

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Sección de Segunda Especialidad en Enfermería**

**RELACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA  
INCIDENCIA DE UPP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS  
EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL  
HOSPITAL DAC III ESSALUD TACNA 2014.**

**TESIS**

Presentada por:

**Lic. Brigith Heidy Carazas Flores**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

**Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto**

**TACNA - PERÚ**

**2015**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**  
Facultad de Ciencias de Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**RELACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA  
INCIDENCIA DE UPP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL  
SERVICIO DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DAC  
III ESSALUD TACNA 2014.**

**TESIS**

Presentada por:

**LIC. BRIGITH HEIDY CARAZAS FLORES**

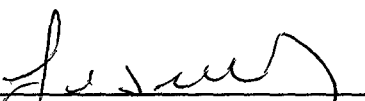
Para optar el Título en Segunda Especialidad en:

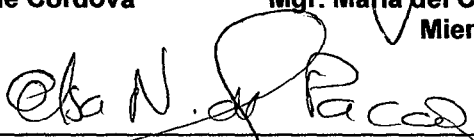
Cuidado Enfermero en paciente crítico con mención en Adulto

Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado

  
Dra. Elena Cachicatari Vargas  
Presidenta

  
Dra. Victoria Nora Velá de Córdova  
Miembro

  
Mgr. María del Carmen Silva Cornejo  
Miembro

  
Lic. Elsa Ninaja de Pacco  
Asesora

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la dicha de vivir, por ser mi guía espiritual, mi fortaleza, mi esperanza y fuerza en el camino.

A mi familia y en especial a mis dos grandes tesoritos por ser motor de lucha, felicidad y mis grandes orgullos, motivos de superación personal y profesional.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCION	
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	04
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	04
1.2. Objetivos.....	08
1.3. Justificación.....	09
1.4. Operacionalización del problema.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Definición conceptual de términos.....	48
2.4. Hipótesis.....	50
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
3.1. Material y métodos.....	50
3.2. Población y Muestra.....	51
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	54
3.5. Procesamiento de datos.....	55
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	56
4.1. Resultados.....	57
4.2. Discusión.....	63

**CONCLUSIONES**

**RECOMENDACIONES**

**REFERENCIAS**

**ANEXOS**

## **RESUMEN**

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional; tuvo el objetivo de Determinar la relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014. Con una población de 42 pacientes. Se aplicó 2 instrumentos. Obteniendo los siguientes resultados: Se observa que la mayoría de las intervenciones de enfermería fue óptima y una minoría deficiente. Se aprecia que la mayoría de pacientes no presentaron úlceras por presión, y una minoría si presentaron. Existe relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP, aplicando la prueba chi cuadrado.

**Palabras clave:** Intervención de Enfermería, incidencia de UPP.

## ABSTRACT

This research study descriptive, prospective, cross-sectional and correlational; aimed to determine the relationship between nursing intervention and incidence of pressure ulcers in hospitalized patients in the intermediate care DAC III Essalud Tacna Hospital 2014. Con one poblaciónde 42 patients. 2 instruments are applied. With the following results: It is observed that most nursing interventions was optimal and minority deficiente. Se shows that most patients had no pressure ulcers, and a minority if presented. There relationship between nursing intervention and incidence of PUs, using the chi square test.

**Keywords:** Nursing Intervention, incidence of PU.

## INTRODUCCIÓN

La OMS considera a la presencia de Úlceras por presión como uno de los indicadores de calidad de atención de enfermería; por ser la piel la primera línea de defensa del organismo frente a las agresiones del medio externo, y cuando se deteriora ésta barrera se convierte en amenaza para el ingreso de agentes causantes de infección al organismo; esta situación depende de muchos factores entre ellos los cuidados de la piel, la movilización, el estado nutricional, los cuidados para la incontinencia, así como la edad y el tiempo que demande su permanencia en cama. Siendo una de las principales complicaciones la úlcera por presión en pacientes con limitada movilidad, ya sea por el estado de conciencia, consecuencias o secuelas por patologías que necesitan una larga estancia hospitalaria, considerándose como grupo de alto riesgo.

La presente investigación titulada Relación entre la Intervención de enfermería y la Incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cuidados Intermedios del Hospital D.A.C. III Essalud Tacna-2014, tiene como objetivo determinar la relación entre la intervención de enfermería y la Incidencia de UPP en pacientes hospitalizados. Con el fin

de establecer protocolos para la prevención de UPP y a la vez medir el tipo de cuidado que brinda el profesional de enfermería durante su desempeño laboral haciendo uso del método científico en el trabajo.

El presente estudio es de tipo descriptivo prospectivo transversal y correlacional, con un tamaño muestral de 42 pacientes siendo este el 100% donde participaron hombres y mujeres hospitalizados por mas de 72 horas en el área de cuidados intermedios.

El presente trabajo de investigación consta de cinco capítulos:

En el **Capítulo I**, trata sobre el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos generales y específicos , justificación del estudio y operacionalizacion de variables

En el **Capítulo II**, Marco teórico que comprende: antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición conceptual de términos, e hipótesis.

En el **Capítulo III**, sobre metodología de la investigación tenemos diseño de la investigación, material y métodos, población y muestra,

técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de los datos y procesamiento de datos.

En el **Capítulo IV**, encontramos los resultados y discusión de los mismos.

Luego las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

Esperando que el presente trabajo de investigación sirva de base científica para optimizar el cuidados humanizado integral de calidad con calidez en la atención integral al paciente hospitalizado; y a través de esta experiencia en cuidados intermedios se logre protocolizar las técnicas empleadas en la prevención de UPP en pro de nuestro paciente asegurado.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Fundamentos y formulación del problema**

La OMS considera la presencia de úlceras por presión como uno de los indicadores de calidad de atención de Unidad de Cuidados Críticos. No tenemos actualmente datos recientes de prevalencia de Úlceras por presión (UPP) en las Unidades de Cuidados Intensivos, intermedios en el mundo, por lo que este trabajo representa una gran contribución al conocimiento científico.

Organización Mundial de la Salud (2013). Se halló en Hospitales de América una presencia del 20% de UPP, de las cuales el 60% fue del grado I, el 40% se halló en mucosa oral. Estuvieron presentes en varones en el 60% de los casos y en pacientes que tuvieron entre 40 y 60 años en el 60% de los casos. Se determinó la presencia de IRA como principal motivo de ingreso a UCIN, además se halló 68% de pacientes postrados, la presencia de UPP se encontró en pacientes con sedo analgesia (2casosde5), con TET,SNG y Dren torácico.

Enfermería valoró y actuó en el 92% de los casos asertivamente una UPP (1).

La OMS considera que la presencia de UPP es uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país en EEUU; que la incidencia varía entre 20-50%. Sin embargo en la actualidad las UPP a menudo han sido catalogadas como patologías, sin mucha importancia o patología sumergida ya que casi nunca aparecen como diagnóstico en los informes médicos de alta y solo hay estudios de incidencia y prevalencia en Estados Unidos (la incidencia de UPP oscila entre 2,7% y el 29,5%) y en un estudio más extenso de UCIN en Italia en la inspección de práctica diaria de enfermería; su cuidado se concibe como un gran reto y una gran responsabilidad; tanto en prevención como en tratamiento por la autonomía de actuación que se nos brinda al personal de salud (1).

Uno de los principales problemas con el que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones, es la aparición de las Úlceras Por Presión (UPP). La problemática que suscita este tipo de lesiones y afecta en diferentes medidas al

paciente y a la propia unidad de hospitalización tal es así que un bajo índice de UPP es sinónimo de buen trabajo de enfermería. Se estima que el 95% de las UPP son evitables.

A la pérdida de continuidad de ciertas superficies epiteliales del organismo causadas habitualmente por mecanismo de presión y/o roce derivados del uso de dispositivos empleados en el tratamiento de un proceso distinto o primario se le denomina Úlcera por Presión Iatrogénicas (UPP).

En el año 2009, en la comunidad Pontevedra (España); realizaron un estudio epidemiológico sobre la UPP encontrando Úlcera predominantemente en estadios I y II, los cuales se relacionaban con acciones "banales" y fáciles de prevenir. Este estudio enfatiza que las UPP, son un indicador en la calidad de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados intermedios. Considerándose que la piel constituye la primera defensa del organismo contra agentes causantes de enfermedades (2).

Al respecto; en el Perú no existe estadística específica y relevante sobre la realidad de esta problemática a pesar de su importancia.

En la UCIN, las enfermeras del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud se enfrentan día a día a patologías severas, pacientes con alteraciones fisiológicas agudas que ponen en riesgo sus vidas y que necesitan de una atención inmediata, humana y tecnológica que brinde la posibilidad de recuperación; la cual requiere de procedimientos diagnósticos y terapéuticos Intensivos ,monitoreo invasivo y no invasivo empleándose materiales de ayuda terapéutica inevitable que en contacto prolongado con el cuerpo del paciente podrían originar la presencia de UPP.

Durante la atención hospitalaria, se observa que el profesional de enfermería se preocupa principalmente en estabilizar las funciones fisiológicas de los pacientes que tiene a su cargo; a través de procedimientos de urgencia, aplicación de medicinas, monitoreo invasivo y no invasivo; una vez estable el paciente, realiza cambios posturales, cuidados de la piel de rutina pero aun así en nuestro medio se observa laceraciones donde existe un material de ayuda terapéutica como en la cara, zona naso geniana, mucosa oral, fosas nasales, esto mas, alrededor de los tubos de drenajes, en ingle en pacientes post cateterismo cardiaco, en extremidades inferiores y superiores (dedos).

Según la ubicación de los diferentes dispositivos considerándose que el cuidado de la piel es una actividad inherente del que hacer de la enfermera y es un indicador de calidad en la atención, nace la interrogante.

Frente a lo expuesto, se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

**¿Existe relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014?**

## **1.2. Objetivos**

### **Objetivos General:**

Determinar la relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de intervención de enfermería en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014.
- Identificar el grado de incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014.
- Establecer la relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014.

### **1.3. Justificación**

La incidencia de UPP es uno de los indicadores de calidad de los cuidados que presta la enfermera; el papel de la enfermera no sólo se centra en el aspecto curativo, sino también preventivo. Se estima que hasta el 95% son evitables, lo cual nos hace reflexionar y priorizar la acción preventiva de UPP. (1)

Los resultados del presente estudio permitieron brindar información actualizada al servicio de enfermería y a la jefatura de la UCIN; permitirá promover la formación de estrategias con un enfoque preventivo promocional que disminuirá el riesgo a presentar las UPP en los pacientes; resaltando la importancia del cuidado de la piel lográndose una atención integral y de calidad; favoreciéndonos; ya que resaltaría nuestro rol asistencial; a través de la elaboración de protocolos, programas de capacitación al personal y/o personal encargado del paciente a fin de contribuir a la adopción de conductas saludables y mejorar la calidad de vida, disminuirá estancia hospitalaria y/o costos, mayores cargas de trabajo y mejorar el indicador de calidad asistencial.

#### 1.4. Operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
<b><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></b> <b>INCIDENCIA DE UPP</b>	Se le denomina al número de casos en que se presenta la pérdida de continuidad de cualquier superficie epitelial caracterizada por su nula o escasa tendencia a la cicatrización espontánea (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado mental</li> <li>• Movilidad</li> <li>• Humedad r/c incontinencia</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Actividad</li> </ul>	Presencia Ausencia	Intervalo

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
<b><u>VARIABLE INDEPENDIENTE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</u></b>	Plan de cuidados de enfermería a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión y proporcionarle una recuperación rápida (1).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de la piel.</li> <li>• Control de exceso de humedad.</li> <li>• Manejo de la presiones.</li> <li>• Cuidados generales.</li> <li>• Educación para la salud.</li> <li>• Registro.</li> </ul>	Optimo Promedio Deficiente	Nominal

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Durante la revisión bibliográfica realizada se encontró trabajos de investigación referente a las variables de estudio.

##### **A nivel internacional:**

**Marquez C. (2), Incidencia de Úlceras por presión en Hospital Valencia España 2012.** Estudio descriptivo, prospectivo. Población de 50 pacientes hospitalizados. Concluyendo: La incidencia de úlceras por presión en la literatura es variable, entre el 4,7 y el 18,6%. Se incluyó a pacientes sin UPP al ingreso que llevaban más de 48 h hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo (UCI) y que, además, tuvieran alguno de los siguientes factores de riesgo para UPP: intubación y en ventilación mecánica, con soporte vasopresor. Principales variables de interés: la principal fue UPP de grado II o más. Otras variables estudiadas fueron: edad, peso, índice de masa

corporal (IMC), diagnóstico al ingreso, infección, APACHE II (evaluación de salud crónica y fisiología aguda), ventilación mecánica, grado de sedación, diarrea, herida drenante, soporte vasopresor, duración de la ventilación mecánica, estancia en UCI y hospitalaria.

**Esperón J, Guimel C. (3), Realizaron un estudio titulado:“Úlceras por Presión Iatrogénicas, Estudio de Prevalencia en una Unidad de Cuidados Críticos 2003”.** El método fue descriptivo transversal de prevalencia. La población estuvo conformada por todos los pacientes con UPP y el número de UPP producidos como consecuencia de la iatrogenia; la técnica fue la observación. La conclusión a la que llegó entre otras fue:“Las UPP iatrogénicas encontradas fueron de tipo I y II, fueron lo suficientemente importantes como para realizar nuevos estudios”.

**A nivel nacional:**

**Jordán y Clark(4),“Prevalencia de Úlceras por Presión(UPP) entre los Ancianos que residen en el Hospital Guillermo Almendra 2011”.** El método fue descriptivo, con una población de 56 pacientes. La conclusión a la que se llegó entre otras fue: Edad media de la población en estudio fue de 51, 75años; en cuanto a la media

de dichos pacientes fue de 33,76 meses aunque un 15% de ellos llevaban más de 5 años; también se encontró que en un 12% de los casos se presentaron UPP: siendo esta prevalencia similar a la del ingreso en el hospital”.

**Vidal J. (5),** Realizaron un estudio titulado: “**Incidencia y Prevalencia de las úlceras por presión Hospital Honorio Delgado 2010**”; el método fue descriptivo, con una población de 34 pacientes. El instrumento fue la escala de valoración de Arnell y la Escala de Registro de úlceras. La conclusión a la que se llegó entre otras fue: Hay muchos factores que inciden en la formación, evolución y cura de úlceras, tales como la incontinencia, la movilidad, la nutrición, las infecciones, el verano y el sexo femenino”.

**Morales F. (6),** Realizó un estudio titulado “**Relación entre Riesgo e Incidencia de UPP en el Adulto Hospitalizado en el Servicio de Medicina de H N C H 2005**”. Utilizó un estudio de tipo descriptivo prospectivo y correlacional, con un tamaño muestral de 100 pacientes. Se aplicó la escala de Norton. La conclusión a la que se llegó entre otras fue: “Que existe relación entre el nivel de riesgo e incidencia de UPP y el uso de la escala de Norton permite priorizar la

atención preventiva al grupo de mayor riesgo y disminuir la incidencia de UPP en el adulto mayor”.

**Romero E. (7), Realizó un estudio titulado “Valoración de Riesgo de UPP en pacientes adultos y medidas preventivas aplicadas por las Enfermeras que laboran en el Centro Naval 2011”.** El método descriptivo de corte transversal, con una población de 37 enfermeras. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario (para conocer las limitaciones de la enfermera) y guía de observación (para identificar las medidas preventivas por la enfermera) La conclusión a la que se llegó entre otras fue: “La mayoría de enfermeras no usan escala estandarizada para valorar riesgo de úlceras por presión, siendo una mínima cantidad las que aplican la escala de Norton en el paciente, pero sin embargo realizan como medida preventiva en áreas relacionadas con la movilización e higiene, sin embargo en el área de incontinencia, socio educativo los porcentajes son mínimos.”

**Meneses M.(8), Realizó un estudio titulado: “Nivel de Conocimiento y Actitudes del Profesional de Enfermería hacia el Geronto con Úlceras por Presión (Servicio Medicina HNAC**

2007)”, el método fue descriptivo de corte transversal, con una muestra de 45 enfermeras. Utilizó como instrumento la escala de Lickert y para el análisis estadístico uso Chi cuadrado. La conclusión a la que se llegó entre otras fue: “El mayor porcentaje de enfermeras presentó actitud indiferente (43,2%) y nivel de conocimiento medio (50%), la relación entre variables nivel de conocimientos y actitud resultó altamente significativo, encontrando una relación entre ambas variables pues a mayor nivel de conocimiento mejor actitud”.

## **2.2. Bases teóricas**

El presente trabajo de investigación está fundamentado en los conceptos de la Organización Mundial de Salud y la Teoría de Sistemas de Dorotea Orem.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN: (UPP)**

#### **Definición:**

Se pretende aquello que los profesionales de enfermería establecen un plan de cuidados a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión, dándoles orientación hacia al paciente, para proporcionarle

una recuperación rápida, puede ser catalogado como óptimo, promedio y deficiente (1).

**Profesionales de enfermería:**

“Los enfermeros alientan, cuidan y protegen; son personas con preparación para atender a los enfermos, los lesionados y los ancianos.” (*Nursing in Today’s World—Challenges, Issues, and Trends* [La enfermería en el mundo actual. Retos, problemas y tendencias].)

En la obra *Nursing in Today’s World* señala que “la enfermería se ocupa de atender a la persona en diversas situaciones relativas a su salud. De modo que vinculamos la medicina con la curación del paciente, y la enfermería con los cuidados que recibe”(3).

**Paciente críticamente Enfermo:**

Hay dos aspectos que definen al paciente críticamente enfermo (4).

**El monitoreo:**

Los pacientes críticamente enfermos son aquellos pacientes en situaciones fisiológicas inestables en los cuales pequeños cambios

en la función de órgano pueden llevar al deterioro de la función corporal en general con daño orgánico y sistémico irreversible o muerte. El monitoreo continuo o intermitente está dirigido a localizar estos pequeños cambios tempranamente para proveer tratamiento óptimo y restaurar una situación fisiológica más estable y así prevenir el daño sistémico y la muerte (5).

**La necesidad de tratamiento especial:**

Este tratamiento puede ser intermitente, como la hemodiálisis ,o continua, tal como ventilación mecánica por TET, TQT o ventilación mecánica no invasiva(VMNI). Este tratamiento puede estar dirigido a curar al paciente, tal como terapia antibiótica, o sostener al paciente, como soporte de vida con un balón de contra pulsación intraaórtica o procedimientos diagnósticos o intervencionistas de urgencia tal como cateterismos cardiacos y/o angioplastia (6).

**El cuidado crítico abarca más que el monitoreo y el soporte de vida:**

Comprende un equipo de trabajo multidisciplinario y multiprofesional trabajando juntos en un área geográfica del hospital 24horas al día, 7días a la semana, intentando guiar a los pacientes con graves

enfermedades a través de sus inestabilidades fisiológicas hacia la recuperación y el alta del hospital(7).

**Equipo de Cuidado Crítico o Multidisciplinario y Multiprofesional:**

**Multidisciplinario** comúnmente se refiere a los médicos del equipo que proveen la cobertura médica día a día en la UCI; médicos de cuidado intensivo incluyen especialistas en las disciplinas de anestesiología, medicina interna, pediatría y cirugía; y enfermera especialista; que deben recibir un entrenamiento especial dependiendo de circunstancias especiales primarias.

**Multiprofesional** se refiere a la filosofía básica del cuidado crítico en que debe haber un equipo de médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, asistentes sociales, nutricionistas y otros en el manejo de pacientes críticamente enfermos.

El equipo multiprofesionales llevado por un sistema de práctica colaborativa en la cual la enfermera y el médico jefe de cuidados intensivos comparten la administración y el manejo de la unidad. Cada uno tiene sus propias áreas de responsabilidad y diferentes líneas de reporte dentro del hospital, pero dentro de la UCI deben

ser compañeros al proveer monitoreo de alta calidad para apoyar a pacientes con enfermedades amenazantes de la vida.

### **Dimensiones de las intervenciones de enfermería:**

#### **Cuidados de la piel.**

Revise diariamente el estado de la piel del paciente considerado de riesgo, teniendo especial cuidado con las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos, ...) y con el deterioro del estado general de la piel (sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración, ...).

Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.

Realice la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón con Ph neutro, aclare la piel con agua tibia y proceda al secado por contacto (sin fricción), secando muy bien los pliegues cutáneos los espacios interdigitales.

Aplicar a continuación crema hidratante en la superficie corporal excepto en los pliegue cutáneos. Si se utiliza aceite corporal

hidratante, se aplicará en la piel húmeda, secándolo posteriormente.

Aplicar un masaje suave si la piel está intacta y no presenta cambios de color (enrojecimiento palidez). No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas.

Mantenga la ropa de cama y del paciente limpia, seca y sin arrugas.

- La lencería ser preferentemente de tejidos naturales (algodón).
- No usar productos irritantes para lavar la ropa.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción pueden utilizarse hidrocoloides, películas espumas de poliuretano.
- Utilice preferentemente apósitos no adhesivos.
- No utilice vendajes protectores. En caso de utilizarlos, deberán se cambiados diariamente.

Los ácidos grasos hiperoxigenados, deben aplicarse con suavidad en todas las zonas de riesgo, siempre que la piel esté íntegra.

### **Control del exceso de humedad.**

Valore y trate los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel de paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.

Incontinencia. La principal causa de exceso de humedad es la incontinencia urinaria y/o fecal.

Para su control se deben utilizar los dispositivos indicados en cada caso: colector de orina, pañales absorbentes, sonda vesical, etc.

- Determine el patrón de incontinencia.
- Programe el cambio de pañales.
- Utilice colectores de tamaño adecuado, teniendo cuidado con las fijaciones.
- Después de cada episodio de incontinencia (especialmente tras cada deposición), lave la zona perineal, limpie bien con agua templada y jabón neutro.
- Seque sin friccionar, prestando especial atención sobre todo en los pliegues.
- Valore si es preciso aplicar productos que impermeabilicen la piel (protectores cutáneos).
- Intente reeducación de esfínteres (ejercicios de suelo pélvico,...)

**Drenajes.** Se deben utilizar los sistemas adecuados para el control de los drenajes provisionales o permanentes como bolsas de colostomía, ileostomía, etc.

- Sudoración profusa. El exceso de sudoración también se debe valorar, especialmente en los pacientes febriles. Para ello se procederá al cambio de las sábanas y lencería cuando sea necesario, realizando higiene y vigilando pliegues cutáneos.

**Manejo de la presión: movilización, cambios posturales, superficies especiales para el manejo de la presión (semp).**

**\* Movilización:**

- Fomente la movilidad y actividad del paciente: proporcionar dispositivos de ayuda (barandillas, trapecio, andador, bastones, etc.)

**\*Cambios posturales:**

- Siempre que no exista contraindicación, deben realizarse cambios posturales.

- Programe los cambios posturales en relación a las necesidades y riesgo detectado en la valoración. Con carácter general se aconseja realizarlos cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas en la noche.
- Siguiendo una rotación programada (decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo).
- En decúbito lateral, no sobrepase los 30°.
- Evite en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- Evite el contacto directo entre las prominencias óseas, con el uso de almohadas o cualquier otra superficie blanda.
- En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñe al paciente a moverse cada quince minutos (cambios de posturas y/o pulsiones).
- Entre uno y otro cambio postural completo, realizar mínimos cambios de postura.
- Levante al paciente en lugar de deslizarlo para realizar las movilizaciones, utilice una entremetida de tela para evitar el arrastre.

- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el menor tiempo posible.
- Valore las zonas de riesgo en cada cambio postural.

**\*Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP):**

- Utilice una SEMP adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente. Considere siempre las superficies especiales como una materia complementaria que no sustituye a los cambios posturales.
- Use una superficie estática cuando el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las úlceras por presión y/o en pacientes con riesgo bajo.
- Emplee una superficie dinámica si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las úlceras y/o en pacientes con riesgo medio/alto.
- Los elementos anteriores, pueden completarse con el uso adecuado de otros materiales cojines, almohadas, protectores locales, etc.

- En el caso de pacientes de riesgo medio o alto, se deberá utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión en sedestación.
- No utilizar flotadores o rodetes.

### **Cuidados generales.**

- Trate aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión (alteraciones respiratorias, circulatorias, metabólicas).
- Identifique y corrija los diferentes déficits nutricionales (calóricos, proteicos y micronutrientes).
- Los pacientes de alto riesgo y con lesiones, requieren una dieta hiperproteica e hipocalórica.
- Asegure un estado de hidratación adecuado.

### **Educación para la salud.**

Permita la presencia de un familiar en la habitación mientras se realizan los cuidados.

Invite al paciente y/o familia a participar en los cuidados.

Proporcione información sobre: formación de úlceras, factores contribuyentes, importancia los cambios posturales, alimentación, higiene.

Realice una valoración psicosocial del paciente.

### **Registro.**

Anote los resultados de la valoración del paciente (hoja de valoración de enfermería y hoja prevención y tratamiento de UPP).

Firme sus notas.

### **Cuidados de enfermería durante las UPP.**

\*Desbridamiento del tejido necrótico.

\*Limpieza de la herida.

\*Descripción del estado de las lesiones.

\*Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

\*Prevención y abordaje de la infección bacteriana.

### **INCIDENCIA DE UPP**

#### **Incidencia de Úlceras Por Presión:**

Se le denomina al número de casos en que se presenta la pérdida de continuidad de cualquier superficie epitelial caracterizada por su nula o escasa tendencia a la cicatrización espontánea, categorizado por presencia y ausencia (1).

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

Este proceso puede alcanzar planos profundos, con destrucción de músculo, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios, la UPP es dolorosa y sana con gran lentitud.

**Las fuerzas responsables de su aparición son:**

- Presión
- Fricción
- Fuerza externa del deslizamiento

**Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. La presión capilar oscila entre

6-32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.

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

**Fuerza externa del deslizamiento:** combina los efectos de presión y fricción la posición de fowler puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

**Tipos:**

**Úlceras Vasculares:** es un trastorno circulatorio periférico de las extremidades, es más frecuentemente en las extremidades inferiores.

**Úlceras Por Presión:** Su origen se debe a una compresión excesiva y prolongada sobre los tejidos.

**Úlcera Neutróficas:** Su origen se halla en la falta de sensibilidad de un proceso isquémico añadido.

**Úlceras Por Presión Iatrogénicas (UPP):** Se denomina así a la pérdida de continuidad de ciertas superficies epiteliales del organismo causadas habitualmente por mecanismo de presión y roce derivados

del uso de materiales o dispositivos empleados en el tratamiento de un proceso distinto, primario y/o de urgencia.

### **Fisiopatología de las úlceras por presión**

La fisiopatología de las UPP es definida por José Luis Blanco de forma muy clara y concreta en la Revista de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, en el capítulo llamado "Definición y clasificación de las úlceras por presión". Dada la precisión del concepto, se considera hacer uso textual de su anotación:

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 33mm Hg producen un colapso de la red capilar que genera isquemia.

La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar en miras de mejorar la irrigación sanguínea con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Es reversible si al retirar la presión se restablece la perfusión de los tejidos; si no sucede ello

se produce una constante isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

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

#### **Clasificación de las úlceras por presión:**

Aunque se han descrito diferentes clasificaciones de las úlceras por presión, basadas fundamentalmente en la profundidad y el grado de destrucción de las estructuras profundas, la presente clasificación se hace basada en la evolución clínica de la úlcera, que permite, por un lado, establecer una serie de criterios básicos del tipo de tratamiento a realizar en cada una de las fases (profilaxis, tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico), y, por otro lado, desterrar la tendencia a considerar las úlceras por presión sólo en términos de su cronicidad, siendo un proceso evolutivo.

Se pueden diferenciar 4 fases clínicas de las UPP de acuerdo a lo planteado por Begonia Ameyugo y Dolores Royo en su Guía de cuidados enfermeros úlceras por presión del INSALUD:

### **Grado I o fase de eritema**

Caracterizada por un enrojecimiento persistente sobre una prominencia ósea. Este eritema indica que se ha llegado al límite de tolerancia de la piel a la presión, por eso, esta fase constituye el punto de alarma inicial para la formación de una ulceración, y representa la única fase reversible de la misma.

Durante esta etapa, si se elimina la presión persistente, es posible evitar la aparición de una necrosis tisular profunda que constituiría el punto de partida de una UPP. Por eso, durante esta fase, los esfuerzos terapéuticos deben ir encaminados a la prevención.

**Grado II o fase de escara:** si continúa la presión, se producirá una necrosis tisular de la parte de tejido comprendida entre la piel y el hueso subyacente, que se traducirá en la aparición de una placa oscura de aspecto seco que se mantiene así durante varios días y que, progresivamente, va experimentando un reblandecimiento

progresivo por los bordes, comenzando a macerarse para finalizar formando gruesos esfacelos húmedos que progresivamente se eliminan, ya sea de forma espontánea o por sucesivas escarectomías quirúrgicas. Durante esta fase los exudados de superficie pueden ser negativos (16%), no demostrando contaminación o pueden aparecer gérmenes gram positivos. En esta fase, el tratamiento a realizar será conservador, encaminado a la eliminación de la escara.

**Grado III o fase de detersión:** Durante la fase de detersión o de limpieza, la úlcera se presenta como una oquedad profunda, con la aparición de esfacelos necróticos y restos de fibrina en el fondo y con un tejido recubierto de un exudado purulento y maloliente como consecuencia de los productos de invasión bacteriana y la destrucción de tejidos desvitalizados.

En muchas ocasiones, el aspecto externo de la úlcera puede presentarse con un orificio externo pequeño que deja en el interior una importante cavidad o saco ulceroso.

Microscópicamente se presenta un infiltrado celular de neutrófilos y linfocitos en los tejidos afectados con un incremento de la fagocitosis, que permitirán la limpieza microscópica de todos los tejidos desvitalizados.

En los exudados de superficie se aprecia la existencia de gérmenes gram negativos, cuyo número de colonias aumentan durante toda la fase de detersión. A partir de las células epiteliales vasculares de la zona, comenzará a producirse el crecimiento de un tejido de granulación que tapiza toda la zona superficial de la ulceración. En esta fase el tratamiento conservador irá encaminado a favorecer la limpieza local de la úlcera y la eliminación del tejido necrótico formado.

**Grado IV o Fase de contracción:** Una vez formado el tejido de granulación, comienza la reparación espontánea con la proliferación del epitelio marginal de la úlcera. Los bordes de la UPP presentan una progresiva contracción, reduciendo paulatinamente el tamaño de la lesión.

Esta fase se caracteriza por la reaparición de gérmenes gram positivos y la reducción significativa del exudado purulento, que

representan un signo del inicio de los fenómenos de reparación espontánea; condición necesaria para poder emprender los procedimientos quirúrgicos necesarios para el cierre de la úlcera, con las máximas garantías de éxito.

### **Localización de las úlceras por presión:**

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

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

- En la posición de decúbito supino la localización más frecuente de las úlceras por presión son: talones, sacro, codos, omoplatos y zona occipital.
- En la posición de decúbito lateral: orejas, acromion, costillas, trocánter, cóndilos y maléolos.

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

### **Tratamiento de las úlceras por presión:**

El tratamiento de las úlceras por presión varía de acuerdo al estado de la lesión, según lo enuncian Begoña Ameyugo y Dolores Royo en su Guía de cuidados enfermeros en úlceras por presión del INSALUD; así:

**GRADO I:** fase de eritema: En este estadio las medidas son tendientes a evitar que la úlcera por presión progrese a un estado más avanzado y por lo tanto las intervenciones que se usan son de prevención.

#### **Medidas Específicas**

- Cambio de posición cada 2 horas.
- Levantar diariamente al paciente.
- Higiene de la piel.
- Hidratación, lubricación y masaje circular de la piel.
- Evaluar la tolerancia de tejido a la presión.

- Uso de equipos de dispersión de presión: colchón de presión alterna, almohadones, férulas de espuma, bolsas de agua.
- Educación al personal sanitario, a la familia y al propio paciente.
- Detección, prevención y tratamiento de factores predisponentes.

**GRADO II:** fase de escara: Adicional al manejo preventivo realizado en las úlceras grado I, se utilizan algunas sustancias que colaboran con la limpieza y con la velocidad de cicatrización de la herida conocida como apósitos hidrocoloides, que requieren un manejo especializado por parte del médico y personal de enfermería.

- Recortar los esfacelos, flictenas y vaciamiento de las lesiones.
- Limpieza constante con solución salina y antiséptico.
- Se pueden usar algunas sustancias que ayudaran a proteger la piel y colaborar con el proceso de cicatrización de la herida, conocidos como apósitos hidrocoloides (úlceras limpias)
- Utilizar medidas encaminadas a evitar la infección de la úlcera.
- Utilizar pomada enzimática para favorecer la limpieza de la misma si la situación de la úlcera lo requiere.

### **GRADO III Y IV: fases de detersión y contracción**

Se procederá según el estado de la úlcera:

- Úlcera sin esfacelos (limpia): Limpiar la zona con suero salino, aplicando solución antiséptica preferentemente en los bordes de la lesión, dejar secar varios segundos y aplicar un apósito hidrocólicoide o hidrogel. También se puede aplicar una pomada que estimule la granulación y epitelización de la úlcera.
- Úlcera con esfacelos: Lavar la úlcera con suero salino, realizar desbridaje quirúrgico de la misma. Si tras el desbridaje queda limpia completamente de esfacelos entonces se actuará como se describe en el apartado anterior (úlcera sin esfacelos o limpia) es decir, se aplicara un apósito hidrocólicoide, hidrogel.
  - Si tras el desbridaje aún quedan restos de esfacelos entonces se debe aplicar una pomada enzimática.
  - Escara: Desbridar siempre que la placa necrótica este algo desprendida para facilitar el procedimiento, para ello se podrá usar pomada enzimática aplicada a los bordes de la necrosis (no a la placa) y desbridar al día siguiente.
  - Signos de Infección: Si hay sospecha de la presencia de infección de la ulcera, bien por su aspecto, olor, etc.

- Se procederá de la siguiente forma:

Cultivo de la herida: Limpiar la herida con solución salina por arrastre y seguidamente impregnar este introduciéndolo en algún recoveco de la úlcera o frotándolo sobre una zona densa en contenido de esfacelos.

Aplicar pomada antibiótica de amplio espectro, se puede mezclar esta con una pomada enzimática si hubiera esfacelos.

## **ESCALA EMINA**

Es una escala elaborada y validada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de la Salud para el seguimiento de las úlceras por presión. Contempla cinco factores de riesgo:

- 1.-Estado mental
- 2.-Movilidad
- 3.-Incontinencia
- 4.-Nutrición
- 5.-Actividad.

Su nombre representa la primera letra de los factores de riesgo.

Cada factor puntúa de-

0 a 3, según el nivel de alteración de cada uno. A partir de la suma total de las puntuaciones se obtiene el nivel de riesgo de desarrollo de UPP de una persona. El nivel de riesgo se agrupa así: sin riesgo (0 puntos), de riesgo bajo (1-3 puntos), de riesgo medio (4-7 puntos) y de riesgo elevado (8-15 puntos). (Ver tabla N° 01)

Tabla N° 01

Escala EMMINA

Puntos	Estado mental	Movilidad	Humedad r/s incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completo	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Limitación ligera	Urinaria o fecal ocasional	Incompleta ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta > 72 h	No deambula

### **Importancia de la intervención de enfermería**

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el que hacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios de salud, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y

desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.

Enfermería cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad.

Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana.

### **TEORIA DEL AUTOCUIDADO APOYADO POR LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA:**

Dorothea Orem, enfermera creadora de esta teoría, la presentó por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en 1972. La define como déficit de auto cuidado, compuesta por tres teorías relacionadas:

El auto cuidado: consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el

interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar (8).

El déficit de autocuidado descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente (1).

Aquí actúan los sistemas de enfermería.

Sistemas de enfermería: son las acciones que realiza la enfermera de acuerdo con las necesidades de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los mismos (1). El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar. Esta autora considera el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y

realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia (2).

En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría, entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud, está la oncología, donde la enfermera realiza actividades educativas para la detección precoz del cáncer, observando los factores de riesgo, y para mantener el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado. En pacientes críticos es importante el sistema de enfermería que apoya al paciente crítico, y opera brindando cuidados a los pacientes cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tendrá en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.

### **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIN):**

Es aquella dependencia del hospital en que se internan los pacientes con estado clínico de gravedad, pero con posibilidad de recuperación (esto último es una condición sine qua non), cuya atención requiere servicios permanentes integrales de cuidado médico y de enfermería, a la vez que el uso de equipos altamente especializados. Así entendida, la UCI debe ser única por hospital (9).

Es la Unidad que proporciona atención médica especializada a los pacientes que tienen alteraciones fisiopatológicas agudas que ponen en peligro su vida y que necesitan de mayores cuidados humanos y tecnológicos.

El nombre de UCIN fue tomado del esquema de las UCLs de ESSALUD, donde consideran UVI a las unidades intensivas de hospitales II, quedando el término UCI o UTI para las unidades de los hospitales III y IV. Es la unidad orgánica encargada de brindar atención a los pacientes críticamente enfermos con posibilidad de recuperación que requieren procedimientos diagnósticos y terapéuticos intensivos, monitoreo invasivo y soporte de órganos,

para la cual cuenta con tecnología, especializada y personal entrenado.

#### **CUIDADO INTERMEDIOS:**

Llámesse al monitoreo de paciente con enfermedades amenazantes de la vida y la provisión de terapia para ellas. Para que las UCINS funcionen más efectivamente debe haber una interacción armoniosa entre los recursos humanos, tecnológicos, farmacológicos y de espacio.

### **2.3. Definición conceptual de términos**

#### **INTERVENCION DE ENFERMERIA**

Se pretende aquello que los profesionales de enfermería establecen un plan de cuidados a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión, dándoles orientación hacia al paciente, para proporcionarle una recuperación rápida (1).

## **INCIDENCIA UPP**

Se le denomina al número de casos en que se presenta la pérdida de continuidad de cualquier superficie epitelial caracterizada por su nula o escasa tendencia a la cicatrización espontánea(1).

### **2.4. Hipótesis**

Existe relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014.

## CAPÍTULO III

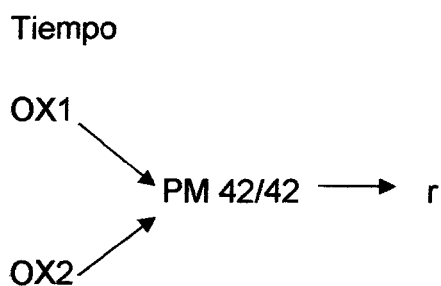
### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Material y métodos

##### Tipo de Estudio:

Prospectivo (de un tiempo hacia adelante), transversal (en un determinado tiempo), descriptivo (permite conocer situaciones) y de relación (asociación de 2 ó más variables).

##### Tipo de investigación:



**Leyenda:**

X1: Variable Intervención de enfermería

X2: Variable

P=población

M= muestra

r=relación

O=variable

**3.2. Población y Muestra**

**Población:**

La población fueron los pacientes hospitalizados con más de 24 horas de hospitalización en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014.

Servicio de Cuidados intermedios	Periodo Enero-febrero-Marzo
Total	42

**Tipo de muestreo**

Para el estudio se realizó el muestreo no probabilístico por intención.

**Criterios de Inclusión:**

- Pacientes hospitalizados por más de 48 horas en el servicio de cuidados intermedios del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud - Tacna

**Criterios de Exclusión:**

- Pacientes hospitalizados en otros servicios.
- Pacientes hospitalizados por menos de 48 horas en el servicio de cuidados intermedios del Hospital III Daniel Alcides Carrion Essalud – Tacna

**Unidad de análisis:**

Pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del Hospital DAC III Essalud Tacna 2014.

**Validez**

Se realizó la validez por 4 expertos (ver Anexo No 01).

## **Confiabilidad**

Se aplicó la prueba de confiabilidad alpha de cronbach (ver Anexo No 02).

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El método y técnica la entrevista.

#### **Instrumento N° 01**

Variable Independiente: (Ver Anexo N° 03)

Lista de cotejo, basado en el Protocolo de Actuación de enfermería en UPP de la OMS (2010) modificado por la autora, permite valorar las intervenciones de enfermería en pacientes en úlceras por presión, que consta de 27 ítems, que valoran desde el primer al tercer día de hospitalización, con un puntaje de 1 no lo realiza y 2 si lo realiza.

Con una escala de puntaje:

Nivel de intervención óptimo de: 128 a 162 puntos.

Nivel de intervención promedio: de 105 a 127 puntos.

Nivel de intervención deficiente: de 81 a 104 puntos.

## **Instrumento N° 02**

Variable Dependiente:(Ver Anexo N° 04)

Ficha de observación de las úlceras por presión, Protocolo de Actuación de enfermería en UPP de la OMS (2010), que consta de la primera parte que valora datos generales, y la segunda parte la presencia de úlceras por Presión (incidencia, localización, grado, día).

### **3.4. Procedimientos de recolección de datos**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento a los pacientes, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con el personal de enfermería de enfermería para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

### **3.5. Procesamiento de datos**

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18 se presentan los datos en tablas simples y complejas, y se elaboraron gráficos para cada tabla.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0.05$ .

**CAPÍTULO IV**  
**DE LOS RESULTADOS**

#### 4.1. Resultados

**CUADRO N° 01**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UPP EN PACIENTES DE LA**  
**UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DAC III**  
**ESSALUD TACNA 2014**

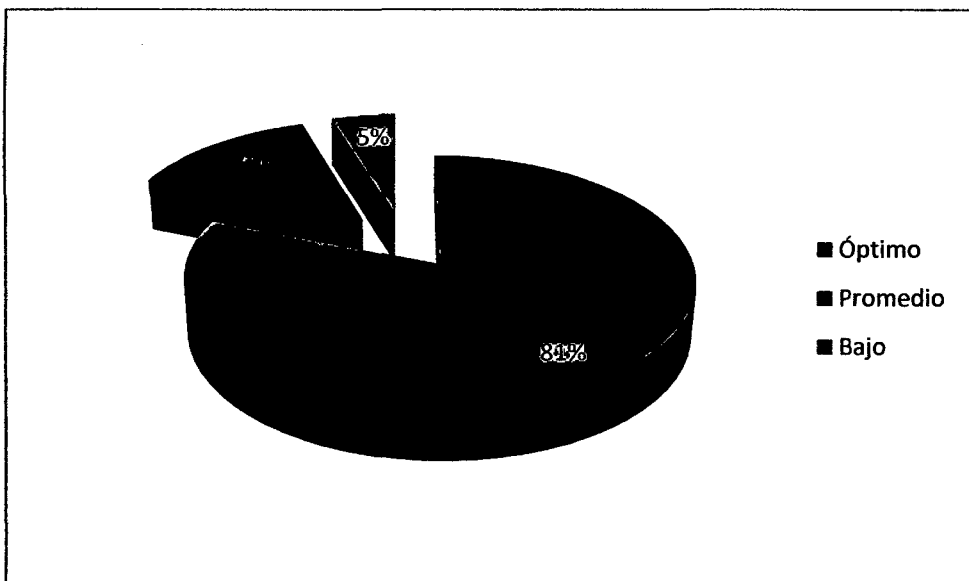
<b>Intervención de enfermería</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Óptimo	<b>34</b>	<b>80,9</b>
Promedio	6	14,3
Bajo	2	4,8
Total	42	100,0

**Fuente:** Lista de cotejo basado en el protocolo de la OMS 2010) aplicado en pacientes del servicio de cuidados intermedios del Hospital III DAC Essalud Tacna 2014.

**Interpretación:** Se observa en el presente cuadro que el 80,9 % (34) intervenciones de enfermería fueron óptimos y un 4,8% (2) deficiente.

**GRÁFICO N° 01**

**NIVEL DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UPP EN PACIENTES  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DAC III  
ESSALUD TACNA 2014**



**Fuente:** Ídem Tabla N° 01

**CUADRO N° 02**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UPP EN PACIENTES DE LA**

**UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DAC III**

**ESSALUD TACNA 2014**

Dimensiones de las intervenciones de enfermería	Nivel de Intervención de Enfermería						Total	
	Optimo		Promedio		Bajo			
Cuidados de la piel	34	80,9	6	14,3	2	4,8	42	100,0
Control de la humedad	30	71,4	10	23,8	2	4,8	42	100,0
Manejo de presión	31	73,8	8	19,0	3	7,1	42	100,0
Cuidados generales	35	83,3	5	11,9	2	4,8	42	100,0
Educación para la salud	29	69,0	1	2,4	12	28,6	42	100,0
Registro.	31	73,8	7	16,7	4	9,5	42	100,0

**Fuente:** Lista de cotejo basado en el protocolo de la OMS(2010) aplicado en pacientes del servicio de cuidados intermedios del Hospital III DAC Essalud Tacna 2014.

**Interpretación:**

En el presente cuadro, se aprecia las dimensiones de las intervenciones de enfermería, en donde el 83,3% (35) reportó cuidados generales óptimos y un 2,4% (1) educación para la salud promedio.

### CUADRO N° 03

#### INCIDENCIA DE UPP EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS

#### INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DAC III ESSALUD

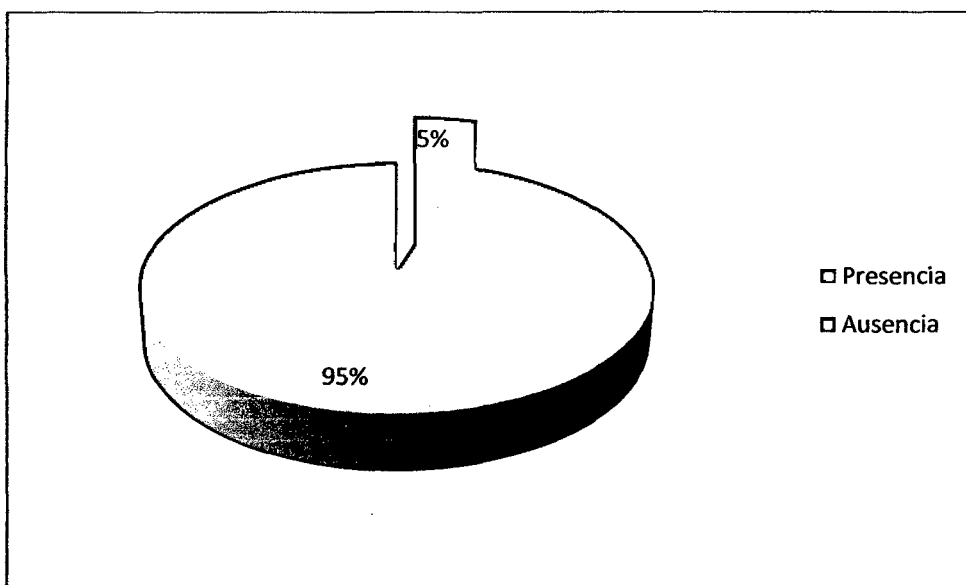
TACNA 2014

<b>Incidencia de UPP</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Presencia</b>	2	4,8
<b>Ausencia</b>	40	95,2
<b>Total</b>	42	100,0

Fuente: Ficha de observación para valorar la incidencia de UPP basado en el protocolo de la OMS(2010) aplicado en pacientes del servicio de cuidados intermedios del Hospital III DAC Essalud Tacna 2014.

**Interpretación:** Se observa en el presente cuadro que el 95,2 % (40) de los pacientes no presentaron úlceras por presión, y un 4,8% (2) si presentaron.

**GRÁFICO N° 02**  
**INCIDENCIA DE UPP EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS**  
**INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DAC III ESSALUD**  
**TACNA 2014**



Fuente: Ídem Tabla N° 03

**CUADRO N° 04**

**RELACIÓN ENTRE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA**

**INCIDENCIA DE UPP EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS**

**INTERMEDIOS DEL HOSPITAL DAC III ESSALUD**

**TACNA 2014**

Intervención de enfermería	Incidencia de UPP				Total		X <sup>2</sup>
	Presencia		Ausencia		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Óptimo	0	0,0	34	80,9	34	80,9	X <sup>2</sup> t=5,49 X <sup>2</sup> c=7,34 Gl=2 P=0,003 Existe relación
Promedio	1	2,4	5	11,9	6	14,3	
Deficiente	1	2,4	1	2,4	2	4,8	
Total	2	4,8	40	95,2	42	100,0	

Fuente: Ficha de observación para valorar la incidencia de UPP y lista de cotejo de intervenciones de enfermería basado en el protocolo de la OMS(2010) aplicado en pacientes del servicio de cuidados intermedios del Hospital III DAC Essalud Tacna 2014.

**Interpretación:** En el presente cuadro se aprecia la relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP, en donde el 80,9%(34) reportaron intervención de enfermería óptimo e presencia de incidencia de UPP.

En la relación entre las variables, se aprecia que si existe dependencia entre las variables ya que el  $p < 0,05$  y  $x^2c > x^2t$ .

## 4.2. Discusión

### **Cuadro N° 01**

Se observa en el presente cuadro que el 80,9 % (34) intervenciones de enfermería fueron óptimos y un 4,8% (2) deficiente.

Similar resultado al estudio de Salas G. Cuidado de enfermería en el Hospital Honorio de Delgado en la unidad de cuidados intensivos Arequipa 2010. Estudio descriptivo, en 23 profesionales de enfermería en donde el 90% reporto atención eficiente.

Las intervenciones de enfermería a los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (10).

De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación,

restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera paciente.

De esta aportación, surge la necesidad de redimensionar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol, que el desarrollo de la profesión demanda ante las crecientes necesidades de salud, la reorganización de los servicios y los avances científicos y tecnológicos que imponen a enfermería un nuevo estilo de práctica.

Para concluir, es necesario resaltar que la importancia del cuidado de enfermería recae en el mejor modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios profesionales de enfermería y de las personas que la integran mediante la adopción de un enfoque global y ético para superar las expectativas y la normatividad en su conjunto. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia.

### **Cuadro N° 02 y 03**

Se observa en el presente cuadro que el 95,2 % (40) de los pacientes no presentaron úlceras por presión, y un 4,8% (2) si presentaron.

En el presente cuadro, se aprecia las dimensiones de las intervenciones de enfermería, en donde el 83,3% (35) reportó cuidados generales óptimos y un 2,4% (1) educación para la salud promedio.

Se contradicen los resultados a los de García S. Hospital de Valencia España 2009. La prevalencia de las úlceras por presión en la población hospitalizada muestra una amplia variabilidad, entre el 3,5% y el 29%. La incidencia global en los hospitales de España se aproxima aun 8%.

Las úlceras por presión representan un importante problema asistencial dado su prevalencia y el impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes. Además, supone en la actualidad, uno de los capítulos más importantes del quehacer de los profesionales de enfermería y ocasionan un enorme coste al sistema sanitario.

El desarrollo de una úlcera por presión supone la precipitación de otros numerosos problemas, por lo que su prevención es primordial, además de un indicador de la calidad asistencial.

Según Almendáriz una Úlcera por Presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.

Dos procesos se conjugan en el desarrollo de estas lesiones: la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de las arteriolas y de micro circulación, debido principalmente a la aplicación de las fuerzas tangenciales (cizalla) y fricción. Por tanto, en la formación de las UPP se identifican 3 tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla; además de la disminución de la tolerancia de los tejidos a estas fuerzas propiciadas por factores extrínsecos, intrínsecos o la combinación de ambos.

La presencia de las UPP en pacientes con múltiples patologías predisponen a la presencia de UPP; lo cual hace muchas veces infructuoso el cuidado que enfermería realiza para evitar la presencia y/o progresión de las UPP.

El profesional de Enfermería debe estar preparado para prevenir el desarrollo de las úlceras por presión; mediante el empleo de programas específicos y aplicados a la realidad de cada paciente, en zonas de riesgo como mucosa oral, zona nasogeniana, ingle, tórax y extremidades.

**Cuadro N° 04:**

En el presente cuadro se aprecia la relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP, en donde el 80,9%(34) reportaron intervención de enfermería óptimo e presencia de incidencia de UPP.

En la relación entre las variables, se aprecia que si existe dependencia entre las variables ya que el  $p < 0,05$  y  $\chi^2 > \chi^2_t$ .

Las úlceras por Presión (UPP) son lesiones de rápida aparición y lenta curación donde la frecuencia en pacientes críticos, en la Unidad de Cuidados Intensivos(UCIN) representa hoy en día un grave problema. Los pacientes son más vulnerables a su aparición durante las primeras semanas de ingreso en la unidad incrementándose cuando el paciente tiene mayor gravedad, pudiendo llegar incluso hasta la muerte. Para ello el primer paso en su prevención consistirá en la determinación de las UPP, a través de

las diferentes escalas de úlceras por presión de usos habitual (Escala de Braden Nortón, Waterlow EMINA EVARUCI, Jackson Cubbin) que nos ayudaran en su manejo.

Contrastando con el estudio de Cueva S. Las úlceras por presión registran además, unos niveles de incidencia del 5,2% y e45%, y una prevalencia de 22%y un 28,7%, donde el Grupo Nacional para estudios y Asesoramiento de úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP) estima que en España gastamos al año, (1,680 millones de euros), supondría un 5% de los costos sanitarios. Cuando su prevención no costaría más de 1,7 euros al día.

Tendremos además en cuenta los diferentes factores intrínsecos, extrínsecos y factores iatrogénicos, derivados del tratamiento que contribuirán al desarrollo de úlceras por presión en pacientes críticos, diferentes estadios de UPP, localizaciones mas frecuentes, y sobre todo las complicaciones de las mismas. Un indicador de calidad relacionado directamente con los cuidados de enfermería, es la prevención de las úlceras por presión (UPP) que siguen constituyendo hoy día un importante problema de salud, máxime cuando se sabe, que un alto porcentaje de las lesiones es

evitable teniendo en cuenta las intervenciones destinadas a la conservación de la integridad cutánea y los recursos adecuados que se tienen para el manejo de ello.

El mejor tratamiento de las úlceras por presión es su prevención, de ahí que impedir la aparición de dichas lesiones no sólo por las complicaciones derivadas para el paciente, sino también para los servicios de salud; sea un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial, y mas directamente el personal de enfermería cuyo objetivo principal es el cuidado directo. El cuidado directo de enfermería en las unidades de cuidados intermedios (UCIN) en Essalud supone menor tiempo, al relacionar, entre otras cosas, el número de pacientes que son asignados para cada enfermera; de ahí la importancia de la valoración inicial de los pacientes para definir la necesidad de la intensidad de conductas sobre aquellos que tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión y de esta manera evitar la utilización de recursos humanos y materiales de forma innecesaria.

## CONCLUSIONES

A través del presente trabajo llegamos a las siguientes conclusiones:

- La intervención de enfermería en el cuidado de pacientes críticos en las unidades de cuidados intermedios es importante en la prevención de UPP ya que debido a sus diversas técnicas se evidencia la disminución de Ulceras por presión en pacientes hospitalizados de esta área.
- Se logro identificar que la intervención de enfermería dirigida al cuidado de pacientes críticos es optima limitando asi los riesgos y daños colaterales o secundarios a su patología principal.
- El grado de Incidencias de Ulceras por Presión en el servicio de UCIN es mínimo, y que se dieron debido al grado de complejidad patológica del paciente critico; a pesar de los cuidados brindados en el servicio hospitalario.
- Existe relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP, aplicando la prueba chi cuadrado.

## **RECOMENDACIONES**

- Que el servicio de Enfermería coordine con los profesionales de Enfermería que labora en la UCIN, para evidenciar y elaborar protocolos de medidas preventivas para el desarrollo de las úlceras por presión iatrogénica(UPP).utilizadas en el servicio
- Estandarizar las técnicas de manejo de pacientes encamados para evitar UPP en los diferentes servicios del Hospital, ya que son medidas efectivas preventivas que ya confirmaron su positividad en el cuidado de pacientes críticos y postrados.
- Actualizar al personal profesional de enfermería en cuanto a la calidad de la atención con el enfoque humanizado.
- Sobre la base de estos resultados, realizar otros trabajos de investigación.

## REFERENCIAS

- 1) Organización Mundial de Salud. Intervenciones de enfermería en UPP. México: Editorial OPS; 2011.
- 2) Lilian S. Brunnder. Manual de Enfermería Médico quirúrgico 4° Ed. México año 2004. Pág. 189.
- 3) Perlado F. Geriatria. México 1980 Pág. 59.
- 4) William Reicher Aspectos Clínicos de Envejecimiento. 2010 Pág. 334.
- 5) Juan Díaz et al., Tratado de Geriatria, y Asistencia civil 1986 Pág. 65650. tal. Úlceras de presión Vol. 40 Ene Feb. 1984.
- 6) Perez C. Mejor Descanso con terapia de presión Positiva. Nursing 2010. vol. 18 N 930-
- 7) Organización Mundial de la Salud. Cuidado de las Heridas: Cómo usar apósito composite. Nursing 2010.
- 8) Marriner S. Teorías de Enfermería. México: Editorial Interamericana; 2006.
- 9) Essalud. Manual de Organización y Funciones. Lima: Essalud; 2013.
- 10) Cervantes G. Epidemiología Clínica Investigación clínica. 2010.

- 11) Organización Panamericana de la Salud. Cuidado de las Heridas :  
Cómo usar apósito de alginato. Nursing 2010.
- 12) Lorenzo C. Uso de Colágeno en la cicatrización de las heridas.  
Rev. ROL Ene 2009 23(10)715-21.
- 13) Organización Mundial de la Salud. Valoración del Riesgo de  
úlceras por presión. Nursing May 2009.
- 14) Cuidados cutáneos a pacientes con incontinencia. Nursing Feb.  
2003
- 15) Trinidad M. Tesis de Grado: La familia como agente de  
autocuidado en la prevención de las úlceras por presión en  
pacientes inmovilizados de la tercera edad. Lima 2004.
- 16) Varela L .Valoración Geriátrica Integral. Tesis para Doctorado  
Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- 17) Chigne, V. Utilización de los Servicios por pacientes geriátricos y  
de menor edad en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis  
para título de la TE. 2007. Protocolo para prevención y manejo de  
las úlceras por presión en el adulto mayor. Instituto de  
Gerontología y Geriátrica FAP.
- 18) Álvarez FB. García O.M., García MG., Francuelo VM. Bueno E.J.,  
Moreno LA. , García SJR, Gómez HR. 2009. Protocolo de  
prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

GeriatrinetSIN1575-3166.

- 19) Amedillo D. Directrices Generales sobre el Tratamiento de las úlceras por presión. Primer Panel de GNEAUP sobre el tratamiento de las úlceras por presión. 2004.
- 20) Ibars M., Farré LI, Asencio A. Prevención de las úlceras por presión Ricon Científico Gerokomos / Helcos Vol.IX15-24. 2006.
- 21) Soldevilla. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel, Madrid.J. Editorial Garsi. 2006.
- 22) García B., Jordán J., Martínez C., Orbegozo A., Santamaría A., Soldevilla A., Torra E. Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión Ricon Científico GEROKOMOS/HELCOS Vol.IX;3-12. 2008.
- 23) Marc E. Weksler M DAMay J., RedMD. Curación de Heridas en el paciente Mayor Modern Geriatric10 (8);254-260. 2009.
- 24) Bruner T Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgico I. 17° Ed. México. Ed. Interamericana S.A. 2005.
- 25) Cerdan, Every. Valoración de Riesgo de UPP en Pacientes Adultos y Medidas preventivas Aplicadas. Perú UPCH. 2001.
- 26) Comparación de la Efectividad y Costo de la Cura en Ambiente Húmedo Frente a la Cura Tradicional. En Revista Rol Enfermería Vol. Nº 23—2007.

# **ANEXOS**

## **ANEXO N° 01**

### **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)**

#### **INSTRUCCIONES:**

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... .....					

Firma del experto

## PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de ítem	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
1	4	4	5	4
2	4	4	4	5
3	4	3	4	3,5
4	4	4	4	4
5	4	4	5	4,25
6	4	4	4	4,25
7	4	4	5	4,5
8	4	3	4	3,75
9	4	4	4	3,75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2}{n}}$$

Donde  $DPP = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2}{n}}$

Donde  $x$  = Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

$Y$  = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es 2,01

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$2 \quad 2 \quad 2$$

Donde DPP=V (y<sub>1</sub>-1)+ (-y<sub>2</sub>-1)+..... (y<sub>9</sub>-1)

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= 8,9

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

- Ay B : Adecuación total
- C : Adecuación promedio
- D : Escasa adecuación
- E : Inadecuación

A

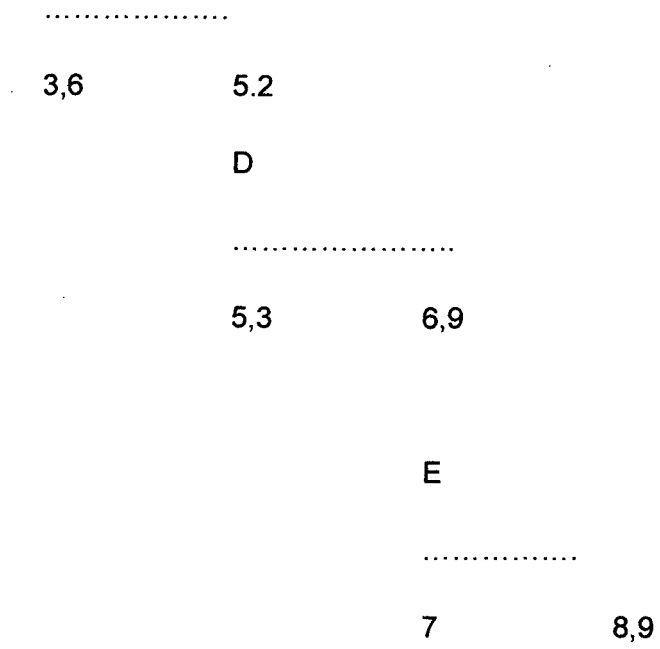
.....

0            1,7

B

.....**2,01**....

1,8            3,5



5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue 3,07 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

## ANEXO N° 02

### CONFIABILIDADPOR ALFA DE CRONBACH

ethod 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY                      ANALYSIS                      -                      SCALE(ALPHA)

#### Covariance Matrix 1

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00002	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00003	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00004	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00005	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00006	1,115	86261	1,4569	0,98
VAR00007	1,1158	1,45	1,78	1,2335
VAR00008	,6261	1,4569	0,98	0,678

#### Correlation Matrix 2

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,6261	1,4567		
VAR00002	,8073	,9073	1,4453	
VAR00003	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00004	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00005	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00006	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00007	,6694	,7612	,9816	,8347

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE  
(ALPH

N of Cases = 10,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	78,18	86,6363	77,239	2

Reliability Coeficients 42iterns

Alpha = ,99 Standardized item alpha ,9

Alpha = ,83 Standardized item alpha ,8

INSTRUMENTO	PILOTO	
	VALOR	INTERPRETACIÓN
INSTRUMENTO 01	0,99	Adecuación total
INSTRUMENTO 02	0,83	Adecuación total

\*Para ser aplicado valor de 0,7 a 1. INSTRUMENTO FIABLE.

### ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de Salud

SEGUNDA ESPECIALIDAD

#### LISTA DE COTEJO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN UPPEN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE LA OMS 2010

N°	Intervenciones de enfermería	1 er día		2do día		3er día	
		Si	No	Si	No	Si	No
1	<b>Cuidados de la piel</b>						
2	Valora el estado de la piel, según dispositivo.	1	2	1	2	1	2
3	Realiza higiene a nivel de zona de dispositivo.	1	2	1	2	1	2
4	Realiza secado minucioso sin fricción de la zona.	1	2	1	2	1	2
5	Aplica alguna crema, pomada de manera preventiva.	1	2	1	2	1	2
	<b>Control de la humedad</b>						
7	Valora y trata los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel de paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.	1	2	1	2	1	2
8	Seca sin friccionar, prestando especial atención sobre todo en los pliegues.	1	2	1	2	1	2
9	Valora si es preciso aplicar productos que impermeabilicen la piel (protectores cutáneos).	1	2	1	2	1	2
10	Aplica los productos necesarios para el cuidado de la piel	1	2	1	2	1	2
	<b>Manejo de presión</b>						
11	Fomenta la movilidad y actividad del paciente: proporcionar dispositivos de ayuda (barandillas, trapecio, andador, bastones, etc.) Cambios posturales: Siempre que no exista contraindicación, deben realizarse cambios posturales.	1	2	1	2	1	2
12	Programa los cambios posturales en relación a las necesidades y riesgo detectado en la valoración.	1	2	1	2	1	2
13	Con carácter general se aconseja que realiza los cambios posturales cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas en la noche.	1	2	1	2	1	2
14	Lo realiza siguiendo una rotación programada	1	2	1	2	1	2

	(decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo).						
15	Utiliza una Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente. Considere siempre las superficies especiales como una materia complementaria que no sustituye a los cambios posturales.	1	2	1	2	1	2
<b>Cuidados generales</b>							
16	Trata aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión (alteraciones respiratorias, circulatorias, metabólicas).	1	2	1	2	1	2
17	Identifica y corrige los diferentes déficits nutricionales (calóricos, proteicos y micronutrientes).	1	2	1	2	1	2
18	Asegura un estado de hidratación adecuado.	1	2	1	2	1	2
<b>Educación para la salud</b>							
19	Permite la presencia de un familiar en la habitación mientras se realizan los cuidados.	1	2	1	2	1	2
20	Invita al paciente y/o familia a participar en los cuidados	1	2	1	2	1	2
21	Proporciona información sobre: formación de úlceras, factores contribuyentes, importancia los cambios posturales, alimentación, higiene.	1	2	1	2	1	2
22	Realiza una valoración psicosocial del paciente.	1	2	1	2	1	2
<b>Registro.</b>							
23	Anota los resultados de la valoración del paciente (hoja de valoración de enfermería y hoja prevención y tratamiento de UPP)Firma sus notas.	1	2	1	2	1	2
24	Reporta sobre el estado de la piel al inicio y al término de su turno.	1	2	1	2	1	2
25	Reporta sobre las acciones preventivas y/o curativas que realizo.	1	2	1	2	1	2
26	Considera en las anotaciones de enfermería el estado de la piel al inicio y al término de su turno.	1	2	1	2	1	2
27	Considera en las anotaciones de enfermería las acciones preventivas y/o curativas que realiza durante su turno.	1	2	1	2	1	2

**ANEXO N° 04**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de Salud**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**FICHA DE OBSERVACIÓN SOBRE INCIDENCIA DE DE LA OMS**

**(2010)**

**i. DATOS GENERALES**

Paciente: Nro Hcl \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Días de Hospitalización: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**ii. INCIDENCIA DE UPP**

Incidencia de UPP	Presencia	Ausencia	Localización	Grado: tiempo		
				1er día	2do día	3er día
1.						
2.						