfermera es el experto y sus intervenciones son sinónimo de "hacer para" la persona, a quien la percibe "bajo" sus cuidados y los de otros profesionales. La relación de desigualdad enfermera-anciano es evidente.

Entre los años 1950 a 1975 en América del Norte, el paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. La idea de interrelación entre los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales dan origen a la concepción de persona como un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. La enfermera utiliza los principios de relación de ayuda. Intervenir significa "actuar con" la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Se inicia una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica dando lugar al desarrollo de diferentes concepciones de la disciplina enfermera y a la elaboración de modelos conceptuales. La enfermera modifica su lenguaje y su actitud, el paciente es denominado cliente esperándose de él una colaboración en el tratamiento. El proceso sistemático (recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos, planificación, intervención, y

tipo circular entre el entorno y la persona. Entornos positivos favorecen el desarrollo de individuos sanos, quienes a su vez tenderán a crear entornos positivos. El paradigma de la transformación concibe el entorno como el conjunto del universo del que la persona forma parte estando, persona y entorno, en constante cambio mutuo y simultáneo.

2.7. REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA ACTUAL

Examinados los cuatro elementos del metaparadigma enfermero parece oportuno reflexionar sobre nuestra práctica a la luz de la teoría.

El ámbito en el que se desarrolla el cuidado del anciano es diverso. Residencias de ancianos, centros de jubilados, centros de salud, hospitales, viviendas comunitarias y sin duda el domicilio constituyen los puntos de encuentro entre la enfermera y el anciano. Cada ámbito presenta sus particularidades pero teniendo en cuenta que sólo un 2,8% de mayores de 65 años viven en residencias y que el medio hospitalario recibe ancianos tanto desde residencias como desde el domicilio, nos centraremos en el nivel primario de asistencia.

La enfermera de atención primaria desarrolla su trabajo en dos ámbitos principales: el Hospital y el domicilio. En el Hospital, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad así como de mantenimiento o rehabilitación, a través de los programas de crónicos y por tanto dirigido a ancianos con alguna patología e incluso polipatológicos, siendo excepcional la existencia de programas también orientados al anciano sano (ej. programa de vacunación antigripal).

2.8. ETAPAS DEL PROCESO SISTEMÁTICO

El examen de las etapas del proceso sistemático nos permitirá profundizar en el conocimiento del rol de la enfermera en el cuidado al

anciano. Este cuidado exige trabajar con profesionales de otras disciplinas y como afirma Ducharme parece primordial que la enfermera pueda definir con claridad y precisión su contribución específica en el equipo de cuidados. Para ello propone la adopción de un modelo conceptual que incidirá en la mejora de la calidad de los cuidados.

Recogida de datos. La recogida de datos a fin de establecer el plan de cuidados responde, en general, a la concepción que cada una de las enfermeras tiene de lo que supone el cuidado al anciano. Ese "modelo" particular se encuentra, sin duda, influenciado por postulados, valores y elementos de los modelos conceptuales que, en su día, estudiamos. ¿Quién no tiene en mente algunas de las 14 necesidades referidas en el modelo de Virginia Henderson, o trabaja desde la perspectiva del autocuidado propugnado por Dorothea Orem?. Sin embargo, no está generalizada la adopción personal o institucional de un modelo conceptual enfermero que clarifique la naturaleza de los cuidados que realizamos, nos dote de un vocabulario común, y nos oriente en una recogida de datos pertinentes para la elaboración del plan de cuidados enfermeros.

Mucho más extendida se encuentra la utilización por parte de la enfermera de instrumentos de valoración no siempre estandarizados, ni validados para nuestro medio, pero que, sin duda, además de la valoración del anciano nos proporciona un marco para unificar criterios de actuación y para organizar las intervenciones de los diferentes profesionales. Como hay capítulos dedicados a la valoración integral del anciano en el que se tratan los instrumentos, sólo queremos insistir en algunas conclusiones obtenidas a través de la observación de la práctica diaria. La importancia de utilizar instrumentos estandarizados que permitan la comparación, que sean concisos para evitar errores de apreciación, fáciles de puntuar y codificar, que no precisen mucho tiempo en su aplicación, reservando los instrumentos que, por sus cualidades requieran más tiempo, para situaciones específicas.

Cuando hablamos de instrumentos de valoración pensamos en escalas objetivas pero, al menos para enfermería, resultan muy útiles las escalas de percepción o subjetivas (escala de moral del centro geriátrico de Filadelfia, que nos permiten diferenciar lo que es nuestra percepción de la del anciano. Estos valoran la importancia de poder expresar sus sentimientos y de que este aspecto sea incluido en el plan de cuidados. Al mismo tiempo las enfermeras sienten que este instrumento facilita la comunicación con el anciano accediéndose a una información que, en la mayoría de los casos, si no es por este medio no suele ser expresada.

El análisis de datos. Nos lleva a contemplar otro nuevo aspecto, los diagnósticos de enfermería, definidos como "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales". Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base que permite a la enfermera seleccionar las intervenciones oportunas para el logro de los objetivos de los que ella es responsable.

Al igual que los modelos conceptuales, su utilización no esta generalizada, si bien, dentro de la profesión existe un debate y se han realizado experiencias sobre la conveniencia de incorporar a la práctica los modelos conceptuales, los diagnósticos de enfermería o ambos.

Planificación de cuidados. En esta etapa, el modelo sistémico de Cantor es de obligada referencia para recordar la necesaria implicación de los cuatro sistemas en la asistencia al anciano y en consecuencia la participación en la planificación de los cuidados. Cifándonos a nuestra disciplina, la enfermera de atención primaria conoce bien la necesidad de contar con el anciano y/o con los miembros de la red informal, más concretamente con el cuidador principal a la hora de planificar los cuidados. Los planes de cuidados son individualizados, pero siempre a partir de un soporte (programas marco, instrumentos de valoración,...) que, aunque raramente sea específico de nuestra disciplina (modelo conceptual,

diagnósticos de enfermería...), posibilita unificar criterios y garantiza una calidad de cuidados.

Las dimensiones referidas al anciano así como las referidas al entorno son tenidas en cuenta. Debemos tener presente que, en Atención domiciliaria, el profesional acude al medio natural del cliente y esto influye tanto en el cuidado como en el tipo de relación. Con el paso de los años se ha producido una evolución en la consideración del anciano y la red informal por parte de la enfermera y del resto de profesionales. En un principio, la red informal era contemplada como parte del problema, posteriormente como recurso, y como necesitada de recursos para finalmente percibirla como colaboradora.

Esta situación se hace patente en la atención domiciliaria, en la que la enfermera planifica teniendo en cuenta que la familia es el cuidador principal y esencial, y que su labor profesional es de soporte a la familia. Desde un status de igualdad, familia y enfermera trabajan por un objetivo común: el bienestar del anciano y su entorno. Esta percepción del cuidado está estrechamente ligada al concepto de *empowerment*, que entiende el poder, que sin duda tiene el profesional, como un capacitar al otro, un poder basado en el respeto y que requiere activa e igual participación.

Intervenciones. La asistencia al anciano requiere participación cuando menos multidisciplinar, es decir, la presencia de diferentes profesionales que yuxtaponen sus conocimientos aunque frecuentemente cada uno habla sin escuchar a los demás y donde los límites o las competencias están muy definidos. Sin embargo, sería deseable la participación interdisciplinar en la que, además de reunir y sumar disciplinas próximas o complementarias, existe comunicación real y el profesional trasciende de su especialización para, a partir de ella, acceder a una visión global.

La enfermera no debe sustraerse a lo que exige el cuidado al anciano. En la mayoría de los casos su participación es multidisciplinar y se realizan esfuerzos por tender a una participación interdisciplinar. Muchas e históricas son las diferencias a salvar desde todas las disciplinas. Como enfermeras, la legítima búsqueda y definición de nuestro rol autónomo no debe llevarnos a obviar la existencia de funciones interdependientes con profesionales de otras disciplinas. Sin embargo tampoco debemos apoyar nuestras intervenciones sólo en aspectos interdependientes aunque nos resulte más conocido y, mucho menos, podemos pensar en trascender de nuestra disciplina si previamente no la hemos definido.

Las intervenciones de la enfermera se dirigen hacia la asistencia, soporte o facilitación de acciones del anciano y su familia con el objetivo de mejorar o mantener la forma de vivir o de afrontar la muerte. Las intervenciones no están desprovistas de manejo de tecnología, pero en Atención Primaria es donde se pone de manifiesto la parte invisible del cuidado señalado por Colliere. Muchas veces resulta difícil precisar en qué ha consistido nuestro cuidado pues no ha mediado ninguna prueba diagnóstica o aplicación de tratamiento tangible. Sin embargo, la escucha activa, preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza o acompañarle en su camino estando presente, también es cuidado aunque este sea invisible.

Los beneficios de nuestras intervenciones son también, a veces, intangibles pero expresiones del anciano y/o familia como "entonces hasta dentro de dos meses, mientras tanto tú tranquila y cuida a otros porque si surge algo ya te llamaré" denotan seguridad y mejora de autoestima en el anciano, quien se convierte de alguna manera en guardián de sí mismo y del profesional.

Otro aspecto a señalar es la dificultad de hacer efectivas medidas que por ejemplo en el ámbito hospitalario no plantean problema alguno. Además

de la habitual resistencia por parte de todas las personas para modificar hábitos, factores económicos, de relación, de infraestructura...etc., deben ser tenidos en cuenta pues posibilitan o no las intervenciones. El cambio de ropa de cama, la higiene del anciano, la modificación de la dieta, asegurar regularidad en el horario de comidas..., son intervenciones corrientes en el medio hospitalario. Sin embargo, en Atención primaria sugerir un cambio de ropa de cama o personal significa asegurarse quien va a lavar, planchar, o la frecuencia con la que recibe y envía la ropa al servicio de ayuda a domicilio. La ausencia de ducha o bañera en el domicilio condiciona la frecuencia con que pueda bañarse. Recomendar la inclusión de kiwis en la dieta para combatir el estreñimiento da origen a respuestas como "¿sabes lo que valen los kiwis?" (la receta es gratuita), "No puedo hacer diferencias dentro de la familia y enrarecer la relación". Estos ejemplos no tienen la intención de dar una imagen derrotista de las intervenciones de enfermería, todo lo contrario, con ellos se quiere mostrar la diferente dinámica en la que están inmersas las intervenciones de la enfermera de Atención Primaria cuando aborda el cuidado del anciano. Estamos convencidas de que precisamente en el nivel primario es donde se pone de manifiesto la Enfermería como ciencia y como arte.

Evaluación. En esta etapa del proceso sistemático no vamos a exponer los diferentes tipos de evaluación que se realizan, sino que preferimos extraer, de lo expuesto hasta el momento, algunas conclusiones acerca de la asistencia de enfermería al anciano.

La observación de la realidad y el análisis de los escritos, teóricos y empíricos, publicados sobre los cuidados al anciano permiten constatar que el paradigma de la integración orienta el cuidado actual de los ancianos en España, si bien, en función del medio en que se desarrollan esos cuidados así como de las características propias de ancianos y profesionales, se pueden identificar actuaciones que responden al paradigma de la categorización pero también algunas más innovadoras propias del p. de la

transformación. Indudablemente estamos dentro del proceso de cambio y podría parecer difícil de aceptar dado que, según nuestra opinión, los cambios producidos en la práctica de las enfermeras españolas no responden a un conocimiento profundo del discurso teórico, sino más bien, son fruto de la evolución natural de la profesión.

Sin entrar a polemizar sobre la preponderancia de la teoría o de la práctica y, en la convicción de que teoría y práctica deben ir unidas, hacemos una apuesta no sólo por la incorporación de la teoría a nuestra práctica sino por generar conocimiento a partir de la práctica.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS

DEFINICIONES DE TÉRMINOS (VOCABULARIO)

Capacitación. – Proceso mediante el cual se refuerza los conocimientos y la doctrina de una persona para hacerla apta o hábil para que sea eficiente en las cosas que realiza.

Cuidado de Enfermería para pacientes geriátricos. – Es la práctica de intervenciones que realiza el personal de Enfermería, para la rehabilitación y el óptimo mantenimiento de la salud y bienestar del paciente geriátrico que necesita ayuda para realizar sus actividades personales, sea por su condición de edad o porque se encuentra afectado por alguna enfermedad.

Déficit. – Falta o escasez de algo que se juzga necesario.

Escala de valoración de Norton. – Escala en la que a través de una puntuación por cada uno de los criterios reflejados se obtiene una cifra que nos indica si un paciente es de riesgo mínimo (15 a 20 puntos), el paciente de riesgo evidente (12 a 14 puntos) y el paciente de alto riesgo y que con toda seguridad desarrollará una úlcera por presión (por debajo de los 12 puntos).

Factibilidad. – Cualidad de factible, que por sus características, es posible su realización, en todo ámbito.

Familia. – Es el grupo de personas emparentadas entre sí por lazos genéticos, que viven juntas. Son familiares el conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de una persona o grupo de personas. Pero la familia más cercana son los hijos o descendencia directa

Misión. – Toda entidad corporativa tiene un propósito implícito o explícito, relacionado con los que ofrece a sus receptores y el medio que

participa. De este estado surge la razón de ser cada organización y se identifica con la relación que se establece entre ella y su receptor o cliente.

Prevención. – Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Pacientes geriátricos. – Paciente de la Tercera Edad que recibe los servicios de un profesional de la salud.

Política. – Es una guía o una directriz que orienta la actuación de las personas o entidad en un asunto o campo determinado.

Úlceras por Presión. – Úlceras o escaras, es una lesión en la piel y en el tejido que se encuentra debajo de ella, que puede padecerla una persona que debe permanecer en cama durante un largo periodo de tiempo.

Visión. – Es el pronóstico hipotético que se realiza de una actividad o empresa, para determinar el posible éxito o fracaso en el futuro.

HIPÓTESIS

El déficit en la prevención de úlceras por decúbito dorsal o sacro, en adultos mayores, estará relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería.

VARIABLES

Variables Independientes:

- Falta de capacitación del personal de Enfermería.

Variables Dependientes:

- Déficit en la prevención de úlceras por decúbito dorsal o sacro en adultos mayores.

CUADRO No. 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicador
Independiente: Falta de capacitación del personal de Enfermería.	Falta de capacitación: Carente de aptitud, de doctrina o de habilidad para ser eficiente en las cosas que realiza.	• Personal de enfermería	ENCUESTAS: 5. ¿Cuál cree usted que es el factor que más influye en los pacientes adultos mayores para la formación de úlceras por presión? a) Falta de capacitación b) Falta de tiempo c) Falta de recursos d) Exceso de pacientes e) Otras f) Todas las anteriores 6. ¿Realiza usted los cambios posturales a los pacientes encamados? a) Si b) No 7. ¿Valora frecuentemente el estado de la piel de los usuarios, sobre todo en las prominencias óseas? a) Si b) No 8. ¿Ha recibido capacitación acerca de la prevención de úlceras decúbito sacro en lo concerniente al cuidado de pacientes geriátricos? a) Si b) No c) No recuerda 9. ¿Hace cuánto tiempo recibió educación acerca de la prevención de úlceras decúbito en lo concerniente al cuidado de pacientes geriátricos? a) <1 año b) 1 año c) 2 años d) >2 años 10. ¿En qué medida se encuentra dicho conocimiento? a) Bastante b) Normal c) Poco d) Nada

CUADRO No. 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variab les	Concepto	Dimensiones	Indicadores
<p>Dependiente:</p> <p>Déficit en la prevención de úlceras por decúbito en adultos mayores (pacientes geriátricos)</p>	<p>Déficit: Falta o escasez de algo que se juzga necesario.</p> <p>Prevención: Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes Adultos mayores (Pacientes geriátricos) • Personal de enfermería 	<p>ENCUESTAS:</p> <p>1. ¿Cuántas asilados geriátricos han presentado úlceras en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio", durante el periodo de enero, febrero, marzo y abril del 2010?</p> <p>a) < 25% b) 25% al 50%</p> <p>c) >50%</p> <p>2. ¿Cuál es la principal área del cuerpo, donde se presentan las úlceras en los asilados geriátricos de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio"?</p> <p>a) Decúbito b) Talones</p> <p>c) Espalda d) Otros</p> <p>3. ¿Cree usted que los adultos mayores tienen más probabilidades de lesionar su piel con el encamamiento permanente?</p> <p>a) Si b) No c) No Sabe</p> <p>4. ¿Cree usted que las Salas tiene los suficientes recursos para brindar una atención de enfermería de calidad?</p> <p>a) Si b) No</p>
	<p>Úlceras por Decúbito:</p> <p>Úlceras por presión o escaras, es una lesión en la piel y en el tejido que se encuentra debajo de ella, que puede padecerla una persona que debe permanecer en cama durante un largo periodo de tiempo.</p> <p>Pacientes geriátricos:</p> <p>Paciente de la Tercera Edad que recibe los servicios de un profesional de la salud.</p>		<p>TABLA DE OBSERVACIÓN:</p> <p>1) Cambios posturales</p> <p>a) Excelente b) Regular c) Deficiente</p> <p>2) Percusiones:</p> <p>a) Excelente b) Regular c) Deficiente</p> <p>3. Fricción:</p> <p>a) Excelente b) Regular c) Deficiente</p> <p>4. Colocación del paciente en sillas de ruedas usando boyas:</p> <p>a) Si b) No</p> <p>5. Colocación de triángulos en los brazos: a) Si b) No</p> <p>6. Cambios de pañal</p> <p>a) Si b) No</p>

METODOLOGIA

METODOLOGÍA

Método

Método cualitativo y estadísticas descriptivas.

Tipo de Investigación

Estudio descriptivo y cualitativo.

El análisis se realizó para obtener los criterios que fundamenten la hipótesis acerca del nivel de capacitación del personal de enfermería con relación a la prevención de úlceras por decúbito dorsal o sacro en los pacientes geriátricos. El análisis porcentual ayuda a la constatación del problema investigado, mediante la utilización de métodos estadísticos. La investigación tiene un enfoque de tipo descriptivo, a través de un sondeo de opinión dirigido al personal de enfermería, que es la base para el programa educativo planteado como solución para evitar úlceras por decúbito dorsal o sacro en pacientes geriátricos.

Técnicas de Obtención de Datos:

El estudio es de tipo descriptivo porque utiliza la encuesta, realizada al personal de enfermería que realiza intervenciones en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús", durante el trimestre comprendido entre abril hasta enero, febrero, marzo y abril del 2010. Se utilizaron técnicas que se emplean en las investigaciones cualitativas, incluyendo las siguientes:

- Observación estructurada.
- Encuesta dirigida al personal de enfermería.

Instrumentos de Recolección de Datos:

- Formulario para encuestas.
- Matriz para recolección de datos.

El impacto social de esta investigación se ha determinado de la siguiente manera:

“El presente proyecto trascenderá en el Hospicio “Corazón de Jesús” y en la comunidad, porque el personal de Enfermería podrá conocer la importancia del buen cuidado del paciente geriátrico, para evitar la aparición de úlceras por decúbito dorsal o sacro que puedan complicar su salud, mejorando la calidad de vida de los adultos mayores asilados y de sus familiares que forman parte de la comunidad”.

Para la ejecución de la propuesta se seleccionó el taller como estrategia, utilizando los siguientes instrumentos:

- Charla Educativa.
- Demostraciones (trípticos y folletos).

En los anexos se presenta el plan del programa educativo concerniente al cuidado de asilados geriátricos para evitar úlceras por decúbito dorsal o sacro en su dermis, dirigido al personal de enfermería, indicando las fechas y los horarios del mismo. En dicho plan se incluye el cronograma de la propuesta, realizado en el programa Microsoft Project 2007.

Lugar:

Salas “San José” “San Vicente” y “San Antonio” del Hospicio “Corazón de Jesús”.

Periodo:

Enero, Febrero, Marzo y Abril del 2010, en los siguientes horarios:

CUADRO No. 3

FECHAS Y HORARIOS.

Fecha	Horario
Enero del 2010	08h30 – 10h00
Febrero del 2010	08h30 – 10h00
Marzo del 2010	08h30 – 10h00
Abril del 2010	08h30 – 10h00

Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

El personal de enfermería que realiza las intervenciones directas en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón De Jesús", deberá recibir 24 horas de capacitación para prevenir la aparición de úlceras por decúbito dorsal o sacro lateral, en adultos mayores asilados.

Población y Muestra

Población o Universo

La población de la presente investigación corresponde al personal de enfermería de las áreas de "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús", que será investigado durante el periodo comprendido de enero, febrero, marzo y abril del 2010.

En el siguiente cuadro se presenta el detalle de la población o universo de la presente investigación.

CUADRO No. 4

POBLACIÓN O UNIVERSO.

Descripción	Cantidad
Licenciadas de Enfermería	2
Auxiliares de Enfermería	12
Población total	14

Fuente: Registros del Hospicio "Corazón de Jesús".

Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

De acuerdo al cuadro anterior, la muestra será igual a 14 personas.

Instrumentos de la Investigación

Como instrumento de la investigación se utiliza la encuesta.

La Encuesta tiene como finalidad conocer la opinión que tiene el personal de enfermería que labora en las Salas "San José" "San Vicente" y

“San Antonio” del Hospicio “Corazón de Jesús”, sobre diferentes aspectos concernientes con el cuidado del huésped geriátrico y la prevención de úlceras por decúbito dorsal o sacro en sus dermis, que sirven para hacer un análisis que permita obtener indicadores confiables, y que tengan validez.

Recolección de la Información

Para realizar esta investigación, se solicitó permiso a los Directivos del Hospicio “Corazón de Jesús”, para que faciliten la ejecución de la investigación.

Se procedió a aplicar la encuesta, en forma ordenada y apropiada.

Procesamiento y Análisis

El procesamiento y análisis de la información es el siguiente paso, posterior a la recolección de la información con los métodos indicados.

Recogí la información de las encuestas (ver **anexo**), realizadas al personal de enfermería que labora en las Salas “San José” “San Vicente” y “San Antonio” del Hospicio “Corazón de Jesús”. Luego este resultado se presenta en cuadros estadísticos con el soporte tecnológico del programa Microsoft Excel.

ANÁLISIS GRÁFICO

Y PORCENTUAL

Presentación de los Resultados.
Encuesta Aplicada al Personal de Enfermería.

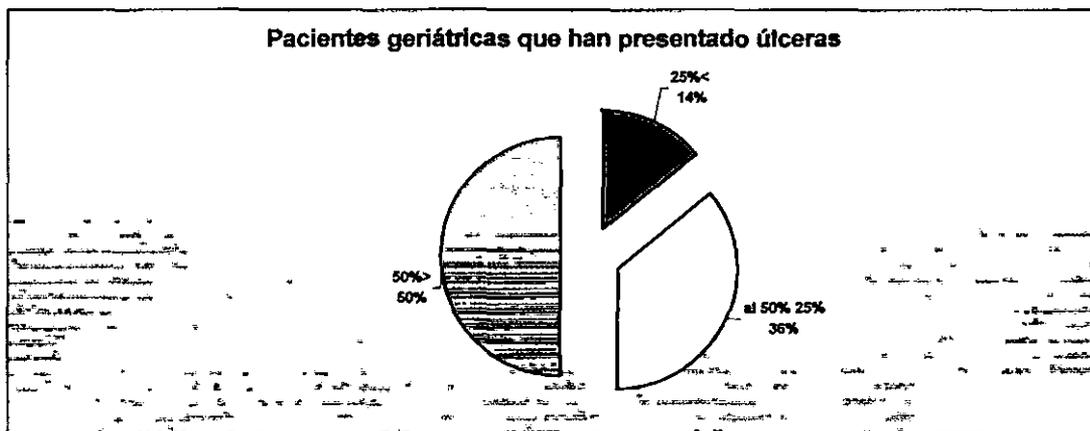
CUADRO No. 1

Pacientes geriátricas que han presentado úlceras.

Descripción	Frecuencia	%
< 25%	2	14,29%
25% al 50%	5	35,71%
>50%	7	50,00%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 1



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: Se observa que el 50% del personal de enfermería, indica que más del 50% de pacientes geriátricos tienen úlceras por permanecer inmovilizados en las camas de las Salas en referencia, mientras que el 36% indican que los pacientes con úlceras están en el orden del 25% al 50%, tan solo el 14% del personal de enfermería asevera que este porcentaje es menor al 25%. Es decir, que un porcentaje considerable de los asilados en las Salas en referencia han presentado úlceras en alguna parte de su cuerpo, lo que es un indicador claro de la existencia del problema en análisis.

CUADRO No. 2

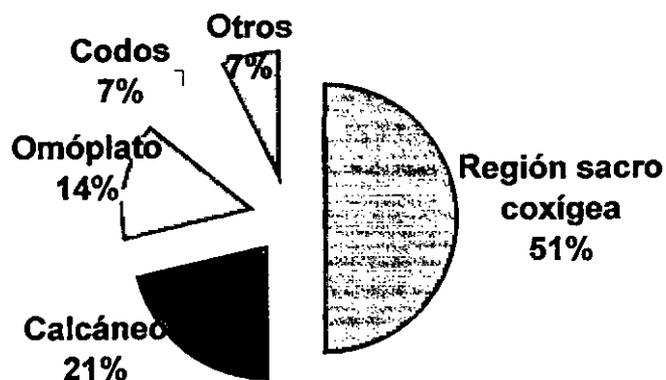
Principales áreas del cuerpo donde se presentaron úlceras.

Descripción	Frecuencia	%
Región sacro coxígea	7	50,00%
Calcáneo	3	21,43%
Omóplato	2	14,29%
Codos	1	7,14%
Otros	1	7,14%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 2

Principales áreas del cuerpo donde se presentaron úlceras



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 51% del personal de enfermería indica que la mayoría de las úlceras de los huéspedes geriátricos se presentan en el área decúbito dorsal o sacro, el 21% señala que los talones, pantorrillas y la espalda son los lugares más frecuentes donde se originan las úlceras, el 7% indica otros lugares. Esto es una muestra clara, que el área decúbito dorsal o sacro, es la zona del cuerpo más propensa a contraer úlceras por presión.

CUADRO No. 3

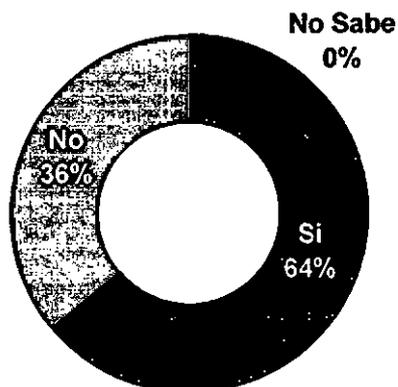
Adultos mayores tienen mayor probabilidad de lesionar su piel.

Descripción	Frecuencia	%
Si	9	64,29%
No	5	35,71%
No Sabe	0	0,00%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 3

Adultos mayores tienen mayor probabilidad de lesionar su piel



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 64% del personal de enfermería señala que los adultos mayores tienen más probabilidades de lesionar su piel con el encamamiento permanente, en especial, por el cuidado que deben tener mientras que el restante 36% señaló lo contrario. Por tanto, se puede manifestar, que los asilados que permanecen inmobilizados o aquellos con poca dinámica, tienen mayor riesgo de contraer úlceras por presión.

CUADRO No. 4

Factor que más influye en la formación de úlceras por presión.

Descripción	Frecuencia	%
Falta de capacitación	5	35,71%
Falta de tiempo	5	35,71%
Falta de recursos	1	7,14%
Exceso pacientes	2	14,29%
Otras	1	7,14%
Todas las anteriores	0	0,00%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 4

Factor que más influye en la formación de úlceras por presión



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 72% del personal de enfermería aduce que la falta de capacitación y de tiempo son los factores que más influyen en la formación de úlceras en los hospedados geriátricos, mientras que el saldo restante considera como factor para dicho efecto, otros motivos, como el exceso de pacientes o la falta de recursos, por ejemplo. Por tanto, se puede expresar, que el personal de enfermería requiere capacitación para realizar intervenciones de enfermería más eficientes, en el tema en análisis.

CUADRO No. 5

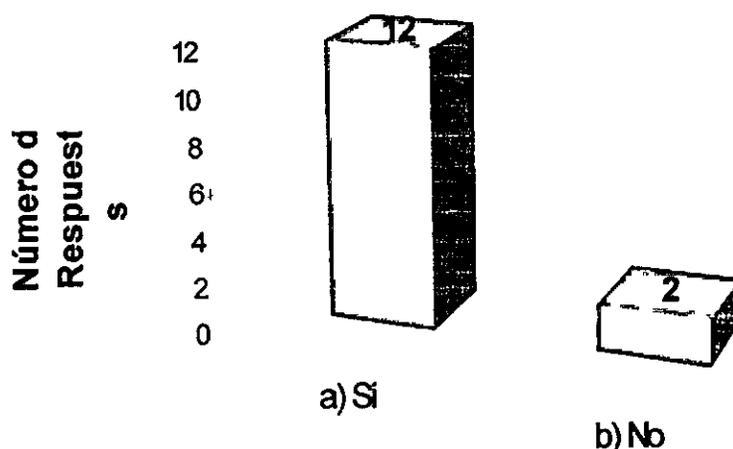
Disponibilidad de recursos en las Salas respectivas.

Descripción	Frecuencia	%
Si	12	85,71%
No	2	14,29%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 5

Disponibilidad de recursos en las Salas respectivas



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 86% del personal de enfermería dicen que las Salas en referencia, cuenta con los recursos suficientes para brindar una atención óptima a los hospedados geriátricos que se encuentran inmobilizados en sus camas, mientras que el restante 14% señaló lo contrario, es decir, que la causa de que los hospedados geriátricos presenten úlceras en el decúbito dorsal o sacro, no se debe a la falta de recursos, por eso se estima que las limitaciones de conocimientos en la atención de enfermería a este tipo de personas, es la causa del incremento de asilados con úlceras por presión.

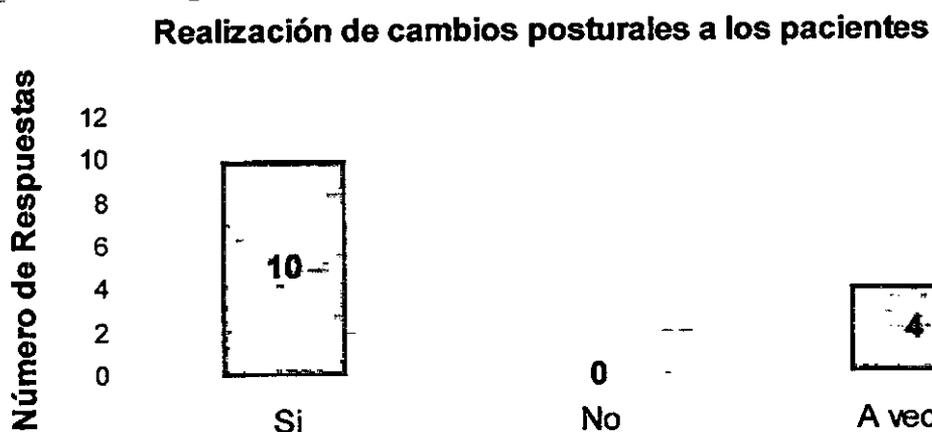
CUADRO No. 6

Realización de cambios posturales a los pacientes.

Descripción	Frecuencia	%
Si	10	71,43%
No	0	0,00%
A veces	4	28,57%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 6



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El personal de enfermería de la Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús" dice que realiza los cambios posturales a los pacientes encamados, aunque no se duda de su respuestas, en la posterior tabla de observación se analizará si lo realiza y en caso sea cierto su afirmación si considera las técnicas de enfermería adecuadas para realizarlo, porque hipotéticamente se puede deducir que esta afirmación no es verdadera, dada las limitaciones de conocimientos, y si se proporcionan los cambios posturales, no se los está realizando de manera correcta.

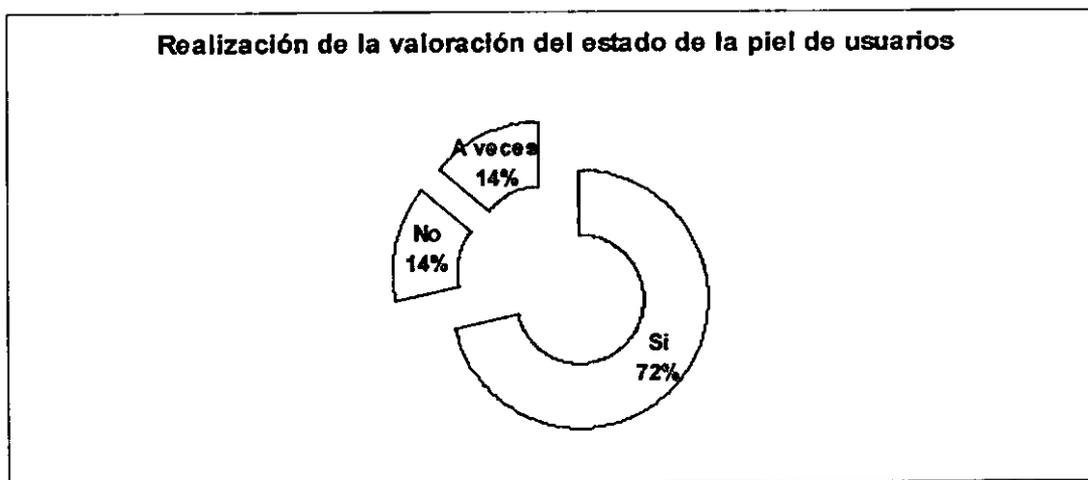
CUADRO No. 7

Realización de la valoración del estado de la piel de usuarios.

Descripción	Frecuencia	%
Si	10	71,42%
No	2	14,29%
A veces	2	14,29%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 7



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 71% del personal de enfermería de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús" dicen que valoran frecuentemente el estado de la piel de los usuarios, sobre todo en las prominencias óseas para evitar la formación de úlceras decúbito lateral dorsal o coxígea, mientras que el restante 29% señaló lo contrario, de igual manera, que en la pregunta anterior, se dejará para el análisis con la tabla de observación conocer si esta afirmación es o no es verdadera y si en caso se realiza, se verificará que lo efectúe de manera apropiada.

CUADRO No. 8

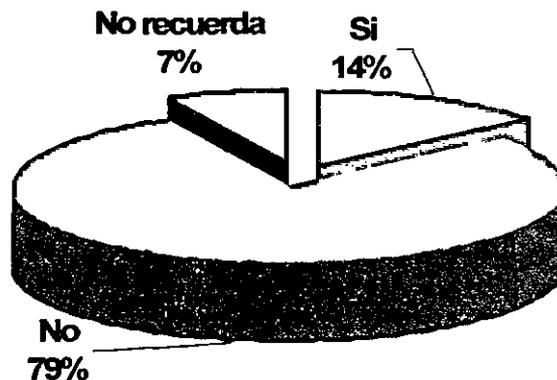
Ha sido capacitado en la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o sacro.

Descripción	Frecuencia	%
Si	2	14,29%
No	11	78,57%
No recuerda	1	7,14%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 8

Ha sido capacitado en la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o sacro



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 79% del personal de enfermería de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" no han recibido capacitación sobre la prevención de úlceras decúbito lateral dorsal o coxígea, en lo concerniente al cuidado de adultos mayores asilados, por esta razón, se estima de que las complicaciones que han experimentado dichas auxiliares de enfermería, se debe a la falta de capacitación en esta temática.

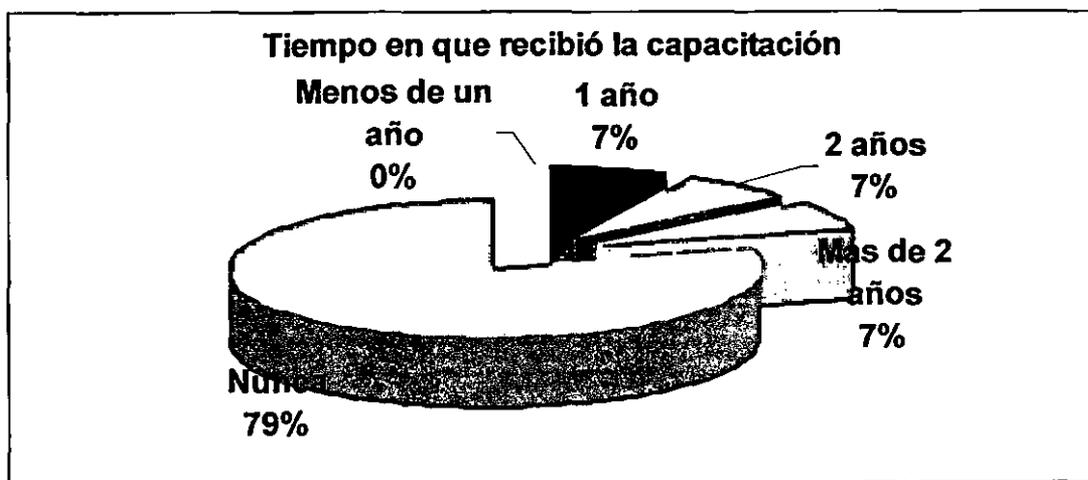
CUADRO No. 9

Tiempo en que recibió la capacitación.

Descripción	Frecuencia	%
Menos de 1 año	0	0,00%
1 año	1	7,14%
2 años	1	7,14%
Más de 2 años	1	7,14%
Nunca	11	78,57%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 9



Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 79% del personal de enfermería de las Salas en referencia del Hospicio "Corazón de Jesús" nunca han recibido educación sobre la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea en lo concerniente al cuidado de adultos mayores asilados, lo que confirma la estimación de que las complicaciones experimentadas por ellos, se debe a la falta de capacitación.

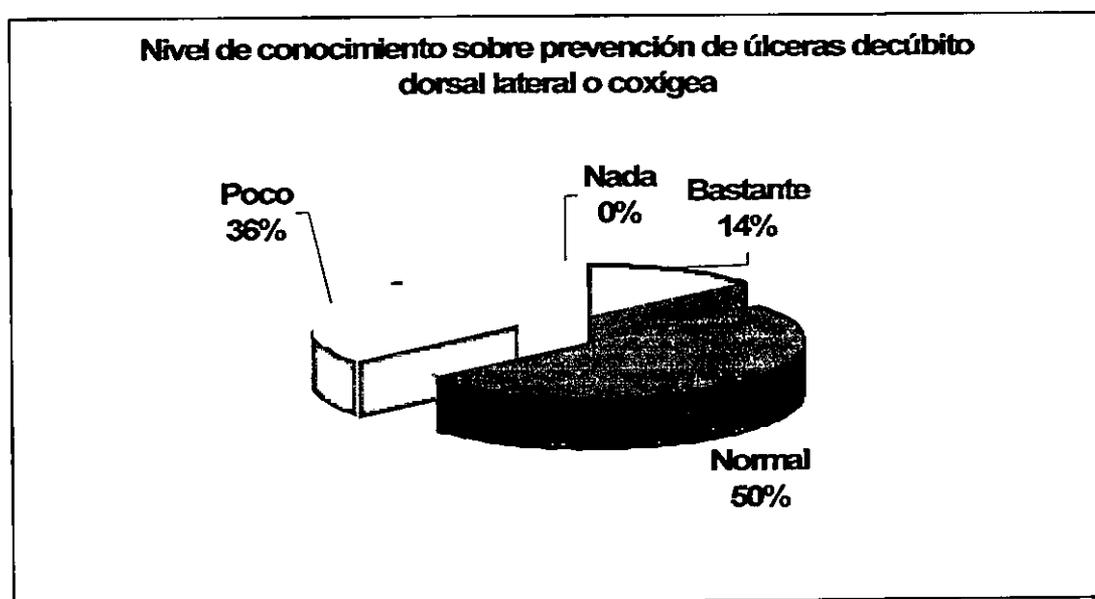
CUADRO No. 10

Nivel de conocimiento sobre prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea.

Descripción	Frecuencia	%
a) Bastante	2	14,29%
b) Normal	7	50,00%
c) Poco	5	35,71%
d) Nada	0	0,00%
Total	14	100,00%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 10

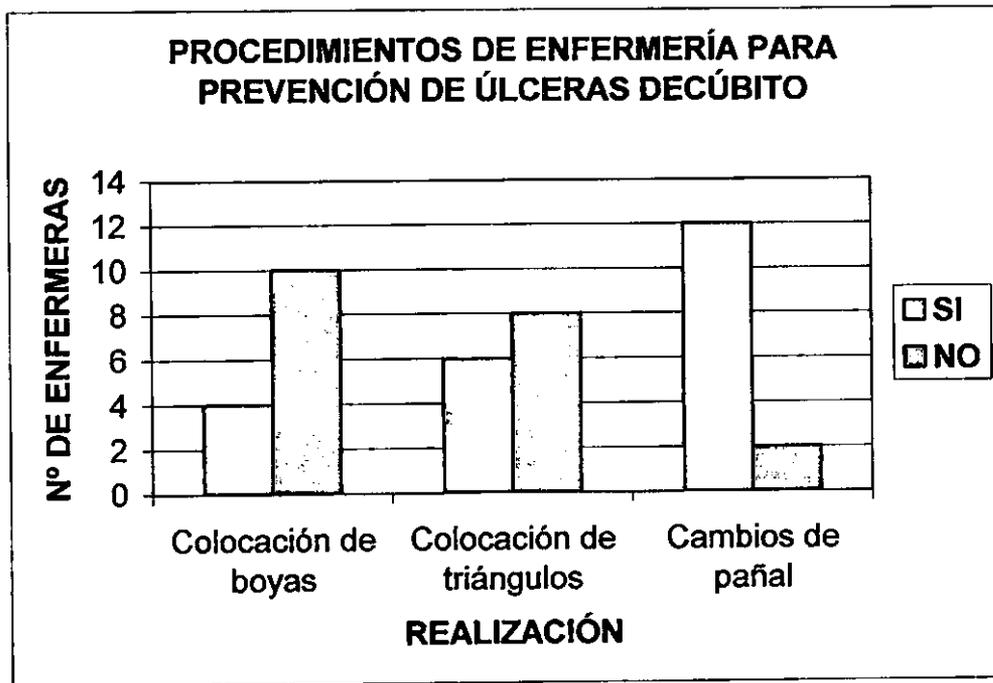
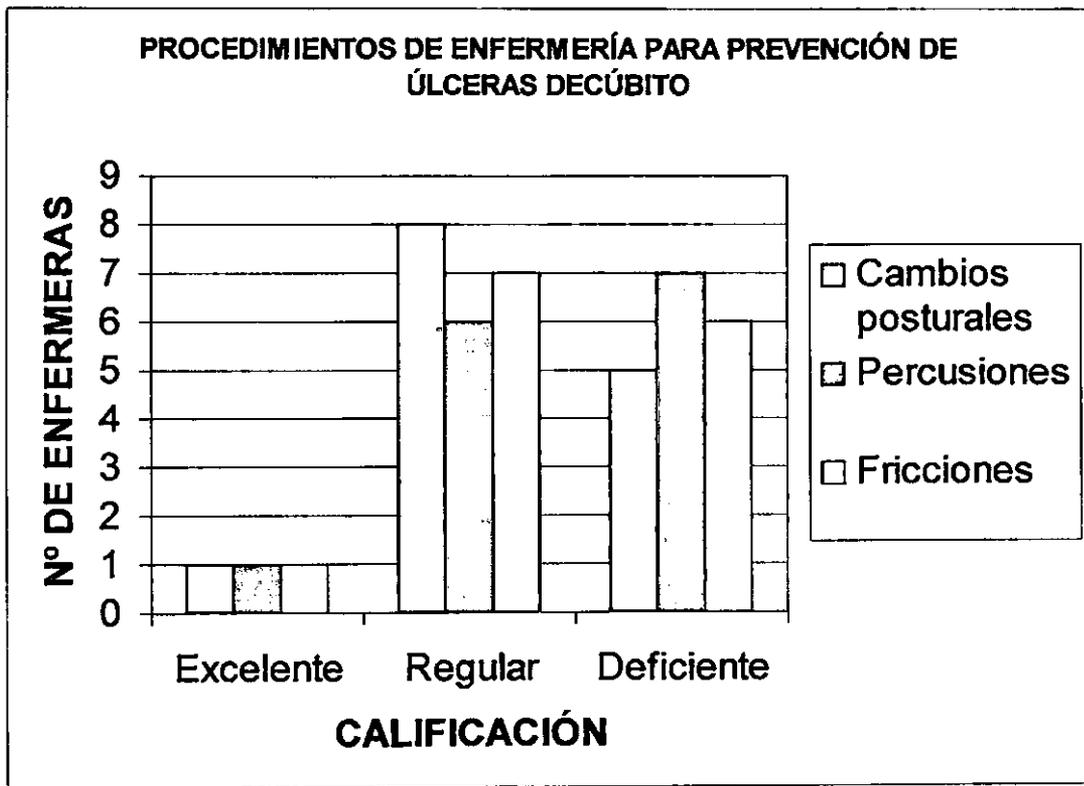


Elaborado por: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Análisis: El 36% del personal de enfermería saben poco sobre la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea en lo concerniente al cuidado de adultos mayores asilados, lo que confirma la estimación de que las complicaciones experimentadas por dichas personas, se debe a la falta de capacitación.

TABLA DE OBSERVACIÓN.

Descripción	Excelente	Regular	Deficiente	Observación
1) Realiza oportunamente los cambios posturales	1	8	5	Los cambios posturales se deben realizar c/2 horas y se realizan 2 veces al día
2) Realiza oportunamente las percusiones a los adultos mayores asilados	1	6	7	Las percusiones se deben realizar c/2 horas y se realizan de 2 a 3 veces al día y hay Enfermeras que no lo realizan
3) Realiza oportunamente las fricciones a los adultos mayores asilados	1	7	6	Las fricciones se deben realizar c/2 o c/3 horas y se realizan de 2 a 3 veces al día y hay Enfermeras que no lo realizan
Descripción	Si		No	Observación
4) ¿Coloca las boyas al adulto mayor asilado cuando se encuentran en la silla de ruedas?	4		10	
5) ¿Coloca triángulos en los brazos de los adultos mayores asilados?	6		8	
6) ¿Realiza los Cambios de pañal al adulto mayor asilado?	12		2	



Análisis: La tabla de observación indica que el personal de enfermería en su mayoría no realiza ni adecuada ni oportunamente los cambios posturales, las percusiones y fricciones, que deben ser realizadas cada 2 horas y se las realiza cada 12 horas. También se observó incumplimiento en la colocación de boya y triángulo a hospedados geriátricos en sillas de rueda.

Interpretación de los Resultados

El personal de enfermería que interviene directamente a los huéspedes geriátricos en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús", expresa que la mayoría de dichos adultos mayores tiene úlceras en alguna parte de su cuerpo, siendo las de mayor importancia, por frecuencia y relevancia, las úlceras decúbito dorsal o coxígea y de caderas, por la posición en que se encuentran.

Para conocer la causa de esta problemática, se realizó una serie de preguntas relacionadas con el nivel de conocimientos en la prevención de úlceras decúbito dorsal o coxígea en huéspedes geriátricos, resultando que la falta de capacitación en esta materia es el motivo principal por lo que más del 50% de personas adultos mayores asilados en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús" presentan úlceras en la posición decúbito dorsal o sacro, de su cuerpo.

Para comprobar si estos datos son una muestra fiel de la realidad, se realizaron observaciones al personal de enfermería durante sus intervenciones directa a los adultos mayores asilados, verificándose que tan solo 1 de 14 personas de Enfermería, realizan los procedimientos de manera oportuna y excelente en esta temática, lo que indica claramente, la falta de capacitación en esta materia.

Del análisis de los resultados se puede señalar que el personal de enfermería, necesita fortalecer sus conocimientos en la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o sacro en los asilados geriátricos que se encuentran inmovilizados en una cama de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús", para fomentar la realización de procedimientos correctos que garanticen un servicio de calidad y aliviar la preocupación de los familiares de dichos huéspedes.

Comparación de los Resultados con la Hipótesis

La hipótesis de la investigación dice: "El déficit en la prevención de úlceras por decúbito dorsal lateral o coxígea en adultos mayores, está relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería".

Esta hipótesis ha sido comprobada, con el uso de los instrumentos de la investigación como la encuesta y la tabla de observación, que proporcionaron resultados confiables y válidos acerca de que el déficit en la prevención de úlceras por decúbito dorsal lateral o coxígea en adultos mayores es probablemente causado por la falta de capacitación del personal de enfermería en la temática señalada, lo que lleva a la ocurrencia de la dolencia en el huésped geriátrico.

De la misma manera, la hipótesis permite plantear una propuesta, para que se dicte un programa educativo para la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea, en huéspedes geriátricos inmovilizados en una cama, con el propósito de que se pueda reducir el número de adultos mayores con úlceras.

Por este motivo, dicho programa de capacitación deberá estar dirigido al personal de enfermería, para optimizar la eficiencia de sus intervenciones y la seguridad en los procedimientos que realizan.

Criterio para Elaborar la Propuesta

Los resultados obtenidos indican que los pacientes geriátricos presentan úlceras en su cuerpo, principalmente en el área decúbito dorsal lateral o coxígea y en las caderas, comprobándose que la causa para que esta problemática tenga lugar se debe a la falta de capacitación del personal de enfermería en esta materia.

Los resultados de la encuesta, coinciden con los de la tabla de observación, donde se ha evaluado algunos procedimientos que debe ejecutar el personal de enfermería, verificándose que estas profesionales no realizan dichos procedimientos de manera correcta, por lo que se deduce que la falta de capacitación en este tópico es la causa principal para que se verifique dicha ineficiencia.

De esta manera, es necesario plantear un programa educativo que le proporcione al personal de enfermería las herramientas suficientes para evitar y prevenir la aparición de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea, en los adultos mayores asilados, que compliquen el estado de salud de los adultos mayores que deben permanecer inmóviles en la cama donde se encuentran postrados.

Por estas razones es que se ha propuesto criteriosamente, la ejecución de un programa de capacitación para el personal de enfermería, para proporcionarles los conocimientos necesarios para que puedan mejorar la eficiencia del cuidado y la prevención de úlceras decúbitos dorsal lateral o coxígea, a los huéspedes geriátricos.

PROPUESTA EDUCATIVA

PROPUESTA EDUCATIVA

“PROGRAMA EDUCATIVO PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DECÚBITO EN ASILADOS GERIÁTRICOS”

Introducción

Con mucha frecuencia, los asilados geriátricos asilados en las Salas “San José” “San Vicente” y “San Antonio” del Hospicio “Corazón de Jesús”, han presentado úlceras en diversas posiciones de sus cuerpos, siendo las principales las úlceras decúbito dorsal o coxígea y cadera, que denotan un claro déficit en el cuidado de la salud de dichas personas consideradas en un estado de alto riesgo, por encontrarse inmovilizados en una cama.

Con estos antecedentes, se ha planteado la propuesta de un programa educativo, que tenga el fin de prevenir las úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea, en los huéspedes geriátricos y mejorar la calidad de la atención a los usuarios del servicio que presta la institución.

Justificación

Los resultados de la encuesta, indican de manera clara, que existe un déficit en la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea, en los asilados geriátricos de alto riesgo, cuya causa principal es la falta de capacitación del personal de enfermería.

Esta es la base fundamental para plantear el programa educativo concierne a la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea, en asilados geriátricos considerados de alto riesgo, de manera que se beneficien los usuarios del servicio, sus familiares, la comunidad en general y se incremente el nivel de confianza en la calidad del servicio que ofrece el Hospicio “Corazón de Jesús”.

Metodología

Metodología tipo indirecta, con base en trípticos, diapositivas y folletos, realizando las siguientes actividades:

- Charlas y Talleres.
- Demostraciones (trípticos y folletos).
- Dinámica Grupal.

Población Objetivo

El programa educativo será proporcionado a 14 personas, entre las que se citan:

- 12 Auxiliares de Enfermería.
- 2 Licenciadas de Enfermería.

El programa educativo beneficiará directamente a 30 adultos mayores, usuarios del servicio que ofrece la Salas Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús", cuyo estado es considerado de alto riesgo, y que actualmente tienen úlceras decúbito dorsal o coxígea y de cadera. Además serán beneficiarios el personal de enfermería que incrementará su nivel de conocimientos en esta materia y el Hospicio "Corazón de Jesús" que fortalecerá su imagen institucional.

Ubicación Sectorial y Física

El programa educativo para la prevención de úlceras decúbito dorsal o coxígea y de cadera, se llevará a cabo en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús" del Hospicio "Corazón de Jesús".

Periodo de Duración

Desde Enero, Febrero, Marzo y Abril del 2010, los días 9, 16, 23 y 30, desde las 08h30 hasta las 10h00.

Factibilidad

Recursos:

1. **Humano:** Por cuanto se ha obtenido la colaboración de:
 - Alta dirección del Hospicio "Corazón de Jesús" que autorizaron que se dicte el programa educativo en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús".
 - Personal de Enfermería de las Santas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús".
 - Familiares de los usuarios del servicio (asilados geriátricos).

2. **Material:** El Hospicio "Corazón de Jesús" ha aportado con los siguientes recursos materiales:
 - Pizarra de tiza líquida.
 - Tiza líquida.
 - Borrador de tiza líquida.
 - Proyector de diapositivas.
 - Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio".
 - Material didáctico.
 - Agua y utensilios varios.

3. **Económico:** La propuesta es factible en el aspecto económico, porque existen los recursos necesarios y suficientes para realizar el programa educativo.

Descripción de la Propuesta

La presente propuesta contempla la implementación del **“Programa educativo para prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea en asilados geriátricos”**, que procura dar solución al problema de las frecuentes úlceras decúbito y de cadera que se presentan en la dermis de los pacientes geriátricos que permanecen inmóviles en las camas de la Salas Salas “San José” “San Vicente” y “San Antonio” del Hospicio “Corazón de Jesús” del Hospicio “Corazón de Jesús”.

Esta propuesta, consta de las siguientes actividades:

- Solicitar al Director el cumplimiento del Programa educativo en referencia, en el interior del Hospicio.
- Formulación, análisis y procesamiento de la encuesta.
- Una vez, que se realizó la encuesta, se la presentó al encargado de la Salas “San José” “San Vicente” y “San Antonio” del Hospicio “Corazón de Jesús”.
- Socializar la propuesta con el personal de enfermería.
- Plantear el desarrollo del programa educativo.
- Dialogar con la especialista en el tópico para que colabore con el cronograma educativo.
- Planificación previa (fijación de fechas y horarios).
- Adecuación de las Salas para la realización del programa educativo.
- Selección del material de apoyo.
- Preparación del material de apoyo.
- Reunión de directivos y personal de enfermería.
- Realización del programa educativo.
- Evaluación del programa educativo.
- Informe dirigida a la Administradora del Hospicio “Corazón de Jesús”.

Evaluación de la Propuesta

Evaluación del Proceso:

- Cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Cumplimiento de las actividades programadas.

Evaluación de los Resultados:

- 30 asilados geriátricos con mejor cuidado para la prevención de úlcera decúbito dorsal lateral o coxígea en sus dermis.
- 14 personas profesionales en enfermería, capacitadas en la prevención de úlcera decúbito dorsal lateral o coxígea, en asilados geriátricos.
- 14 trípticos entregados al personal de enfermería.

Beneficiarios

Mediante la propuesta del **"Programa educativo para prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea en asilados geriátricos"**, se beneficiará a:

- **Asilados geriátricos:** que evitarán contraer úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea y de cadera por su estado de inmovilización.
- **Personal de Enfermería:** que mejorará su nivel de conocimientos en la prevención de úlceras decúbito dorsal o coxígea y de cadera por su estado de inmovilización.
- **Hospicio "Corazón de Jesús":** que fortalecerá su imagen e incrementará el nivel de confianza que deposita la comunidad en esta institución.
- **Comunidad en general:** que recibirá un servicio de mayor calidad, para sus familiares y para aquellos asilados geriátricos que lo reciben directamente.

Impacto Social

El presente proyecto trascenderá en el Hospicio “Corazón de Jesús” y en la comunidad, porque el personal de Enfermería podrá conocer la importancia del buen cuidado del asilado geriátrico, para evitar la aparición de úlceras por decúbito dorsal lateral o coxígea que puedan complicar su salud, mejorando la calidad de vida de los pacientes adultos mayores y de sus familiares que forman parte de la comunidad.

Visión

Que el programa educativo se difunda en las demás Salas del Hospicio “Corazón de Jesús” y se prevenga de manera efectiva en el futuro, cualquier tipo de úlcera decúbito dorsal lateral o coxígea o en otra parte del cuerpo que pueda lesionar el cuerpo de un asilado geriátrico.

Misión

Incrementar el nivel de conocimiento del personal de enfermería para que pueda prevenir de manera eficiente la aparición de úlcera decúbito dorsal lateral o coxígea, que padecen actualmente los asilados geriátricos, mejorando la calidad de la atención al usuario.

Política

El “Programa educativo para prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea en asilados geriátricos” quedará establecido en el Hospicio “Corazón de Jesús” para ejecutarlo siempre, y será difundido, al personal de Enfermería de todas las áreas, a través de la capacitación, de folletos y trípticos.

CONCLUSIONES

La encuesta realizada al personal de enfermería de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio", determinó que no han recibido la capacitación necesaria para cumplir eficientemente con el cuidado de los asilados geriátricos, en especial, en lo concerniente a la prevención de úlceras por presión. Mediante la tabla de observación se ha podido apreciar que la mayoría del personal de enfermería de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" incumple los procedimientos adscritos a las intervenciones de enfermería para la prevención de úlceras por presión en asilados geriátricos inmovilizados, motivo por el cual ocurren las frecuentes úlceras por decúbito que aparecen en la dermis de dichos adultos mayores. De esta manera se ha comprobado que la hipótesis que relacionaba las variables del déficit en la prevención de úlceras por presión y la falta de capacitación para proporcionar el cuidado de los asilados geriátricos, es verdadera. La solución propuesta para mejorar la calidad de atención al usuario del servicio, se refiere a la implementación de un programa educativo dirigido al personal de enfermería para prevenir la aparición de úlcera por decúbito dorsal o lateral en el cuerpo de los asilados geriátricos inmovilizados en las camas de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús". Con la propuesta en marcha, se podrá mejorar la calidad del servicio, reducir la frecuencia de ocurrencia de úlceras decúbito dorsal o lateral en la piel de los asilados geriátricos reduciendo costos en la atención proporcionada y evitando mayores sufrimientos a los adultos mayores que se encuentran en delicado estado de salud, con una incidencia favorable para los familiares de los asilados y de la comunidad en general.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al Hospicio “Corazón de Jesús”:

- Mejorar la valoración de los asilados geriátricos para identificar a aquellos que presentan mayores riesgos de contraer úlceras por presión.
- Ofrecer todas las facilidades para que el personal de enfermería se instruya y capacite en la práctica correcta del cuidado a los asilados geriátricos inmovilizados y evitar la aparición de úlceras por decúbito dorsal o lateral, en su cuerpo.
- Tener a disposición todos los recursos materiales y tecnológicos para ofrecer un servicio de calidad al usuario del servicio.

Se recomienda al personal de Enfermería:

- Realizar de manera correcta y oportuna las intervenciones para los asilados geriátricos inmovilizados que presentan alto riesgo de contraer úlceras por presión, para evitar su aparición.
- Poner en práctica todos los conocimientos adquiridos con el programa educativo para que pueda cumplirse la misión de proporcionar una atención de calidad al usuario del servicio y satisfacer las expectativas de la comunidad en general.

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio Ezcurra A, Llor Gutiérrez L, García Aguilar JF, Cases López LM, GarcíaÚlcera por presión. *Enferm Científ* 1997; (180-181): 11-15.

Artieda González-Granda C, Arribas Blanco JM. Manual de sugerencias en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión dirigido a enfermería. Madrid:

Jarpyo, 1996. Bergstrom N et al. Guía clínica práctica. Tratamiento de las úlceras por Presión. Madrid: Drug Farma, 1996.

Carreras Ferrer M, Sagrisa Vilá A, Serra Perucho N. Manual de sugerencias para la cicatrización de úlceras vasculares. Madrid: Jarpyo, 1995.

Carreras Viñas M, Caramés Bouzón J. Manual para iniciar un programa de Calidad de Cuidados de Enfermería. Coruña: Fundación Juan Canalejo, 1998.

Chimizo Vega C, Martínez F, Suárez JE, Fernández E, González O, Magdalena V,

Noriega C, Oltra E, Torner M. Consenso de los profesionales sanitarios asturianos ante la problemática de las úlceras por presión. *Gerokomos* 1998; 9 (4): 51-57.

Colina J. Atención de Enfermería a pacientes con úlcera por presión. *Rev Rol Enferm*, 1989; (113): 41-52.

DuGas B (2000). Tratado de Enfermería Práctica. México: Interamericana, 1986.

Escobar Bravo M. Úlceras por presión en atención primaria. Frecuencia y características. Rev Rol Enferm, 1998; (237): 55-58.

Fernández Narváez P Vallés Fernández MJ. Úlceras por presión. Evaluación de un protocolo. Rev Rol Enferm 1997; (225): 73-78.

Fraga M, Raña C, Martínez E, Fernández ML, García Y, Ausin M, Pérez S. Protocolo de prevención, tratamiento y derivación de úlceras por presión. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Área Sanitaria Coruña. 1.998

Grupo de Enfermería del ICS. Úlceras por presión: método de consenso como estrategia de mejora de la calidad asistencial. Enferm Clín 8: 24-29.

Grupo de Trabajo sobre úlceras. Alonso Gómez A et al. Guía de Tratamientos para la curación de úlceras de piel. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Oeste.

Valladolid 2.000. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión

(GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Arnedillo, 1998.

Martorell A, Callejas JM^a. Insuficiencia venosa de extremidades inferiores. Madrid.

Jarpyo, 1997. Masachs Fatjó E. Educación Sanitaria en la prevención de las úlceras por presión. Gerokomos/Helcos 1998; 9 (1): 7-10.

Quiralte C, Martínez RM, Fernández C. Estudio de validez de criterio de la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos. Enferm Clín 1998; 8: 151- 155.

Saura Llamas J, Saturno Hernández P, Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Aten Primaria, 1996; 18: 91-96.

Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. Ann Inten Med 1995; 123 (6): 433- 442.

Soldevilla Agreda J. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Madrid: Garsi, 1994.

Tomás Vidal A. Paciente encamado. Rev Rol Enferm. 1993; (177): 59-62.

Torra Bou JE. Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en medio ambiente húmedo dirigido a enfermería. Madrid: Jarpyo, 1997. 23

Torra Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. Rev Rol Enferm 1997; (224): 23-30.

Torra Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión o el peligro de una nueva Torre de Babel. Rev Rol Enferm 1998; (238): 75-88.

Torres de Castro OG, Galindo Carlos A, Torra Bou JE. Manual de sugerencias en el manejo de úlceras cutáneas crónicas infectadas. Madrid: Jarpyo, 1997.

Guía Práctica para la Elaboración de Protocolos. Sofos (Programa Educativo)

Convatec S.A. Guía Práctica para la Elaboración de un Protocolo de Úlceras por Presión. Sofos

(Programa Educativo) Convatec S.A. Manual para el cuidado de úlceras vasculares. Sofos, Convatec S.A.

Manual para el cuidado de úlceras por presión. Sofos, Convatec S.A.

Protocolo de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. Hospital "Juan Canalejo". A Coruña.

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

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado al personal de enfermería, que labora en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio" del Hospicio "Corazón de Jesús" durante el periodo de enero, febrero, marzo y abril del 2010.

Objetivo: Obtener información de manera confidencial sobre las intervenciones de enfermería a los asilados geriátricos, para la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea.

1. ¿Cuántas pacientes geriátricas han presentado úlceras en las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio", durante el periodo de enero, febrero, marzo y abril del 2010?

< 25% 25% al 50% >50%

2. ¿Cuál es la principal área del cuerpo, donde se presentan las úlceras en los huéspedes geriátricos de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio"?

Región sacro coxígea Calcáneo Omóplato Codos Otros

3. ¿Cree usted que los adultos mayores tienen más probabilidades de lesionar su piel con el encamamiento permanente?

Si No No Sabe

4. ¿Cuál cree usted que es el factor que más influye en los pacientes adultos mayores para la formación de úlceras por presión?

Falta de personal Falta de tiempo Falta de recursos
Exceso de pacientes Otras Todas las anteriores

5. ¿Cree usted que las Salas tiene los suficientes recursos para brindar una atención de enfermería de calidad?

Si

No

6. ¿Realiza usted los cambios posturales a los pacientes encamados?

Si

No

A veces

7. ¿Valora frecuentemente el estado de la piel de los usuarios, sobre todo en las prominencias óseas?

Si

No

A veces

8. ¿Ha recibido capacitación acerca de la prevención de úlceras por decúbito dorsal, lateral en lo concerniente al cuidado de asilados geriátricos?

Si

No

No recuerda

9. ¿Hace cuánto tiempo recibió educación acerca de la prevención de úlceras por decúbito dorsal, lateral en lo concerniente al cuidado de asilados geriátricos?

Menos de un año 1 año 2 años Más de 2 años Nunca

10. Si tiene conocimiento acerca de la prevención de úlceras por decúbito dorsal o lateral en lo concerniente al cuidado de asilados geriátricos ¿en qué medida se encuentra dicho conocimiento?

Bastante

Normal

Poco

Nada

GRACIAS POR SU COLABORACION.

**VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ESCALA DE NORTON.**

Nombre del paciente: _____ Historia Clínica: _____

Número de cama: _____ Diagnóstico: _____

Fecha	Valor	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Estado Mental • Estupor • Confusión • Apatía • Alerta	1 2 3 4															
Continencia • Ausencia de control • Mínimamente controlada • Generalmente controlada • Control normal	1 2 3 4															
Movilidad • Inmóvil • Muy limitada • Limitación ligera • Completa	1 2 3 4															
Actividad • Encamado • Cama – silla • Camina con ayuda • Ambulatorio	1 2 3 4															
Nutrición • Por sonda • Solo bocados de c/comida • Deja mitad de c/comida • Come todo	1 2 3 4															
Total Riesgo • 5 a 10: Alto • 11 a 15: Mediano • 16 a 20: Bajo																

(M) mañana

(T) Tarde

(N) Noche

PLAN ADMINISTRATIVO FINANCIERO.

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO
Papel bond	500	\$ 6.00
Carpetas	10	10.00
Copias	150	15.00
Internet en horas	150	10.00
Impresiones	100	20.00
Esferógrafos	6	4.00
Viáticos por 3 meses		350.00
TOTAL		\$ 415.00

RECURSOS HUMANOS:

- Médico Jefe de la Sala.
- Licenciados/as de la Sala.
- Auxiliares de Enfermería.
- Ayudantes de Enfermería.
- Trabajadora Social.
- Familiares de Pacientes.
- Pacientes.
- Encuestador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nombre: María Del Carmen Carrillo Escalante.

Tema: Cuidados de enfermería para prevenir úlceras en adultos mayores asilados en el Hospicio "Del Corazón de Jesús".

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR
ELABORACION DE CRONOGRAMA	→			
REUNION CON TUTORA/TESIS	→			
INVESTIGACION DEL TEMA	→			
REVICION BIBLIOGRAFICA	→			
ELABORACION DE TEMA	→			
ELABORACION DE INTRODUCCION	→			
ELABORACION/ CONTENIDO	→			
REVICION DE CONTENIDO DEL TEMA POR PARTE DE TUTORIA	→			
ELABORACION/ ENCUESTA	→			
ELABORACION/ ESTADISTICA DE LAS ENCUESTAS	→			

PROGRAMA EDUCATIVO PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERA DECÚBITO EN ASILADOS POSTRADOS

PLAN DE CHARLA No. 1

Tema: Aspectos Generales de las Úlceras por Presión.

Objetivo: Determinar la incidencia de las úlceras decúbitos dorsal lateral o sacro, en el adulto mayor.

Participantes: 2 Licencia de Enfermería y 12 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
02/03/2010	08h30 - 10h00	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• Generalidades.• Definición.• Definición de prevención.• Objetivos.• Patogenia / causas.• Grupos de riesgo.• Otras causas de riesgo de desarrollo.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.

PLAN DE CHARLA No. 2

Tema: Valoración del paciente con potencial riesgo de contraer úlceras por presión.

Objetivo: Identificar el nivel de riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor postrado mediante la aplicación de la escala de Norton.

Participantes: 2 Licencia de Enfermería y 12 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
16/03/2010	08h30 – 10h00	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• El Método de la Escala de Norton.• Escala de valoración de riesgo UPP.• Directrices generales sobre prevención de úlceras por presión.• Valoración del riesgo.• Cuidados específicos.• Cuidados generales.• Educación.• Localizaciones.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.

PLAN DE CHARLA No. 3

Tema: Material y método de prevención de UPP.

Objetivo: Conocer los materiales y métodos necesarios para la prevención de úlceras por presión.

Participantes: 2 Licencia de Enfermería y 12 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
23/03/2010	08h30 - 10h00	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• Métodos de prevención.• Diagnóstico de Enfermería (NANDA).• Clasificación por grados.• Tratamiento Preventivo.• Tratamiento Preventivo Loco - Regional.• Material necesario.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.

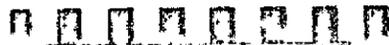
PLAN DE CHARLA No. 4

Tema: Plan de cuidados para UPP.

Objetivo: Conocer las principales estrategias de intervención para asilados postrados afectados por úlceras por presión y para su prevención.

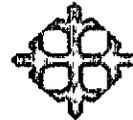
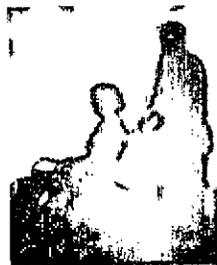
Participantes: 2 Licencia de Enfermería y 12 Auxiliares de Enfermería.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
30/03/2010	08h30 - 10h00	1 hora y media	<ul style="list-style-type: none">• Complicaciones.• Evaluación.• Indicadores.• Cuidados generales.• Cuidados de la úlcera.• Desbridamiento quirúrgico.• Desbridamiento químico.• Desbridamiento autolítico.• Desbridamiento mecánico.• Limpieza de la lesión.• Elección de un apósito.• Tratamiento coadyuvante.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.• Taller práctico.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación con pacientes y cuidadores.



INTERVENCIONES
DE ENFERMERIA

- Cambio de posición frecuente
- Uso de materiales blandos para acolchar sillas de rueda y camas, con el fin de reducir la presión.
- Proporcionar cuidados adecuados de la piel, manteniéndola limpia y seca.
- Eliminar la presión en la zona afectada.



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

MARIA DEL CARMEN
CARRILLO
INTERNA DE ENFERMERIA
ESCUELA SAN VICENTE DE
PAUL



PREVENCIÓN
DE ÚLCERAS
POR PRESIÓN

INTERVENCIONES
DE ENFERMERIA



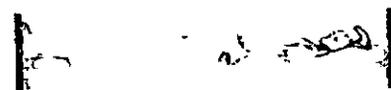
UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

ÚLCERAS POR PRESIÓN



Por qué se produce una úlcera por presión?

Las úlceras por presión se producen cuando se interrumpe la irrigación sanguínea a la piel por más de dos a tres horas. A medida que la piel se deteriora, se forma la úlcera, que primero se presenta como una zona enrojecida y dolorosa



PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Cambios de posición frecuente

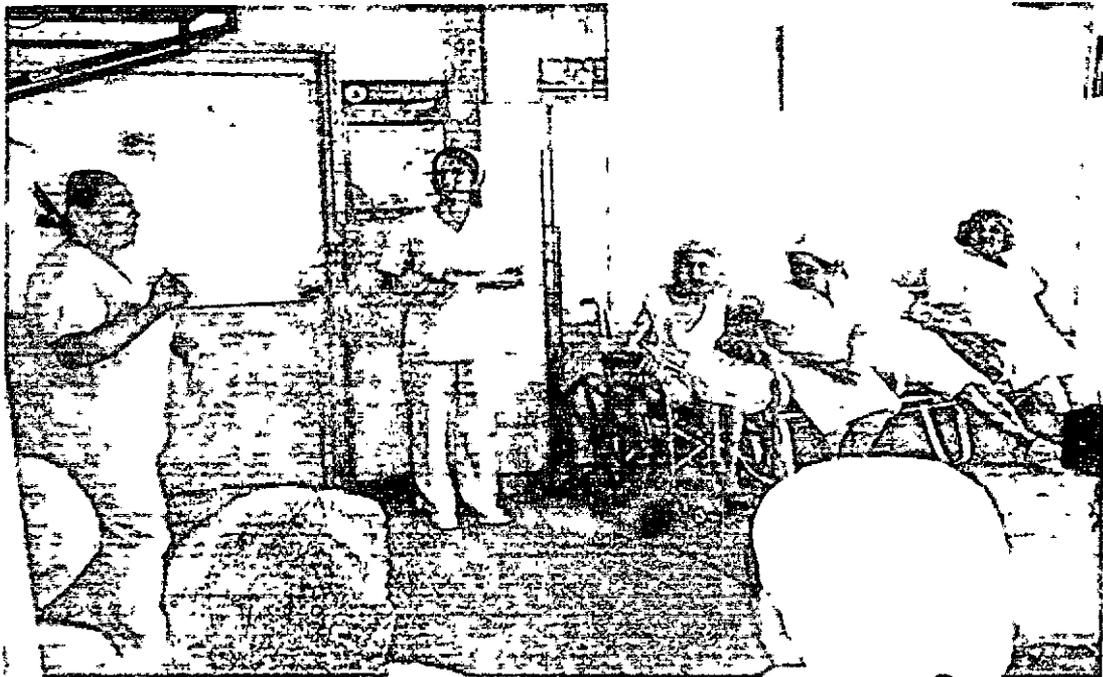
Proporcionar cuidados adecuados de la piel

Uso de materiales blandos para acolchar



TRÍPTICO

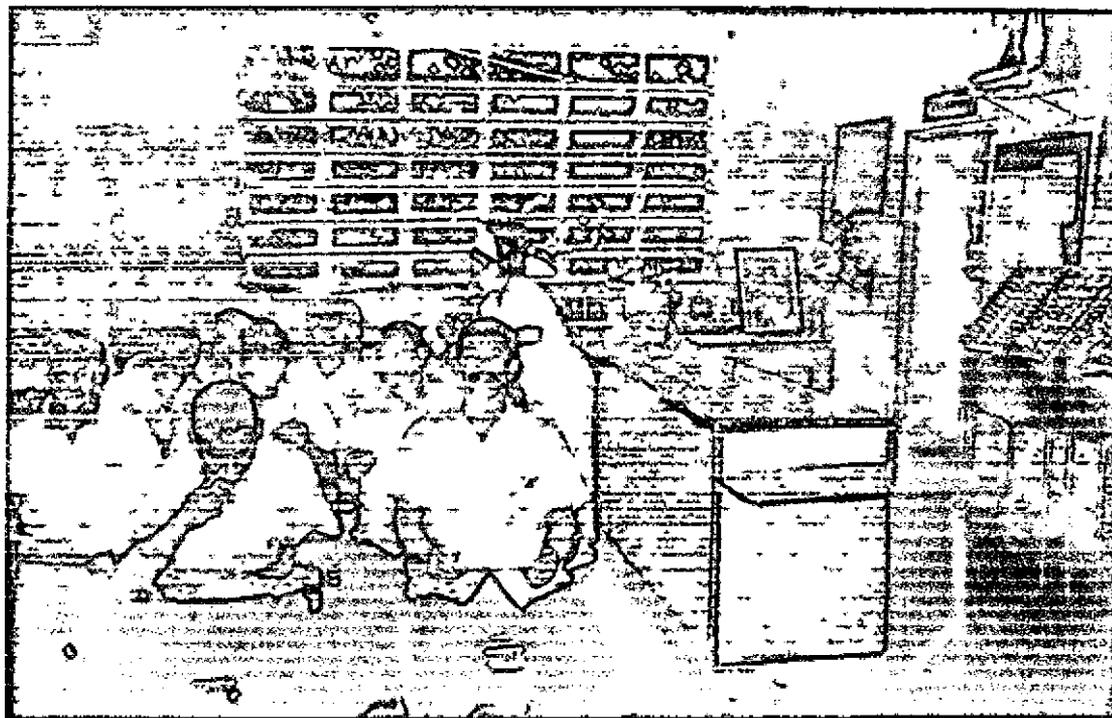
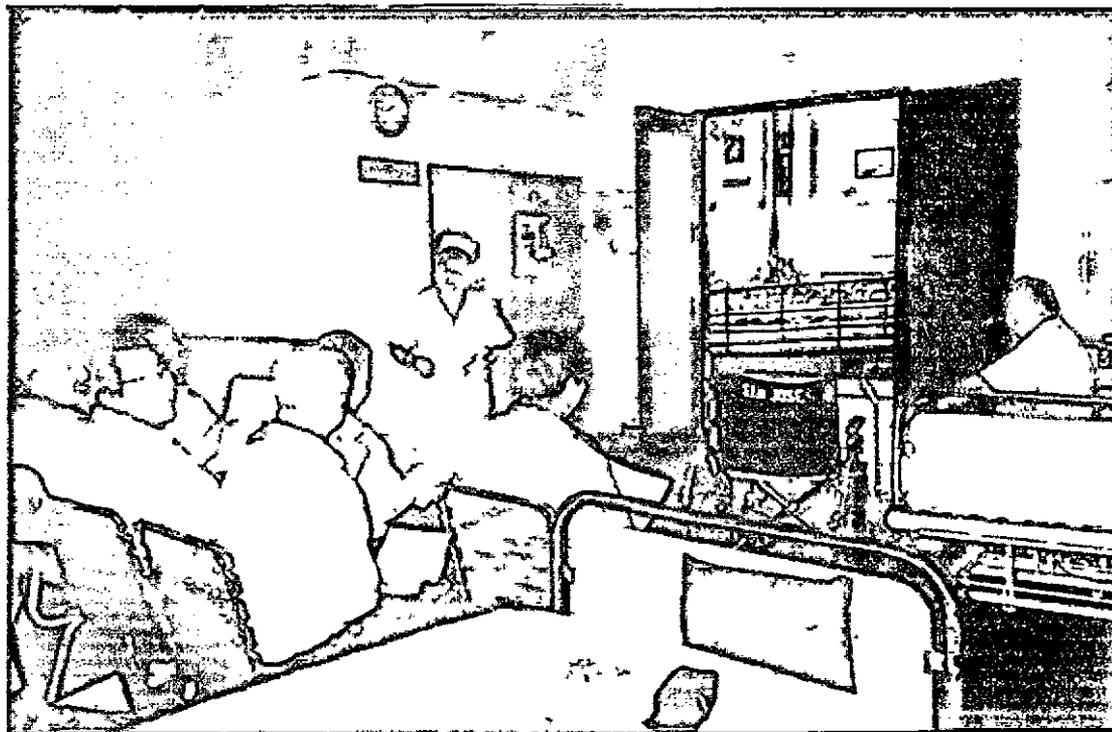
FOTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO



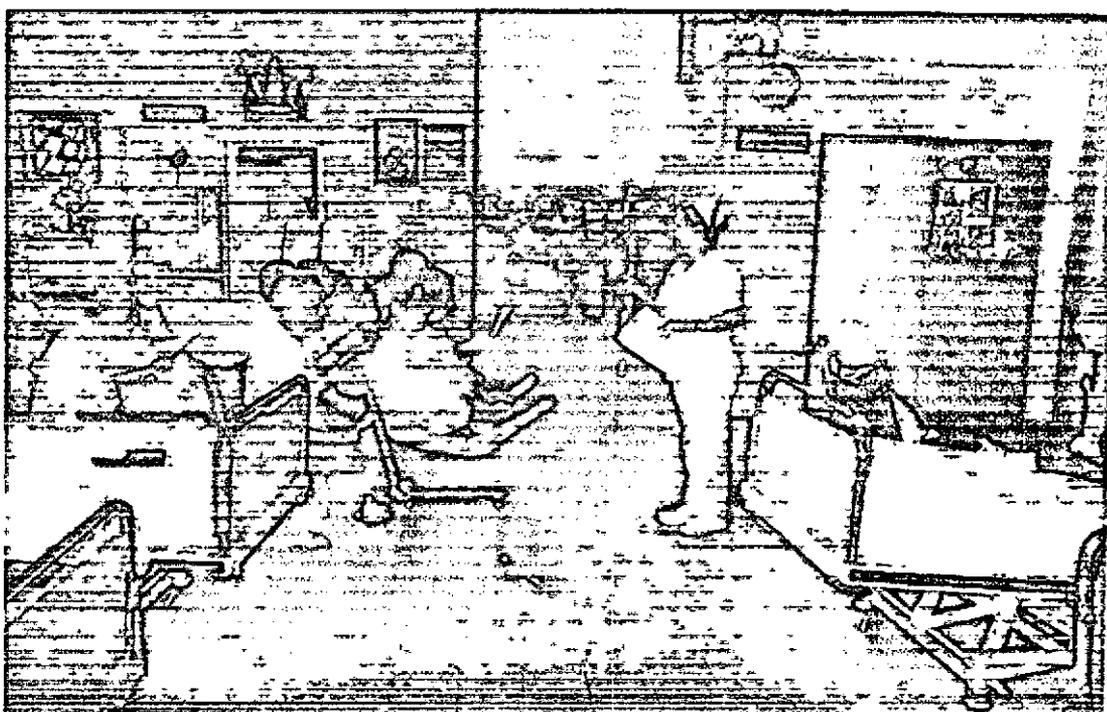
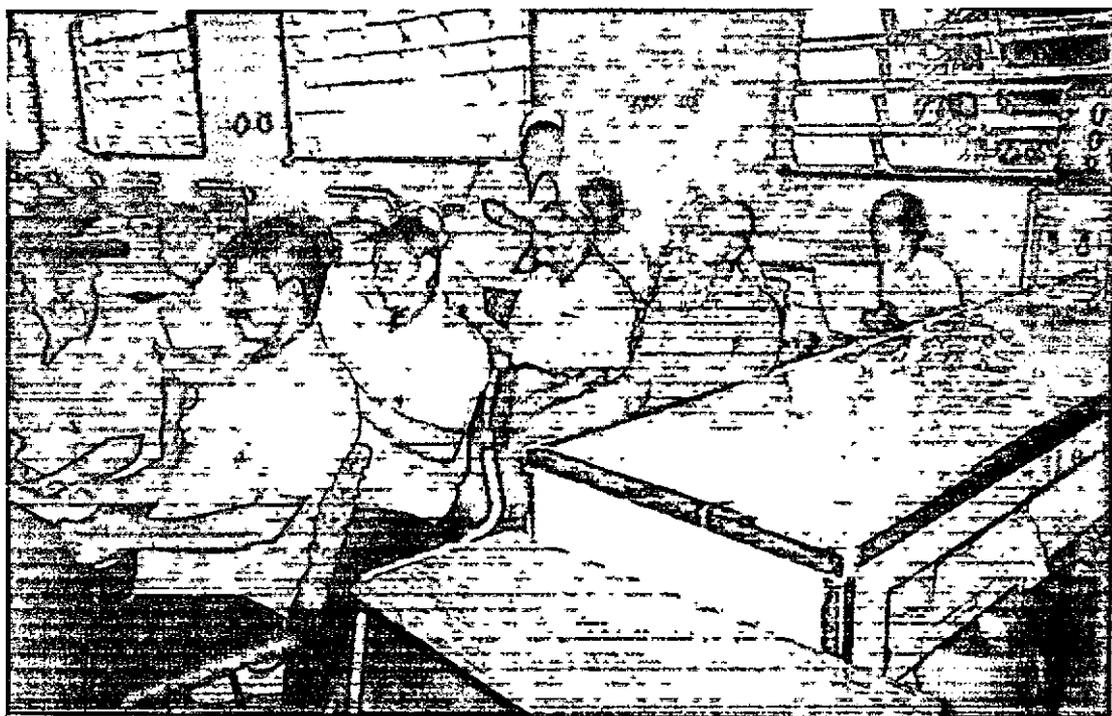
FOTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO



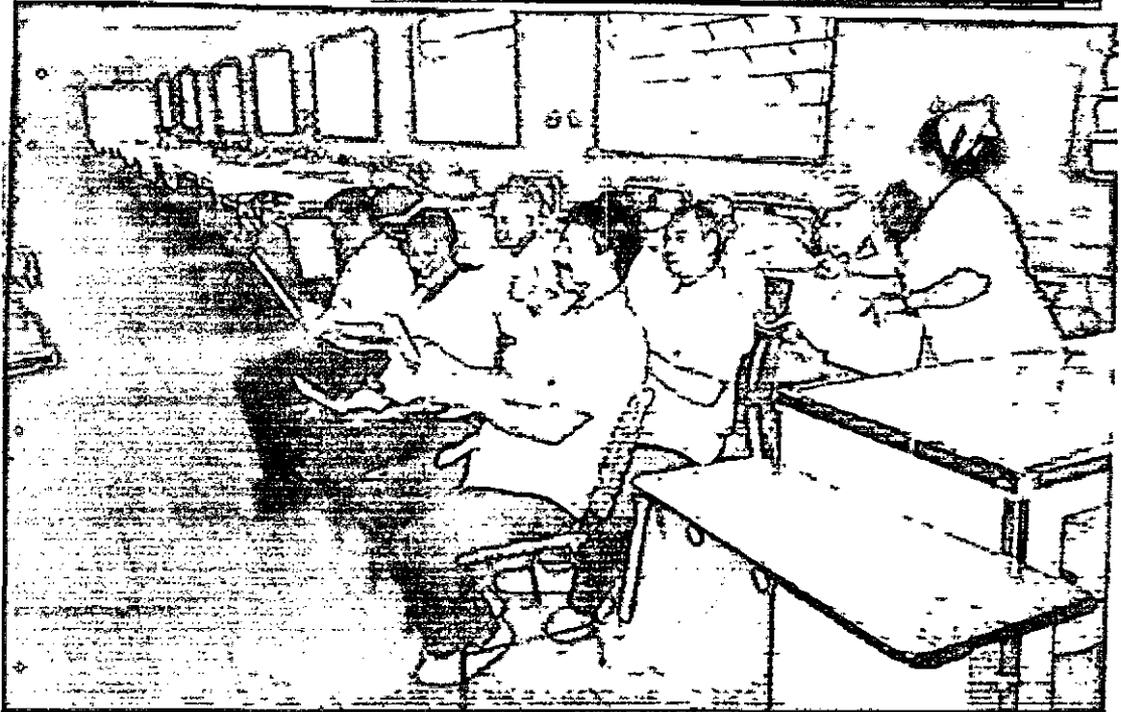
FOTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO



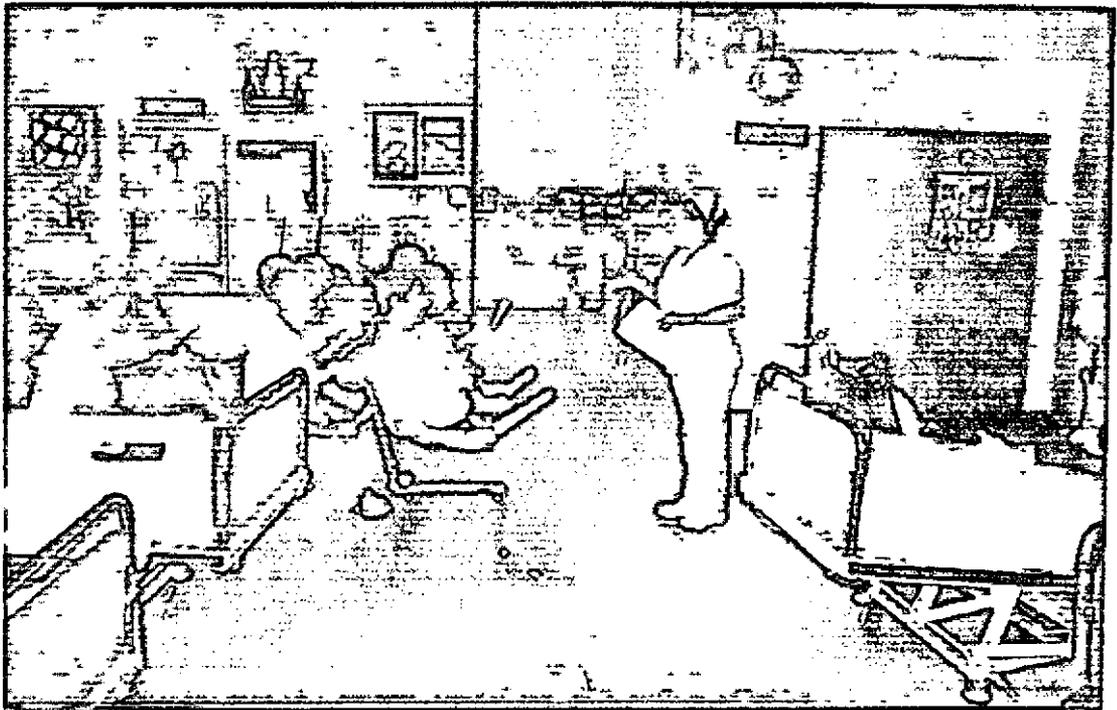
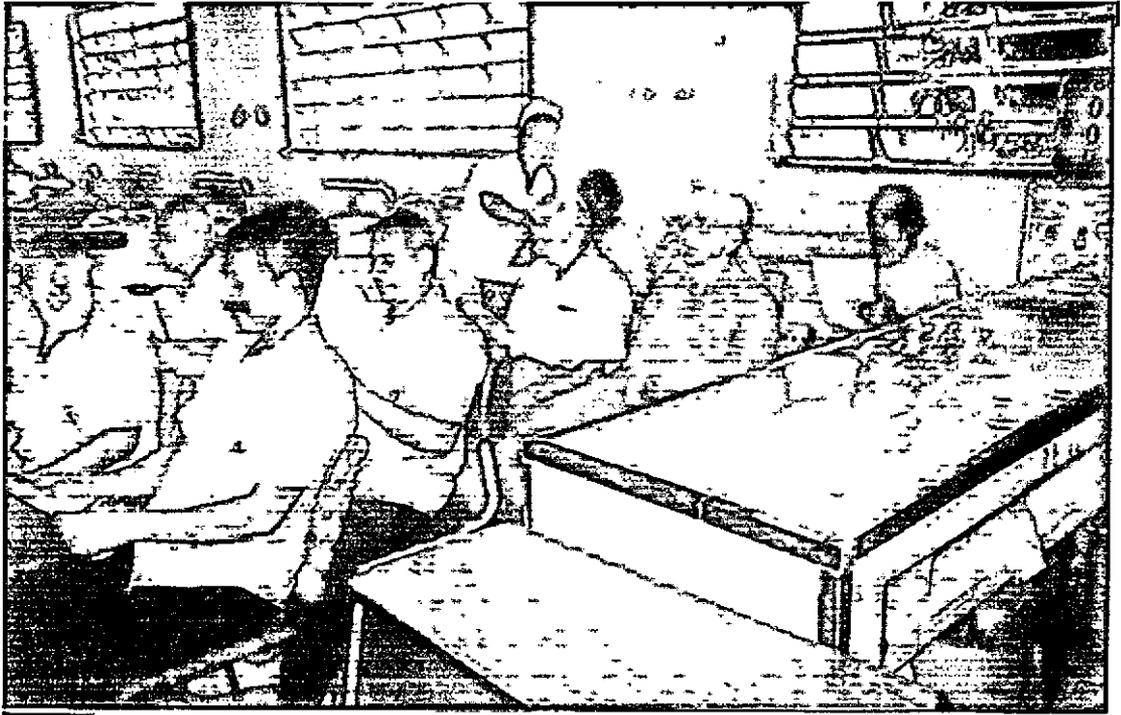
FOTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO



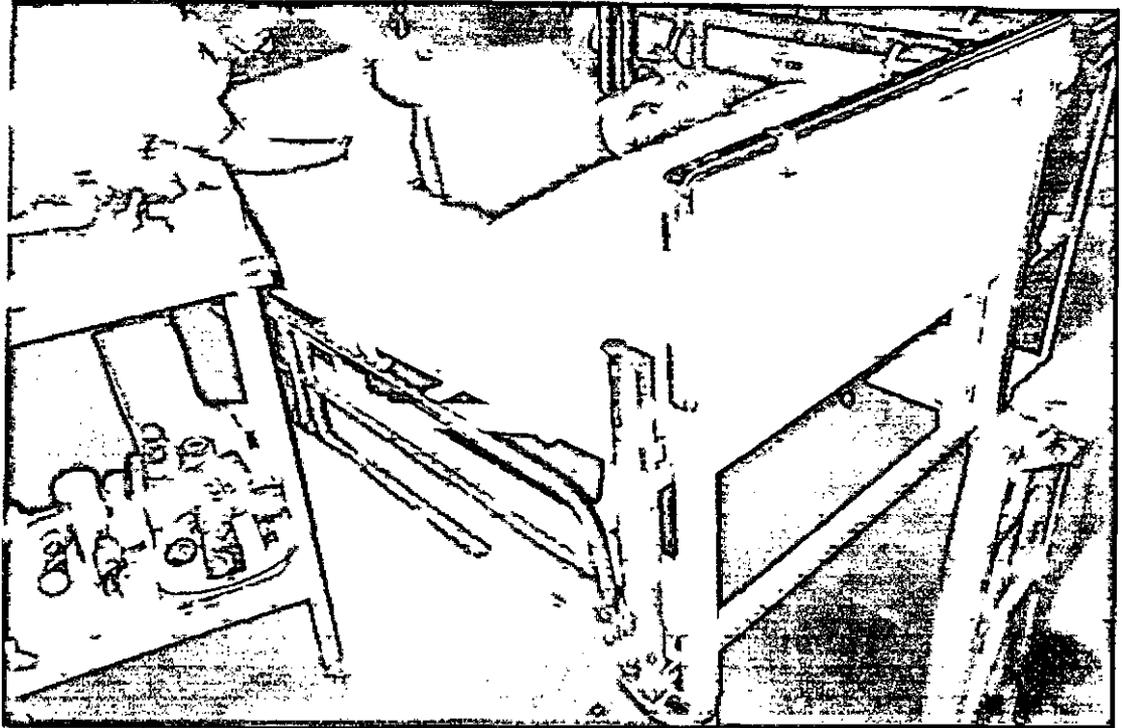
FOTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO



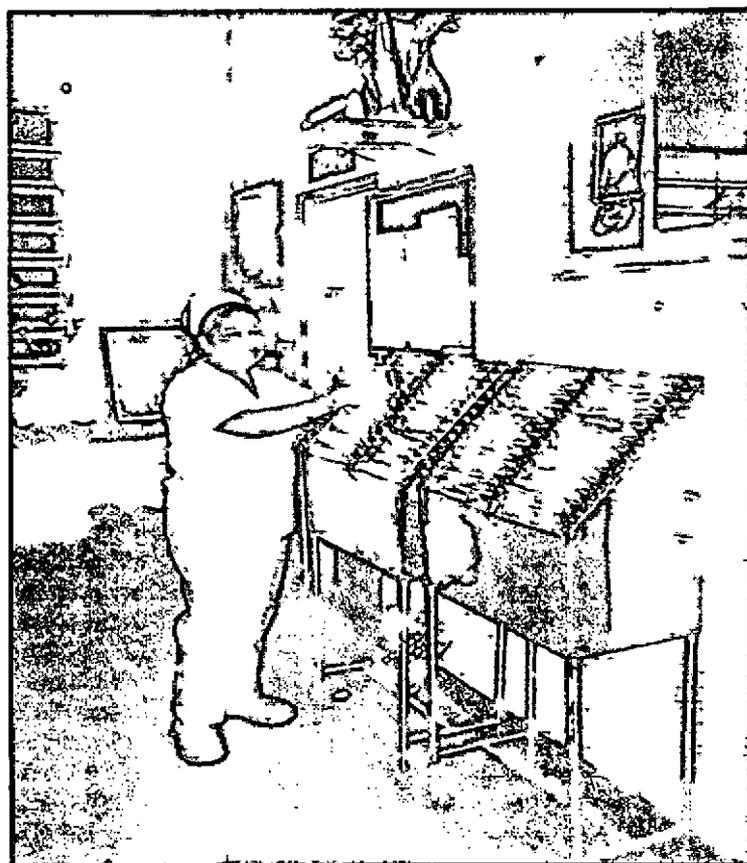
FOTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO



**FOTOS DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A ADULTOS
MAYORES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN**



**FOTOS DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A ADULTOS
MAYORES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN**



PROGRAMA EDUCATIVO
PARA PREVENCIÓN
DE ÚLCERAS DECÚBITO
EN PACIENTES GERIÁTICOS

PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Con mucha frecuencia, los pacientes geriátricos asilados en la Sala Santa Catalina del Hospicio "Corazón de Jesús", han presentado úlceras en diversas posiciones de sus cuerpos, siendo las principales las úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea y cadera, que denotan un claro déficit en el cuidado de la salud de dichas personas consideradas en un estado de alto riesgo, por encontrarse inmovilizados en una cama.

Con estos antecedentes, se ha planteado la propuesta de un programa educativo, que tenga el fin de prevenir las úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea en los pacientes geriátricos y mejorar la calidad de la atención a los usuarios del servicio que presta la institución.

OBJETIVOS

Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería en las técnicas apropiadas para la prevención de úlceras decúbito dorsal lateral o coxígea y de cadera en los pacientes geriátricos con valoración de alto riesgo, a través de la ejecución de un programa educativo que tenga el propósito principal de mejorar la calidad del servicio en la atención al usuario y a sus familiares.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA ÚLCERAS POR PRESIÓN

GENERALIDADES.

Las úlceras por decúbito dorsal lateral o coxígea (escaras) se definen como áreas localizadas de necrosis tisular que se desarrolla cuando un tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un período prolongado de tiempo. Esto compromete la circulación sanguínea de la zona con la consiguiente isquemia y daño tisular, provocando una solución de continuidad de la piel y necrosis subyacente, ambos factores favorecen la infección y con ello mayor daño local y riesgo de sepsis.

La inmovilización prolongada permanente o temporaria es más común en personas ancianas cuando se encuentran confinados a la cama en el hogar, hospital o unidad de cuidados intensivos. Puede ser secundaria a la administración de sedantes y bloqueantes neuromusculares (por ejemplo, pacientes intubados y ventilados), tracciones esqueléticas en pacientes traumatizados, déficit neurológicos, y debilidad general o fatiga.

Los pacientes que no son movilizados convenientemente desarrollan úlceras por decúbito dorsal lateral o coxígea, y las áreas más vulnerables son los tejidos que se encuentran sobre prominencias óseas. Se estima que el 95% de las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas. Por tal motivo su incidencia es utilizada como un indicador de calidad del cuidado que recibe.

DEFINICIÓN

Como podemos comprobar la definición de este tipo de lesiones que afectan al deterioro de la integridad cutánea, su causa o etiología

sencillamente lo encontramos como su propio nombre indica: "POR PRESIÓN. Presión externa que se ejerce constantemente sobre un tejido blando y sano, entre dos planos generalmente duros (colchón y prominencia ósea), esta presión media es superior a 32 mm de Hg, y que supera la presión capilar, por lo que provoca con ello un fracaso circulatorio periférico, una isquemia tisular y por consiguiente la famosa "placa negra o necrosis"

DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN

Es el conjunto de cuidados que planifica la enfermera/o para la no formación de úlceras por presión en pacientes con riesgo a desarrollarla.

OBJETIVOS:

- Mantener la integridad cutánea
- Disminuir o eliminar los factores de riesgo
- Educación del paciente, familia y a la Administración

PATOGENIA/CAUSAS:

- Aumento de la presión
- Fricción
- Humedad
- Cizallamiento

GRUPOS DE RIESGO:

Los dos grupos de mayor riesgo en padecer UPP son:

- Ancianos mayores de 70 años
- Asilados con lesión medular.

OTRAS CAUSAS DE RIESGO DESARROLLO:

- Pérdida motora y sensitiva (lesiones medulares, politraumatizados)
- Pacientes quirúrgicos principalmente de cirugía cardiaca
- Desnutrición proteica (albúmina sérica inferior a 3'8g.,
- indicativo de malnutrición, hemoglobina 8 -10g),
- deshidratado, hipo proteico
- Falta de vitamina C y de Zn.
- Pérdida del 5% de su peso
- Hipotensión arterial
- Fármacos sedantes y analgésicos (corticoides, citostáticos)
- Espasticidad y contracturas articulares, ver la rehabilitación
- Secuelas por psicofármacos por errores
- Enfermedades que producen secuelas metabólicas (diabetes,
- obesos)
- Anemias que provocan hipoxia tisular
- Incontinencia urinaria o fecal
- Malos cuidados por falta de higiene (humedad en la piel por el
- propio sudor)
- Pérdida elasticidad de la piel (ancianos)
- Deterioro del estado mental (neuroológicos)
- Apoyo nutricional (ver dentadura por masticación alimentos)
- Angulo de la cabeza no sea mayor de 30°
- No apoyar directamente sobre trocánter
- Calor 1° = 10% de necesidades metabólicas

CAPÍTULO II

VALORACIÓN DEL PACIENTE CON POTENCIAL RIESGO DE CONTRAER ÚLCERAS POR PRESIÓN

EL MÉTODO DE LA ESCALA DE NORTON.

Las úlceras por presión representan una condición frecuente de morbimortalidad en los servicios de medicina, en especial en el paciente adulto mayor. Establecer la incidencia y el nivel de riesgo a través de las escalas de valoración, permite elaborar estrategias preventivas que optimizan calidad del cuidado de enfermería y recursos. Se enfatiza que el trabajo de enfermería es en primera intención preventiva, pero en los servicios de hospitalización no se valora el nivel de riesgo para las úlceras por presión en especial en el adulto mayor. La aplicación de la escala de NORTON permite identificar el nivel de riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor en el momento del ingreso.

La evaluación inicial para detectar a los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión mayores de 60 años, es el primer paso en la prevención. La aplicación de la escala de NORTON permite valorar el nivel de riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado desde el momento del ingreso al servicio, así mismo se hará un seguimiento para determinar con exactitud la incidencia de las úlceras por presión y su relación con el nivel de riesgo.

ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO UPP

La escala de valoración de Norton en la que a través de una puntuación por cada uno de los criterios reflejados se obtiene una cifra que nos indica si un paciente es de riesgo mínimo (15 a 20 puntos), el paciente de riesgo

evidente (12 a 14 puntos) y el paciente de alto riesgo y que con toda seguridad desarrollará una úlcera por presión (por debajo de los 12 puntos).

Esta escala valora al paciente:

- Al ingreso.
- A la semana.
- Según el nivel de riesgo o variabilidad en su estado de salud, se puede realizar cada 24 horas.

ESCALA DE VALORACION DE NORTON:					Valor
Estado físico	Incontinencia	Movilidad	Actividad	Es. mental	
Bueno	No	Completa	Deambula	Alerta	4
Aceptable	Ocasional	Algo limita	Con ayuda	Apático	3
Deficiente	Habitual	Muy limita	Silla ruedas	Confuso	2
Muy deficiente	Doble	Inmóvil	Encamado	Estupor	1

Riesgo mínimo	15 a 20
Riesgo evidente	12 a 14
Alto riesgo	Inferior a 12

DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

VALORACIÓN DEL RIESGO:

- 1) Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- 2) Elija y utilice un método de valoración de riesgo.

- 3) Identifique los factores de riesgo.
- 4) Registre sus actividades y resultados. Evalúe.

CUIDADOS ESPECÍFICOS.

Piel:

- Examine el estado de la piel a diario.
- Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción.
- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (poliuretano, hidrocoloides,...)
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.

Incontinencia:

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

Movilización:

- Elabore un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.
- Realice cambios posturales:

- Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- En períodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias si puede realizarlo autónomamente, enséñele a moverse cada quince minutos.
- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre si.
- Evite el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, lo sobrepase los 30 grados.
- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- No utilice flotadores.
- Use dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc.
- Sólo es un material complementario No sustituye a la movilización.

CUIDADOS GENERALES:

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

EDUCACIÓN

- Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.

- Desarrolle un programa de educación para prevenir úlceras por presión que sea:
- Organizado, estructurado y comprensible.
- Dirigida a todos los niveles: pacientes, familia, cuidadores, gestores, y,
- Que incluyan mecanismos de evaluación sobre la eficiencia.

LOCALIZACIONES:

Supino:

- Sacras 36%
- Talones 30%
- Ángulo inferior escápula
- Vértebras
- Codos
- Occipital

Lateral costado:

- Costillas
- Temporal y orejas
- Hombro
- Isquion
- Cresta iliaca
- Rodilla (cóndilos)
- Trocánter
- Maléolos externos
- Bordes Ext. e int. del pie
- Temporal

Prono:

- Mentón
- Proceso acromial
- Mamas
- Genitales
- Rodillas
- Dedos de los pies
- Brazos
- Nariz
- Esternón
- Mejilla/oído

Otras localizaciones por:

- Sonda uretral /nasogástrica
- férulas / escayolas
- Gafas / mascarilla para oxigenoterapia
- Prótesis
- Zonas de sujeción

Paraplégicos en silla de ruedas presentan úlceras esquiáles.

emaciación), alteración del estado metabólico, alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad, alteración de la pigmentación, prominencia esquelética, factores de desarrollo, déficit inmunológico, alteraciones en la turgencia.

- Deterioro de la integridad hística: (Grados III y IV) déficit integridad tisular. Estado en el que un individuo experimenta lesión de tejidos (membrana mucosa, córnea, intergumentario o subcutáneo):
 - Características definitorias principales.
 - Lesión o destrucción de los tejidos.
 - Factores relacionados/contribuyentes.

Alteración de la circulación, déficit/exceso nutricional; déficit/exceso de líquidos, déficit de conocimientos; deterioro de la movilidad física; irritantes químicos (incluyendo la excreciones y secreciones corporales y los medicamentos); irritantes térmicos (temperatura extrema), irritantes mecánicos (presión, deslizamiento, fricción); radiación (incluyendo la terapéutica).

CLASIFICACIÓN POR GRADOS:

Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel:

- I. Piel eritematosa o indurada que habitualmente recubre una prominencia ósea y no desaparece a la vitropresión.
- II. Flictenas y ulceración superficial se extienden hasta el tejido celular subcutáneo, afectación de epidermis y dermis.
- III. Hasta tejido muscular y que generalmente dan lugar a una úlcera cavitada.
- IV. Hasta el hueso, son extensas, afectan a articulaciones, tendones, etc. y cavidades del organismo.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

El tratamiento preventivo se divide en dos apartados:

- a) Sistémico, regulando la mala nutrición y posibles disfunciones metabólicas (tratamiento facultativo).
- b) Loca-regional, eliminando las presiones, las fricciones, cizallamiento, la humedad y posibles causas que puedan desarrollar una UPP.

TRATAMIENTO PREVENTIVO LOCO-REGIONAL

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente. En el 95% de los casos puede ser eficaz.
- Registrar el estado de la piel al ingreso y posteriormente a diario (limpia y seca).
- Vigilar la piel, color, calor local, elasticidad, vascularización, temperatura, hidratación.
- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración (pliegues cutáneos), el drenaje de la herida y la incontinencia fecal o urinaria.
- En caso de incontinencia fecal continua, colocar tapón anal de contención.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede cambios posturales cada 2 horas si procede o cada 4 horas por la noche.
- Cambios posturales y movimientos deben de ser con cuidado para evitar lesiones en la piel frágil, evitando cizallamiento y fricciones.
- No formar el cabezal de la cama un ángulo superior a los 30°

- Pacientes en silla de ruedas ayudar al cambio cada 15 minutos y dejar caer el peso corporal sobre los muslos.
- Colocar el programa de cambios posturales en el pie de la cama o en los controles de enfermería si procede.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al realizar los cambios posturales al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posiciones correctas y ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales si procede.
- Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Hidratación de la piel seca, intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
- Aplicar protectores para los codos, talones, occipital si procede.
- Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente.
- Controlar la morbilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso, ingesta de líquidos.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel.
- Control de infecciones.
- Controles en analíticas de, hemograma, proteinograma.
- Proporcionar asistente social o fisioterapeuta.

MATERIAL NECESARIO:

- Colchones de presión alterna.
- Colchones de agua, silicona, látex o poliuretanos.

- Grúas para movilización pacientes.
- Taloneras de distinto tipo.
- Piel de cordero.
- Cojines de látex y silicona.
- Productos hidratantes.
- Apósitos de protección.
- Ácidos grasos hiperoxigenados.
- Mesa de quirófanos de riesgo almohadilla de polímeros gelificada reduce en un 11% la incidencia.

Todo protocolo estará registrado en las hojas de enfermería, adjunta a la historia clínica del paciente, o por mediación de la red informática, en una base de datos específica para la prevención y cuidados de las úlceras y heridas para así poder evaluar la actuación y resultados de los cuidados de enfermería.

CAPÍTULO IV

PLAN DE CUIDADOS

Como resumen ante el riesgo del deterioro de la Integridad Cutánea:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de la herida y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- Cambios posturales cada 2 horas, poner el cuadro de cambios en control de enfermería o a pie de cama.
- Cambios posturales y movimientos deben de ser con cuidado para evitar lesiones en la piel frágil.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día y evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión.
- Vigilar fuentes de presión y fricción aplicar protectores en codos y talones
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin pliegues.
- Utilizar camas y colchones para el alivio de la presión, especiales para la prevención.
- Utilizar mecanismos en las camas para protección de los pacientes (barandillas).
- Proporcionar un trapecio para ayuda en los cambios posturales.
- Evitar mecanismos tipo flotadores para proteger el sacro.
- Humedecer e hidratar la piel seca e intacta.

- Evitar el agua muy caliente y utilizar jabones neutros.
- Controlar la morbilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una excelente nutrición, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.
- Control de patologías de alto riesgo para el desarrollo de UPP en pacientes encamados.
- Educar a los miembros de la familia y cuidadores a vigilar si hay signos de ruptura de la piel. Tratamiento local de las úlceras si las hay al ingreso y evitar nuevas ulceraciones y posibles complicaciones o infecciones.
- Controlar el plan de cuidados.

COMPLICACIONES

Las UPP no son simplemente unas lesiones que se le originan al paciente. Son lesiones que se originan por una mala praxis profesional y que su resolución no siempre es fácil e incluso pueden llegar a comprometer la vida de los pacientes, como es el caso de las siguientes complicaciones:

- Infección: Fiebre, leucocitosis, inflamación e induración perilesional, aumento del exudado y mal olor. Es recomendable el hacer una biopsia profunda o punción aspiración para cultivo y antibiograma, se considera infección si supera 100.000 bacterias por gramo de tejido.
- Osteomielitis: En UPP profundas, radiografía dan positivo en la afectación, la biopsia de hueso es lo más fiable para el diagnóstico.
- Bacteriemia: Es rara pero en el 50% de los casos es mortal en mayores de 60 años y en la mayoría de los casos es polimicrobiana.
- Amiloidosis: En úlceras de larga evolución, hay presente una afectación renal.

RESUMEN

- Las UPP son caras para el sistema sanitario.

- Las UPP generan largas estancias hospitalarias.
- Las UPP reducen la calidad de vida del paciente.
- Las UPP son causa directa o indirecta de la morbilidad.
- Las UPP generan más trabajo al personal de enfermería.
- Generalmente deben transmitir un sentimiento de culpabilidad.
- Por lo general, las medidas que se ponen como prevención ante las úlceras por presión, suelen aplicarse en el momento en que se detectan los signos de lesión de I ó II grado y no antes.
- El 95% de las UPP pueden evitarse (*).
- Jurisprudencia en demandas judiciales por baja calidad asistencial.
- Son indicadores de la calidad asistencial.

EVALUACIÓN

Los indicadores se evaluarán anualmente, previa determinación de los objetivos de distintas áreas y unidades de hospitalización. El objetivo: será determinar el número de pacientes de riesgo de padecer UPP.

INDICADORES:

Nº de pacientes con riesgo de UPP valorados con Escala de Norton modificada

----- X 100

Nº total de pacientes valorados con Escala de Norton modificada

Objetivo: Determinar el número de pacientes de riesgo y no riesgo que desarrollan úlceras durante su estancia hospitalaria.

INDICADORES:

Nº de pacientes de riesgo que presentan úlceras.

----- x 100

Total de pacientes de riesgo

Nº de pacientes de no riesgo que presentan UPP

----- x 100

Total de pacientes de no riesgo

Objetivo: Determinar el número de pacientes que presentan upp previo al ingreso

INDICADORES:

Nº de pacientes que ingresan en unidad de hospitalización con UPP

----- x 100

Nº total de pacientes que ingresan en la unidad de hospitalización

CUIDADOS GENERALES

Prevención de nuevas lesiones por presión

Se reconoce un mayor riesgo de desarrollar nuevas úlceras por presión en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron alguna e estas lesiones.

Por toda ello será necesario continuar, aún con mayor énfasis con toda el programa de prevención aludido (Directrices Generales de Prevención sobre las Úlceras par Presión del GNEAUPP).

Soporte nutricional

La nutrición juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas.

Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de éstas.

Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

Se diagnostica desnutrición clínicamente severa si la albúmina sérica es menor de 3,5 mg/dl, el conteo linfocitario total es menor de 1800/mm³, o si el peso corporal ha disminuido más de un 15 %.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas.

La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:

- Calorías (30-35 Kcal x Kg. peso/día).
- Proteínas (1,25 – 1,5 gr./Kg. peso/día).
- (pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2gr./Kg. peso/día).
- Minerales: Zinc, Hierro, Cobre.
- Vitaminas: Vit C, Vit A, Complejo B.
- Aporte hídrico (1 cc. Agua x Kcal.día) (30 cc Agua/día x Kg.peso).

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.

Soporte emocional

La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.

En el caso de las úlceras por presión éstas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía, autoimagen, autoestima, etc. por lo que habrá de tenerse presente esta importante dimensión al tiempo de planificar sus cuidados.

CUIDADOS DE LA ÚLCERA

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe de contemplar:

- 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.
- Desbridamiento.

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.

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

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

De forma práctica podremos clasificar los métodos de desbridamiento en: cortantes (quirúrgicas), químicos (enzimáticos), autolíticos y mecánicos.

Estos métodos no son incompatibles entre si, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

Desbridamiento cortante o quirúrgico

Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo. El desbridamiento quirúrgico es un procedimiento cruento que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica y material estéril. Por otro lado, la política de cada institución a nivel asistencial determinará quién y dónde realizarla.

El desbridamiento cortante deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Ante la posibilidad de la aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un antiálgico típico (gel de lidocaína 2%, etc.).

La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos,

etc. Si no cediera la situación con las medidas anteriores se recurrirá a la sutura del vaso sangrante.

Una vez controlada la hemorragia sería recomendable utilizar durante un periodo de 8 a 24 horas un apósito seco, cambiándolo posteriormente por un apósito húmedo.

Desbridamiento químico (enzimático)

El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección.

Existen en el mercado diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos) que pueden utilizarse como agentes de detersión química de los tejidos necróticos.

La colagenasa es un ejemplo de este tipo de sustancias.

Existen evidencias científicas que indican que ésta, favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación.

Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periulceral mediante una pasta de zinc, siliciona, etc., al igual, que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

Desbridamiento autolítico

El desbridamiento autolítico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda.

Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Esta fórmula de desbridamiento es más selectiva y atraumática, no requiriendo de habilidades clínicas específicas y siendo generalmente bien aceptado por el paciente.

Presenta una acción más lenta en el tiempo. Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general y los hidrogeles en estructura amorfa de manera específica son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico.

En el caso de heridas con tejido esfacelado, los hidrogeles en estructura amorfa (geles), por su acción hidratante facilitan la eliminación de tejidos no viables por lo que deben considerarse como una opción de desbridamiento.

Desbridamiento mecánico

Se trata de una técnica no selectiva y traumática.

Principalmente se realiza por abrasión mecánica a través de fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranómeros, mediante la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse pasadas 4-6 horas se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con su retirada.

Limpieza de la lesión

Limpie las lesiones inicialmente y en cada cura. Utilice como norma suero salino fisiológico. Use la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera así como para su secado posterior.

Use una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de los detritus, bacterias y restos de curas anteriores pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano.

La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo la que realizamos a través de una jeringa de 35 ml con una aguja a catéter de 0,9 mm que proyecta el suero fisiológico sobre la herida a una presión de 2 kg./cm².

Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan entre 1 y 4 kg./cm².

No limpie la herida con antisépticas locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito) o limpiadores cutáneos.

Todos son productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

Elección de un apósito

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

Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad

de residuos en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles y ser de fácil aplicación y retirada.

Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por las características específicas del producto seleccionado.

Será precisa elegir el apósito que permita un óptimo manejo del exudado sin permitir que desequie el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral.

Tratamiento coadyuvante

En la actualidad la estimulación eléctrica es la única terapia coadyuvante con rasgos complementarios suficientes como para justificar la recomendación. Podrá plantearse en aquellas úlceras por presión Estadio III y IV que no han respondido a la terapéutica convencional. En cualquier caso deberá de asegurarse que se posee el equipo adecuado y personal adiestrado en su manejo, siguiendo los protocolos que han demostrado seguridad y eficacia en ensayos controlados.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA SAN VICENTE DE PAÚL**

RESUMEN

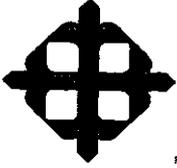
Autora: María del Carmen Carrillo Escalante.

Asesora: Lcda. Nora Carrera.

Tema: "Cuidados de enfermería para prevenir úlceras en adultos mayores asilados en el Hospicio "Del Corazón De Jesús".

Los casos de úlceras por presión en adultos mayores se han incrementado en más del 50% de los asilados postrados por enfermedades graves y con largas estancias, en el Hospicio "Del Corazón De Jesús" en los últimos 20 años, incrementando los costos y la estadía del asilado, no obstante, la doctrina acerca de este tópico indica que la mayoría de este tipo de úlceras son evitables. Las regiones donde aparecen con mayor frecuencia dichas afecciones, son en la región lumbo – sacra – omóplatos – calcáneos. Por este motivo, se formula el objetivo de elaborar una propuesta mediante la cual se plantee un programa educativo para la prevención en la aparición de úlceras por presión en las asilados geriátricos, dirigido al personal de enfermería de las Salas "San José" "San Vicente" y "San Antonio", expresando la hipótesis de que el déficit en la prevención de úlceras por decúbito dorsal o sacro, en adultos mayores, estará relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería, para el efecto, se ha utilizado la metodología descriptiva y cualitativa, valiéndome de la encuesta y de las fichas de observación para determinar la incidencia de las úlceras por presión en los asilados postrados, obteniendo como resultado que es el área decúbito, dorsal o coxígea, la de mayor frecuencia de ocurrencia de estas afecciones, y que el personal de enfermería no realiza el cuidado de enfermería adecuado porque desconoce los métodos para realizar una intervención eficiente con los recursos adecuados, por tanto, se plantea la propuesta de realizar un programa educativo, el cual se lo realizó en el mismo centro asistencial, dirigido para el personal de enfermería en el tema relacionado a la prevención de úlceras decúbito en asilados geriátricos.

Cuidados de enfermería	Úlceras por presión	Decúbito dorsal lateral	Programa de capacitación
------------------------	---------------------	-------------------------	--------------------------



UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CE-0157-2010

Guayaquil, 12 de Abril del 2010

Licenciada
NORA CARRERA ROJAS
Docente
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

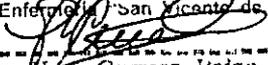
De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl", comunica a usted que ha sido designada como Asesora de la Tesis de grado de la Srta. Maria del Carmen Carrillo Escalante, con el tema "CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PREVENIR ULCERAS EN ADULTOS MAYORES ASILADOS EN EL HOSPICIO DEL CORAZON DE JESUS".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"



Lcda. Nora Carrera Rojas
Directora

ESQUEMA DE LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO
PROFESIONAL O TESIS DE GRADO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

1. Título.

1.1. Subtítulo (Si fuere necesario).

2. Introducción.

2.1. Justificación.

3. Planteamiento del Problema.

3.1. Delimitación del problema.

3.2. Construcción teórica del problema.

4. Propósitos y objetivos.

4.1. Propósitos.

4.2. Objetivo(s) General(es).

4.3. Objetivo(s) Específico(s).

5. Marco teórico.

5.1. Revisión bibliográfica.

Datos históricos que se relacionen con el problema
(Trabajos anteriores referenciales).

5.2. Aspectos relevantes del problema y su incidencia.

5.3. Esquema de los aspectos más sobresalientes del marco
teórico.

5.4. Definición de categorías y términos que se utilizarán en la
investigación.

6. Hipótesis.

6.1. Sub hipótesis (Si se diera el caso).

7. Variables. /

7.1. Listado de variables a utilizar según el tipo de investigación.

7.2. Operacionalización de variables.

8. Metodología.

8.1. Métodos.

8.2. Técnicas.

8.3. Universo y muestra.

8.4. Plan de observación.

9. Procesamiento y análisis de datos/
 - 9.1. Presentación: cuadros-gráficos.
 - 9.2. Análisis de los datos comparándolos con la hipótesis de trabajo propuestas o con la sub-hipótesis.
 - 9.3. Conclusiones.
10. Plan administrativo y financiero. /
 - 10.1 Recursos: humanos, materiales y financieros.
11. Cronograma. /
12. Limitación del estudio.
13. Conclusiones.
14. Recomendaciones.
15. Bibliografía
16. Anexos
17. Resumen del trabajo (Relato indispensable para la publicación).