

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por
presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en
la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica
Angloamericana, 2007**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería Intensivista

AUTORA

Magali Sujeli Espinoza Herrera

Lima-Perú

2009

**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE
ÚLCERAS POR PRESIÓN IATROGÉNICAS, EN LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CLINICA
ANGLOAMERICANA 2007**

A Dios Todopoderoso

por derramar su bendición
cada día de mi vida.

A las licenciadas:

Juana Durand, Margarita Jatabe,
docentes de post grado de la UNMSM,
por su valiosa orientación en el desarrollo
y culminación del presente trabajo.

A las licenciadas:

Custodio Morayma Directora de la
CAA y Carmina Trancón, docente de
post grado de la UNMSM, por las
facilidades y apoyo en la realización de
la tesis.

A mi esposo

Carlos Alberto Salas Villasante

por su amor, apoyo, sacrificio y motivación
constante e incondicional.

A mi hija Camila,

por que es la inspiración
en todo lo que hago.

A mis hermanos

Noé, Nimia, Natalia y a mi
madre

Nimia por su apoyo y amor
incondicional.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
CAPÍTULO I : INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II : MATERIAL Y MÉTODOS	25
CAPÍTULO III : RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
CAPÍTULO IV : CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Pág.
Nº 1. FACTORES DE RIESGO PERMANENTES PARA EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN IATROGÉNICAS, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA 2007.	30
Nº 2 FACTORES DE RIESGO VARIABLES PARA EL DESARROLLO DE LAS UPPI: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CLÍNICA ANGLOAMERICANA, SEGÚN PATOLOGÍA. ENERO – FEBRERO - MARZO DEL 2007.	31
Nº 3 FACTORES DE RIESGO VARIABLES PARA EL DESARROLLO DE LAS UPPI: DERIVADOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CLÍNICA ANGLOAMERICANA. ENERO – FEBRERO - MARZO DEL 2007.	32
Nº 4. FACTORES DE RIESGO VARIANTES PARA EL DESARROLLO DE UPPI: DERIVADOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	33
Nº 5 PRESENCIA DE UPPI EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	34

RESUMEN

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 iatrogénicas (UPPI) en las Unidades de Cuidados Intensivos del País, por lo que este trabajo representa una gran contribución al conocimiento científico.

Se desarrolló el piloto de un estudio descriptivo de corte transversal con la finalidad de conocer la Presencia de UPPI en la UCI de la Clínica Angloamericana, así como la presencia de factores permanentes, variables: fisiopatológicos, derivados del tratamiento médico, y del cuidado de enfermería, cuya aplicación final se realizó entre los meses de Enero a Marzo del 2007.

Se halló una presencia del 20% de UPPI, de las cuales el 60% fue de I grado, 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 UCI, además se halló 68% de pacientes postrados, la presencia de UPPI se encontró en pacientes con sedoanalgesia (2 casos de 5), con TET, SNG y

Dren torácico. Enfermería valoró y actuó en el 92% de los casos acertivamente ante una UPPI.

Se concluye en la importancia de conocer la presencia de este indicador en cada servicio con la finalidad de realizar las mejoras permitentes para el bienestar de cada paciente.

Palabras claves: Factores de riesgo, úlceras por presión iatrogénicas (UPPI), unidad de cuidados intensivos (UCI).

SUMMARY

The World Health Organization (WHO) considers pressure ulcer as a quality indicator of intensive care units. Since there is no available information about the prevalence of iatrogenic pressure ulcers (UPI) in Peru, this study wishes to increase the knowledge about that health problem. To that goal, it was developed a pilot study to know both the prevalence of IPU and the presence of permanent factors involved in IPU cases as: physiopathologic, medical management and nursing intervention.

The design of the study was a cross-sectional study; the study setting was the Intensive Care Unit (UCI) of Clínica Angloamericana. The pilot study was carried out between January and March of 2007.

It was revealed 20% pressure ulcer prevalence which 60% was classified as stage 1 lesions. 40% was found on the oral mucosa. The major number of IPU cases was presented in male patients (60%) and patients about 40 and 60 years (60%).

Furthermore, some risk factors were identified: immobility (68%) and pseudo-analgesia states. Nursing intervention against pressure ulcers was effective in 92%. Also, the main cause of

admission into the ICU under studied was acute respiratory infections (60%).

It was concluded that it is vital to know the prevalence of IPU for making improvements oriented to its prevention and adequate management of its lesions in the intensive care units.

Keywords: iatrogenic pressure ulcers (UPI), risk factors, intensive care unit (UCI).

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

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 enfermería¹. Se estima que el 95% de las UPP son evitables².

La Organización Mundial de la Salud (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 país³.

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 (UPPI)⁴.

Al respecto; en el Perú no existe estadística específica y relevante sobre la realidad de esta problemática a pesar de su importancia; sin embargo en el año 2003, en la comunidad Pontevedra (España); realizaron un estudio epidemiológico sobre la UPPI encontrando Úlcera predominantemente en estadíos I y II, los cuales se relacionaban con acciones “banales” y fáciles de prevenir. Este estudio enfatiza que las UPPI, son un indicador en la calidad de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)⁵.

Considerándose que la piel constituye la primera defensa del organismo contra agentes causantes de enfermedades y que en la UCI existe aumento de la

morbilidad de los hospitalizados debido a una serie de factores que ponen en riesgo la vida como: la gravedad del paciente, drogas utilizadas, deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, sedonalgesia, sedación, inmovilidad, enfermedades crónicas degenerativas y edad. Chigne (1998) refiere que la incidencia de la UPP varía entre 20-50%; lo cual puede ocasionar dolor, depresión, dependencia, aumento de la estancia hospitalaria y/o costos⁶.

En la UCI, las enfermeras intensivistas 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 UPPI.

Durante las prácticas hospitalarias, 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 aún 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, estomas, 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 quehacer de la enfermera y es un indicador de calidad en la atención, nace la interrogante ¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de UPPI en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Anglo Americana (CAA), Enero – Febrero – Marzo del 2007?

Por lo expuesto se ha creído conveniente la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de UPPI en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Anglo Americana, Enero – Febrero – Marzo del 2007?

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de UPPI en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA, durante el mes de Enero – Febrero – Marzo del 2007.

Objetivos Específicos

- Identificar los factores permanentes para el desarrollo de UPPI, en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA, Enero – Febrero – Marzo 2007.
- Identificar los factores variables para el desarrollo de UPPI, en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA, Enero – Febrero – Marzo del 2007

Propósito

Los resultados del presente estudio permitirán brindar información actualizada al departamento de enfermería y a la jefatura de la UCI; que permitirá promover la formación de estrategias con un enfoque preventivo promocional que disminuirá el riesgo a presentar las UPPI 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, disminuir a estancia hospitalaria y/o costos, mayores cargas de trabajo y mejorar el indicador de calidad asistencial.

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 solo 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 UPPI.

Se documentaría los factores de riesgo para el desarrollo de las UPPI; lo cual favorecerían en la mejora de la atención de calidad de la enfermera intensivista en la unidad.

Al realizarla revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos que:

J. Esperón Guimel, C. Argueira Castelo, MC. Fernández Carmiña, M. Freire Rodríguez, C. Rodríguez Fernández; en España en el 2003: realizaron un estudio titulado: “Úlceras por Presión Iatrogénicas, Estudio de Prevalencia en una Unidad de Cuidados Críticos 2003”; el cual tuvo como objetivo: Identificar el origen de las UPPI. El método fue descriptivo transversal de prevalencia. La población estuvo conformada por todos los pacientes con UPPI y el número de UPP producidos como consecuencia de la iatrogenia; la técnica fue la observación.

La conclusión a la que llego entre otras fue:

“Las UPP iatrogénicas encontradas fueron de tipo I y II y fueron lo suficientemente importantes como para realizar nuevos estudios”.

Silvestre, L. Doméch en España en 1998, realizó un estudio sobre: “Evolución de la Prevalencia de UPP en el Hospital Navarro 1997 – 1998”. El objetivo fue: Evaluar la prevalencia en los dos últimos años comparando: La prevalencia de pacientes ulcerados, la valoración de riesgo de desarrollar úlceras y los factores asociados al desarrollo de úlceras.

El método fue descriptivo de transversal. La conclusión a la que se llegó entre otras fue:

“Una disminución de los pacientes de riesgo, y de la prevalencia de úlceras en 1998 respecto al año anterior, esta disminución podría ser debida a una detección precoz del riesgo por medio de la escalas valorativas de Norton y Braden que hubiesen dado lugar a la instauración inmediata de cuidados preventivos en los pacientes de mayor riesgo”.

Jordán y Clark en España en 1998, realizaron un estudio titulado: “Prevalencia de Úlceras por Presión (UPP) entre los Ancianos que residen en el Hospital Insular de Lanzarote” 1998, teniendo como objetivo: Analizar la prevalencia de las UPP.

El método fue descriptivo, La conclusión a la que se llegó entre otras fue:

“La edad media de la población en estudio fue de 81.25 años; en cuanto a la estancia media de dichos pacientes fue de 33.76 meses aunque un 15% de ellos llevaban más de 5 años; también se encontró que en un 12% de los casos se presentaron UPP: siendo esta prevalencia similar a la del ingreso en el hospital”.

Vida Als Anys, Servei atalá de la Salut en España en 1995, realizaron un estudio titulado: “Incidencia y Prevalencia de las úlceras por presión”; teniendo como objetivo: Determinar la incidencia y Prevalencia de las úlceras por presión, el método fue descriptivo. 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”.

Izquierdo Morales Felicita Lola en Lima en el 2005; realizó un estudio titulado “Relación entre Riesgo e Incidencia de UPP en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Servicio de Medicina de HNCH 2005 que tuvo como objetivo: Determinar la relación entre el nivel de riesgo e incidencia de UPP en el adulto mayor hospitalizado. Utilizó un estudio de tipo descriptivo prospectivo y correlacional, con un tamaño muestral 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”.

Every, Cerdan Romero en Lima en el 2001; 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 2001”, tuvo los objetivos: Determinar de que manera las enfermeras valoran el riesgo de UPP y las medidas que aplican para prevenirlas. El método descriptivo de corte transversal. 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, nutrición y socioeducativo los porcentajes son mínimos.”

Gladis Meneses Medina en Lima 1997; realizó un estudio titulado: “Nivel de Conocimiento y Actitudes del Profesional de Enfermería hacia el Geronte con Úlceras por Presión (Servicio Medicina HNAC 1997)”, tuvo como objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional de Enfermería hacia el geronte con úlceras por presión, el método fue descriptivo de corte transversal, 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”.

Por la revisión del material encontrando se puede concluir que las actitudes del profesional de enfermería dependerán del nivel de conocimientos, además se encuentra una aparente indiferencia hacia los cuidados de la piel, así como el uso de

escalas valorativas para actuar a tiempo de acuerdo al riesgo a presentar UPP, además de que la enfermera asume cuidados como cambio de posición e higiene (como rutina) esta demostrado que los protocolos donde incluyen los diagnósticos de enfermería, como la utilización de escalas de riesgo de UPP además del rol educativo de la enfermera es efectivo en cuanto a disminución de riesgo y toma de medidas preventivas.

Solo se encuentra un trabajo sobre UPPI donde concluye que en algunas actuaciones “tan banales” pueden ocasionar UPPI de I y II grado.

Por lo expuesto podemos evidenciar que si bien existen estudios a la presentación de UPP, es importante realizar un estudio respecto a los factores de riesgo para el desarrollo de UPPI en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA.

Los trabajos encontrados fueron de gran ayuda porque mediante la revisión de su diseño metodológico han orientado el proyecto de investigación ha realizar sobre factores de riesgo para el desarrollo de UPPI en pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA, Diciembre 2006.

A continuación se desarrolla el marco teórico que dará sustento a los hallazgos.

F1. Generalidades de la UPP

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 país⁷ (Chigne 1998); 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 UCI en Mechan 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 salud⁸.

F.1. a. Úlceras Por Presión

Definición

Se le denomina a la pérdida de continuidad de cualquier superficie epitelial caracterizada por su nula o escasa tendencia a la cicatrización espontánea.

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 lentitud⁹.

En las úlceras por Presión Iatrogénicas los planos no son profundos y es de tamaño pequeño pero de igual manera es dolorosa y sana con 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 mismos¹⁰.

Fricción: es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce, por movimiento, tracción y arrastre¹¹.

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 ¹².

F.1.b. 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.

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

Úlceras Por Presión Iatrogénicas (UPPI): 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.

F.1.c. Elementos causales para la aparición de las UPPI más frecuentes en el día a día.

En potencia cualquier producto material a pesar de presentar unas aparentes características inofensivas, puede ser responsable, por un uso indebido o prolongado, de este tipo de lesiones:

Factores Contribuyentes:

- Lesiones nerviosas periféricas.
- Uso inadecuado o prolongado de dispositivos.

F. 1. d. Localización

Zonas cercanas al material utilizado. Puede ser en cualquier parte del cuerpo donde esté el dispositivo: tubo traqueostomía (TQT), tubo endotraqueal (TET), sonda orogástrica (SOG), sonda nasoyeyunal (SNY), sonda nasogastrica (SNG), cardio Q, Sonda de Gastrostomía (PEG), Sonda Foley (SF), cánula binasal (CBN), máscaras: ventilación mecánica no invasiva (VMNI), máscara vénturi (MV), máscara de nebulización (MNBZ), máscara de reservorio (MR), parche de compresión después de cateterismo cardíaco, sujeciones, colocación de accesorios para medir signos vitales no invasivos como: oxímetro, tensiómetro, electrodos, cables de monitor; drenajes, estomas, sábanas y cableado.

F. 1. e. Características: Signos y síntomas

Al ser causas los mecanismos de presión y roce, sus características son las correspondientes a las úlceras por presión, destacando como dato distintivo que las úlceras Iatrogénicas son en la mayoría de los casos de pequeño tamaño y escasa profundidad.

F. 1.f. Clasificación de las Úlceras por Presión

Este sistema por estadiaje de las úlceras por presión es el más difundido a nivel internacional, aceptado y en proceso de revisión permanente:

Estadio I

- Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta.
- En pacientes con piel oscura observar edema, induración, decoloración color local.

Estadio II

- Pérdida parcial de la piel que afecta epidermis, dermis o ambas.
- Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- La úlcera drena.

Se considera solo estadio I y II porque el trabajo trata de UPP iatrogénicas y estos en la mayoría de los casos son pequeñas de tamaño y escasa profundidad, pero están localizados en cara, extremidades donde están localizado materiales empleados en el tratamiento de un proceso distinto, primario y/o de urgencia.

F.2. Factores de Riesgo¹³:

Se dividen en permanentes y variables.

F.2. a. Permanentes: son aquellos que no admiten mejoría y acompañan naturalmente a las personas durante su vida como son:

Edad: tiempo que ha vivido una persona, en el cual hay cambios morfológicos debido al envejecimiento, afectan a nivel metabólico, el sistema inmunitario está más deprimido, aumentando, los riesgos de infección, la piel pierde fibras elásticas y su vascularización es menos rica, la sensibilidad en todas sus órdenes decrece.

Capacidad física: fuerza muscular de una persona, vitalidad propia de una persona, al pasar los años disminuye y lo condiciona a un mayor número de enfermedades.

F. 2.b. Variables o variantes: Son aquellas que si admiten evolución a lo largo del tiempo. A su vez dentro de las variables se han establecido tres grupos:

1. **Fisiopatológicos o intrínsecos:** Son aquellos originados como consecuencia directa de los problemas de salud.

- Trastornos inmunológicos, infección.
- Lesiones cutáneas, sequedad, ausencia de elasticidad, piel fría, capacidad de sudar deteriorada.

La piel es el órgano complejo más accesible del cuerpo humano e indispensable para la vida; su función básica es la protección, como barrera entre los órganos internos y el medio externo, evita la desecación y las enfermedades al mantener la humedad dentro y los patógenos fuera; además participan en múltiples funciones; guarda continuidad con la mucosa de los orificios de los órganos digestivos, respiratorio y genitourinario que se abren al exterior¹⁴. La piel está compuesta por tres capas epidermis, dermis y tejido subcutáneo.

Epidermis: Capa externa formada por células escamosas epiteliales continúa a membranas, mucosas y cubiertas de conductos auriculares. Esta capa es reemplazada totalmente cada tres o cuatro semanas, su superficie contiene células muertas desplazadas continuamente, estas células contienen gran cantidad de queratina, proteína fibrosa e insoluble, es principal componente de la piel y uñas. Los melanocitos son células de la epidermis producen melanina pigmento que da color a la piel y cabello, a mayor cantidad de melanina, más oscuro el color. La producción de este pigmento depende de la hormona del hipotálamo MSH (hormona estimulante de los melanocitos). La melanina es capaz de absorber los rayos ultravioletas.

Dermis: Capa de tejido conectivo compuesta por fibras elásticas y de colágena, sangre y vasos linfáticos, nervios, glándulas sebáceas, sudoríparas y raíces pilosas. Frecuentemente se denomina a la dermis como “piel verdadera”¹⁵.

Tejido Celular Subcutáneo (TCSC)

Es principalmente tejido adiposo y su función es anclar la piel a músculos o huesos. La grasa se deposita o distribuye de acuerdo al sexo. La cantidad de grasa depositada son factores importantes en la regulación de la temperatura corporal.

Son funciones de la Piel las siguientes:

Protección:

La piel protege el cuerpo contra la invasión de bacterias y materia extraña.

La piel es relativamente impermeable a muchas sustancias químicas. Sin embargo algunas sustancias atraviesan con facilidad y se absorben diversos lípidos como la vitamina (A y D) y los esteroides. Estas sustancias penetran por la epidermis o los orificios de los folículos.

Conservación del Balance Hídrico:

Es una barrera que impide pérdida de agua y electrolitos del medio interno y deshidratación del tejido subcutáneo.

La piel no es del todo impermeable al agua, esta se evapora de manera continua en volúmenes diminutos a su superficie, estas varían con la temperatura corporal, aumenta con la fiebre.

Durante la inmersión en agua la piel puede acumular hasta el triple o cuádruplo de su peso normal se observa en casos prolongados¹⁶.

Regulación de la temperatura

El cuerpo constantemente produce calor producto del metabolismo de los alimentos para generar energía. Este calor se disipa principalmente por la piel por tres procesos físicos: radiación, conducción, convección.

En la fiebre la evaporación de agua es el único medio de pérdida de calor.

La piel tiene vasos sanguíneos abundantes que transporta el calor a la piel desde los órganos internos. El sistema nervioso simpático regula el flujo sanguíneo por estos vasos. El aumento regula el paso de más calor a la piel y su disminución del flujo sanguíneo subcutáneo reduce la temperatura de la piel y conserva el calor corporal.

Reacción de Pápula y Eritema:

Los golpes a la piel con firmeza suficiente para causar lesiones locales dan como resultado enrojecimiento en el área, seguida de inflamación (roncha) localizada y enrojecimiento difuso (eritema), es una reacción normal de la piel a las lesiones.

Sensaciones:

La estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales de la piel capta información sobre el entorno inmediato, como cambio de temperatura, dolor, tacto leve y presión, sensaciones que corresponde a diferentes tipos de terminaciones nerviosas.

Trastorno en el transporte de oxígeno:

Trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos vasculares; cualquier afección que reduzca la circulación irrigación de la piel y tejido subcutáneo (perfusión tisular periférica alterada) aumenta el riesgo del desarrollo de úlceras por presión. Las personas con diabetes mellitus experimentan una alteración en la microcirculación; los pacientes con edema padecen de circulación alterada e irrigación deficiente a los tejidos cutáneos.

• **Deficiencias nutricionales** (por defecto o por exceso) delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación; los factores nutricionales son cruciales en la formación de las úlceras por presión; por lo general, una nutrición inadecuada prolongada causa pérdida de peso, atrofia muscular y la pérdida de tejido subcutáneo. Estos tres problemas reducen la cantidad de almohadillado entre la piel y los huesos, por lo tanto se incrementa la formación de úlceras por presión.

La anemia independientemente de su causa, reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno y predispone a la formación de úlceras por presión, los pacientes obesos tienen grandes cantidades de tejido adiposo deficientemente vascularizado; el cual es susceptible de isquemia tisular y por consiguiente UPP.

Los pacientes con bajos niveles de proteínas o quienes se encuentran en un equilibrio negativo de nitrógeno experimentan un desgaste tisular e inhibición en

la reparación de tejidos. Se necesita nutrientes específicos como la vitamina C y minerales para mantener los tejidos y repararlos.

La deshidratación de la piel predispone una disminución de la vitalidad cicatricial. Las arrugas de la piel van a favorecer las lesiones por fuerzas tangenciales.

- **Alteración del estado de conciencia:** estupor, confusión, coma, los individuos con un nivel de conciencia disminuido, por ejemplo los que están inconsciente o fuertemente sedados con analgésicos, barbitúricos o tranquilizantes presentan riesgos a presentar úlcera por presión, por la inmovilidad prolongada.

- **Deficiencias sensoriales:** pérdida de la sensación dolorosa por debajo del nivel de la lesión, la parálisis u otras enfermedades neurológicas pueden causar una pérdida de sensibilidad reduce la capacidad de la persona para percibir el calor y el frío perjudiciales y para sentir el hormigueo, que indican la pérdida de circulación.

- **Deficiencias motoras:** paresia, parálisis, inmovilidad de articulaciones, tobillos, rodillas, condicionan a la inmovilidad prolongada.

- **Alteración de la eliminación (urinaria y/o intestinal):**, la maceración producida por el drenado (ablandamiento); la piel reacciona con la sustancia de la excreción o drenado y se irrita, con humedad la piel irritada es más vulnerable a su destrucción por la presión.

2. Derivados del tratamiento médico: Son los que tienen como causa determinada terapias o procedimientos diagnósticos.

- Inmovilidad impuesta por determinadas terapias o procedimientos como aparatos fijadores esqueléticos, tracciones, inestabilidad respiratoria, inestabilidad cardíaca retrasan la fase de cicatrización y la carencia de oxígeno se traducirá en una alteración del proceso de reparación.

- Tratamientos o fármacos con acción inmunosupresora o sedante, corticoides citostáticos, radiaciones (disminuyen la fase de inflamación, alteran la producción celular, reducen la respuesta inmunitaria).
- Técnicas para fines diagnósticos: Cateterismos cardiacos.
- Colocación de dispositivos invasivos y no invasivos como Tratamientos y/o procedimientos primarios.

3. Derivados de los cuidados y de los cuidadores: Son todos aquellos factores que incluyen las atracciones externas sobre el paciente. Consideramos a continuación las acciones de la enfermera en los cuidados generales de la piel y luego las acciones de la enfermera en los cuidados de la piel donde son colocados los distintos dispositivos y o materiales utilizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.¹⁷

Acciones de la enfermera en los cuidados generales de la piel:

- 1- Valora cuidadosamente la integridad de la piel.
- 2- Realiza valoración de la piel a través de la escala de Norton u otras.
- 3- Identifica alguna lesión en la piel.
- 4- Coordina un plan de atención.
- 5- Si encuentra lesión actúa y/o sugiere la modificación de técnica y/o tratamiento que provoca la lesión.
- 6- Registra el estado de la piel al inicio y como evoluciona.
- 7- Realiza higiene adecuada a los pacientes.
- 8- Realiza cambios posturales con 1 ó 2 horas, según requiera o este indicado.
- 9- Realiza cambios y/o rotaciones de dispositivos que ponen en riesgo la integridad de la piel.
- 10- Utiliza alguna crema y/o loción protectora en el lugar de fijación de los dispositivos.
- 11- Enseña al familiar sobre el cuidado de la piel.

Acciones de la enfermera en los cuidados de la piel donde son colocados los distintos dispositivos y/o materiales utilizados en la unidad de cuidados intensivos.

1.- Tubo Endotraqueal (TET).

- a. Valora el estado de la piel en la boca.
- b. Realiza la higiene oral con agua y/o alguna solución indicada.
- c. Fija el tubo con material hipoalérgico (o trata de no causar lesión).
- d. Rota el TET cada 8 horas o según sea necesario.
- e. Utiliza alguna crema o loción protectora de piel.
- f. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

2.- Tubo de Traqueotomía (TQT).

- a. Valora el estado de la piel alrededor de la estoma.
- b. Realiza la curación del estoma con: Una solución de agua destilada y/o agua oxigenada cada 8 horas o según sea necesario.
- c. Seca meticulosamente, sin friccionar.
- d. Utiliza alguna crema post curación.
- e. Protege con gasa estéril.
- f. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

3.- Sonda Nasogástrica (SNG), Sonda Nasoyeyunal (SNY).

- a. Valora el estado de la piel en orificios nasales y nariz.
- b. Realiza la higiene de fase nasal y/o nariz.
- c. Cambia el material de fijación cada turno o según necesidad.
- d. Rota el lugar de fijación.
- e. Utiliza alguna crema o loción protectora para piel.
- f. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

4.- Sonda Orogastrica (SOG), Cardio Q.

- a. Valora el estado de la piel en la boca.
- b. Realiza la higiene de la boca.
- c. Cambia el material de fijación cada turno o según necesidad.
- d. Rota el lugar de fijación.
- e. Utiliza alguna crema, solución protectora para la piel.
- f. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

5.- Sonda de Gastrostomía.

- a. Valora el estado de la piel alrededor de estoma.
- b. Realiza la higiene con agua oxigenada, agua destilada y/o ClNa 0,9%.
- c. Seca meticulosamente, sin friccionar.
- d. Protege con gasa, limpia la estoma y la sonda.
- e. Utiliza alguna crema o loción protectora para la piel.
- f. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

6.- Cánula Binasal (CBN).

- a. Valora el estado de la piel (orificios nasales, nariz, detrás del pabellón auricular).
- b. Realiza la higiene de la piel (orificios nasales, nariz, detrás del pabellón auricular cada 12 horas o según necesidad).
- c. Coloca alguna crema protectora (benjuí, cavilón, otros).
- d. Retira la cánula cada 4 horas por 1' o tolerancia del paciente.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

7.- Máscara de ventilación mecánica no Invasiva (VMNI).

- a. Valora el estado de la piel (nariz y cara).
- b. Realice higiene de la piel (nariz, cara).
- c. Coloca alguna crema protectora (benjuí, cavilón, duoderm, otros).
- d. Retira la máscara cada 8 horas por 5' o según patrón respiratorio del paciente o indicación médica.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

8.- Máscara de Nebulización (NBZ), Venturi y de Reservorio (MR).

- a. Valora el estado de la piel (nariz, pabellón auricular, cara).
- b. Realice higiene de la piel (nariz, pabellón auricular, cara).
- c. Coloca alguna crema protectora (benjuí, cavilón, otros).
- d. Retira la máscara cada 4 horas por 1' o tolerancia del paciente.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

9.- Parche compresivo después de cateterismo cardiaco.

- a. Valora el estado de la piel (ingle, glúteo, muslo).
- b. Realiza higiene de la piel.
- c. Coloca alguna crema protectora para la piel.
- d. Retira con cuidado el material de sujeción.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

10.- Sonda Foley.

- a. Valora el estado de la piel (en genitales y muslo).
- b. Realiza higiene de genitales y muslo.
- c. Cambia el material de fijación cada turno o según necesidad.
- d. Rota el lugar de fijación.
- e. Utiliza alguna crema protectora.
- f. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

11.- Accesorios para medir signos vitales: Oxímetro, tensiómetro, electrodos, cables del monitor.

- a. Valora el estado de la piel (cuerpo).
- b. Realice higiene corporal, masajes, aplicación de cremas hidratantes.
- c. Coloca algodón, globos con agua, colchón neumático, etc. en promunerancias óseas.
- d. Retira los accesorios cada 4 horas o según tolerancia hemodinámica del paciente.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término de turno.

12.- Drenajes.

- a. Valora el estado de la piel (lugar del punto de inserción del drenaje).
- b. Realiza la higiene corporal, mantiene la zona limpia y seca.
- c. Participa en la curación.
- d. Aplica crema, loción protectora de la piel.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término de turno.

13.- Ostomias.

- a. Valora el estado de la piel (alrededor de la estoma).
- b. Realiza evacuación de contenido cada 8 horas según requerimiento del paciente.
- c. Realice curación y/o cambio de bolsa cada 48 horas o según requerimiento del paciente.
- d. Aplica crema, loción protectora de la piel después de un secado minucioso sin fricción.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

14.- Sujeciones, muñones férulas.

- a. Valora el estado de la piel (extremidades).
- b. Realiza higiene de extremidades.
- c. Coloca algodón, gasa, en prominencias óseas.
- d. Retira la sujeción, muñones o férulas cada 4 horas según estado neurológico de paciente.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.
- f. Si encuentra eritema, equimosis toma medidas curativas y/o sugiere.

15.- Sábanas, cubiertas, cableado.

- a. Valora el estado de la piel (cuerpo).
- b. Realiza la higiene corporal.
- c. Mantiene sábanas, cubiertas sin arrugas, ni cables.
- d. Mantiene sábanas, cubiertas limpias y secas.
- e. Registra el estado de la piel al inicio y al término del turno.

Generalidades sobre el paciente crítico

Cuidado Intensivo

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

Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Es aquella dependencia del hospital en que se internan los pacientes con estado clínico de suma 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 hospital¹⁸.

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.

Unidad de Vigilancia Intensiva

El nombre de UVI 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.

Paciente críticamente Enfermo

Hay dos aspectos que definen al paciente críticamente enfermo.

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 esta 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.

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 contrapulsación intraaórtica¹⁹ o procedimientos diagnósticos o intervencionistas de urgencia tal como cateterismos cardiacos y/o angioplastía.

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 24 horas al día, 7 días a la semana, intentando guiar a los pacientes con graves enfermedades a través de sus inestabilidades fisiológicas hacia la recuperación y el alta del hospital²⁰.

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 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 multiprofesional es llevado por un sistema de práctica colaborativa en la cual la enfermera jefe de cuidados intensivos 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.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Def. Conceptual	Def. Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas.	Situaciones o circunstancias que se suscitan significativamente en un grupo de personas hospitalizadas en la UCI que desarrollan úlceras por presión iatrogénicas.	Situaciones o circunstancias que se suscitan significativamente en torno a un grupo de personas que son atendidos por presentar una enfermedad aguda que pone en riesgo su vida; en un ambiente con alta tecnología y personal capacitado; que desarrollan laceraciones causadas habitualmente por presión y/o roce de derivados del uso de materiales utilizados en un procedimiento y/o tratamiento de urgencia	factores de riesgo permanentes Factores de riesgo variables	Genero Edad Fisiopatológicos Postración Nutrición Derivados del tratamiento médico Acciones de la enfermera En los cuidados de la piel según los dispositivos.	Masculino Femenino 18-24 25-39 40-64 65-+ Dx de ingreso Estancia hospitalaria Estado de consciencia Antecedente de enfermedades Presencia de edemas Obesidad Desnutrición Si/no NPO NPT Enteral Sedación Sedo analgesia Dispositivo Valora y actúa. Valora y no actúa. No valora - no actúa.

A continuación se pone la definición operacional de términos que darán una mejor comprensión a los términos utilizados en el presente estudio de investigación.

1. **Úlceras por Presión Iatrogénicas (UPPI):** Pérdida de continuidad de ciertas superficies epiteliales del organismo causado habitualmente por mecanismo de presión y roce derivado de materiales y/o dispositivos primarios utilizados en el tratamiento de una enfermedad.
2. **Factores de riesgo:** Son las situaciones o circunstancias que se suscitan en torno a personas que por haber presentado una alteración hemodinámica ha sido necesario la utilización de ciertos dispositivos en una unidad de Cuidados Intensivos donde estarán monitorizados; lo cual los condicionan al desarrollo de lesiones en ciertas superficies epiteliales.
3. **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):** Ambiente especializado; con alta tecnología y personal capacitado y especializado donde se monitoriza a un paciente crítico.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo; método descriptivo, de corte transversal, con enfoque epidemiológico ya que permitirá presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

El estudio se realizó en la UCI de la Clínica Angloamericana; durante los meses de Enero – Febrero – Marzo del 2007.

La población estuvo compuesta por 100 pacientes; todos los pacientes que se hospitalizaron en la UCI de la CAA en el mes de Enero – Febrero – Marzo del 2007. Dentro de los criterios que se consideró para el presente estudio tenemos:

Criterios de Inclusión: Pacientes hospitalizados en el Servicio de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana.

Criterios de Exclusión: Pacientes con úlcera pre existente, o desarrollo de úlcera de etiología diferente a la de la Úlcera por Presión Iatrogénica y pacientes que voluntariamente no deseen colaborar con el estudio.

La técnica que se utilizó fue la observación y el instrumento fue un formulario tipo lista de chequeo; en la que se consideran los factores Permanentes y Variantes; tomando como fuente de información la historia clínica de cada paciente. La validez del instrumento se efectuó a través de Juicio de Expertos: 3 médicos intensivistas, 1 residente en cirugía, 4 docentes de la UNMSM, 2 enfermeras intensivistas; motivando los reajustes necesarios al respecto.(VER ANEXO).

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo en el Departamento de Enfermería; a fin de obtener las facilidades para la recolección de los datos; luego de su aprobación se realizaron coordinaciones pertinentes con las enfermeras encargadas de la UCI; a fin de iniciar la recolección de datos.

Luego de la obtención de los datos estos fueron procesados tanto descriptiva como analíticamente con ayuda del programa Spss 14.0; a fin de presentar los resultados en gráficos y /o tablas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Se presentaron los requisitos que se nos solicita la institución para adquirir el permiso.

Se presentó una ficha de consentimiento informado a la institución y/o personal que labora en la UCI.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

RECURSOS NECESARIOS

✓ **HUMANOS:**

Investigador
Asesor Metodológico
Asesor Estadístico
Apoyo Secretarial

✓ **MATERIALES:**

Equipo de Computo e Impresora. Internet.
Materiales de escritorio
Materiales de impresión e Impresos
Hojas bond, Lapiceros, Corrector de tinta.
Fotocopias. Disket, CDs

✓ **FINANCIEROS:**

Investigador

Cronograma de GANT

Actividad	Meses											
	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A
1. Elaboración del Proyecto.	X	X	X									
2. Revisión de Antecedentes.			X	X								
3. Elaboración del Marco Teórico.		X	X	X	X							
4. Operacionalización de Variables.				X	X	X						
5. Elaboración de Instrumentos.						X	X					
6. Validación de Instrumentos.							X	X				
7. Asesoría Estadística.							X	X	X			
8. Revisión de Instrumentos.								X	X			
9. Recolección de Datos.									X	X	X	
10. Procesamiento de Datos.											X	X
11. Elaboración de Tablas y/o Gráficos.											X	X
12. Análisis e Interpretación.												X
13. Elaboración de Conclusiones.												X
14. Redacción del Informe Final.												X
15. Presentación del Informe Final.												X

PRESUPUESTO

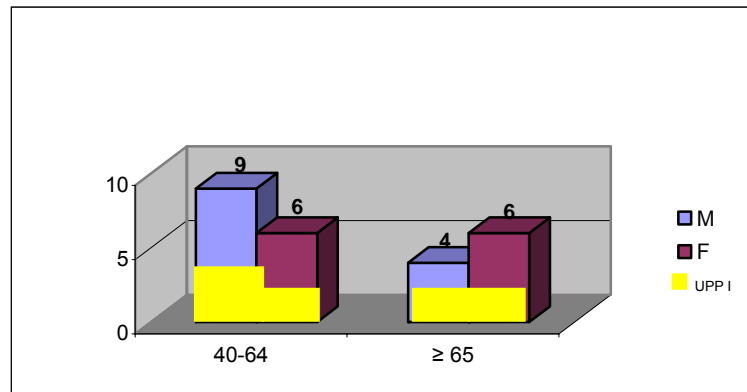
Partida	Descripción	Monto S/.
	Bienes:	
30.06	Material procesamiento automático de datos	300.00
30.11	Impresiones	200.00
30.12	Material de telecomunicaciones	
30.13	Material de escritorio	800.00
30.19	Materiales de impresión	1000.00
30.20	Material fotográfico y fonotécnico	
30.21	Material de video	
51.01	Equipos de comunicación	200.00
51.11	Equipos de cómputo	300.00
51.12	Equipos de oficina	
	Servicios:	
20.01	Movilidad local	400.00
27.01	Servicios no personales	300.00
37.03	Alquiler de bienes muebles	
39.05	Encuadernación, anillados y empastados	200.00
39.06	Congreso, conferencia y eventos.	
39.10	Fotocopias y transparencias.	300.00
39.15	Otros	
	TOTAL:	4000.00

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRAFICO N° 1.

“FACTORES DE RIESGO PERMANENTES PARA EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN IATROGÉNICAS, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA 2007”



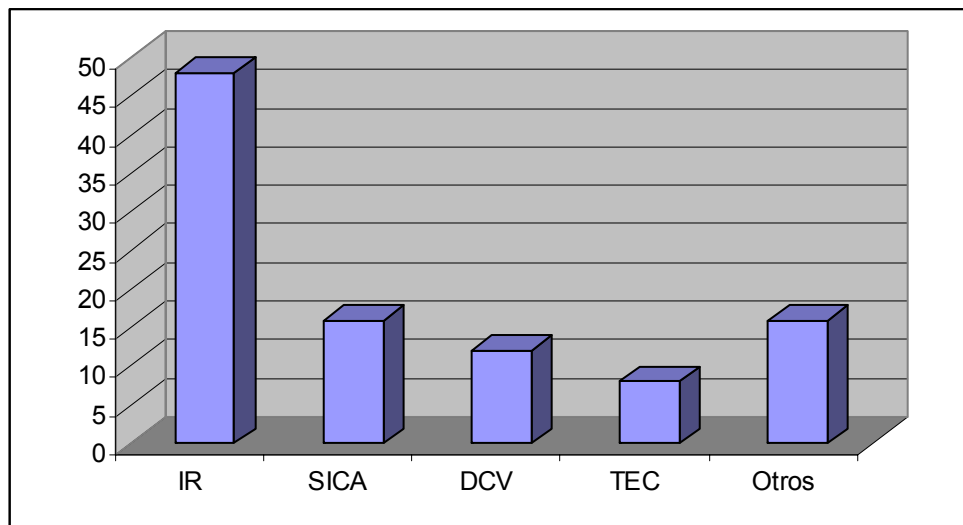
Se observa en el gráfico que del 100% (100 pacientes) el 20% (20) presenta UPPI (Vera anexo A), de éstos el 60% (12) tuvo una edad entre 40 y 64 años y 40% (8) comprende las edades mayor o igual a 65 años; tenemos también que el 60% (12) son de sexo masculino y el 40% (8) restante son de sexo femenino.

Se observa una tendencia a la presencia de mayor frecuencia de UPPI en el grupo de 40 a 64 años respecto a los mayores de 65 años, sin embargo si hacemos un corte en menores y mayores de 60, encontraremos que el 100% está ubicado en este rango, lo cual se relaciona con la literatura internacional, pues a mayor edad existiría mayor deterioro y deshidratación de la piel, lo cual jugaría un rol de predisposición a laceraciones.

Respecto al sexo los datos hallados no son congruentes con la literatura, pues nos menciona que el sexo femenino a mayor edad por hipoestrogenismo podría ser más vulnerable a laceraciones,

GRÁFICO 2

FACTORES DE RIESGO VARIABLES PARA EL DESARROLLO DE LAS UPPI: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CLINICA ANGLOAMERICANA, SEGÚN PATOLOGÍA. ENERO – FEBRERO - MARZO DEL 2007.

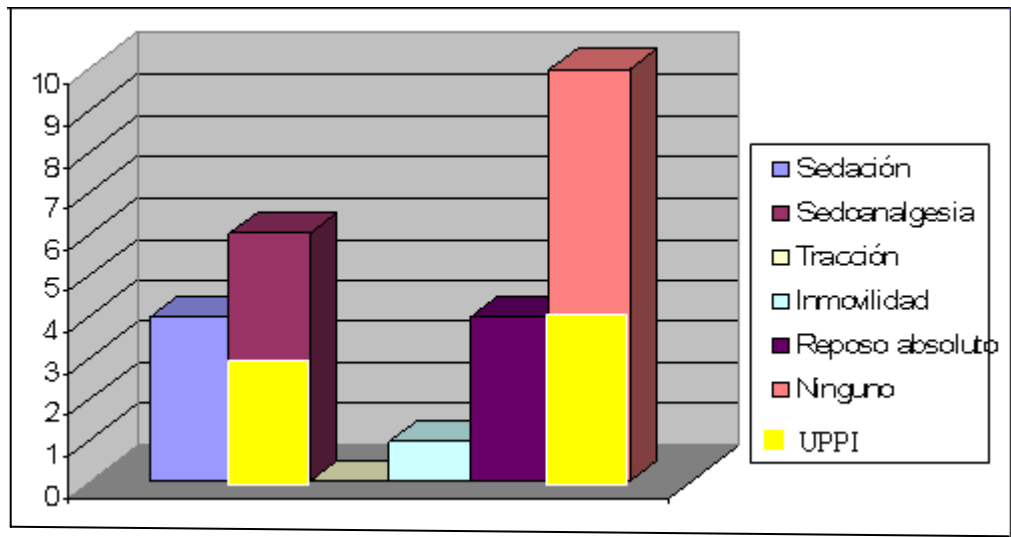


Se observa en el gráfico que del 100% (100 pacientes hospitalizados) el 48% (48) ingresan por insuficiencia respiratoria (IR), 16% (16) ingresan por Síndrome Isquémico Coronario Agudo (SICA), 12% (12) ingresa por esorden cerebrovascular (DCV), 8% (8) ingresa por Traumatismo encéfalo craneano (TEC), y el 16% (16) ingresa por otro diagnóstico, evidenciándose que en la mayoría de pacientes se utilizó tubo endotraqueal (TET), oxigenoterapia según el tipo de IRA y la colocación de Sondas nasogástrica u esogástrica, ya sea para alimentación o evacuación, y cardio Q para monitoreo.

Entre los porcentajes de UPPI según patología tenemos: 60%(60) son pacientes que ingresaron por IR, el 20% (20) ingresó por SICA y 20% (20), paciente que ingresó por otro diagnóstico; lo cual nos hace concluir que la IR y SICA podrían ser factores predisponentes a presentar UPPI (Ver anexo C), por el uso de diferentes dispositivos de uso prolongado, lo cual se vislumbrará en el estudio. (Ver anexo D). El tipo de alimentación (Ver anexo E), o la presencia de postración podrían también estar relacionados a mayor presencia de UPPI (Ver anexo F).

GRAFICO N° 3

FACTORES DE RIESGO VARIABLES PARA EL DESARROLLO DE LAS UPPI: DERIVADOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CLINICA ANGLOAMERICANA. ENERO – FEBRERO - MARZO DEL 2007.

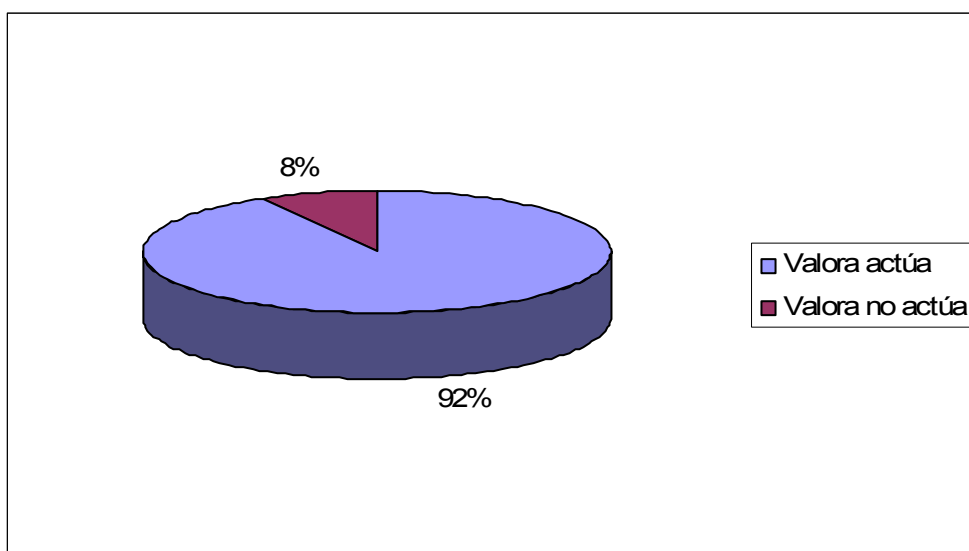


Se observa en el gráfico que del 100% (20 pacientes), el 40% (8) de los pacientes que presentan UPPI tienen como tratamiento la sedoanalgesia, mientras que el 60% (12) restante no presenta ninguna de las indicaciones descritas.

Se observa una tendencia a la presencia de mayor frecuencia de UPPI, en dos pacientes que tienen como tratamiento la sedoanalgesia, la cual se relaciona con la literatura, ya que este estado de inmovilidad del paciente predispone a la formación de laceraciones en la piel del paciente.

GRAFICO N° 4.

**FACTORES DE RIESGO VARIANTES PARA EL DESARROLLO DE
UPPI: DERIVADOS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CAA.
ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.**

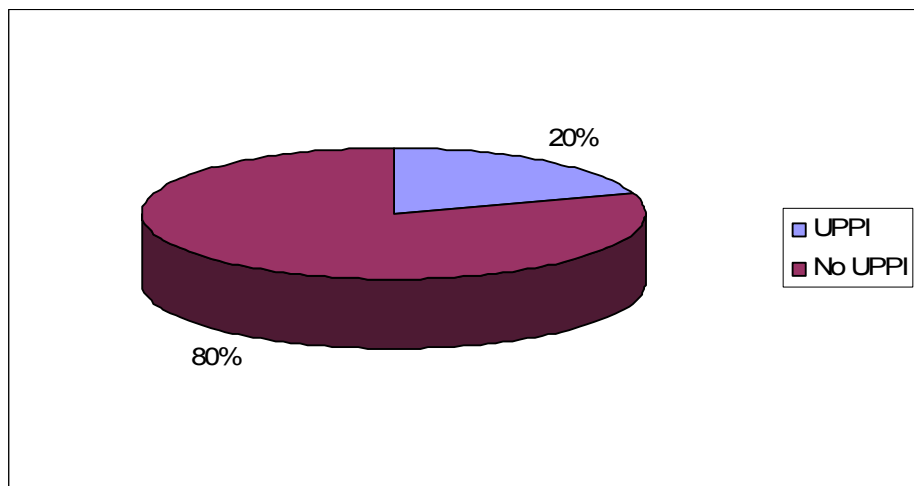


Se observa en el gráfico que del 100% (100) de los pacientes hospitalizados 92% (92) fueron adecuadamente valorados y se realizaron las medidas preventivas y curativas necesarias para evitar las UPPI o su progreso y 8% (8) no valora adecuadamente y no realiza medidas preventivas y curativas necesarias.

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

GRAFICO N° 5

PRESENCIA DE UPPI EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.



En el gráfico se observa que del 100% (100) de pacientes que se hospitalizaron en Enero – Febrero – Marzo del 2007, 20% (20) presentaron UPPI, de las cuales un 60% (12) fueron de I grado y el 40% (8) restante fue de II grado. (Ver anexo A)

Esto representa un dato importante ya que la piel como primera barrera de defensa del organismo, en un paciente en estado crítico se ve vulnerada por la presencia de factores de monitoreo invasivo y no invasivo, la presencia de una flora microbiana virulenta y resistente a medicamentos, así como también por el estado hemodinámico alterado que no permite una adecuada perfusión del tegumento.

El profesional de Enfermería Intensiva debe estar preparado para prevenir el desarrollo de las úlceras por presión iatrogénica; 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. (Ver anexo B)

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Dentro de las **conclusiones**, a las que se llegó, fueron las siguientes:

- La presencia de UPPI en el Trabajo realizado muestra una frecuencia importante (20%).
- En cuanto a los factores de riesgo permanentes no se halló asociación entre UPPI y algún factor estudiado; ya que no se evidencia las UPPI en la población postrada; con edemas o alteración nutricional ya que por ser pacientes crónicos no tenían material de tratamiento y/o múltiples accesorios.
- En cuanto a los factores permanentes se encontró que 60% (60) de los pacientes que tuvieron UPPI fueron hombres y el 40% (40) fue mayor de 65 años.
- Las UPPI en el 20% (20) aparecían en el 2do y 3er día, 40% (8) y 60% (12) respectivamente; a pesar de los cuidados.
- En cuanto a los factores de riesgo variantes se encontró que los pacientes que presentaron UPPI, la mayor parte ingresó con

Diagnóstico de IR 80% (16), SICA 20% (4) y contaron con la presencia de TET 40% (8), SNG 40% (8), drenaje torácico 10% (2), parche post cateterismo cardiaco 10% (2) y monitoreo no invasivo principalmente.

- En cuanto a las indicaciones médicas se concluye que los pacientes en los que se utilizó más dispositivos por la boca y sedoanalgesia presentaron UPPI.
- Las UPPI encontradas fueron de 1er y 2do grado, 60% (12) y 40% (8) respectivamente de 20% (20).
- Dentro de los cuidados prestados por la enfermera se encontró que la enfermera realiza la valoración de la piel y actúa en un 92% (92) del total de enfermeras y un 8% (8) solo identifica pero no actúa contra algunos factores, o simplemente no lo registra ni lo reporta.

Después de realizar el presente estudio se formula las siguientes **recomendaciones:**

Que el departamento de Enfermería coordine con los profesionales de Enfermería que labora en la UCI, para elaborar protocolos de medidas preventivas para el desarrollo de las úlceras por presión iatrogénica (UPPI)

Las **limitaciones** del estudio; está dado por que el alcance de los resultados solo pueden ser generalizados al servicio de UCI de la CAA, no pueden ser generalizados a otras poblaciones, pues solo son válidas para la población de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela L. 1999. Valoración Geriátrica Integral. Tesis para Doctorado Hospital Nacional Cayetano Heredia.
2. Frisdlay D. Manejo práctico de las úlceras de decúbito. Am. Fam. Physician; Vol. 41: 4 177-87 1998
- 3, 9 Izquierdo Morales Felicita. “Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina de HNCH 2005. Tesis para optar el título de especialista en enfermería intensivista. Lima 2005.
- 4, 8, 10 Soldevilla J. Guía Práctica en la atención de la piel. España. Madrid. 1998
5. Esperon Guinil J. Úlceras por presión iatrogénica: Estudio de Prevalencia en un servicio de cuidados críticos.
- 6, 7 Chogme V. Utilización de los servicios por pacientes geriátricos y de menor edad en e Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para optar título de Médico Cirujano. 1998
- 10, 11, 12. Silvestre D. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra. 1997-1998. Madrid-España
13. Guía de cuidado de enfermería. Úlceras por presión. Essalud
- 14, 15. Nubia. Cuidado cutáneo del paciente incontinente. 2003
16. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de las úlceras por presión. GNEAUPP.
- 17, 18, 19, 20 Cardomi A. Estudio sobre Úlceras por presión en un Centro Sanitario. [http:// www. Drogueriamartín.com.ar/trabajos.htm#estudios](http://www.Drogueriamartín.com.ar/trabajos.htm#estudios)

BIBLIOGRAFIA

- Lilian Scholts Brunnder: Manual de Enfermería Medico quirúrgico 4° Ed. México año 1984. Pág. 189.
- Fernando Perlado. Geriatria. México 1980 Pág. 59.
- William Reicher Aspectos Clínicos de Envejecimiento. 1980 Pág. 334.
- Juan Díaz et al, Tratado de Geriatria, y Asistencia civil 1986 Pág. 65 650.
- Hospital. Úlceras de Presión Vol. 40 Ene Feb. 1984.
- Mejor Descanso con terapia de Presión Positiva. Nursing 2000. vol. 18 N9 30-1.
- Cuidado de las Heridas: Cómo usar apósito composite. Nursing 2000, Dic. Pág. 37
- Epidemiología Clínica Investigación clínica aplicada.
- Cuidado de las Heridas: Cómo usar apósito de alginate. Nursing 2000, Dic. Pag. 43.
- Uso de Colágeno en la cicatrización de las heridas. Rev. ROL Ene 2000 23(10) 715-21.
- Valoración del Riesgo de úlceras por presión. Nursing May 2002
- Cuidados cutáneos a pacientes con incontinencia. Nursing Feb. 2003.
- Rosario trinidad Mayta. 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 1994.
- Varela L. 1999. Valoración Geriátrica Integral. Tesis para Doctorado Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Chigne, V. 0.1998. Utilización de los Servicios por pacientes geriátricos y de menor edad en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para titulo Medico Cirujano.

- Informe Estadístico Anual – 2003 Indicadores de salud del Hospital Nacional Cayetano Heredia – servicio de Medicina.
- Oficina Sanitaria Panamericana. 1996 la Salud de los Ancianos, una preocupación para todos. Washington, D.C. OPS; 3-4
- Bacardi Z.P. 2004. Consideraciones sobre la intervención de enfermería en las úlceras por presión Revista 16 de Abril 201; SIN 1729 – 6935.
- García C. R. 2001. Artículo. Úlceras pro Presión o Escaras. Aurasalud.com.
- Thormas D, Allam R. 1997. Pressure Ulcers. Geriatr Med. 13(3): 421-31.
- Gómez de la TE. 1997. Protocolo para prevención y manejo de las úlceras por presión en el adulto mayor. Instituto de Gerontología y Geriatria FAP.
- Álvarez FB. García O. M., García MG., Francuelo VM. Bueno E. J., Moreno LA., García SJR, Gómez HR. 1999. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Geriatrinet SIN 1575-3166.
- Amedillo 1998. directrices Generales sobre el Tratamiento de las úlceras por presión. Primer Panel de GNEAUP sobre el tratamiento de las úlceras por presión.
- Ibars M., Farré LI, Asencio A. 1998. prevención de las úlceras por presión Ricon Científico Gerokomos/Helcos Vol. IX 15-24.
- Soldevilla 1994. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel, Madrid. J. Editorial Garsi.
- García B., Jordán J., Martínez C., Orbeagozo A., Santamaría A., Soldevilla A., Torra E. 1998 Directrices generales sobre le tratamiento de las ulceras por presión Ricon Científico GEROKOMOS/HELLCOS Vol. IX; 3-12.
- Marc E. Weksler MD A May J., Red MD 1998. Curación de Heridas en el paciente Mayor Modern Geriatric 10(8); 254-260.
- Bruner T Suddarth, Enfermería Medico Quirúrgico I. 7° Ed. México. Ed. Interamericana S.A. 1992.
- Cerdan, Every. Valoración de Riesgo de UPP en Pacientes Adultos y Medidas Preventivas Aplicadas. Perú UPCH. 2001.
- Comparación de la Efectividad y Costo de la Cura en Ambiente Húmedo Frente a la Cura Tradicional. En Revista Rol Enfermería Vol. N° 23 – 2000.

- Cordomi, Alfonso “Estudio sobre úlceras por Presión en un Centro Sanitario” <http://www.drogueriamartin.comar/trabajos.htm#estudios>.
- “Estrategias Activas en la Prevención de las Úlceras por Presión”. Revista Rol de Enfermería. Vol. N° 23-2000.
- Eyesenk H., Wilson G., Psicología Humana. Buenos Aires. Ed. Manual Moderno 1976.
- Kozier, B., Fundamentos de Enfermería Conceptos, Procesos y Práctica 5° Ed. México Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 1999.
- Martines, Estrella, Prevención y Tratamiento y derivación en Úlceras pro Presión.
- Meneses, Gladys. Nivel de Conocimientos y Actitudes del personal de Enfermería Hacia el Geronte con UPP Perú UPCH 1997.
- Papalia D., Wendkos S., Psicología. 2° Ed. Segunda. México Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 1988.
- Pinedo, Julio. Aplicación Escala Valorativa Braden. Perú UPCH 1999.
- Reducción de la Presión en Zonas de Riesgo para desarrollar Ulceras por Presión con un Apóstio Hidrocoloide. Revista Rol de Enfermería. Vol. N° 23 – 2000.
- Soldevilla, J. Guía Práctica en la Atención de las Ulceras de Piel. 4° Ed Madrid Ed. Garsi 1998.
- Úlceras por Presión en Sacro. Revista Rol de Enfermería. Vol. °22-1997.
- Jordán y Clark, 1998. Prevalencia de las úlceras por presión (UPP) investigación – Hospital Insular de Lanzarote – España.
- Cida als Anys – Servei Catalá de la salut Incidencia y Prevalencia de la úlceras por presión 1995. investigación Clínica del carmen – España.
- Silvestre, LD. 1997 – 1998. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión Investigación Hospital de Navarra- España.
- Gerald V. Tortora Anatomía – Fisiología clínica. 7ma edición Madrid – España. Ed. Lescer S.A. 1998.
- Teodoro Colton Estadística en Medicina 1° Ed. Barcelona – España. Ediciones científicas y Técnico S.A. 2000.

ANEXOS

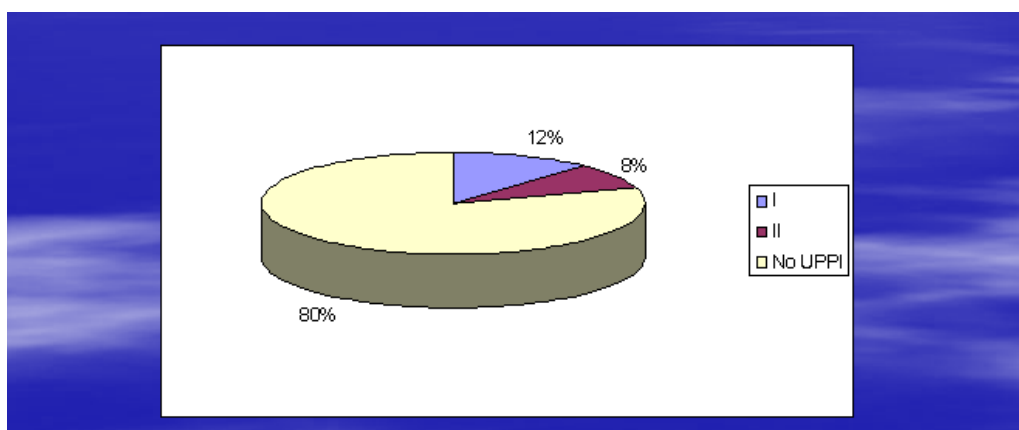
ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo	Contenido	Pág.
A	PRESENCIA DE ÚLCERAS DE PRESIÓN IATROGÉNICAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	III
B	UBICACIÓN DE LA UPPI IDENTIFICADAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	III
C	PRESENCIA DE ÚLCERAS DE PRESIÓN IATROGÉNICAS SEGÚN DISPOSITIVO EMPLEADO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	IV
D	PRESENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN IATROGÉNICAS SEGÚN DISPOSITIVO EMPLEADO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	IV
E	FACTORES DE RIESGO VARIABLES: PORCENTAJE DE POSTRADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN AL UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	V
F	FACTORES DE RIESGO VARIABLES: VÍA DE ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CAA. ENERO – FEBRERO – MARZO DEL 2007.	V
G	CONSENTIMIENTO INFORMADO	VI

H	INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	VII
I	ACCIONES DE LA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL DONDE SON COLOCADOS LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS Y/O MATERIALES UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	VIII

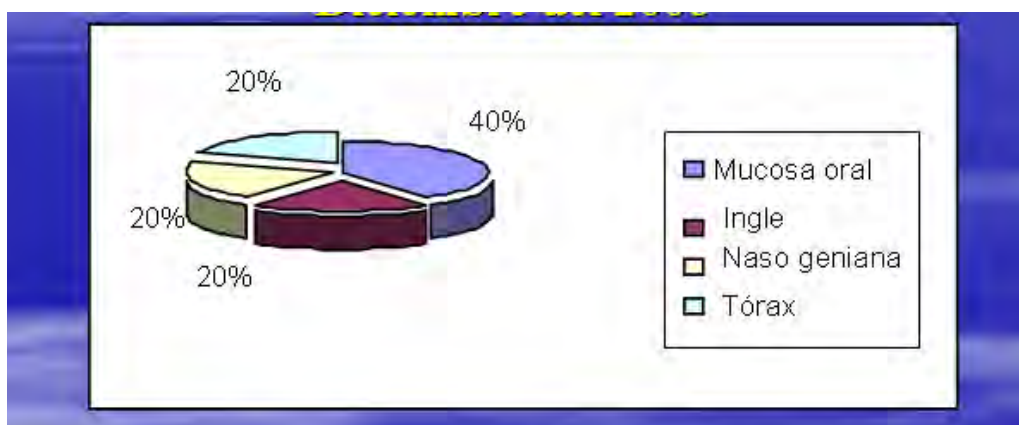
ANEXO A

Presencia de Úlceras de Presión Iatrogénicas en los pacientes en los hospitalizados en la UCI de la CAA. Enero – Febrero – Marzo del 2007.



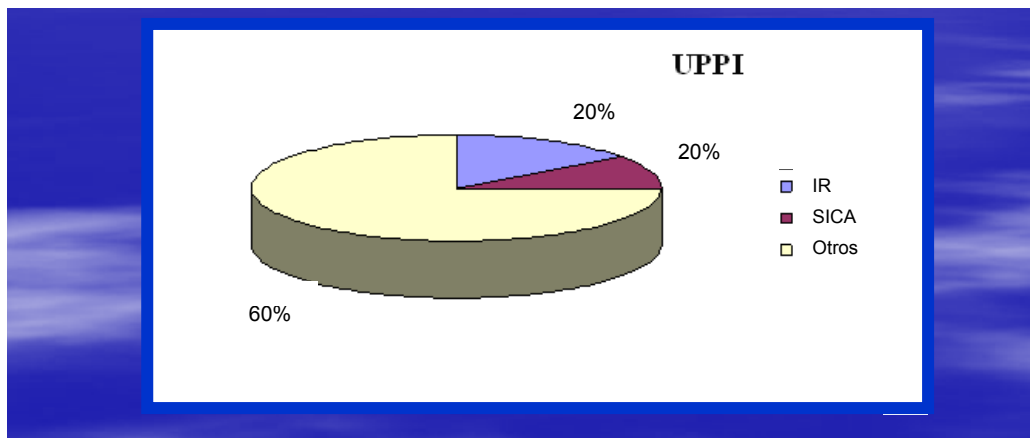
ANEXO B

Ubicación de la UPPI identificadas en pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA. Enero – Febrero – Marzo del 2007.



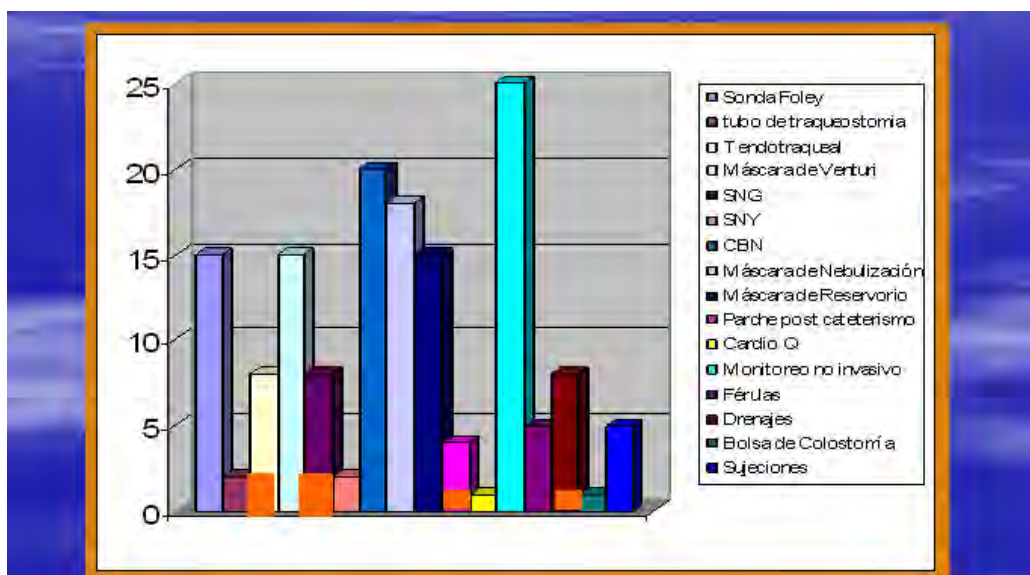
ANEXO C

Presencia de Úlceras de Presión Iatrogénicas según Dispositivo empleado en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA. Enero – Febrero – Marzo del 2007.



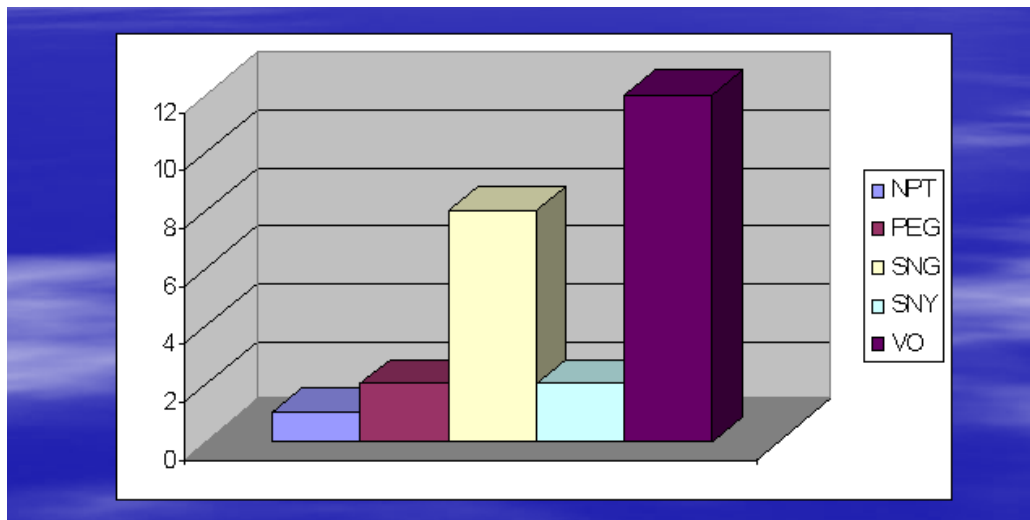
ANEXO D

Presencia de Úlceras por Presión Iatrogénicas según Dispositivo empleado en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA. Enero – Febrero – Marzo del 2007.



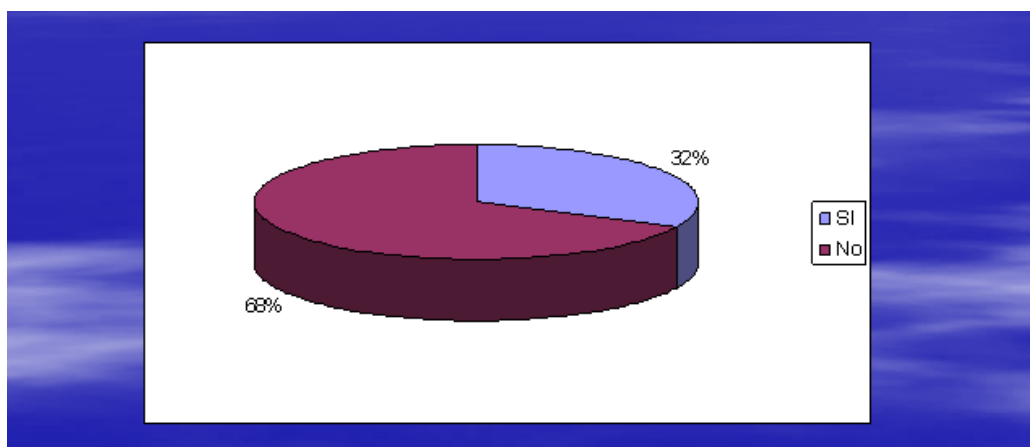
ANEXO E

Factores de riesgo Variables: Vía de alimentación en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA. Enero – Febrero – Marzo del 2007.



ANEXO F

Factores Variable: Porcentaje de Postrados en los pacientes hospitalizados en al UCI de la CAA. Enero – Febrero – Marzo del 2007.



ANEXO G

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación factores de Riesgo para el desarrollo de Úlceras Por Presión Iatrogénicas (UPPI), en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de La Clínica Angloamericana (CAA), Diciembre 2006; habiendo sido informada (o) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que al investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente.-

La investigadora del proyecto. Se compromete con la contribución a aguardar la máxima confidencialidad de información; así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atte.

Magali Espinoza Herrera.
Autora del Proyecto.

ANEXO H

INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente N° Hcl: _____ Fecha de Ingreso: _____ Sexo: M ___ F ___
 Edad: ___ Días de Hospitalización: ___ Dx. a: _____ b: _____ c: _____
 Antecedentes a: _____ b: _____ c: _____ Fractura: si ___ no ___
 Nutrición: NPO ___ Alimentación: Enteral: sng ___ gastrostomía ___ NPT ___ Paciente Postrado si: ___ no ___
 Escala de Glasgow >13 / ___ <12 Indicaciones medicas: Tracción: Si ___ No ___ Inmovilidad: _____
 Reposo Absoluto: Si ___ No ___ Sedación: Si ___ No ___ Sedoanalgesia: Si ___ No ___ Ramsay: ___ < 3 ___ < 6
2do día de evaluación: observación _____
3er día de evaluación: observación _____

SI PRESENTA ÚLCERA POR PRESION IATROGÉNICA; LLENAR SIGUIENTE CUADRO:

ITEM	DISPOSITIVO	1er día de evaluación		2do día de evaluación		3er día de evaluación				
		Localización	Clasificación		Localización	Clasificación		Localización	Clasificación	
			I	II		I	II		I	II
1	TQT									
2	TET									
3	SNG, SNY									
4	SOG, CARDIO Q									
5	Sonda Gastrostomía									
6	CBN									
7	Máscara VMNI									
8	NBZ, Vénturi, MR									
9	Parche comprensivo después de cateterismo.									
10	SONDA FOLEY (SF)									
11	Accesorios para medir signos vitales									
12	DRENAJES									
13	OSTOMAS									
14	Sujeciones, ferulares Muñones									
15	Sábanas, Cubiertas cableado									
Acción de enfermería		Valora	No valora	Actúa	No actúa	Observación				
Día										
1er día										
2do. Día										

3er. Día					
----------	--	--	--	--	--

ANEXO I

ACCIONES DE LA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL DONDE SON COLOCADOS LOS DISTINTOS DISPOSITIVOS Y/O MATERIALES UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Día de Evaluación	1er día de evaluación		2do día de evaluación		3er día de evaluación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Acción de la enfermera en el cuidado de la piel según dispositivo						
1. Valora el estado de la piel, según dispositivo.						
2. Realiza higiene a nivel de zona de dispositivo.						
3. Realiza secado minucioso sin fricción de la zona.						
4. Aplica alguna crema, pomada de manera preventiva.						
5. Mantiene mucosa oral húmeda.						
6. Mantiene piel hidratada.						
7. Rota o realiza reposo del dispositivo de manera preventiva.						
8. Si identifica lesión, sugiere alguna crema, pomada.						
9. Avisa al médico.						
10. Aplica la pomada indicada.						
11. Rota o realiza reposo del dispositivo de manera curativa.						
12. Reporta sobre el estado de la piel al inicio de turno.						
13. Considera en las anotaciones de enfermería el estado de la piel al inicio de turno.						
14. Reporta sobre el estado de la piel al inicio y al término de su turno.						
15. Reporta sobre las acciones preventivas y/o curativas que realizo.						
16. Considera en las anotaciones de enfermería el estado de la piel al inicio y al término de su turno.						
17. Considera en las anotaciones de enfermería las acciones preventivas y/o curativas que realiza durante su turno.						