



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Nivel de riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales Adultos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2015

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Idma Geize Mamani Mamani

LIMA – PERÚ
2015

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

INDICE

	Pág.
Índice de Gráficos	5
Resumen	7
Presentación	9
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	12
1.2. Formulación del Problema	14
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivo General	15
1.4.2. Objetivos Específicos	15
1.5. Propósito	15
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base Teórica	21
2.3. Definición Operacional de Términos	43
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	44
3.2. Lugar de estudio	44
3.3. Población de estudio	45
3.4. Unidad de análisis	45
3.5. Criterios de selección	45
3.5.1. Criterios de inclusión	45
3.5.2. Criterios de exclusión	45
3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos	46
3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	46
3.8. Consideraciones éticas	47
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión	55
CAPITULO V. CONCLUSIONES LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	58
5.2. Recomendaciones	59
5.3. Limitaciones	59
REFERENCIAS	60
ANEXOS	

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1.	DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR SEXO DE LOS PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI LIMA – 2015	48
2.	DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI LIMA – 2015	49
3.	DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN LA UCI DEL HNGAI LIMA – 2015	49
4.	DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN LA UCI DEL HNGAI LIMA – 2015	50
5.	FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION CONDICION FISICA EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015	50
6.	FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION ESTADO MENTAL EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015	51

7.	FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015	51
8.	FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION MOVILIDAD EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015	52
9.	FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION INCONTINENCIA EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015	52
10	FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS RELACIONADOS CON EL POSIBLE DESARROLLO DE UPP EN LA UCI DEL HNGAI LIMA – 2015	53
11	NIVEL DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015	54

RESUMEN

AUTOR: MAMANI MAMANI, IDMA GEIZE

ASESOR: MG. CORDOVA CHAVEZ NANCY

Una de las complicaciones derivadas de la permanencia prolongada en cama en los adultos, específicamente a nivel dermatológicos y musculo esqueléticos, son las llamadas úlceras por presión. En el cual el personal de enfermería cumple un rol importante en los cuidados y en la prevención de la misma. Para lo cual el profesional de enfermería mediante la identificación oportuna del nivel de riesgo de úlceras por presión contribuye en la calidad de la atención oportuna. Por lo tanto se precedió en la identificación de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos determinados según nivel de riesgo. En tal sentido el presente estudio titulado, Nivel de riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la UCI generales adultos del HNGAI 2015, tuvo como objetivo determinar el nivel de riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la UCI generales adultos del HNGAI-2015. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 36 pacientes de la UCI generales adultos. El instrumento fue hoja de registro – Escala Norton según guía de Essalud y la técnica observación- análisis documental. Los resultados hallados en este estudio fueron: El nivel de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la UCI de 100%(36), el 64%(23) presentan nivel alto, el 28%(10) en evidente riesgo de UPP en posible formación y 8% (3) mínimo riesgo.

PALABRAS CLAVES: Nivel de riesgo, úlceras por presión (UPP), unidad de cuidados intensivos (UCI).

SUMMARY

AUTHOR: Mamani Mamani, IDMA GEIZE

ADVISORY: MG. CORDOVA CHAVEZ, NANCY

One of the complications of prolonged bed rest in adults, specifically dermatological level and skeletal muscle, are called pressure ulcers. In which the nursing staff plays an important role in the care and prevention of it. To which the nurse through the timely identification of the risk level of pressure ulcers contributes to the quality of timely care. Thus it was preceded in identifying risk factors intrinsic and extrinsic risk level determined according UPP. In this sense the present study titled Risk level of pressure ulcers in patients hospitalized in the general adult ICU of HNGAI 2015, aimed to determine the level of risk of pressure ulcers in patients hospitalized in the general ICU adults HNGAI-2015. The study was applicative level, quantitative type, descriptive method of cross section. The population consisted of 36 patients in the general ICU adults. The instrument was recording sheet - Norton Scale to guide the remark Essalud and technical document analysis. The findings of this study were: The level of risk of pressure ulcers in patients hospitalized in the ICU of 100% (36), 64% (23) at high level, 28% (10) in obvious risk of UPP on possible formation and 8% (3) minimal risk.

KEYWORDS: Risk level, pressure ulcers (UPP), intensive care unit (ICU).

PRESENTACION

Se han realizado varios estudios epidemiológicos en los cuales se refleja la incidencia de úlceras por presión como una complicación en las unidades de cuidados intensivos. Múltiples estudios internacionales muestran que el 95 % de las úlceras por presión son evitables y el 60 % prevenibles. Un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan úlceras por presión, Cerca del 70% de las úlceras por presión se desarrollan en las primeras 2 semanas de hospitalización. (Arango y Fernández, 2006, p. 217).

Los datos epidemiológicos disponibles hasta la fecha en unidades de cuidados intensivos (UCIs) indican que las UPP son un problema importante y que se debe afrontar para mejorar la calidad asistencial en la unidad. Estos pacientes presentan gran número de factores de riesgo de padecer UPP y, como consecuencia de ello, las UCIs son las que registran mayor incidencia de estas lesiones. (Ferrero, Medrano, Jameo y Postigo. s.f. p. 23)

Como tal problema de salud, la mayor aspiración como profesionales sanitarios es poder controlarlo y, en la medida de lo posible, erradicarlo.

El número de úlceras desarrolladas es un indicador de calidad ligado no sólo a la práctica médica, relacionada con los factores intrínsecos que las desencadenan, sino también a los aspectos cognitivos y cuidados enfermeros.

La práctica profesional de la enfermera, requiere conjugar los conocimientos científicos tecnológicos con habilidades destrezas y actitudes al fin de brindar un cuidado integral al paciente al paciente crítico con úlcera por presión.

La unidad de cuidados intensivos (UCI), brinda atención especializadas a pacientes en postración prolongada y dependientes del ventilador mecánico. Algunos pacientes con UPP y pacientes en riesgo de padecer UPP.

La gestión del cuidado del paciente juega un papel primordial; tanto para prevenir la aparición de la UPP, como para conseguir su curación, y demuestran la pericia del profesional enfermero en pleno ejercicio.

La escala de Norton es un instrumento que se utiliza para valorar el riesgo que tiene un paciente para desarrollar úlceras por decúbito, es aplicable a cualquier paciente. Evalúa factores de riesgo que incrementa la vulnerabilidad para desarrollar estas lesiones de la piel. Por tal motivo, se realizó este estudio con la máxima de mejorar la calidad de vida en el paciente grave, ofreciendo cuidados de enfermería eficaces que expresan la gestión del cuidado de la enfermera en aras del bienestar del paciente. Se pretende mostrar el beneficio de la aplicación de la escala de Norton en pacientes graves, identificar el nivel de riesgo a presentar UPP por el enfermo ingresado en cuidados intensivos según la escala, determinar el tiempo para desarrollar UPP, regiones más afectadas y grado de profundidad, así como describir los cuidados de enfermería realizados a los pacientes que permitieron la evolución satisfactoria, así como minimizar las complicaciones.

El personal de enfermería al tener el mayor contacto con los pacientes tienen el desafío disminuir los casos de UPP. Coadyuvar a mejorar su calidad de vida, aplicando medidas que faciliten su confort durante su estancia hospitalaria.

El estudio titulado “Nivel de riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos generales adultos del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2015”, tiene como objetivo Determinar el nivel del riesgo de úlceras por presión en los pacientes en la unidad de cuidados intensivos generales adultos del HNGAI 2015. El propósito está orientada en brindar información actualizada a la institución y al profesional de enfermería para elaborar estrategias y desarrollar actividades que contribuyan a reducir la tasa de incidencias de úlceras por presión en pacientes críticos del HNGAI.

El estudio consta de; Capítulo I. Planteamiento del problema, en el que se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, Capítulo II. Marco Teórico, que presenta los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Hipótesis y Variables Capítulo IV. Metodología, que incluye, nivel, tipo y método; área de estudio, población y muestra; técnica e instrumento; plan de recolección de datos; plan de análisis e interpretación de datos; y consideraciones éticas. Capítulo V. Aspectos Administrativos. Capítulo VI. Referencias bibliográficas, y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Situación Problemática

La úlcera por presión (UPP) constituye un grave problema de salud. Tal lesión disminuye considerablemente la calidad de vida de las personas que las padecen. Las UUP se han descrito en la literatura médica desde que aparecieron los primeros tratados de medicina y, probablemente, han existido desde los inicios de la humanidad, pues han sido halladas en momias egipcias no enterradas. La 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. En nuestro país, a pesar del esfuerzo que se realiza en todos los niveles de atención para prevenir y controlar la incidencia de UPP, sigue constituyendo un problema importante, y su incidencia se incrementa en las unidades de cuidados intensivos, pues la piel de los enfermos de terapia se encuentra muy vulnerable y está en continuo peligro de sufrir daño. Diversas son las causas que facilitan la aparición de úlceras por presión, como son: mal estado general, deshidrataciones, presencia de secreciones, exudados, radioterapia, terapia farmacológica y estasis venosa.

Se han realizado varios estudios epidemiológicos en los cuales se refleja la incidencia de úlceras por presión como una complicación en las unidades de cuidados intensivos. Múltiples estudios internacionales muestran que el 95 % de las úlceras por presión son evitables y el 60 % prevenibles. Un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan úlceras por presión, Cerca del 70% de las úlceras por presión se desarrollan en las primeras 2 semanas de hospitalización. (Arango, Fernández y Torres. 2006. p. 217)

Su reconocimiento es importante, puesto que se han demostrado repercusiones en diferentes ámbitos: en la salud y la calidad de vida de quienes la padecen, en sus cuidadores, en el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidad legal al ser considerado en muchas situaciones como un problema evitable.

El impacto de la úlcera por presión en el adulto mayor hospitalizado implica en una estancia hospitalaria cinco veces mayor que en pacientes sin esta condición, un incremento en la mortalidad, un aumento significativo de complicaciones infecciosas y comorbilidad, y un incremento en los costos de manejo, estimándose en 489 dólares por úlcera, con un tiempo medio de tratamiento de 116 días.

En el Perú, los adultos mayores representan el 8,79% de la población y se estima que para el 2025 será de 12,44% (1,7); por lo tanto es de esperar que cada día el enfermero deba afrontar más casos de UPP en su práctica profesional. (Peralta y Gálvez, 2009)

Representando las úlceras por presión una problemática a nivel mundial y nacional.

La calidad de atención de enfermería refleja en la ausencia de UPP, como indicador fundamental de la atención del profesional de enfermería. Por lo que es de suma importancia determinar el riesgo de UPP en la unidad de cuidados intensivos generales para su oportuna intervención.

Durante las practicas, se ha observado a pacientes con postración prolongada, con un marcado déficit de autocuidado, con un mayor tiempo de permanencia en la misma posición, además se evidenciaron pacientes con UPP procedentes de otros servicios y otros originado en el mismo servicio.

Por lo expuesto anteriormente, me llevaron a formular las siguientes interrogantes: ¿Existen factores de riesgo que requieren ser evaluados y se están descuidando?, ¿Cuál es el nivel de riesgo de padecer UPP?, ¿Existen niveles de alto riesgo de padecer UPP?

1.2. Formulación del Problema

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar el presente estudio sobre: ¿Cuál es el nivel del riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos generales adultos del HNGAI 2015?

1.3. Justificación

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud con múltiples y graves consecuencias en el paciente, familia y comunidad.

Como problema de salud, la mayor aspiración de los profesionales sanitarios es poder controlarlo y, en la medida de lo posible, disminuir los casos de UPP. El número de úlceras desarrolladas es un indicador de calidad ligado no sólo a la práctica clínica, sino también a los aspectos cognitivos y cuidados enfermeros. Dado el impacto que las úlceras por presión tienen, desde el punto de vista económico y social se hace importante determinar los factores asociados de las UPP para su oportuna prevención e intervención del profesional de enfermería.

Dar a conocer los resultados de la investigación al personal de enfermería y personal interesado de la institución de salud para la adecuada planeación de los cuidados.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel del riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados la unidad de cuidados intensivos generales adultos del HNGAI- 2015

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar factores de riesgo intrínsecos que puedan relacionarse con el desarrollo de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.
2. Identificar factores de riesgo extrínsecos que puedan relacionarse con el desarrollo de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.
3. Identificar el nivel de riesgo de úlceras por presión más relevante en la UCI generales adultos.
4. Valorar el grado de riesgo de UPP que presentan los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) generales, mediante la Escala Norton.

1.5. Propósito

Los resultados del presente estudio permitirá proporcionar información actualizada a la institución y al profesional de enfermería.

Tener información actualizada del nivel de riesgo de Úlceras por presión para buscar estrategias de prevención oportuna en situaciones específicas encontradas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos:

➤ A NIVEL INTERNACIONAL

Jiménez Hinojosa, Ivonne. Gálvez Moreira, Dianellys y de la Rosa Guerra Héctor, en Cuba, en el año 2010, realizaron un estudio sobre "Beneficio de la aplicación de la escala de Norton en pacientes graves. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas. Febrero-diciembre. 2009 ", cuyo **objetivo** mostrar el beneficio de la aplicación de la escala de Norton en pacientes graves. **Método:** Se realizó un estudio de intervención Para ello se realizó un estudio de intervención. **Población y muestra** El universo de trabajo estuvo constituido por 153 pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos, en el período comprendido entre el 1ro. de febrero y diciembre de 2009. La muestra se conformó con 33 pacientes, y quedó seleccionada de forma aleatoria simple en pacientes tratados con ventilación mecánica artificial. Conclusiones tenemos entre otras que:

“El nivel de riesgo que predominó en estos pacientes, fue el de alto riesgo para un 85 %. La úlcera por presión se desarrolló a partir del séptimo día en tres pacientes, para un 9 %. En efecto, la escala de Norton ayudó a predecir los pacientes susceptibles a ulcerarse, pues determinó el nivel de riesgo en que se encontraban, precisando el tiempo para una adecuada intervención del personal de enfermería.”(Jiménez, Gálvez, Dianellys y De la Rosa. 2010)

Bautista Montaña, Ingrid Esperanza y Bocanegra Vargas, Laura Alejandra. Bogotá 2009. Realizo Un Estudio, titulado, “Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de nivel III nivel de la ciudad Bogotá en el año 2009”, tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia y factores asociados a las úlceras por presión (UPP), en pacientes adultos hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de nivel III nivel de la ciudad Bogotá en el año 2009.

Se realizó un **estudio** observacional descriptivo de tipo transversal. El **muestreo** no probabilístico por conveniencia. **La población** estuvo constituida por 61 pacientes que constituyen la muestra de este estudio al cumplir con los criterios de inclusión. **El instrumento** y técnica, la recolección de los datos fue mediante observación, valoración y registros clínicos.

*Por lo que se **concluye** la prevalencia en la Unidad de Cuidados Intensivos es de 31.25%, la cual supera el límite superior encontrado en otras unidades (15.58% y 22.03%) y la de medicina interna es de 17.64%.*

Los factores de riesgo intrínsecos que se relaciona con la UPP fueron: la edad mayor de 60 años, sexo masculino, patologías cardiacas e hipertensión arterial, desnutrición, hipoalbuminemia, anemia, con alteración del estado de conciencia, con actividad restringida a la cama, con la movilidad muy limitada, uso de pañal, con requerimiento de oxígeno suplementario, con alteraciones en las cifras tensionales (hipotensión e hipertensión). Las alteraciones hemodinámicas y alteraciones nutricionales se vieron muy alteradas en los pacientes que presentaron las UPP en el estudio,

La humedad como factor extrínseco evaluada como referente tanto a la cama como a la ropa del paciente y la exposición constante de la piel del paciente por sudoración, orina u otras sustancia, se constató que sigue siendo uno de los factores de riesgo extrínsecos para la aparición de UPP...”(Bautista, Bocanegra y Laura. 2009)

Martínez Hernández, C. Javier y Sánchez Hernández, C. Janet. México. Minantitlan 2006. Realizaron un Estudio, titulado, “Factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados” El objetivo del estudio fue conocer los factores de riesgo de padecer úlceras por presión en pacientes hospitalizados, el **diseño** fue descriptivo transversal, el **método** de selección de la **muestra fue no probabilístico** por conveniencia la muestra estuvo constituido por 40 pacientes el **instrumento** fue la escala de valoración NOVA 5 (Instituto Catalán do salud, 1994).

Contribuciones y conclusiones: En este estudio se encontró que ninguna persona está exenta de padecer úlceras por presión, el servicio de hospitalización de mayor riesgo es el servicio de medicina interna, las edades entre 59-78 presentaron mayor incidencia de riesgo de padecer UPP. Los factores que influyen son el estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición y actividad, encontrando que los pacientes con estado de coma incontinentes, inmóviles, con un grado de desnutrición, y encamados son pacientes con alto riesgo de padecer UPP durante su estancia hospitalaria.(Según Martínez y Sánchez. 2006).

Jannety Berty Tejada, en España, en el año 2006, realizó una publicación sobre "índices de riesgo en las úlceras de presión (UPP)", cuyo **objetivo** fue identificar y analizar trabajos publicados e indexados en los principales bancos electrónicos donde se analizan aspectos importantes de prevención de las úlceras por presión y comprobar de las diferentes escalas de riesgo o valoración que se utilizan en las mismas como instrumento predictor de resultados de rehabilitación. La revisión bibliográfica fue realizada en la base Medline - Pubmed (United Status Library of Medicine), la Remi (revista electrónica de medicina intensiva). Los artículos citados fueron publicados en la citada revista Remi con una totalidad de 36 de los cuales 15 abordaron los aspectos de valoración y prevención de las UPP sobre todos en los pacientes hospitalizados, críticos e incluso de atención domiciliaria. Dentro de las conclusiones tenemos entre otras que:

“Se destaca el papel de la enfermería de rehabilitación en la valoración de riesgo de aparición y cuidados de las UPP. Es precisamente el enfermero quien considera a todos los pacientes potenciales de riesgo, elige y utiliza un método de valoración de riesgo, identifica los factores de riesgo y registra sus actividades y resultados y en muchos casos evalúa. Además desde el punto de vista práctico desarrolla en el paciente todos los cuidados específicos, generales y de educación sanitaria.”(En el estudio de Tejada, 2006.)

Aizpitarte Pegenaute, Eva. García de Galdiano Fernández, Ana y Zugazagoitia Ciarrusta, Nerea. España. Pamplona 2005. Realizaron un Estudio, titulado, “Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención”. Los **objetivos** de esta investigación son: a) valorar el grado de riesgo que presentan los pacientes de una unidad de cuidados intensivos (UCI) de desarrollar UPP mediante la escala de Waterlow; b) identificar los pacientes con UPP y analizar si existe relación con el grado de riesgo obtenido en dicha escala, y c) analizar los cuidados aplicados para su prevención. **Estudio descriptivo**, que ha analizado el riesgo de desarrollar UPP en 91 pacientes con una estancia superior a 3 días, para ello se utilizó la escala de Waterlow (modificada por Weststrate en 1998) que incluye 14 factores de riesgo. Del mismo modo, se recogieron los datos sociodemográficos, causa de ingreso, pacientes con UPP, localización y grado (G) de la úlcera y cuidados aplicados.

De los hallazgos del estudio se desprenden las siguientes conclusiones: La mayoría de los pacientes de la muestra presentaban riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes que presentaron úlcera tenían riesgo de desarrollarla. Dada la baja incidencia de UPP obtenida, se considera que el protocolo de cuidados establecido, aun siendo susceptible de mejora, es apropiado. (Según Aizpitarte, García, y Zugazagoitia, 2005.)

Bernal Bellón, Ana Ceneth. Nieto Torres, María Clara. Colombia. 2004. Realizaron un Estudio, titulado, “Úlceras por presión en niños. Evaluación del riesgo en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico”. Los **objetivos**, evaluar el riesgo de presentar úlceras por presión, de todos los niños que ingresaron a la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica de la Fundación Hospital de la Misericordia, entre el 1º de febrero y el 15 de mayo de 2003. **Metodología:** es un estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo, Se **utilizó** la escala de Bárbara Braden, de seis variables, que determina el grado de riesgo al cual está expuesto el paciente. Se **evaluaron 133 niños**. Por lo que se concluye.

El 100% de los niños que ingresaron a la UCI tienen un nivel de adaptación comprometido, por presentar riesgo de desarrollar úlceras por presión. Al aplicar la escala de Bárbara Braden, se encuentra que el 36% están en alto riesgo y el 64% en riesgo medio. Mediante la evaluación periódica de la piel,

en todos los pacientes de alto riesgo, se observó la aparición de zonas de presión en un estadio temprano. (Bernal y Nieto, 2004.)

➤ **A NIVEL NACIONAL**

Chigue Verastegui, Oscar. Varela Pinedo, Luis y Chávez Jimeno, Helver. Lima-Perú 2000. Realizaron un Estudio, titulado, “Aplicación de escala de Norton para evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados”, El **objetivo** del estudio es determinar prevalencia de adultos mayores hospitalizados con riesgo de úlceras por presión, relacionados dichos resultados con características y problemas geriátricos, identificados en la población de estudio. **Metodología:** es un estudio de tipo descriptivo – transversal. Población y muestra: se seleccionaron 124 pacientes de 60 años de edad y más, admitidos a los servicios de medicina e infectología del hospital Nacional Cayetano Heredia, entre setiembre 1998 y Enero 1999. Aplicaron la Escala Norton al ingreso hospitalario, asociándolos con características y problemas geriátricos mediante una ficha de valoración geriátrica Integral, siendo estadísticamente validada en cada caso. Se concluye:

Conclusiones: el 42.7% de adultos mayores presentaron riesgo de úlceras por presión a la admisión hospitalaria, encontrándose asociación significativa de 9n características y problemas geriátricos sobre la población identificada con dichos riesgos. El uso de la escala Norton debe ser considerado de uso rutinario para adultos mayores hospitalizados. (en el estudio de Chigue, Varela y Chávez, 2000)

Mancini Bautista, Pierina Marilú y Oyanguren Rubio, Rosamaría. Chiclayo 2014. Realizaron un Estudio, titulado, “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados”, El **objetivo** del estudio es determinar los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. **Materiales y Métodos:** **Estudio** de Casos y Controles anidado en una cohorte realizado en adultos mayores hospitalizados en diferentes servicios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de Mayo a Setiembre 2012. Se realizó un muestreo probabilístico por densidad de incidencia, obteniéndose 61 casos y 122 controles. Se aplicó una ficha de **recolección** de datos inicial y se evaluó cada

48 horas. Se calcularon medidas de frecuencia y asociación y se aplicó la prueba de X² para variables cualitativas.

Conclusiones: Las variables asociadas al desarrollo de Úlceras por Presión son: edad, sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta. (Mancini, Pierina y Oyanguren, 2014)

2.2. BASE TEÓRICA

A continuación se presenta la base teórica relacionada con el tema de estudio. Con ella se pretende entender al asunto de interés del investigador. Empezaremos con definir la piel.

2.2.1 LA PIEL

Definición:

La piel es el tejido orgánico que cubre la totalidad del cuerpo humano como se tratara de un traje a medida. Es un órgano tan vital como puede ser el corazón o el riñón. La piel es un órgano vivo, es el órgano más grande del cuerpo y constituye cerca del 10% del peso corporal.

2.2.1.1. FUNCIONES

- **Protección:** Protege nuestro cuerpo del mundo exterior. Es la primera gran defensa del organismo y actúa como una barrera natural. Si esta barrera se rompe se producen las infecciones.
- **Termorregulación:** Regula la temperatura constante de 37 grados que el individuo necesita. Por ello se le da el nombre de corazón periférico.
- **Sensibilidad:** Por esta función es que sentimos calor, frío, etc... Por ello se le da el nombre de cerebro periférico.
- **Deposito:** Es un reservorio de múltiples sustancias como: minerales, sustancias grasas, sustancias orgánicas, hormonas, vitaminas, etc...
- **Emuntorio:** Es la eliminación de distintas sustancias a través del sudor y la secreción sebácea.

2.2.1.2. CAPAS

➤ EPIDERMIS

Es la capa externa de la piel. Consta de dos capas: La capa cornea y la capa de Malpighi.

- **La capa cornea:** Está formada por células muertas que se originan en las capas de Malpighi. El organismo elimina de forma natural y constante muchas células externas de la epidermis y elabora constantemente otras de nuevas para suplir a las eliminadas. (Se dice que diariamente eliminamos unas 30.000 o 40.000 células de la epidermis) Las células muertas se acumulan sobre la superficie de la piel formando una capa de queratina que debe eliminarse para mantener una buena salud.

- **La capa de Malpighi,** se encuentran unas células, llamadas melanocitos, que producen un pigmento llamado melanina. La cantidad de melanina, que depende de la raza y de la exposición al sol, es la que da la coloración de la piel, del pelo y del iris del ojo.

- **La melanina protege** la piel de los rayos ultravioleta solares y es la responsable de que nuestra piel se broncee en contacto con el sol. La deficiencia de este pigmento produce el albinismo. La melanina también es responsable por acumulación de la aparición de manchas, pecas, manchas del embarazo, manchas de la edad e incluso, con un crecimiento desmesurado, del melanoma o cáncer de piel.

➤ DERMIS

Es la capa que se encuentra cubierta por la epidermis. Está formada por dos estratos continuos. En ella podemos encontrar:

- **Las glándulas sudoríparas,** en forma de espiral con un tubo que se proyecta hasta el exterior, producen constantemente sudor que sale a la dermis a través de los poros. Con el sudor eliminamos toxinas y regulamos la temperatura corporal.

- **Las glándulas sebáceas,** en forma de saco, producen sebo o grasa hacia la dermis. La función del sebo es lubricar y proteger la piel. El sebo y el sudor se

combinan para conseguir una capa que protege la piel y la hace impermeable al agua.

- **Las células adiposas:** se encuentran en la parte inferior de la dermis. Su función es acolchar el organismo protegiéndolo de los golpes y proporcionando calor.

- **Folículos pilosos**, que, en forma de tubo, nacen de las células adiposas y continúan hasta la epidermis. En su interior se producen los pelos. Cada folículo piloso está lubricado por una glándula sebácea que es la que proporciona grasa al pelo correspondiente. Esta grasa lo abrillanta y lo protege de la humedad.

Los pelos están sujetos por *músculos elevadores* que al contraerse erizan el pelo. Esto es lo que se produce cuando sentimos ciertas sensaciones táctiles, o ante el miedo, el frío, etc.

- **Vasos sanguíneos** que irrigan las diferentes células de la piel a través de los *capilares*

- **Fibras de colágeno y elastina:** Se encuentran en la capa más profunda de la dermis. Su función es mantener la piel tersa, elástica y joven.

- **Las fibras nerviosas responsables de las sensaciones.** Las sensaciones se forman cuando los receptores mandan al sistema nervioso la información percibida. Estos receptores reciben nombres diferentes según el tipo de sensación que captan. Los termorreceptores son capaces de identificar las sensaciones de calor o frío (sensaciones térmicas), los mecanorreceptores captan el peso de los objetos (sensaciones de presión) y la forma, la textura, el tamaño, etc. de los objetos (sensaciones táctiles); los nociceptores captan el dolor (sensaciones dolorosas)

Las fibras nerviosas pueden ser libres, con fibras sensitivas desnudas (14) o estar cubiertas por tejido conjuntivo. Terminan en unos abultamientos denominados corpúsculos.

➤ **Tenemos los siguientes corpúsculos:**

- **Corpúsculos de Paccini:** Aparecen encapsulados. Están formados por una serie de capas en espiral formadas por tejido conectivo aplanado que

recuerdan por su forma a las ce bollas.. Están encargadas de recoger las vibraciones y la presión, por eso son muy abundantes en las manos y en los pies.

- **Corpúsculo de Ruffini:** Tienen forma alargada y aparecen en la parte más profunda de la dermis. Su función consiste en captar las deformaciones de la piel y de los tejidos subcutáneos. Captan también el calor. Son más abundantes en la mano por la cara de arriba.

- **Corpúsculo de Meisner:** En forma de huevo, aparecen principalmente en la punta de los dedos y de los pies. Responden a suaves tactos sobre la piel. Son capaces de detectar rápidamente la forma que tienen los objetos así como sus texturas.

- **Corpúsculo de Krause:** Aparecen encapsulados en el nivel más profundo de la piel. Tienen una forma similar a los corpúsculos de Pacini, aunque son más pequeño y de forma algo más redondeado. Se cree que son capaces de detectar el frío. Pueden encontrarse en la boca, la nariz, los ojos, la lengua, los genitales, etc.

➤ **HIPODERMIS**

La hipodermis es la capa adiposa del organismo. Según su forma, nuestra silueta es más o menos armoniosa.

Representa la reserva energética más importante del organismo gracias al almacenamiento y a la liberación de ácidos grasos.

En la hipodermis, se encuentran las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos a los que están unidas las glándulas sebáceas, vasos sanguíneos que aportan el riego sanguíneo y vasos linfáticos que recogen las toxinas y conducen las células del sistema inmunitario.

- **Ligamentos cutáneos:** Permiten que la piel se mueva por encima de los órganos.

- **Lipocitos:** Productores de grasa. Su función es formar una especie de colchón o tejido subcutáneo que protege el organismo contra las agresiones

externas y traumatismos. También protege el organismo contra el frío y proporciona consistencia a la piel, evitando que esta se hunda o se afloje.

2.2.1.1. CONTEXTO DE LA ULCERA POR PRESION

NIVEL DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN:

El grado de riesgo de UPP. Obtenido mediante el método de identificación del riesgo de presentar úlceras por presión basadas en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, definidas en las escalas de valoración de riesgo. Siendo la escala de valoración del riesgo de UPP (escala Norton). Instrumento mediante el cual se mide el nivel de riesgo de úlceras por presión. Se determinara su interpretación mediante los siguientes puntuaciones: Alto riesgo: 5-11, evidente riesgo de úlceras en posible formación: 12-14 y bajo riesgo: 15-20

ULCERAS POR PRESIÓN

Se define UPP como toda lesión de la piel producida al ejercer una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando un bloqueo del riego sanguíneo (isquemia) a este nivel; como consecuencia de lo cual, se produce una degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

ETIOPATOGENIA DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión pueden formar en su mayoría por presión y teniendo en cuenta que esta no es el único medio para que se produzcan sino que actúa junto con otras fuerzas mecánicas externas y factores relacionados con el paciente y su entorno, se debe conocer para poder trabajar en ellas y prevenir su aparición.

Por esta razón se encuentra lo que se define como factores de riesgo así:

2.2.3. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE UPP

2.2.3.1. Factores extrínsecos

- Presión, cizallamiento, fricción: estos tres factores aumentan la presión capilar, disminuyen la irrigación sanguínea y el drenaje linfático de la región afectada y favorecen la isquemia y la necrosis del tejido.
- Maceración: es la alteración de la piel producida por el exceso de humedad. Como consecuencia, se reduce la resistencia de la piel de manera que ante cualquier roce o fricción es mucho más vulnerable.
- Días de estancia en UCIs: conforme se incrementa el número de días de ingreso del paciente en la unidad, también se incrementan las probabilidades de desarrollar úlceras iatrogénicas o por presión.
- Intubación o ventilación mecánica.
- Juicio diagnóstico al ingreso: engloba pacientes quirúrgicos, paradas cardiorrespiratorias reanimadas, sepsis, pacientes con problemas neurológicos, respiratorios, poli traumatizados, etc.

2.2.3.2. Factores Intrínsecos:

- **Movilidad del paciente:** los pacientes con alteraciones en la movilidad o con alteraciones neurológicas o cognitivas que impliquen inmovilidad tienen mayor predisposición a sufrir UPP. En este grupo también se encuentran los pacientes con intolerancia a cambios posturales.
- **Incontinencia urinaria y fecal:** los pacientes con alteraciones en los patrones de micción o defecación tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras, tanto por la humedad como por los compuestos tóxicos de la materia fecal. Como consecuencia de la humedad la piel se macera y se provoca un edema en la zona, lo que supone multiplicar por cinco las posibilidades de que se origine una lesión.

- **Temperatura corporal:** si la temperatura del paciente llega a ser inferior a 35 °C o superior a 38 °C aumenta el riesgo de sufrir alteraciones cutáneas (1 °C de calor = 10% de necesidades metabólicas).
- **Malnutrición:** el riesgo de formación de UPP está muy ligado al estado nutricional. Los estados de malnutrición tienen una repercusión directa en el proceso de cicatrización, de tal manera que intervienen retrasando la curación de la lesión. Como dato importante puede destacar que existe una asociación entre el déficit calórico proteico y la aparición de UPP, ya que el proceso de cicatrización requiere un gasto de energía transformada en calorías.
- **Paciente en dieta absoluta:** es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias o además sufre desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (albúmina < 30 mg; proteínas < 60mg) o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteinemia, etc.). También aquellos pacientes a los que no se les procura ninguna ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa durante más de 72 horas.
- **Caquexia:** el paciente con bajo peso cuenta con menor protección en las prominencias óseas, ya que su tejido graso es de menor espesor. Por lo tanto, se considera que un paciente con caquexia es más susceptible de padecer úlceras en las zonas más expuestas a la presión.
- **Obesidad:** en los pacientes obesos el tejido celular subcutáneo está poco vascularizado y esto, unido al exceso de presión, es lo que favorece la aparición de úlceras.
- **Albuminemia:** la disminución del volumen de albúmina sérica en el plasma sanguíneo se relaciona con estadios graves de una UPP. Dicho de otra manera, una disminución en esta proteína indica gravedad en la úlcera.
- **Linfopenia:** la alteración en los niveles de linfocitos puede estar presente en pacientes con UPP y viceversa. No es rara la aparición de úlceras en pacientes con leucocitosis.

- **Alteraciones en la presión arterial:** en pacientes con tensión arterial sistólica inferior a 100mmHg aumenta el riesgo de desarrollo de UPP, ya que con esta tensión la perfusión arterial sistémica se ve disminuida, lo cual produce isquemia.
- **Alteraciones en el estado de la piel:** los pacientes que sufren procesos que alteran la integridad cutánea, como eccemas, prurito, irritaciones, etc., son más susceptibles de sufrir úlceras.
- **Alteraciones en la escala de Glasgow:** es una escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de consciencia, durante las primeras 24 horas pos trauma, de los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TEC). Esta escala valora tres parámetros: apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal. La puntuación final es el primer factor pronóstico en el TCE; una puntuación menor de 8 tiene un mal pronóstico y, por lo tanto, aumenta el riesgo de aparición de úlceras.
- **Desaturaciones:** aquellos pacientes con saturación de oxígeno inferior al 90% presentan un mayor riesgo, ya que es más difícil que el oxígeno llegue a todas las partes del cuerpo.
- **Hemoglobinemia y transfusión:** con niveles de hemoglobina entre 8-10 g se ve aumentado el riesgo de aparición de lesiones cutáneas debido a la disminución del oxígeno disuelto en la sangre.
- **Pérdida motora y sensitiva** (lesiones medulares, poli traumatizados): en los puntos tratados anteriormente se ha señalado la inmovilidad como factor de riesgo. Sin embargo, los pacientes con lesión medular normalmente padecen pérdida de sensibilidad en las zonas más propicias a desarrollar este tipo de lesiones, por lo que el dolor no forma parte de los síntomas clásicos que se deben valorar en este caso. Todo ello puede, en ocasiones, retrasar la detección y tratamiento de las UPP.
- **Pacientes quirúrgicos**, principalmente de cirugía cardíaca.
- Enfermedades que producen secuelas metabólicas (**diabetes, obesidad**).

- **Administración de fármacos** que produzcan alteraciones en la tensión arterial: uno de los factores intrínsecos que favorecen la aparición de UPP son las alteraciones en la presión arterial. Por lo tanto, cualquier fármaco que pueda ocasionar variaciones en los valores correspondientes a la tensión arterial sistólica o diastólica debe ser vigilado.
- **Administración de corticoides:** los fármacos como los corticoides intervienen negativamente en el buen desarrollo del proceso de cicatrización, ya que provocan adelgazamiento tisular, la resistencia del tejido disminuye, etc.

Ángulo de la cabeza no mayor de 30º.

(Ferrero, P., Medrano, M., Jimeno, B., Postigo, S., Muñoz, L. s.f p.25)

2.2.4. CLASIFICACIÓN DE LAS UPPs.

- **Estadaje:** siempre hay que establecer el estadio en el que se encuentra la úlcera, para ello se valoran el grado de afectación de los tejidos y su profundidad.
Según El GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) propone la clasificación de las UPP en estadios según el grado de afectación de los tejidos:
- **Estadio I:** eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.
- **Estadio II:** pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- **Estadio III:** pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

- **Estadio IV:** pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

2.2.5. LOCALIZACIÓN

• LOCALIZACIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESION

Nro.	Zona	Nro.	Zona
1	Occipital	11	Brazo-antebrazo-mano
2	Omoplato-escapula	12	Parrilla costal
3	Codos	13	Cresta iliaca
4	Dorso lumbar	14	Trocantes-mayor y menor
5	Glúteo-interglúteo	15	Musculo-pierna-pie
6	Sacro-coxigea	16	Rodilla-cóndilos internos y externo
7	Talones	17	Maléolo interno y externo
8	oreja temporoauricular	18	Úlcera iatrogénica: comisura bucal, fosa nasal, meato urinario
9	Mejilla	19	Mamas
10	Hombros	20	Genitales

2.2.6. VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP

➤ Escalas de valoración (EVRUPP)

Una escala de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP) es una herramienta instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones en relación al resultado obtenido. Está diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP.

La valoración del paciente mediante las escalas de valoración de riesgo ha de realizarse inmediatamente al momento del ingreso. Después, en función del resultado obtenido se harán revisiones periódicas todos los días y, en muchas ocasiones, en cada turno que atiende al paciente. Además, siempre que se produzca cualquier cambio en las condiciones generales del paciente se repetirá de forma exhaustiva dicha valoración.

Por otro lado, si el paciente es sometido a una intervención quirúrgica de duración superior a diez horas; si se produce por cualquier causa isquemia, hipotensión, disminución de la movilidad o anemia; si se le somete a pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas o si se observa cualquier cambio en las condiciones de su estado y su entorno, se realizará una nueva valoración.

➤ **ESCALA NORTON.**

La escala de valoración del riesgo de UPP (escala Norton). Instrumento mediante el cual se mide el nivel de riesgo de úlceras por presión donde cada apartado se puntúa sobre una escala de 1 a 4, donde 1 significa el menos favorable y el 4 el más favorable, con puntuaciones totales que varían de un máximo de 20 a un mínimo de 5. Se determinara su interpretación mediante las siguientes puntuaciones:

- Alto riesgo: 5-11
 - Evidente riesgo de úlceras en posible formación: 12-14
 - Bajo riesgo: 15-20
- Valora 5 parámetros: Estado Mental, Incontinencia, actividad, movilidad y estado físico.

1. CONDICION FISICA:

Paciente con buena condición física: Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendiendo este como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal.

Puede ser por:

- Comer siempre la dieta pautada.
- Lleva nutrición enteral o parenteral adecuada.
- Está en ayunas menos de tres días para prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o causa similar.

Paciente con regular condición física: Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias.

Tiene constitución física que demuestra exceso o defecto de peso. Muestra aspecto seco de piel y relleno capilar lento.

Puede ser:

- Dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna tolerancia a la nutrición enteral o parenteral.

Paciente en condición física pobre: Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencia anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteïnemia, entre otros) puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.

Puede ser por:

- Temperatura corporal: de 37.5°C a 38° C.
- Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.
- Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos)
- Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia).
- Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

Paciente en condición física muy mala: No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (albumina < 30 mg. Proteína < 60 mg) y/o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteïnemia).

Puede ser también por:

- No tener ingesta oral, enteral, ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.
- Temperatura > 38.5 °C ó 35.5 °C.

2. ESTADO MENTAL:

Paciente orientado: es aquel paciente que está orientado y consciente.

- Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo.
- Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente apático: Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio.

- Puede estar desorientado.
- No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención de riesgo, necesita de nuestra ayuda.
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente confuso (letárgico): Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.

- No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo.
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.

Paciente inconsciente o comatoso: Es aquel paciente que tiene pérdida de consciencia y de sensibilidad.

- No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

3. ACTIVIDAD:

Paciente que deambula: Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

Paciente que deambula con ayuda: Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas).

Paciente en cama / silla: No puede deambular solo (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.

Paciente encamado: No puede deambular. Esta encamado las 24 horas. Puede tener periodos cortos de sedestación.

4. MOVILIDAD:

Paciente con movilidad total (completa): Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

Paciente con movilidad disminuida: Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos, invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos u otros). No necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente con movilidad muy limitada: Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondas naso gástrica, cateterización venosa o vesical, drenaje, férula, yeso u otros) como por causa propias (desorden cerebro vascular, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejia), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente inmóvil o encamado 24 horas: Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es completamente dependiente.

5. INCONTINENCIA:

Paciente que tiene control (continente): es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de catéter vesical permanente.

Paciente con incontinencia ocasional: Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuidos o alterado. Puede llevar un colector urinario.

Paciente con incontinencia urinaria: Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical y no lleva catéter ni dispositivo colector.

Paciente con incontinencia urinaria y fecal: Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA					
Condición Físico	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Orientado	Deambula	Total	Control	4
Regular	Apático	Deambula Con Ayuda.	Disminuida	Ocasional	3
Pobre	Confuso	Cama/Silla	Muy Limitada	Urinaria	2
Muy Malo	Inconsciente	Encamado	Inmóvil	Urinaria - Fecal	1

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE DEL NIVEL DE RIESGO DE UPP

1	Alto	5-11
2	Evidente Riesgo de Ulcera en posible formación	12-14
3	Bajo	15-20

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por el Departamento de Enfermería del Essalud y la Oficina de calidad y Seguridad del paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.

2.2.7. TRATAMIENTO DE LA UPP SEGÚN EL TIPO DE LESIÓN SEGÚN (GUIA DE ATENCION DE LAS ULCERAS POR PRESION EN LA UCI DEL HRERM).

Según el estadio de la úlcera, el tratamiento varía y se pueden utilizar unos dispositivos u otros:

➤ ESTADIO I:

Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9 % tibio. Seque la piel suavemente con gasas. No Frotar.

Aplique el apósito hidrocoloide extrafino en la superficie enrojecida.

Refuerce con esparadrapo antialérgico los bordes para su mayor duración.

Rotular fecha de cambio del apósito y el grado de la ulcera.

Utilice dispositivos que eviten la presión en las zonas de riesgo (almohadas, cojines, colchón neumático).

➤ **ESTADIO II**

Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9 %, con mínima fuerza mecánica y eficaz.

Seque la piel afectada suavemente con gasas estériles secas. No frotar.

Si hay presencia de flictemas, evacuar el líquido sin retirar la piel que lo cubre.

Aplique apósito hidrocoloide extrafino, sobrepasando 3 cm de la herida, proteger la piel periulceral con película de protección cutánea. Reforzar los bordes si es necesario.

Rotular fecha del cambio de apósito y estadio de UPP.

Utilice dispositivos que eviten la presión y fricción de la zona afectada y de riesgo.

➤ **ESTADIO III**

- Irrigue la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9 %.
- Utilice jeringa de 20 cc para conseguir presión necesaria y eliminar los restos de curas anteriores, exudado, detritus y/o bacterias sin dañar los tejidos sanos.
- Si la UPP contiene grandes exudados: irrigue el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes.
- Seque dando toques con una gasa estéril. No frotar.
- En caso de presencia de tejido necrótico: realice desbridamiento auto lítico, enzimático y/o cortante, o combinación de estos ya que uno no excluye al otro.
- Realizar cura en ambiente húmedo. Utilizando hidrogel, alginato de calcio o hidrofibra cubriendo con apósito que retenga humedad como el hidrocoloide en lámina y/o película de poliuretano (si no hay signos de infección) dejándolas actuar de 3 a 4 días; y en caso de que tenga signos de infección cubrir solo con gasas, cuyos cambios son diarios.

- Ante la presencia de signos de infección: intensifique las medidas de limpieza y desbridamiento.
- Si después de intensificar las medidas de limpieza y desbridamiento, la ulcera no evoluciona favorablemente, y continúa los signos locales de infección: se puede implantar un régimen de tratamiento con apósitos con plata cuyos cambios son de 1 a 3 días según saturación del apósito más gasas (cambio diario).
- Si la UPP se encuentra limpia y tiene heridas profundas con presencia de cavitaciones y/o tunelizaciones rellenar de 50-80% estas, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso usando productos basados en el principio de cura en ambiente húmedo.
- Cuando el tejido ya granulo se puede usar sustancias que ayuden a la epitelización, cubriéndolo con apósitos hidrocoloide extrafino.
- La frecuencia de cambio de los apósitos estará en función del o los productos seleccionados y del criterio profesional.
- Apósitos transparentes o en láminas que permite despegar y pegar mantener de 4 a 7 días.
- En geles e hidrogeles cambiar cada 3-4 días.
- En heridas muy exudativas el cambio se efectuara según demanda generalmente 1 a 2 días.

➤ **ESTADIO IV**

- El procedimiento será igual al estadio III, manteniendo el lecho de la ulcera húmedo y a temperatura corporal.
- Registrar la curación en las notas de enfermería y en la tarjeta de control de UPP.

2.2.8. PREVENCIÓN

➤ **Aporte nutricional**

- Identificar y corregir carencias nutricionales
- Registrar la ingesta total diaria

➤ **Cuidados de la piel**

- Examinar la integridad de la piel a diario, especialmente en las prominencias óseas y los puntos de presión
- Higiene e hidratación de la piel
- Detectar de forma temprana la presencia de infección, calor, rubor o eritema.
- Si existen cicatrices de antiguas lesiones, deberán protegerse porque son muy susceptibles a desarrollar nuevas lesiones.
- Se evitará la utilización de dispositivos que impidan la observación de las zonas de riesgo al menos una vez al día, como por ejemplo vendajes protectores o apósitos no transparentes.
- No aplicar sobre la piel productos que contengan alcohol, mantenerla hidratada, aplicar la crema sin dar masajes, de manera suave.
- Para reducir las lesiones por fricción se pueden emplear apósitos hidrocoloides o espumas de poliuretano

➤ **Control del exceso de humedad**

- Valorar y tratar los procesos que puedan originar exceso de humedad (incontinencia, sudoración, drenajes, etc.)
- Cambio de sábanas cada vez que sea necesario

➤ **Cambios posturales**

- En cama cada 2-3 horas o cama-sillón (máximo 4 horas con cambios de posición cada hora)
- Ángulo de cabecero < 30°

➤ **Protección local**

- Ácidos grasos hiperoxigenados, taloneras o apósitos hidropoliméricos en zonas de roce o presión: una aplicación tres veces al día.

➤ **Control de la presión**

- Dispositivos locales: superficies especiales para el manejo de la presión estáticas/dinámicas con capacidad para reducir la presión:
- Cojines de fibras especiales
- Colchonetas
- Colchones de aire alternante

2.2.9. COMPLICACIONES

- **Bacteriemia**, sepsis asociada: infección generalizada producidas generalmente por *Staphylococcus aureus* o bacilos gramnegativos.
- **Endocarditis infecciosa**: es una infección microbiana que se localiza sobre las válvulas cardiacas o sobre el endocardio mural. A pesar de que la mayoría de estas infecciones son causadas por bacterias, se considera más apropiado denominarla de forma global como endocarditis infecciosa debido a que también puede ser producida por hongos, rickettsias o clamidias.
- **Fístula perineo-rectal**: debido a la gran afectación de tejidos adyacentes a la úlcera se produce una comunicación entre el periné y el recto, complicando así el pronóstico de la lesión.
- **Artritis séptica**: inflamación de una articulación sinovial. Causada fundamentalmente por *Staphylococcus* spp, puede aparecer por cercanía la articulación de una úlcera infectada.
- **Celulitis**: infección asociada a partes blandas profundas y que se puede extender muy rápidamente, causada por *Staphylococcus aureus*. El tejido con celulitis presenta rubor y calor, también puede cursar con linfaginitis ascendente con afectación de los ganglios linfáticos.
- **Osteomielitis**: complicación infecciosa grave que se produce en algunas UPP, principalmente profundas, y que afecta al hueso subyacente. Esta situación es extremadamente difícil de curar puesto que la infección puede pasar al torrente sanguíneo. (Ferrero, P., Medrano, M., Jimeno, B., Postigo, S., Muñoz, L. s.f. p. 42)

2.2.10. LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La unidad de cuidados intensivos es un servicio sumamente especializado ya que los pacientes que allí se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos.

La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de su salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales.

2.2.11. ROL DE LA ENFERMERA INTENSIVISTA

El conocimiento científico está basado en el proceso de enfermería como método de trabajo que debe considerar la enfermera durante su práctica profesional al desarrollar sus competencias como son: cuidar (asistencial), gerencia, investigar, y la docencia.

Al ejecutar la competencia del CUIDAR al paciente que está hospitalizado en la UCI, la enfermera tiene la oportunidad de realizar la valoración tanto subjetiva (en el caso de los pacientes que están conscientes) como objetiva a través del examen físico lo cual le permite identificar diagnósticos de enfermería tanto reales como de riesgos así como también problemas colaborativos donde estos últimos van a ser solucionados en conjunto con el resto del equipo de salud. Esto le ofrece la oportunidad a la enfermera de elaborar y ejecutar planes de cuidado en función de prioridades para luego evaluar estos cuidados a través de la respuesta del paciente y poder identificar y prevenir oportunamente factores de riesgo asociados a Ulceras por presión.

Asimismo, la enfermera intensivista al desempeñar la competencia del GERENCIAR debe ser capaz de administrar el cuidado que le va a proporcionar al paciente en estado crítico, estableciendo prioridades en cada una de sus actuaciones; planificando, organizando, ejecutando y evaluando este cuidado.

Unido a las competencias anteriores, la enfermera intensivista debe reconocer la importancia de la INVESTIGACION en las unidades de cuidados intensivos. Una de las alternativas que tiene la enfermera que cuida al paciente crítico son los estudios de casos, a través de los cuales la enfermera puede desarrollar la competencia de investigar como una de las más fundamentales en la práctica profesional.

La enfermera es la profesional de la ciencia de la salud que asume funciones de gran complejidad y responsabilidad, cuyo objeto de la acción profesional es el cuidado y abarca los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales del ser humano. Actualmente EL aumento de conocimiento sobre la fisiopatología de las úlceras por presión la cual orienta al enfermero a poner en marcha estrategias activas de prevención como elemento imprescindible para controlar de manera efectiva el problema de las úlceras por presión. Contribuyendo con la reducción de las incidencias, secuelas y costos desde el punto de vista económico social.

2.2.12. 1. ROL DE LA ENFERMERA INTENSIVISTA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN GUIA DE ESSALUD:

1. Preparar psicológicamente al paciente.
2. Realizar la valoración de riesgo aplicando la escala de Norton Modificada
3. Evaluar el estado de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de picor o

dolor y prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio) para identificar precozmente signos de lesión.

4. Identificar los factores de riesgo como incontinencia urinaria, deposiciones líquidas, etc., para actuar disminuyendo o evitando el contacto con la piel.
5. Para el baño del paciente, utilizar agua tibia y jabón de glicerina en la higiene diaria y realizar el secado meticuloso sin fricción.
6. Usar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel muy seca (no utilizar: colonias, alcohol, talco). No se aconseja hacer masaje sobre las prominencias óseas.
7. Realizar ejercicios pasivos, teniendo en cuenta la condición hemodinámica del usuario.
8. Realizar cambios posturales cada 2 horas y si está sentado recolocarlos cada hora, reajustando la programación a las necesidades individuales de cada usuario. Utilizar RELOJ DE CAMBIOS POSTURALES PARA PREVENCIÓN DE UPP.
9. Mantener la ropa del usuario limpia, seca; y las sábanas, soleras lisas, sin dobleces, ni objetos que produzcan presión sobre la piel del usuario.
10. Utilizar almohadas, cojines y otros para proporcionar efecto de puente por encima y por debajo de la zona de riesgo y/o zonas de presión, de modo que el área afectada no toque la superficie de la cama.
11. Utilizar colchón anti escaras (si fuera posible) para disminuir la presión en sitios susceptibles, extendiendo la superficie de apoyo, distribuyendo el peso del paciente.
12. En caso se presente la úlcera por presión, identificar el grado y realizar la curación de acuerdo a guía de procedimiento: curación con suero fisiológico salino, utilizando la mínima fuerza mecánica. Secar solo la zona periulceral y evitar traumatismo por fricción sobre la herida.
13. No utilizar antisépticos locales. VER GUIA DE PROCEDIMIENTO CURACIÓN DE UPP

14. Asegurar la ingesta de líquidos y dieta hiperproteica. La dieta deberá garantizar el aporte mínimo de; líquidos, calorías, proteínas, minerales, vitaminas: A,B,C, ácido fólico y Zinc
15. Educar a paciente y familia reforzando medidas preventivas.
16. Realizar en las anotaciones de enfermería y según caso en la TARJETA DE CONTROL.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINO

Nivel de riesgo de úlceras por presión:

El grado de riesgo de UPP. Obtenido mediante el método de identificación del riesgo de presentar úlceras por presión basadas en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, definidas en las escalas de valoración de riesgo. Siendo la escala de valoración del riesgo de UPP (escala Norton). Instrumento mediante el cual se mide el nivel de riesgo de úlceras por presión. Se determinara su interpretación mediante los siguientes puntuaciones: Alto riesgo: 5-11, evidente riesgo de úlceras en posible formación: 12-14 y bajo riesgo: 15-20

Factores intrínsecos

Son aquellas situaciones o condiciones inherentes al propio paciente que aumentan el riesgo de desarrollo de una determinada enfermedad o situación de salud. Como por ejemplo: edad, estado nutricional, patología de base, motivo de ingreso, inmovilidad y percepción sensorial.

Factores extrínsecos

Los factores extrínsecos son aquellos externos al paciente, que aumentan el riesgo de desarrollar una determinada enfermedad o situación de salud. Por ejemplo: fricción, roce o frotamiento, cizallamiento, humedad, cambios de posición y cuidados de enfermería

Unidad de cuidados intensivos: Es el área en donde se ocupan de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal ya que nos permitió presentar la información tal y como se presenta en un espacio y tiempo determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El Área de estudio es el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen perteneciente al sistema de seguridad Social de nuestro país ES SALUD, Ubicado En la Av. Grau 800 - La Victoria Pabellón 3 A-Oeste Lima – Perú. Considerado un Hospital de cuarto nivel de atención, es decir cuenta con todas las especialidades médicas, así mismo los profesionales que laboran en esta institución son seleccionados y de amplia experiencia, se llevan a cabo las cirugías más complejas como trasplantes de órganos, cirugías cardiovasculares, etc. Además posee una moderna infraestructura física de 6 pisos y la más alta capacidad de camas hospitalarias más de 1600.

El hospital cuenta con unidades de Cuidados Intensivos Especializados, Unidad de Cuidados Generales. En el segundo piso se encuentra la Unidad de

Cuidados Intensivos Generales, siendo la atención de 2 pacientes asignadas a cada enfermera, de un total de 21 camas.

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población estuvo constituida por pacientes hospitalizados en la Unidades de cuidados Intensivos Generales del H.N.G.A.I. durante el mes de enero. Pacientes que ingresaron al servicio de UCI generales, de los cuales 4 pacientes presentaron úlceras por presión procedente de otro lugar identificada al momento del ingreso. Quedando 36 pacientes para el estudio.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes adultos hospitalizados en la UCI.

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para lo cual se tuvo en cuenta los criterios.

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Pacientes con riesgo de Úlceras por presión hospitalizados en los servicios de UCI generales del HNGAI.
- Pacientes y/o familiares de pacientes que autoricen y firmen el consentimiento informado para el respectivo estudio.

3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que al momento del ingreso presenten UPP en cualquier región del cuerpo y de cualquier estadio.

3.6. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue la aplicación de la Escala de Norton (el análisis documental, observación, valoración) y el instrumento fue la Escala de Norton ya validada. Desarrollada por Norton en el año 1962. Que incluye 5 aspectos a valorar: Estado físico general (nutrición, ingesta de líquidos, temperatura corporal e hidratación), Estado mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia. Se aplicó dicha escala tal como se evidencia en la guía de Essalud sin modificarla 20011(Escala Norton).

3.7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACION

Para implementar el estudio se realizó los trámites administrativos mediante una carta a la oficina de capacitación e investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenada Irigoyen a fin de obtener la autorización correspondiente, del mismo modo se adjuntó una copia del proyecto a fin de que sea evaluado por el Comité de Ética de la institución. Luego de ello, se realizaron las coordinaciones necesarias con la enfermera jefe de departamento de enfermería y jefe del servicio de UCI generales a fin de establecer el cronograma para iniciar la recolección de datos.

La recolección de datos se realizó durante la estancia de las prácticas de 2da especialidad en la UCI. En aproximadamente de 20 a 30 minutos para su aplicación considerando el consentimiento informado y expresando que la información es de carácter anónimo y confidencial

Luego de la recolección de datos, se procedió a realizar el procesamiento de los datos utilizando el paquete estadístico de Excel previa elaboración de la Tabla de Códigos y la Tabla Matriz. A fin de que los resultados fueran presentados en tablas y gráficos estadísticos con su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para la medición de la variable se utilizó la

estadística descriptiva, los porcentajes, la frecuencia y valorarlos para la presentación de los resultados encontrados.

3.8. CONSIDERACIONES ETICAS

Para implementar el estudio se consideró autorización respectiva de la institución y el consentimiento Informado de los sujetos de estudio, es decir la autonomía como independencia de una persona para determinar su propio destino en cuestiones de salud y enfermedad. El respeto por la su autonomía. En la beneficencia, se realizó acciones positivas con el único propósito de ayuda. En la no maleficencia, se evitó cualquier daño, haciendo el bien en lo posible. En la justicia se trató con equidad. Finalmente la confiabilidad expresándoles que la información es de carácter anónimo y confidencial. Con el fin de brindar los cuidados necesarios.

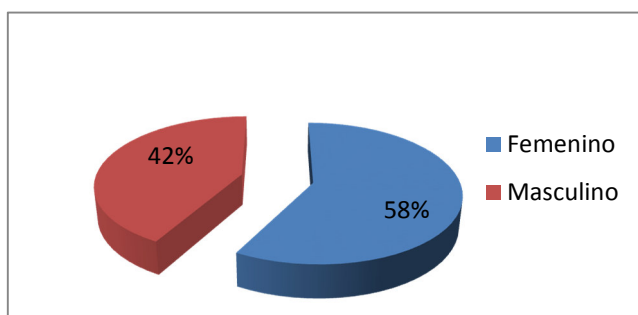
CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico.

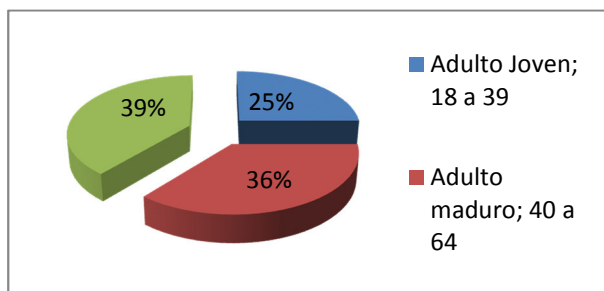
GRAFICO Nº 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO POR SEXO
DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN
LA UCI GENERALES DEL HNGAI
LIMA – 2015



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

En el gráfico se observa que del 100% (36). El género que más prevalece es el género femenino 58%(21) y el 42% (15) restante es de sexo masculino.

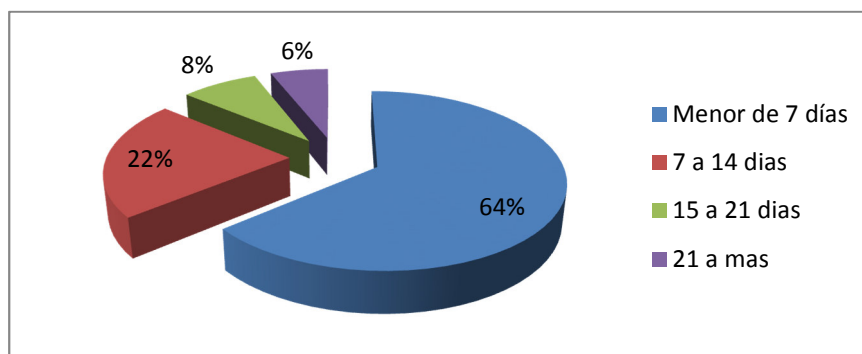
GRAFICO N° 2
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GRUPO
ETAREO DE LOS PACIENTE HOSPITALIZADOS EN LA UCI
GENERALES DEL HNGAI
LIMA – 2015



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

En el grafico refleja que del 100%(36); el 39%(14) tuvo una edad mayor de 65 años, el 36%(13) edad entre 40 y 64 años del adulto maduro y el 25%(9) comprenden las edades del adulto joven.

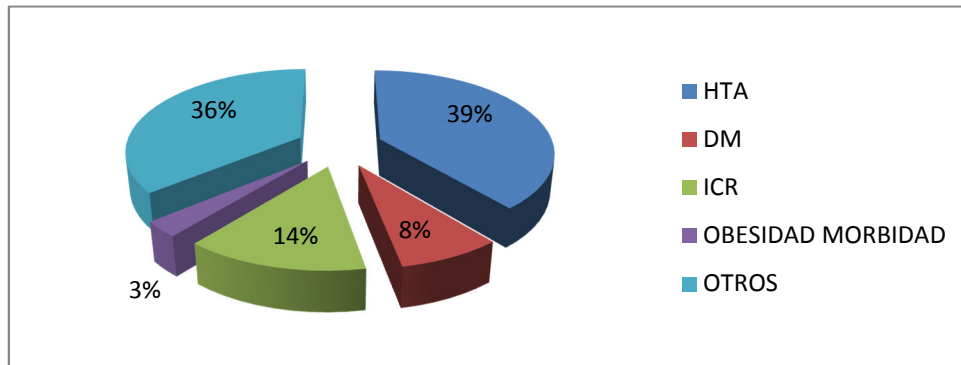
GRAFICO N° 3
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO POR TIEMPO
DE HOSPITALIZACION EN LA UCI DEL HNGAI
LIMA – 2015



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

La estancia hospitalaria: el 64%(23)se encontraron hospitalizados menos de 7 días, El 22%(8) de 7 a 14 días y el 8%(3) estuvieron hospitalizados de 15 a 21 días. Hubo 2 pacientes hospitalizados más de 1 mes

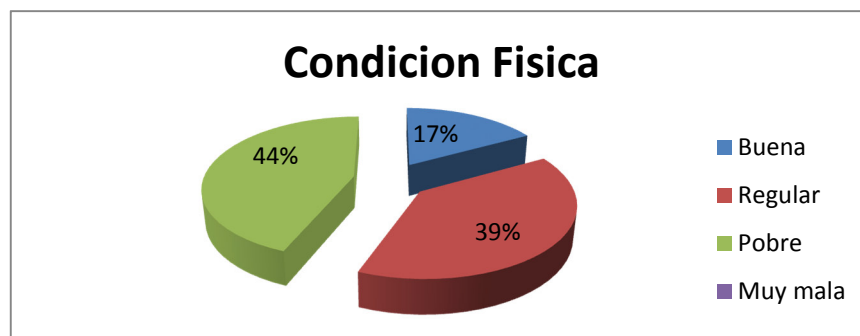
GRAFICO N° 4
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO POR
ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LOS
PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI
LIMA – 2015



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

La mayoría de los paciente investigados presentó hipertensión arterial 39%(14), seguido de Insuficiencia renal aguda 14%(5).

GRAFICO N° 5
FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION
CONDICION FISICA EN LOS PACIENTES DE LA UCI
GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015

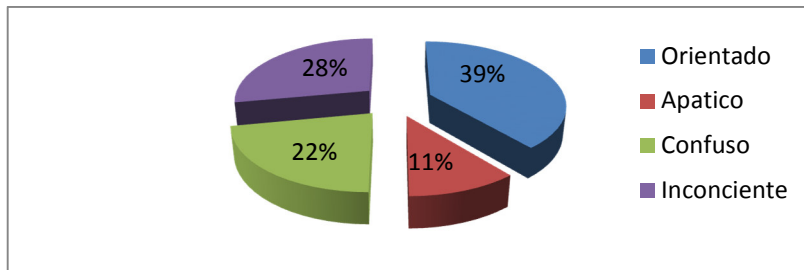


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

En grafico refleja, del 100%(36), el 44%(16) estuvieron condición física pobre, el 39%(14) estuvieron condición regular, 17%(6) en condición física buena y ningún paciente en condición física muy mala.

GRAFICO N° 6

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION ESTADO MENTAL EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015

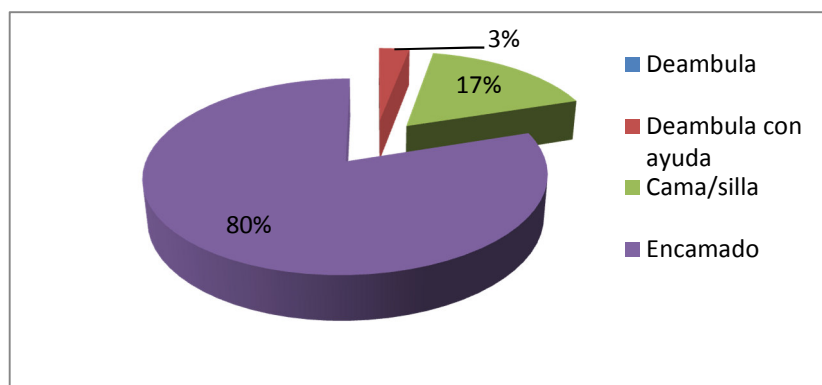


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

En gráfico refleja, del 100%(36), el 39%(14) estuvieron orientados, el 28%(10) inconscientes, el 22%(8) confusos y el 11%(4) apáticos.

GRAFICO N° 7

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015

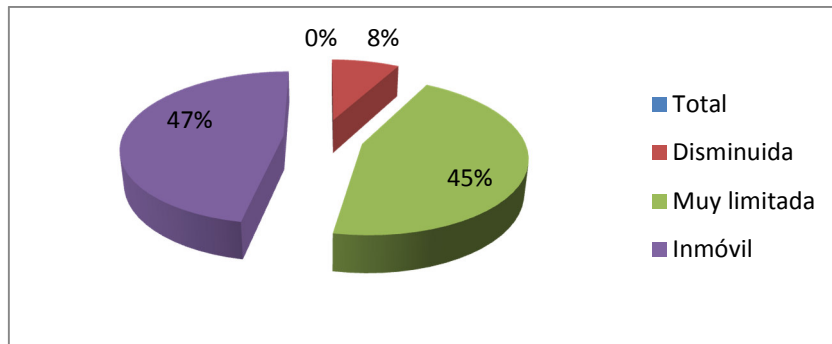


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

En gráfico refleja, del 100%(36), el 80%(29) estuvieron encamados, el 17%(6) fueron trasladados de cama a silla y viceversa y solo 1 paciente pudo caminar unos pasos con estricta ayuda del profesional de la salud.

GRAFICO N° 8

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION MOVILIDAD EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015

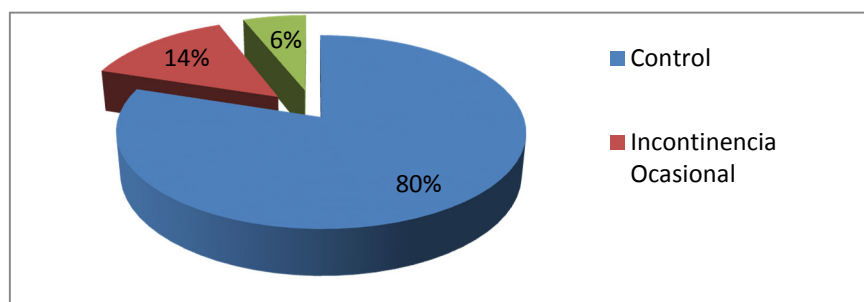


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

El gráfico refleja, del 100%(36), el 47%(17) estuvieron inmóvil, el 45%(16) muy limitada, el 8%(3) disminuida y ningún paciente con movilidad total.

GRAFICO N° 9

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION INCONTINENCIA EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015

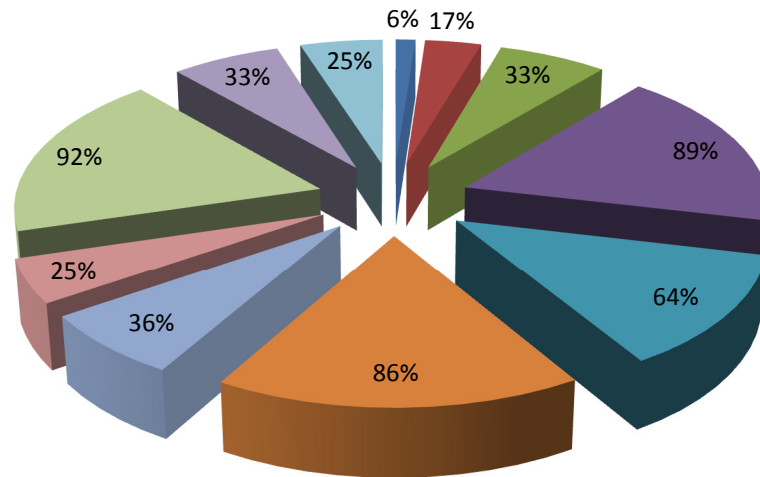


FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

El gráfico refleja, del 100%(36), el 80%(29) tuvieron control, el 14%(5) incontinencia, el 6%(2) y ningún paciente con doble incontinencia.

GRAFICO Nº 10

**FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS RELACIONADOS CON
POSIBLE DESARROLLO DE UPP EN LOS PACIENTES
DE LA UCI GENERALES DEL HNGA LIMA – 2015**



- Presión: objetos y/o material que produzcan presión sobre la piel
- Presión del mismo cuerpo del paciente: obesidad
- sujeción mecánica estricta
- Tendido de cama sin arrugas ni dobleces
- Múltiples dispositivos: monitor, SOG, SNG, SV, CVC, TOT, SNY, CBN, VMNI, VMI. ETC. Mas de 5 dispositivos.
- Piel limpia y seca libre de humedad
- Cambios de posición c/2 horas
- Colchón antiescaras
- Almohadas cojines y otros
- Cama eléctrica
- Cama manual

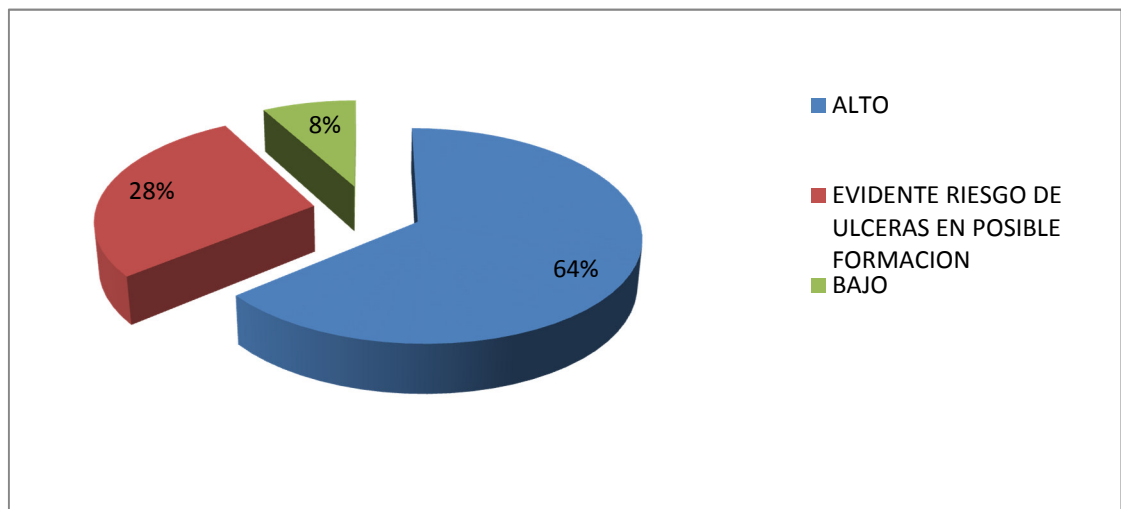
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

Del gráfico Nº 10 del 100%(36), el 92% cuentan con almohadas, cojines y otros, el 89%(32) se encontraron con las camas sin dobleces. El 86%(31) se mantuvo con la

piel limpia y seca. El 64%(23) pacientes presenciaron con más de 5 dispositivos. Los cambios posturales c/2 horas se evidencian en un 36%(13) del resto de pacientes. El resto tuvo cambios posturales c/3h a más horas (2 pacientes resultaron imposible movilizarlos por su condición física, aliviados durante el baño). El 33 % (12) pacientes estuvieron con sujeción mecánica estricta. Del total de pacientes el 25%(9) contó con colchón antiescaras. El 17%(6) pacientes tuvieron presión del mismo cuerpo del paciente: Obesidad. Un paciente con obesidad mórbida.

Del total de camas que favorecen en los cambios posturales se encontraron las camas eléctricas con un total de 12 camas de las 21 camas existentes.

GRAFICO Nº 11
NIVEL DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION EN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA UCI
GENERALES DEL HNGAI
LIMA – 2015



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

En gráfico refleja el nivel de riesgo según la escala Norton, del 100%(36), el 64%(23) estuvieron clasificados en el rango alto riesgo, pues recibieron puntuaciones de 5 a 11; el 28%(10) pacientes estuvieron clasificados en el rango de riesgo evidente, el cual oscila con la puntuación de 12 a 14. Solo un y el 8%(3) se registra con el mínimo riesgo, pues fue más de 14 la puntuación asignada.

4.2. DISCUSION

Los resultados mostraron que el porcentaje de mujeres supera al de varones (Grafico 1). Según el grupo etario en rangos cuasi similares se destacó el mayor porcentaje de la población entre las edades de 40 a mayor de 65 años (Grafico 2). Además Peralta, C., Varela, L., y Gálvez, M. (2009).afirma que se evidencia una mayor tendencia al riesgo de UPP en el sexo femenino según la literatura por hipoestrogenismo a mayor edad, mayor riesgo a presentar UPP. Puesto que la literatura demuestra que a mayor edad disminuye la turgencia de la piel y la piel se torna seca haciéndola más vulnerable al desarrollo de úlceras por presión.

Respecto a la estancia hospitalaria: el 36% estuvieron hospitalizados de 7 a más días. (Grafico 3). Según Arango, Fernández y torres (2006, p.217) Cerca del 70% de las úlceras por presión se desarrollan en las primeras 2 semanas de hospitalización. Según la literatura conforme se incrementan el número de días de ingreso del paciente en la unidad, también se incrementan las probabilidades de desarrollar úlceras iatrogénicas o por presión.

La mayoría del paciente investigado presentó hipertensión arterial, Insuficiencia renal aguda, Diabetes Mellitus etc. (Grafico 4). Según Bautista, bocanegra y Laura (2009), realizaron un estudio donde afirman que los factores de riesgo intrínsecos fueron “.....patologías cardíacas, e hipertensión arterial”. En la literatura afirma que pacientes con tensión arterial sistólica inferior a 100mmHg aumenta el riesgo de desarrollo de UPP, ya que con esta tensión la perfusión arterial sistémica se ve disminuida, lo cual produce isquemia.

Referente a los factores de riesgo intrínsecos según dimensiones el 83% presento condición física de regular a pobre. El 61% con estados de conciencias alterados, el 80% estuvieron encamados, y Ningún paciente con movilidad total puesto que todos los pacientes requerían algún tipo de asistencia para la movilización. Datos similares se encontraron en el estudio de

Martínez y Sánchez. (2006), donde los factores que influyen son el estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición y actividad, encontrando que los pacientes con estado de coma incontinentes, inmóviles, con un grado de desnutrición, y encamados son pacientes con alto riesgo de padecer.

Respecto a los factores de riesgo extrínsecos, el 86% se mantuvo con la piel limpia y seca. El 64% pacientes presenciaron con más de 5 dispositivos. El 33% estuvieron con sujeción mecánica estricta, el 25% tiene disponible el colchón antiescaras y el 57% tienen disponible las camas eléctricas que favorecen los cambios posturales y el 23% Se evidencia presión. (Grafico 10). Otro estudio de Mancini y Oyanguren (Perú – 2014) concluyeron que las variables asociadas al desarrollo de ÚPP son "...sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta". Según la literatura cabe señalar que la presión aumenta la presión capilar, disminuyen la irrigación sanguínea y el drenaje linfático de la región afectada y favorecen la isquemia y la necrosis del tejido.

La presencia de múltiples accesorios necesarios predisponen a la presencia de UPP, lo cual hace muchas veces infructuoso el cuidado que enfermería realiza para evitar la presencia de UPP.

Respecto a los cambios posturales c/2 horas, se evidencio el 36% (2 pacientes resultaron imposible movilizarlos por su condición física, aliviados durante el baño). El resto tuvo cambios posturales c/3h a más horas. Los pacientes con alteraciones en la movilidad o con alteraciones neurológicas o cognitivas que impliquen inmovilidad tienen mayor predisposición a sufrir UPP. En este grupo también se encuentran los pacientes con intolerancia cambios posturales.

En la actual investigación se encontró el Nivel alto de Riesgo de UPP. Con un 64%.(Grafico 5). Al igual que en el estudio de Jiménez, Gálvez, y De La Rosa (Cuba, 2010), quienes encontraron un 85 %. Otro estudio de Mancini y Oyanguren (Perú – 2014) concluyeron que las variables asociadas al desarrollo de ÚPP son la escala de Norton alta y muy alta.

Precisando así una adecuada intervención del profesional de enfermería, por lo que el profesional de enfermería debe estar preparado para prevenir el desarrollo de las úlceras por presión, además contar con el apoyo del equipo de salud necesario.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Respecto al Nivel de riesgo de úlceras por presión según la escala Norton, del 100%; el 64% estuvieron clasificados en el rango alto riesgo; el 28% estuvieron clasificados en el rango de riesgo evidente. Solo un y el 8% se registra con el mínimo riesgo. Por lo que se puede deducir que la mayoría de pacientes presenciaron alto riesgo de UPP.

Referente a los factores de riesgo intrínsecos según dimensiones el 83% condición física de regular a pobre. El 61% con estados de conciencias alterados, el 80% estuvieron encamados, y Ningún paciente con movilidad total puesto que todos los pacientes requerían algún tipo de asistencia para la movilización.

Respecto a los factores de riesgo extrínsecos, el 86% se mantuvo con la piel limpia y seca. Los cambios posturales c/2 horas se evidencian en un 36% del resto de pacientes, el resto tuvo cambios posturales c/3h a más horas (2 pacientes resultaron imposible movilizarlos por su condición física, aliviados durante el baño). El 64% pacientes presenciaron con más de 5 dispositivos. El

33 % estuvieron con sujeción mecánica estricta, el 25% tiene disponible el colchón antiescaras y el 57% tienen disponible las camas eléctricas que favorecen los cambios posturales.

5.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que el departamento de enfermería conjuntamente con el equipo de salud que labora diseñe y organice estrategias de prevención de las úlceras por presión en situaciones específicas encontradas, para así mismo generar pautas de prevención basadas en evidencia. Contribuyendo así a mejorar la calidad de vida, la calidad del cuidado por parte del profesional de enfermería y generando menos costos a las instituciones de salud por complicaciones que pudieran presentar.
- Realizar estudios de factores de riesgo de UPP relacionadas con cuidados.
- Continuar con estudios similares en otras instituciones prestadoras de salud a nivel de Essalud y las DISAS. Con el fin de obtener datos propios de nuestra realidad y población.

5.3. LIMITACIONES

- Los resultados y las conclusiones del presente estudio solo son válidas para la población de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arango, C., Fernández, O., y Torres, B. (2006). Ulceras por presión, En: Tratado de geriatría para residentes. España. Ed. Biomedica Pfizer. p.217. Recuperado de:
https://www.google.com.pe/search?q=ulceras+por+presion&oq=ulceras+por+presion&aqs=chrome..69i57j0l5.7938j0j8&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=122&ie=UTF-8#q=3-11+%25+que+ingresan+al+hospital+desarrollan+UPP
- Ferrero, P., Medrano, C., Jimeno, B., y Postigo, S. (s.f.). UPP en unidad de cuidados intensivos. p. 23. Recuperado de:
http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ulceras_especial.pdf
- Jiménez, I., Gálvez, D., Dianellys y De la Rosa, H.(2009). Beneficio de la aplicación de la escala de Norton en pacientes graves. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas. En revista médica electrónica recuperado de:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol5%202010/tema02.htm>.
- Bautista, I., y Bocanegra, L. (2009). Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de nivel III. Recuperado de:

<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9848/1/tesis02-4.pdf>

Martínez, J. y Sánchez, C. J. (2006). Factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. (Tesis para titulación de licenciada en enfermería). México. Recuperado de:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/984/1/tesis-0289.pdf>

Tejada, J. B. (2006). Índices de riesgo en las úlceras de presión (UPP). Recuperado de:
http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEuplkAE_EyCxkEGGus.php

Aizpitarte, E., García de Galdiano, Ana. y Zugazagoitia, N. (2005). Úlceras por presión en cuidados intensivos, valoración del riesgo y medidas de prevención. Rev. 16(4). Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-ulas-por-presion-cuidados-intensivos-13080877>

Bernal, A., Nieto, M. (2004). Úlceras por presión en niños. Evaluación del riesgo en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. Recuperado de:
<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9848/1/tesis02-4.pdf>

Chigue, O., Varela, L. y Chávez, J. (2000). Aplicación de escala de Norton para evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados. Lima-Perú.
http://www.sobende.org.br/pdf/Escalas_RiesgoUPP_PacoPedro.pdf

Mancini, P. M., y Oyanguren, R. (2014). Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. (Tesis de especialidad de médico cirujano). Recuperado de:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/190/1/TL_ManciniBautistaPierina_OyangurenRubioRosamaria.pdf

Essalud. (2011). Guía de atención de úlceras por presión. Perú.

Peralta, C., Varela, L., y Gálvez, M. (2009). Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. Rev. Medica Herediana. 20(1)
Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2009000100005&script=sci_arttext

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PAG.
A.	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	I
B.	MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO	III
C.	INSTRUMENTO	IV
D.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	VI
E.	ESCALA NORTON	VII
F.	ANEXO DE TABLAS	IX

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Nivel del riesgo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos generales adultos del HNGAI 2015	Grado de riesgo de UPP, siendo la Escala de valoración del riesgo de UPP (escala Norton). Instrumento mediante el cual se mide el nivel de riesgo de úlceras por presión.	Resultado de una escala de valoración de riesgo de UPP (escala de Norton), cada apartado se puntúa sobre una escala de 1 a 4, donde 1 significa el menos favorable y el 4 el más favorable, con puntuaciones totales que varían de un máximo de 20 a un mínimo de 5. Se determinara su interpretación mediante los siguientes puntuaciones de riesgo según escala: Alto riesgo: 5-11 Evidente riesgo de úlceras en posible formación: 12-14 Bajo riesgo: 15-20	DATOS GENERALES FACTOR INTRINSECO	DIAS DE HOSP. EDAD CONDICION FISICA ESTADO MENTAL ACTIVIDAD MOVILIDAD INCONTINENCIA	Días de permanencia en el hospital Tiempo de vida 4. Buena () 3. Regular () 2. Pobre () 1. Muy Mala () 4. Orientado() 3. Apático () 2. Confuso () 1. inconciente () 4. Deambula () 3. Deambulación ayuda 2. Cama/ Silla () 1. Encamado () 4. Total () 3. Disminuida () 2. Muy limitado () 1. Inmóvil () 4. Control() 3. Incontinencia Ocasional 2. Urinaria o fecal () 1 Doble continencia	Alto Evidente riesgo de úlceras en posible formación Bajo

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
			FACTOR EXTRINSECO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presión: objetos y/o material que produzcan presión sobre la piel. 2. Presión del mismo cuerpo del paciente: Obesidad. 3. Piel limpia y seca libre de humedad. 4. Tendido de cama sin arrugas, ni dobleces. 5. Cambios de posición cada 2 horas. 6. Colchón antiescaras. 7. Almohadas cojines y otros. 8. Múltiples dispositivos: monitor, SOG, SNG, SV, CVC, TQT, TET, SNY, CBN, VMNI, VMI. Etc. Más de 5 dispositivos 9. Cama con capacidad de dobles en decúbito lateral derecho e izquierdo. 10. Estricta sujeción mecánica. 	<p>Alto</p> <p>Evidente riesgo de úlceras en posible formación</p> <p>Bajo</p>

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS	APROXIMACION DE TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION	ESCALA DE MEDICION
<p style="text-align: center;">Alto : 5-11</p> <p style="text-align: center;">Riesgo medio. 12-14</p> <p style="text-align: center;">Bajo: 15-20</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar permiso para exploración del campo a investigar. 2. Recolección de datos mediante la observación durante 10 a 20 min. Según criterios de inclusión y exclusión. 3. Evaluar y Cotejar los datos en una lista de chequeo. 4. Clasificar los datos en una hoja de registro. 5. Analizar datos. 6. Presentación de los resultados encontrados. 	<p>Análisis documental y observación (técnica).</p> <p>Lista de cotejo chequeo- Escala de Norton (instrumento)</p>	<p style="text-align: center;">Ordinal</p>

ANEXO C

INSTRUMENTO DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION ESCALA NORTON

FECHA:	SERVICIO: UCI G. HNGAI	DIAS DE HOSPITALIZACION:
EDAD: Dx.	SEXO: 1. Femenino () 2. Masculino ()	
CONDICION FISICA	4. Buena () 3. Regula () 2. Pobre () 1. Muy Mala ()	
ESTADO MENTAL	4. Orientado () 3. Apático () 2. Confuso () 1. inconciente ()	
ACTIVIDAD	4 Deambula () 3 Deambulaci3n ayuda () 2 Cama/ Silla () 1 Encamado ()	
MOVILIDAD	4 Total () 3 Disminuida () 2 Muy limitado () 1 Inm3vil ()	
INCONTINENCIA	4 Control() 3 Incontinencia Ocasional () 2 Urinaria o fecal () 1 Doble incontinencia ()	

Puntaje final:

INSTRUMENTO DE VALORACION DE RIESGO DE
ULCERAS POR PRESION
FACTORES EXTRINSECOS

Nº	FACTORES EXTRINSECOS	SI	NO	OBSERVACION
1	Presión: objetos y/o material que produzcan presión sobre la piel.			
2	Presión del mismo cuerpo del paciente: Obesidad.			
3	Piel limpia y seca libre de humedad.			
4	Tendido de cama sin arrugas ni dobleces.			
5	Cambios de posesión cada 2 horas.			
6	Colchón anti escaras.			
7	Almohadas cojines y otros.			
8	Múltiples dispositivos: monitor, SOG, SNG, SV, CVC, TQT, TET, SNY, CBN, VMNI, VMI. Etc. Más de 5 dispositivos			
9	Cama con capacidad de dobles en decúbito lateral derecho e izquierdo.			
10	Estricta sujeción mecánica.			

Frecuencias absolutas:

INTERPRETACION DEL PUNTAJE DEL NIVEL DE RIESGO DE UPP

1	Alto	5-11
2	Evidente riesgo de úlceras en posible formación	12-14
3	Bajo	15-20

ANEXO D
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA

Le estamos pidiendo participar en la investigación sobre “**NIVEL DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES ADULTOS DEL HNGAI- 2015**”. Dirigida por estudiante de la segunda especialidad de enfermería del último semestre. Su colaboración no representa ningún riesgo adicional para su salud, ya que para poder determinar los factores de riesgo asociados a las úlceras por presión, se hace necesario observar, valorar su piel y revisar la Historia Clínica para obtener datos relacionados a los posibles factores de riesgo a desarrollar Úlceras por presión.

Yo _____ mayor de edad, identificado con DNI _____ autorizo a la Lic. Enfermería Idma Geize Mamani Mamani estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. UNMSM. a tener acceso a mis registros de historia clínica para ser manipulada y utilizados si encuentra resultados que aporte positivamente la recolección de información para el desarrollo de la presente investigación, he escuchado todas las consideraciones éticas como la honestidad, prudencia y responsabilidad para un buen manejo de los resultados encontrados, que serán tenidas en cuenta para la recolección y análisis de la información encontradas en mis registros clínicos. También conozco que será conservado mi anonimato si llegado el caso en mis registros clínicos se encontrara información que sea útil y utilizada como muestra de la investigación en curso. Por tal motivo autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación. Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre del Paciente.....

Firma del Paciente.....

Firma del Cuidador.....

Fecha: Día.....Mes.....Año

Gracias por su participación

ANEXO E

INSTRUMENTO DE VALIDACION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION (ESCALA NORTON)

VARIABLES	DEFINICION
CONDICION FISICA	<ul style="list-style-type: none"> • Buena: es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico. Tiene una condición física normal. Comer siempre la dieta pautada, lleva nutrición enteral o parenteral adecuada. • Regular: el volumen o tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Constitución física que demuestra exceso o defecto de peso. Deja ocasionalmente platos proteicos. • Pobre: no tiene cubierta sus necesidades nutricionales mínimas diaria. Ligeros edemas, piel seca. Deja diariamente parte de la dieta oral. • Muy Mala: no tiene ingesta oral por cualquier causa. Tiene desnutrición previa comprobada con una determinación de laboratorio (albumina < de 30 mg. No tener ingesta oral, enteral, ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.
ESTADO MENTAL	<p>Paciente orientado: es aquel paciente que está orientado y consciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo. - Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. <p>Paciente apático: Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puede estar desorientado. - No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención de riesgo, necesita de nuestra ayuda. - No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. <p>Paciente confuso (letárgico): Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo. - No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. - También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad. <p>Paciente inconsciente o comatoso: Es aquel paciente que tiene pérdida de consciencia y de sensibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.
	<p>Capacidad para deambular del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente que deambula: Tiene deambulación autónoma y actividad completa. • Paciente que deambula con ayuda: Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda

ACTIVIDAD	<p>externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente en cama / silla: No puede deambular solo (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular. • Paciente encamado: No puede deambular. Esta encamado las 24 horas. Puede tener periodos cortos de sedestación.
MOVILIDAD	<p>Capacidad que tiene el paciente para movilizarse en cama (cambios posturales).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total: es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla. • Disminuida: Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos. • Muy limitado: Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos. • Inmóvil: Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.
INCONTINENCIA	<p>Incapacidad que tiene el paciente para controlar esfínteres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente que tiene control (continente): es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de catéter vesical permanente. • Paciente con incontinencia ocasional: Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuidos o alterado. Puede llevar un colector urinario. • Paciente con incontinencia urinaria: Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical y no lleva catéter ni dispositivo colector. • Paciente con incontinencia urinaria y fecal: Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

INTERPRETACION DEL PUNTAJE DEL NIVEL DE RIESGO DE UPP

1	Alto	5-11
2	Evidente riesgo de úlceras en posible formación	12-14
3	Bajo	15-20

ANEXO F

ANEXO DE TABLAS

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO POR SEXO
DE LOS PACIENTE DE LA UCI DEL HNGAI
LIMA – 2015**

SEXO	FRECUENCIA	%
Femenino	21	58%
Masculino	15	42%
TOTAL	36	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GRUPO ETAREO DE
LOS PACIENTE DE LA UCI DEL HNGAI
LIMA – 2015**

EDAD	FRECUENCIA	%
Adulto Joven; 18 a 39	9	25%
Adulto maduro; 40 a 64	13	36%
Adulto Mayor; > 65	14	39%
TOTAL	36	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO POR TIEMPO DE
HOSPITALIZACION EN LA UCI DEL HNGAI
LIMA – 2015**

TIEMPO	FRECUENCIA	%
Menor de 7 días	23	64%
7 a 14 días	8	22%
15 a 21 días	3	8%
21 a mas	2	6%
TOTAL	36	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA Nº 4

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO POR ANTECEDENTES
PATOLOGICOS EN LA UCI DEL HNGAI DE LOS PACIENTES
DE LA UCI DEL HNGAI
LIMA – 2015**

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	%
HTA	14	39%
DM	3	8%
ICR	5	14%
OBESIDAD MORBIDAD	1	3%
OTROS	13	36%
TOTAL	36	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA Nº 5

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION CONDICION FISICA EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015

CONDICION FISICA	FRECUENCIA	%
BUENA	6	17%
REGULA	14	39%
POBRE	16	44%
MUY MALA	0	0%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA Nº 6

FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION ESTADO MENTAL EN LOS PACIENTES DE LA UCI GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015

ESTADO MENTAL	FRECUENCIA	%
ORIENTADO	14	39%
APATICO	4	11%
CONFUSO	8	22%
INCONCIENTE	10	28%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA N° 7

**FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION
ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES DE LA UCI
GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015**

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	%
DEAMBULA	0	0%
DEAMBULACION CON AYUDA	1	3%
MOVILIDAD	6	17%
INCONTINENCIA	29	80%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA N° 8

**FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION
MOVILIDAD EN LOS PACIENTES DE LA UCI
GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015**

MOVILIDAD	FRECUENCIA	%
TOTAL	0	0%
DISMINUIDA	3	8%
MUY LIMITADA	16	45%
INMOVIL	17	47%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA N° 9

**FACTORES DE RIESGO INTRINSECOS EN LA DIMENSION
INCONTINENCIA EN LOS PACIENTES DE LA UCI
GENERALES DEL HNGAI LIMA – 2015**

INCONTINENCIA	FRECUENCIA	%
CONTROL	29	80%
INCONTINENCIA OCASIONAL	5	14%
URINARIA O FECAL	2	6%
DOBLE INCONTINENCIA	0	0%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA N° 10

**FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS RELACIONADOS CON
POSIBLE DESARROLLO DE UPP EN LA UCI DEL HNGAI
LIMA – 2015**

FACTOR DE RIESGO EXTRINSECOS	FRECUENCIA	%
Presión: objetos y/o material que produzcan presión sobre la piel	2	6%
Presión del mismo cuerpo del paciente: Obesidad.	6	17%
Tendido de cama sin arrugas ni dobleces.	32	89%
Múltiples dispositivos: monitor, SOG, SNG, SV, CVC, TQT, TET, SNY, CBN, VMNI, VMI. Etc. Más de 5 dispositivos.	23	64%
Estricta sujeción mecánica	12	33%
Piel limpia y seca libre de humedad	31	86%
Cambios de posición c/2 horas	13	36%
Colchón antiescaras	9	25%
Almohadas cojines y otros	33	92%
Cama eléctrica	12	57%
Cama Manual	9	43%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015

TABLA N° 11

**NIVEL DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION EN LA UCI
GENERALES DEL HNGAI
LIMA – 2015**

NIVEL	FRECUENCIA	%
ALTO	23	64%
EVIDENTE RIESGO DE ULCERAS EN POSIBLE FORMACION	10	28%
BAJO	3	8%
TOTAL	36	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES DE LA UCI DEL HNGAI-2015