

# **DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL PROCESO DE REVALIDACIÓN**

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE  
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE  
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO  
PERIODO OCTUBRE MARZO 2010.**

**PRESENTADA POR**

**MARTINEZ CASTILLO, VANESSA VIRGINIA**

**ASESOR**

**VÁZQUEZ, LAURA**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**VALERA – VENEZUELA**

**2010**

PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.  
FACULTAD DE MEDICINA.  
ESCUELA DE ENFERMERÍA.  
PROGRAMA DE PROFESIONALIZACIÓN.

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE  
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE ÚLCERAS  
POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO PERIODO OCTUBRE-  
MARZO 2010.

**AUTORES:**

Briceño, Paola

Martínez, Vanessa

Pérez, Keilly

**TUTOR:**

Dra. Vázquez, Laura

Valera, Marzo 2010

## DEDICATORIA.

Ha sido El omnipotente, quien ha permitido que la sabiduría dirija y guíe nuestros pasos. Ha sido El todopoderoso, quien ha iluminado nuestros senderos cuando más oscuros han estado. Ha sido El creador de todas las cosas, el que nos da fortaleza para continuar cuando a punto de caer hemos estado; por ello, con toda la humildad que de nuestros corazones puede emanar, dedicamos primeramente nuestro trabajo a Dios.

De igual forma, a nuestros padres, quienes han sabido formarnos con buenos sentimientos, hábitos y valores,

A nuestros hijos, esposos y familiares que sirvieron de apoyo para alcanzar esta meta tan deseada.

Briceño Paola, Martínez Vanessa, Pérez Keilly

## **AGRADECIMIENTO.**

“Bendito sea Jehová, que oyó la voz de mis ruegos” (Salmos 28:5).

Primeramente queremos agradecer al Señor por su íntimo amor que nos acompaña todos los días y nos permite alcanzar todos nuestros objetivos.

Agradecemos a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este proyecto, por aportar sus ideas, consejos y su compañía. A todos muchas gracias.

Briceño Paola, Martínez Vanessa, Pérez Keilly

## ÍNDICE GENERAL.

	<u>PÁGINA</u>
<u>Dedicatoria.</u>	ii
<u>Agradecimiento.</u>	iii
<u>Índice General.</u>	iv
<u>Índice de Tablas.</u>	v
<u>Índice de Gráficas.</u>	vi
<u>RESUMEN.</u>	vii
<u>INTRODUCCIÓN.</u>	
_____	1

### CAPÍTULO I EL PROBLEMA

<u>1.1. Planteamiento de problema.</u>	3
<u>1.2. Objetivos de la investigación</u>	6
<u>1.3. Justificación de la investigación</u>	6
<u>1.4. Consideraciones éticas.</u>	8

### CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

<u>2.1. Antecedentes.</u>	8
<u>2.2. Bases teóricas.</u>	13

### CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.

<u>3.1. Tipo y diseño de la investigación.</u>	35
------------------------------------------------	----

<u>3.2. Población, muestra y muestreo.</u>	<u>36</u>
<u>3.3. Operacionalización de la variable.</u>	<u>37</u>
<u>3.4. Instrumento.</u>	<u>38</u>
<u>    3.4.1. Validez.</u>	<u>38</u>
<u>3.5. Procedimiento para recolección de datos.</u>	<u>38</u>
<u>3.6. Plan de tabulación y análisis estadístico.</u>	<u>38</u>
<b><u>CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.</u></b>	<b><u>40</u></b>
<b><u>CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</u></b>	<b><u>56</u></b>
<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</u></b>	<b><u>58</u></b>
<b><u>ANEXOS.</u></b>	<b><u>60</u></b>

## ÍNDICE DE TABLAS.

<u>TABLAS</u>	<u>PÁG.</u>
<u>1. Definición.....</u>	<u>40</u>
<u>2. Causas.....</u>	<u>41</u>
<u>3. Presión.....</u>	<u>42</u>
<u>4. Fricción.....</u>	<u>43</u>
<u>5. Humedad.....</u>	<u>44</u>
<u>6. Irritantes químicos.....</u>	<u>45</u>
<u>7. Cambios posturales.....</u>	<u>46</u>
<u>8. Edad.....</u>	<u>47</u>
<u>9. Inmovilidad.....</u>	<u>48</u>
<u>10. Incontinencia urinaria.....</u>	<u>49</u>
<u>11. Incontinencia fecal.....</u>	<u>50</u>
<u>12. Malnutrición.....</u>	<u>51</u>
<u>13. Hipotensión arterial.....</u>	<u>52</u>
<u>14. Estado de la piel.....</u>	<u>53</u>
<u>15. Estado de consciencia.....</u>	<u>54</u>
<u>16. Patología de base.....</u>	<u>55</u>

±



ÍNDICE DE GRÁFICOS.

<u>GRÁFICOS</u>	<u>PÁG.</u>
1. ....	40
2. ....	41
3. ....	42
4. ....	43
5. ....	44
6. ....	45
7. ....	46
8. ....	47
9. ....	48
10.....	49
11.....	50
12.....	51
13.....	52
14.....	53
15.....	54
16.....	55



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.  
FACULTAD DE MEDICINA.  
ESCUELA DE ENFERMERÍA.  
PROGRAMA DE PROFESIONALIZACIÓN.

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE  
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE ÚLCERAS  
POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO PERIODO OCTUBRE-  
MARZO 2010.**

**Autores:**

Briceño, Paola  
Martínez, Vanessa  
Pérez, Keilly

**Tutor:**

Dra. Vázquez, Laura

**RESUMEN.**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el conocimiento del personal de Enfermería sobre los factores de riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010. Se motivó por la situación emergente de numerosos casos de úlceras por presión en los cuales no se había aplicado ni los procedimientos ni los tratamientos adecuados. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención las cuales constituyen un pilar fundamental en los cuidados básicos de los pacientes y el mantenimiento de la integridad de la piel, siendo este un indicador de la calidad de los cuidados de Enfermería. Buscando solución al problema planteado, se realizó un estudio descriptivo con el propósito de evaluar el conocimiento del personal, donde la población está constituida por 90 personas que laboran como Enfermeros especialista. Se tomara como muestra la totalidad de la población que allí laboran en sus diferentes niveles de profesionalización. A ellos se les aplicó el instrumento tipo cerrado con el que se pretendió en relación a los objetivos específicos visualizar las carencias en el nivel de conocimiento del personal de Enfermería con respecto a los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos asociados a la aparición de la úlcera por presión. Se encontró que solo la mitad de la población muestral encuestada tiene pleno conocimiento sobre la definición, causas y factores desencadenantes como: edad, inmovilidad, incontinencia urinaria y fecal, malnutrición, hipotensión arterial, estado de la piel, estado de conciencia y la presencia de patología de base. Mientras la segunda parte de la población muestral encuestada desconoce parcialmente los elementos propiciadores de esta condición.

**Palabras claves:** Úlcera por presión, Factores de riesgo, Enfermería.

## **INTRODUCCIÓN.**

El trabajo especial de grado que a continuación se presentara basándose explícitamente en saber los conocimientos de personal de Enfermería sobre los factores de riesgo asociado a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario de Maracaibo periodo Octubre-Marzo 2010.

En la sociedad actual uno de los problemas de salud con el cual se identifica los pacientes con úlceras por presión, no es una patología agradable de tratar pero requiere cuidados, dedicación y un gran manejo por el profesional de Enfermería, estas lesiones cutáneas, trae como consecuencia la falta de irrigación sanguínea, de origen isquémico que produce daño tisular en zonas expuestas a presiones prolongadas, ocasionando la descomposición cutánea y consiguiente necrosis del tejido subyacentes, grasa y músculo. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse, por lo que es importante, disponer de adecuadas estrategias de educación y prevención. La aparición de úlceras por presión es una relevancia social común al que tiene que enfrentarse los profesionales de Enfermería en el cuidado de los pacientes con determinadas patologías, enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada y que conlleva una importante morbi-mortalidad y tiene una elevada repercusión socio-económica, se ha tenido como resultado asistenciales que afecta al paciente y su entorno, al centro sanitario y al mismo sistema de salud.

La localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión aparecen a menudo en los puntos de relieve óseo, en función de la posición del paciente en que se encuentre: decúbito supino, lateral, prono, en el caso de los pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos hay que destacar algunas zonas poco habituales; como los pabellones

auriculares, la nariz, zona frontal, cara y labios; siendo las más frecuentes las úlceras sacra, de talón, occipital, trocánteres entre otros. La evidencia de algunos factores que sitúan a las personas en riesgo de padecer úlceras por presión son factores extrínsecos y factores intrínsecos, se realizará un estudio retrospectivo descriptivo a través de una encuesta de tipo cerrada de corte transversal aplicada a una población constituida por 90 personas laborando como enfermeros especialista en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Al final se presentaran las conclusiones y recomendaciones las cuales dan respuesta a las interrogantes formuladas referidas a la aparición de úlceras por presión.

## **CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

### **1.1. Planteamiento del Problema.**

En la sociedad actual, uno de los problemas de salud con el cual se identifica a los pacientes confinados a la cama o a una silla de ruedas por largos períodos son las úlceras por presión; no es una patología agradable de tratar pero requiere cuidados, dedicación y un gran manejo por el profesional de Enfermería, estas lesiones cutáneas originadas como consecuencia de una falta de irrigación sanguínea, de origen isquémico, que produce daño tisular en las zonas expuestas a presión prolongada, ocasionando la descomposición cutánea y consiguiente necrosis del tejido subyacente, grasa y músculo. (Gallo K, Pachas F. 2008)

El mantenimiento de la integridad de la piel del paciente, forma parte de los cuidados básicos de los mismos, es por ello que las úlceras por presión (UPP) han constituido un factor frecuente de dicha necesidad básica. Se ha estimado que las UPP podrían haberse prevenido en un 95% de los pacientes en los que aparecen, por tanto, dependen en gran medida de la calidad de los cuidados que se presten, por eso, la prevención de lesiones dérmicas, sobre todo de las UPP, se utiliza como indicador de la calidad de los cuidados de Enfermería. Los pacientes en estado crítico son particularmente vulnerables al desarrollo de UPP, aunque éstas, a la luz de los conocimientos y de los recursos existentes, no deberían considerarse consecuencia directa de la estancia en el hospital, sino problemas evitables. Morilla Herrera, J. Martín F, Morgado J, Morales J, (2005)

La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse, por lo que es importante, disponer de adecuadas estrategias de educación y prevención.

Estas estrategias de prevención constituyen un pilar fundamental dentro de las políticas de seguridad clínica de los diferentes Sistemas de Salud, y muestra de ello es la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005) quien recientemente anunció la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Las iniciativas propuestas por esta organización (OMS 2005), además de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad (Consejo de Europa, 2004) coinciden en recomendar a los diferentes gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, promoviendo la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes y favoreciendo la formación de profesionales en el análisis de las causas para prevenir errores, entendiendo que muchos de estos, se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del paciente según la European Pressure Ulcers Advisory Panel (Argomaniz 2009 Pág. 769 )

Es muy difícil conocer con exactitud la incidencia real de las lesiones por presión, ya que existe un gran número de úlceras que son tratadas en el domicilio del enfermo, sin que quede datos almacenados en ningún registro; además, muchas de las ulceraciones que aparecen en los enfermos crónicos hospitalizados o en asilos, no se les otorga ninguna importancia y por tanto no son recogidas como una enfermedad, por lo que es muy difícil realizar una estadística médica fiable. La distribución por edad es muy variable dependiendo del centro donde se realice el estudio. Por ejemplo, en los hospitales de enfermos crónicos, la mayor incidencia se presenta en la población > de 65 años teniendo en cuenta que cualquier persona independientemente de su edad que no actúa de manera efectiva corre el riesgo a padecer este tipo de lesión.

Con respecto a la localización, es importante conocer las “zonas peligrosas” o los sitios predilectos para la formación de ulceraciones, con el fin de poner las medidas necesarias para su profilaxis. Ninguna zona del

cuerpo es inmune al desarrollo de úlceras, sin embargo, la cintura pélvica es la que arroja el mayor porcentaje de localización, concretamente la zona sacra, isquiática y trocánteres, representando más del 70%. También aquí es difícil establecer la incidencia en cada una de las localizaciones, ya que dependerán de la población estudiada, en los pacientes ambulatorios, es frecuente observar úlceras en el maléolo interno del pie o en el talón, que por ser de escasa extensión y profundidad pueden ser tratadas en su domicilio; sin embargo, en pacientes encamados en Unidad de Cuidados Intensivo (UCI), una de las localizaciones más frecuentes son la región sacra y talones, ya que permanecen durante mucho tiempo en posición decúbito supino; en los lesionados medulares, postrados en sillas de ruedas, la región anatómica más susceptible de presentar ulceraciones es la región isquiática, ya que debe soportar durante más tiempo el efecto de la presión por el peso del cuerpo, (Chamorro J, Cerón E y García F. 2008)

Ahora bien, en cuanto a Venezuela y sus entidades hospitalarias no escapan de esta realidad, la frecuencia de aparición de las úlceras por decúbito se ha establecido específicamente, en las instalaciones de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo, presentando pacientes con alteraciones de uno o más sistemas que se encuentran críticamente enfermos por largos períodos y puedan estar confinados a una cama con el riesgo de desarrollar UPP. Sin embargo, estas no son las únicas razones, ya que la mayoría de los pacientes ingresados en la UCI generalmente se admiten proveniente de otros servicios con estancias hospitalaria prolongada logrando llegar a desarrollar acontecimientos o complicaciones, que pudieran en el peor de los casos, poner en riesgo la vida del paciente y por ende conllevaría a una estancia prolongada (Zarate, 2008) Por lo antes citado el grupo de investigadores desea conocer ¿Cuál es el conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital

Universitario de Maracaibo, Estado Zulia? Durante el periodo Octubre – Marzo 2010

## **1.2. Objetivos de la Investigación.**

### **1.2.1. Objetivo General.**

Determinar el conocimiento del personal de Enfermería sobre los factores de riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010.

### **1.2.2. Objetivo Especifico**

- Identificar el conocimiento del personal de Enfermería sobre los factores de riesgos extrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010.
- Identificar el conocimiento del personal de Enfermería sobre los factores de riesgos intrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010.

## **1.3. Justificación de la Investigación**

El trabajo de investigación que a continuación se realizó conveniente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo, se motivó por la situación emergente de numerosos casos de úlceras por presión en los cuales no se había aplicado ni los procedimientos ni los tratamientos adecuados, factor este, que ejerce una latente incidencia y preocupación en el personal del sector salud y en la comunidad en general, puesto que los pacientes, ingresan en las mayoría de los casos sin ningún tipo de lesiones y al egresar presentan afecciones



cutáneas que alarman a los familiares de los pacientes y los médicos tratantes del caso. La aparición de úlceras por presión es una relevancia social común al que tienen que enfrentarse los profesionales de salud en el cuidado de los pacientes con determinadas patologías, enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, y que conllevan una importante morbi-mortalidad y tiene una elevada repercusión socio-económica.

En las implicaciones prácticas, ha tenido como resultado asistencial que afecta al paciente y su entorno, al centro sanitario y al mismo sistema de salud; entre otros problemas, se supone un retraso de la resolución de casos, cuando no hay modificación del diagnóstico y su tratamiento produciendo una pérdida de la eficiencia, manifestada en aumento de la estancia media y los costos. De la misma manera empeora la percepción de la calidad de la asistencia de los centros sanitarios, lo que afecta a su posición, prestigio y competitividad.

La utilidad Metodológica, en las úlceras por decúbito se presentan en diversos escenarios en pacientes internados por diferente patología, y suele agravar el pronóstico del enfermo, aumentando el riesgo de posibles infecciones y complicaciones metabólicas potencialmente mortales y en definitiva prolonga la estancia del paciente en el hospital, provocando una sobrecarga de trabajo y, además, originar notables costos económicos. Con valor teórico se desarrollo características y sintomatología referentes a las úlceras por presión, así como se aplicó correctamente las directrices sobre la prevención y tratamiento de las mismas.

#### **1.4 Consideraciones Éticas.**

En la presente investigación se guardaron las normas bioéticas aplicables a los diseños o ensayos clínicos, salvaguardando en todo momento la confiabilidad y el anonimato de los individuos

encuestados. La información obtenida sólo se empleó para dar respuesta los objetivos planteados en el diseño de la investigación.

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la Investigación.**

Argomaniz J. realizó en el año (2009) un estudio sobre el grado de cumplimiento del protocolo de úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales generales de Osakidetza. En el cual considera que las úlceras o lesiones por presión, constituyen uno de los efectos adversos más frecuentes, relacionados con los cuidados, en los procesos de hospitalización de las personas. El abordaje de estos efectos constituye un objetivo deseado de todos los sistemas de salud por las consecuencias tan negativas que de ellos se derivan. En los hospitales de Osakidetza este abordaje se ha realizado a través de la elaboración de protocolos de prevención que han sido sistemáticamente actualizados en base a las últimas evidencias científicas publicadas. El último protocolo establecido para todos los hospitales de esta red sanitaria, se ha puesto en marcha durante el año 2007 esperando poder evaluar su efectividad en los siguientes dos años. Para demostrar la efectividad del protocolo, es preciso en primer lugar, realizar la comprobación de su correcta aplicación. El objetivo general de este proyecto fue el análisis sobre el grado de cumplimiento en la aplicación del protocolo de úlceras por presión, establecido en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales generales de Osakidetza. Para ello se utilizó en estas unidades un estudio descriptivo de corte transversal, donde la recolección de datos se realizó a través del estudio de las personas ingresadas en las unidades citadas en el momento del corte. Los datos obtenidos por un lado, mediante plantillas que proporciona un sistema informatizado de cuidados denominado

ZAINERI, y por otro a partir del análisis de las historias clínicas en los casos que se precise. La muestra se constituyó a partir de todas las personas ingresadas en las unidades de medicina interna y cirugía de los 6 hospitales generales de la red de Osakidetza en el momento que se produzca el corte transversal de la recolección de datos. Se obtuvo como resultado mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y dentro de las estrategia descritas desarrollaron acciones dirigidas a la aplicación de prácticas seguras en diferentes áreas del servicio de medicina interna y cirugía.

Zárate A, (2008) realizó un trabajo especial de grado Titulado: Indicadores inflamatorios en pacientes con úlceras por decúbito tratados con plasma rico en plaquetas, este estudio tiene como objetivo establecer como es el comportamiento de los indicadores inflamatorios (proteína C reactiva, fibrinógeno y leucocitos) en pacientes críticamente enfermos con úlceras por decúbito tratados con plasma rico en plaquetas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo. Esta investigación fue de tipo experimental, prospectivo, descriptivo y comparativo. La información será recogida de forma experimental, sobre la diferencia entre la evolución de las úlceras tratándose a un grupo de pacientes con estadios y el otro con control. Los resultados obtenidos fueron distribuidos en tablas y graficas de frecuencia para su análisis y los resultados se expresaran en porcentajes. Se encontró que los indicadores inflamatorios como los leucocitos, proteína C reactiva y el fibrinógeno tendrán un mejor comportamiento en cuanto a sus valores en pacientes con úlceras por decúbito tratados con plasma rico en plaquetas en comparación con aquellos pacientes que solo reciben tratamiento convencional.

Alfonso J, Báez J, Cabrera L. (2007) realizaron una investigación denominada Cirugía reconstructiva de las úlceras por presión, encontraron que estas úlceras son frecuentes en determinado grupo de pacientes con condiciones pre disponentes. Estas en su evolución pueden necesitar

tratamiento quirúrgico, pero existe una elevada incidencia de complicaciones postoperatorias en este tipo de pacientes, dada la confluencia en ellos de factores que conspiran contra el éxito de la cirugía de estas lesiones. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, con el propósito de evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de las úlceras por presión en un período de 2 años. Teniendo en cuenta el comportamiento de las variables estudiadas, se arribó a conclusiones que permitieron trazar nuevas estrategias en la atención de estos pacientes, para minimizar la morbilidad postoperatoria y la estadía hospitalaria.

García F, Pancorbo P, Torra j (2002) realizaron el siguiente trabajo sobre una guía de práctica clínica para prevenir y tratar úlceras por presión en pacientes con riesgo, El presente artículo hace una revisión de la guía para el cuidado de los pacientes con úlcera por presión o con riesgo de desarrollarla. Este libro es una guía de práctica clínica que ha sido desarrollado mediante el modelo de la Enfermería basada en la evidencia y aporta las últimas novedades acerca de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras. Pretende ser un instrumento paralelo en consecución de los objetivos propuestos por sus autores, que facilitó el trabajo cotidiano, acercando una uniformidad de criterios en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, al mismo tiempo que sirve de puente operativo entre los distintos niveles asistenciales mediante el cual dan continuidad al proceso de su cuidado.

Serrano A, González A, Carrero B, González O, Santamaría C, González J, Gómez L, Pulido M, Heredero M, Vera R, en el año (2001) realizaron una investigación titulada: Factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes críticos; realizada con el objetivo de valorar el efecto de 20 factores de riesgo de las úlceras por presión en los pacientes críticos determinando cuáles aparecen con más frecuencia en los pacientes que desarrollan estas lesiones que en los que no. Realizaron un estudio

descriptivo prospectivo con pacientes que han estado 7 días o más ingresados, de los que se recogía diariamente la presencia o ausencia de factores de riesgo. De los 35 pacientes estudiados, 8 desarrollaron úlceras por presión (22,85%). Podemos clasificar los factores de riesgo en 2 grupos según su nivel de significación estadística: a) ( $p > 0,95$ ) días de estancia, puntuación de Norton y puntuación de Glasgow, y b) ( $0,90 < p < 0,95$ ) media diaria de cambios posturales, proporción de días sin tolerar los cambios, media de ocasiones diarias desaturado, de horas diarias sedado, de proteinemia y proporción de días con perfusión de dopamina.

El periódico Colombiano el Pulso durante el año (2004) han postulados diversos documentales en los distintos medios comunicativo, el cual han reseñado un programa de salubridad que se tituló Piel Sana que tiene como objetivo disminuir la incidencia y la prevalencia de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados, y unificar los criterios para la prevención y el manejo de esta complicación, involucrando al paciente y a su familia en los planes de cuidado. El programa señala que las úlceras por presión constituyen un padecimiento endémico en la mayoría de las instituciones hospitalarias, debido a que los pacientes permanecen mucho tiempo acostados o sentados y hacen presión constante en ciertos puntos del cuerpo hasta ulcerarlos, considerando que estos eventos adversos alteran la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, generan mayor demanda de cuidados y costos más altos en la atención en salud, además de que deterioran la imagen del servicio que se presta, el programa es liderado por el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, y entre sus estrategias están: la capacitación en prevención de úlceras por presión al personal de Enfermería que participa en el cuidado de los pacientes hospitalizados, un adecuado registro de las condiciones de la piel de los pacientes, y la valoración integral del riesgo de presentar úlceras por presión por medio de una escala internacional para definir el plan de cuidados en forma individual. Además, se realizó un reporte temprano y

sistematizado de las úlceras por presión detectadas, para evitar su progresión y realizar el seguimiento día a día del programa. Para el efectivo control y prevención, el programa “Piel Sana” adecuó un sistema de datos que permite que las enfermeras reporten las úlceras desde las salas de hospitalización; así se puede saber cuántas de las úlceras encontradas en los pacientes son de origen intra-hospitalario y cuántas de origen extrahospitalario (es decir, cuáles se generaron durante la estancia en el hospital y cuáles ya las tenía el paciente antes de ingresar, porque se le produjeron en su casa o en otra institución de salud donde hubiese sido atendidos para abril de 2003 la relación estaba en 71% extra-hospitalarias y 29% intra-hospitalarias). Las partes del cuerpo más propensas a sufrir úlceras por presión son todas las prominencias óseas: occipucios, escápulas, codos, cintura pélvica, rodillas, tobillos y talones. En neonatos: pabellones auriculares, fosas nasales y dedos. Para cualificar la gravedad de cada úlcera se utiliza la Escala de Braden, método empleado a nivel mundial que evalúa la percepción, sensibilidad, movilidad, actividad, fricción y humedad del paciente. De acuerdo con el nivel de gravedad de las úlceras, se utilizan tarjetas rojas o amarillas (rojas para quienes presenten mayor posibilidad de tener úlceras y amarillas para los que tienen un riesgo moderado). De esta manera se prioriza el trabajo del personal hacia los enfermos que requieran mayor cuidado

## **2.2. Bases Teóricas**

- La Piel.

Es el órgano más extenso del cuerpo, abarca toda la superficie corporal. Nos permite mantener una relación con el medio externo que nos rodea, gracias a sus funciones de protección, regulación y transformación, está formado por tres capas bien definidas la epidermis, la dermis y la hipodermis. En su estructura cada capa contiene células que permiten a la

piel cumplir con sus diversas funciones. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

- La Epidermis: es la capa más externa encontramos células llamadas queratinocitos, que constituyen una barrera impermeable para casi todas las sustancias, debido a la forma como se encuentran agrupadas, como celdas apretadas formando una especie de muro. Se regenera cada 2 meses y su función es mantener la piel hidratada, así como de protegernos de la radiación solar. La epidermis a su vez, está conformada por capas sucesivas: Capa basal o germinativa; conformada por células denominadas melanocitos, responsables de la fabricación de la melanina que nos dan el color o pigmentación. Y también encontramos en esta capa, células encargadas de los antígenos, es decir, relacionadas con el sistema inmunológico y de la defensa del organismo. Capa espinosa; está encima de la anterior, sus células se unen a las de la capa basal formando una verdadera armadura. Capa granulosa; está formada por un grupo de células que tienen como función producir la queratina. Capa córnea; constituye la parte de la piel que está a la vista, está en constante renovación por cuanto está formada de células muertas, aunque este proceso llamado descamación no es perceptible en estados normales. Esta capa recubre todo el cuerpo con excepción de las mucosas: labios, boca, vulva, etc. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

- La Dermis: aproximadamente tiene un espesor de 4 milímetros, en ella se encuentra comprendido todo un sistema de fibras y células rodeado de una sustancia conocida como sustancia fundamental. En esta capa se encuentran los capilares, las terminaciones nerviosas, glándulas sebáceas y sudoríparas. Se pueden distinguir tres zonas: la dermis profunda, la dermis media y la dermis superficial, pero no son capas, ya que se encuentran entrelazadas entre sí. En esta capa se encuentran las fibras que dan la tersura a la piel, las fibras de colágeno, elastina y reticulina y

diferentes tipos de células del sistema inmunológico. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

- La Hipodermis: es la capa más profunda de la piel. Se conoce también con el nombre de tejido celular subcutáneo o panículo adiposo. En su constitución se hallan gran cantidad de adipositos (células grasas), dispuestos en lóbulos, separados entre sí por haces de fibras colágenas y elásticas que reciben el nombre de trabéculas. La grasa forma un tejido metabólico muy activo que además protege al organismo proporcionándole amortiguación y aislamiento térmico. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

Existen varios tipos de piel, podemos diferenciar tres tipos básicos:

- Piel seca: sus características más resaltantes son: poros finos, aspecto opaco, propensa a presentar signos de agrietamiento. Es una piel que presenta falta de hidratación y de humectación, por lo que los tratamientos deben incluir, productos de uso tópico y la ingesta de nutrientes y mucha agua. Es el tipo de piel que más tendencia a envejecer tiene. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

- Piel grasa: Es una piel que presenta signos claros de exceso de grasa, brillo y aspecto aceitoso. Los poros tienden a obstruirse, lo que amerita mucha disciplina a la hora de la higiene. Requiere el uso de productos no grasos, además de llevar hábitos alimenticios sanos, bajos en grasa. Es una piel con tendencia al acné. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

- Piel normal: Es el tipo de piel por excelencia, hidratada, humectada, tersa, con una tonicidad espectacular, responde maravillosamente a una rutina diaria de mantenimiento. Además de estos tres tipos básicos, también observamos dos tipos más que vienen a ser las pieles Mixtas, estas pueden ser con tendencia a secas o con tendencias a grasas. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)



- Piel mixta con tendencia a seca: aspecto áspero, poros dilatados, normal en la zona T (frente, nariz y barbilla) García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

### **2.2.1 Definición de Úlcera por Presión.**

Blanco, J (2003) quien define que “La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso”. Así, además de considerarse el origen y la localización de las lesiones, se valoran las fuerzas de fricción como otra posible causa de las UPP.

### **2.2.2 Etiopatogenia y Fisiopatología.**

El factor más importante en el desarrollo de las UPP es la presión mantenida. A ella se pueden asociar fuerzas de fricción paralelas y/o tangenciales, así como una serie de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de las condiciones del paciente. Las UPP precisan la existencia de trastornos de la micro circulación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Por ese motivo las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de UPP. La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acumulo de residuos tóxico-metabólicos. Las fuerzas de roce (fuerzas de fricción paralelas a la superficie epidérmica) y las fuerzas de cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en las zonas de presión cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°), disminuyen la presión requerida provocando daño tisular. Se han descrito una serie de factores de riesgo en la aparición

de la UPP dependientes de las condiciones del paciente de todos ellos la inmovilidad es el más importante.

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido) extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. Las fuerzas responsables de su aparición son: Presión: es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6- 32 mmhg. Una presión superior a 32 mmhg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. Fuerza externa de pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona) Como consecuencia de diferentes problemas de salud se encuentran Lesiones cutáneas (edema, sequedad de piel, falta de elasticidad) Trastorno en el Transporte de Oxígeno (trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares) Deficiencias Nutricionales (delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación) Trastornos Inmunológicos (Cáncer, infección) Alteración del estado de conciencia (estupor, confusión, coma) Deficiencias motoras (paresia, parálisis) Deficiencias sensoriales

(pérdida de la sensación dolorosa) Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal) Blanco, J. (2003)

### **2.2.3 Clasificación y Localización.**

El estadiaje de las UPP es un sistema de valoración que permite clasificar las úlceras en función de la profundidad de los tejidos dañados. Por tanto, este sistema describe el estado anatómico de una úlcera en el momento de valorarla y define la máxima profundidad del tejido dañado. Por ello, el estadio de una úlcera únicamente podrá determinarse una vez que se haya eliminado el tejido desvitalizado existente, pues sólo así es posible la visualización completa del lecho de la úlcera. Son numerosas las formas en las que se han clasificado las UPP a lo largo de los años, a medida que ha evolucionado el conocimiento, atendiendo a diferentes criterios, sus mecanismos de producción, el tiempo de curación, entre otros. La clasificación aceptada actualmente en los ámbitos nacional e internacional, seguida también por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP) y por el European Pressure Ulcers Advisory Panel (EPUAP) (Panel Europeo de Úlceras por Presión), es la clasificación definida por la Agencia Estadounidense de Calidad e Investigación en Cuidados de Salud que se basa en la clasificación en cuatro grados o estadios (IV) realizada sobre modificaciones de los trabajos de Shea (1975) y Torrance (1983). No obstante, esta clasificación actualmente aceptada tampoco permanece estática, como demuestra la reciente modificación de los criterios del Estadio I realizada por el GNEAUPP (2003) a partir de las recomendaciones del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (Panel Nacional Estadounidense de Úlceras por Presión). Esta clasificación se basa en la profundidad de los tejidos dañados y clasifica las UPP a partir de los siguientes estadios:

- Estadio I

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece con la presión. En pacientes de piel oscura se debe observar la decoloración como tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área (subyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría). Consistencia del tejido (edema, induración). Y/o sensaciones (dolor, escozor). En este estadio pueden estar afectadas la epidermis y la dermis, pero no llegan a estar destruidas. García F, Pancorbo P, Torra j, (2002)

- Estadio II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La úlcera es superficial y tiene el aspecto de una abrasión o excoiación, de una ampolla (flictena) o de un cráter superficial. García F, Pancorbo P, Torra j, (2002)

- 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. La úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo. García F, Pancorbo P, Torra j, (2002)

- Estadio IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, en el hueso o en las estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.) En este estadio, como en el III, pueden presentarse las lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. Como se ha referido anteriormente, en todos los casos que procedan deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera. García F, Pancorbo P, Torra j, (2002)

Localizaciones más frecuentes

Las UPP aparecen con más frecuencia en los puntos de relieve óseo, en función de la posición del paciente. En la posición de decúbito supino las localizaciones más frecuentes según Torra J, Rueda L, Soldevilla J, Martínez F, Verdú J.(2003), señala que son en: talones, sacro, codos, omóplatos y zona occipital. En decúbito lateral predominan: orejas, acromion, costillas, trocánter, cóndilos y maléolos. En decúbito prono destacan: dedos de los pies, rodillas, órganos genitales en hombres, mamas en mujeres, acromion, mejilla y oreja. En el caso de los pacientes ingresados en las UCI hay que destacar algunas zonas poco habituales, como los pabellones auriculares (por tiras de mascarillas o sujeciones), la nariz (por catéteres nasogástricos), la zona frontal (por sistemas de ventilación de presión positiva) y la cara y los labios (por pacientes en decúbito prono). García F, Pancorbo P, Torra j, (2002)

#### **2.2.4 Factores de Riesgo.**

La mayoría de UPP son evitables es una cuestión de instauración precoz de medidas preventivas que, realizadas correctamente, aportan un efecto protector lo suficientemente efectivo. Cualquier persona en riesgo deberá ser valorada para establecer el estado de integridad cutánea en toda su superficie corporal. Esta valoración deberá hacerse sistemáticamente en la primera visita domiciliaria o en el primer contacto de la persona con su enfermera de familia, o bien, en la derivación o transición a otro entorno de cuidados, o ante cualquier cambio en su estado de salud. La evidencia de algunos factores que sitúan a las personas en riesgo de padecer úlceras por presión son:

**Factores extrínsecos;** presión, fricción, humedad, irritantes químicos..

- Presión: García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) la fuerza es ejercida de forma perpendicular. Si la piel se somete a presión entre dos planos duros y esa presión supera la presión capilar durante un tiempo

mantenido, tiene más riesgo de sufrir UPP. Aunque es el más importante, no es el único factor que influye en el desarrollo de UPP.

- Fricción: describe García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) que este fenómeno se puede dar en situaciones como el desplazamiento del paciente en la cama sin tener la precaución de separar el cuerpo del colchón, ante la presencia de arrugas ocasionadas por una mala postura o ante las arrugas de la piel del propio paciente (personas ancianas), o cuando la sujeción de un paciente le impone la necesidad de permanecer en una postura fija.

- Humedad: García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) si la piel está húmeda por sudor, orina o cualquier otro líquido, aumenta el riesgo de desarrollar una UPP. La humedad provocada por la incontinencia urinaria o fecal, la sudoración debida a la hipertermia, la presencia de secreciones o un mal secado tras el aseo del paciente favorecen la maceración de la piel, con el consiguiente riesgo de erosión cutánea e infección. Por otra parte, una piel extremadamente seca ve disminuida su capacidad de resistencia a la fricción y sus propiedades de barrera. Según Agotegaray M, (2004). Quien refiere que la “humedad por incontinencia o por sudoración que macera la piel y la temperatura que incrementa la demanda metabólica a nivel tisular, son de relevancia en la génesis de las úlceras”

- Irritantes químicos: la orina y las heces contribuyen además, por sus componentes tóxicos e irritantes para la piel, a la formación de lesión. Esta circunstancia se ve agravada cuando se presenta una incontinencia mixta, ya que la urea de la orina puede degradar y activar algunas enzimas fecales con gran capacidad de irritación para la piel. Soldevilla J. (2004) expresa que el exceso de humedad puede aumentar el coeficiente de fricción, haciendo que la piel se pueda agrietar. Esto, unido al lavado frecuente de la piel del paciente puede afectar a la función de barrera protectora de la piel al eliminarse lípidos de la piel y acelerarse la pérdida de agua epidérmica con pérdida de la elasticidad cutánea (incrementado por la utilización de jabones, limpiadores.

- **Factores Intrínsecos:** edad, inmovilidad, incontinencia urinaria, fecal y mixta, malnutrición, hipotensión arterial, estado de la piel, nivel de consciencia, patología de base.

- **Edad:** García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) los dos grupos de edad con mayor riesgo de UPP son los niños o lactantes y los ancianos. Las UPP aparecen más frecuentemente en enfermos de edad avanzada, pues su piel es generalmente más fina y menos resistente, ya que presentan una pérdida de elasticidad y disminución del tejido celular subcutáneo. De todas maneras, cualquier persona, con independencia de su edad, si es sometida a los factores causales de las UPP y no se actúa de manera efectiva ante ellos, corre un importante riesgo de desarrollar este tipo de lesiones. Esta circunstancia es de gran importancia para todos los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

- **Inmovilidad:** García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) los pacientes con alteraciones en el aparato locomotor o con enfermedades neurológicas que les supongan una inmovilidad tienen una mayor predisposición al desarrollo de UPP. El 90% de los pacientes con menos de veinte movimientos espontáneos durante la noche desarrollan úlceras (García R, 2004), así como los que no pueden levantarse de la cama por sí mismos y las personas con alteración mecánica, es decir, enfermos con fracturas portadores de escayolas, férulas o aparatos de tracción, que tienen un riesgo añadido para el desarrollo de estas lesiones.

- **Incontinencia urinaria:** aunque antes se hablaba de la humedad como factor extrínseco o externo al paciente, en el sentido de que puede controlarse, se hace referencia ahora al problema de la incontinencia urinaria como problema del propio paciente. Martínez E, Arlandis S, Ruiz J, Burgués J, Jiménez J. (2002) define incontinencia urinaria como “la pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente, producida en un momento y lugar no adecuados”

- **Incontinencia fecal:** García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) al igual que la urinaria, la incontinencia fecal hace que los pacientes que la sufren

estén más predispuestos al desarrollo de UPP, tanto por la humedad que conlleva como por los tóxicos que componen la orina y heces.

- **Malnutrición:** el riesgo de formación de UPP tiene una relación directa con el estado nutricional del paciente. Los estados de mala nutrición retardan, en general, la cicatrización de las heridas. El déficit de vitamina C produce alteración en la síntesis del colágeno. Los oligoelementos como el hierro, el cobre o el zinc son también necesarios para la correcta síntesis del colágeno. Además de afectar la malnutrición al proceso de cicatrización, interfiere en los mecanismos de defensa del organismo. Existe una asociación entre la presencia de malnutrición proteico-calórica y la aparición de UPP; la energía es necesaria para que se produzca el proceso de cicatrización y las proteínas son precisas para el sistema inmunitario y para compensar la pérdida a través del exudado de la herida. García F. (2001)

- **Hipotensión arterial:** el descenso de la presión arterial diastólica aumenta el riesgo de desarrollo de UPP. Además, en algunos estudios se ha encontrado que la presión arterial diastólica más elevada supone un ligero efecto protector frente a la aparición de UPP. El efecto global de la presión arterial sobre el riesgo de desarrollo de UPP se puede explicar en términos de mejor o peor perfusión de los tejidos, de forma que una disminución de la presión arterial sistémica determina que se produzcan fenómenos isquémicos ante una presión externa local menor. Al reducirse la presión en el interior de los vasos en casos de hipotensión, es necesaria menos presión externa para producir isquemia y, por tanto, lesión y necrosis de la zona si la isquemia es mantenida.

- **Estado de la piel:** la presencia de otro tipo de afección en la piel también influye en la aparición de UPP. Así como, las pieles con irritaciones, edema, sequedad y falta de elasticidad presentan una mayor predisposición a sufrir úlceras por presión. García F, Pancorbo P, LagunaJ, (2002)



- Nivel de conciencia: los estados de desorientación, la confusión y el estado de coma pueden contribuir de manera significativa, fundamentalmente porque un deterioro importante de la conciencia se asocia a inmovilidad o a pérdida de la sensibilidad.

- Enfermedad de base: la presencia de determinadas enfermedades hacen a unas personas más susceptibles al desarrollo de UPP que otras. Así, por ejemplo, personas con diabetes son más propensas a su desarrollo por las alteraciones de la microcirculación que conlleva dicha enfermedad. Del mismo modo, los pacientes con problemas vasculares que tengan comprometida la irrigación de la dermis y de los tejidos profundos. García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002)

### **2.2.5 Escalas de Valoración del Riesgo.**

Una escala de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP) es un instrumento que permite cuantificar el riesgo de un paciente de sufrir UPP y, por tanto, definir y adaptar la intensidad de las medidas preventivas a la magnitud de este riesgo. De esta forma se evita tanto la aplicación de medidas preventivas a pacientes que no las necesitan como dejar sin prevención a aquéllos con riesgo elevado. Actualmente están descritas numerosas EVRUPP, construidas a partir de los factores de riesgo más habituales. Sin embargo, la mayoría no han sido sometidas a un adecuado proceso de validación clínica, por lo que su uso no puede ser recomendado.

De las múltiples EVRUPP existentes se examinan las más relevantes para la práctica clínica a partir de una clasificación en cuatro grupos:

- Escala de Norton y derivadas (escala de Norton Modificada –MNS– ; escala EMINA).
- Escala de Waterlow.
- Escala de Braden.

- Escalas para pacientes especiales: críticos (escala de Cubbin-Jackson), pediátricos (escala de Braden Q).

- Escala de Norton: Fue la primera EVRUPP que se elaboró por Doreen Norton en el año 1962, y es la más conocida. Contempla cinco factores de riesgo: estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Cada factor puntúa de 4 a 1, según el grado de alteración; puntuando cada uno y sumando los resultados se obtiene el valor total que determina el nivel de riesgo de un paciente. Una puntuación menor que 14 supone riesgo y menor que 12 riesgo alto. Es una escala de fácil aplicación y bastante conocida, aunque no considera algunos factores de riesgo y tiene baja fiabilidad inter-observadores.

- Escala de Norton modificada (MNS): Esta escala, inicialmente desarrollada por Ek en 1987, es muy utilizada en los países escandinavos. Consta de siete factores: condición física, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia, alimentación e hidratación.

- Escala EMINA: Es una escala elaborada y validada por el grupo de Enfermería del Instituto Catalán de la Salud para el seguimiento de las úlceras por presión (Fuentesaz et Al 2001). Contempla cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad. Con la primera letra de cada factor se le ha dado nombre a la escala (EMINA). Cada factor puntúa de 0 a 3, según el nivel de alteración de cada uno. A partir de la suma total de las puntuaciones se obtiene el nivel de riesgo de desarrollo de UPP de una persona. El nivel de riesgo se agrupa así: sin riesgo (0 puntos) de riesgo bajo (1-3 puntos), de riesgo medio (4-7 puntos) y de riesgo elevado (8-15 puntos). Los factores de riesgo tienen una definición operativa que facilitan su aplicación y mejoran la fiabilidad.

- Escala de Waterlow: Esta escala fue desarrollada por Waterlow (1985) sus factores: percepción sensorial, actividad, movilidad, exposición a la humedad, nutrición y roce y peligro de lesiones. Cada uno de estos factores lleva su definición operativa y son puntuados de 1 a 4 (excepto el

último, que sólo tiene 3), de forma que a menor puntuación, mayor riesgo. El punto de corte de riesgo si sitúa en 16 puntos.

- Escala de Cubbin-Jackson: Se trata de una EVRUPP desarrollada de forma específica para pacientes en estado crítico (Jackson, 1999). Consta de quince parámetros en total: doce factores que puntúan de 1 a 4 (edad, peso, historia médica previa, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámica, respiración, requerimientos de oxígeno, nutrición, incontinencia e higiene) y tres factores que restan un punto si están presentes (administración de hemoderivados, cirugía o traslado en las 24 horas previas e hipotermia). El rango de puntuación posible está entre el Reino Unido y suele ser utilizada en ese país. Valora seis factores: relación talla/peso, aspecto de la piel, continencia, movilidad, sexo/edad, apetito y cuatro condiciones especiales. Es una escala heterogénea en cuanto a los aspectos valorados y a las puntuaciones otorgadas a cada parámetro. La puntuación es directa: mayor puntuación a mayor riesgo. El punto de corte para considerar a un paciente en riesgo es de más de 10 puntos.

- Escala de Braden: Fue desarrollada por Bergstrom y Braden (1987) en EEUU a partir de un esquema conceptual de factores de riesgo. La escala ha sido traducida al español por Torra i Bou (1997). Considera si 48 y 9 puntos y se considera a un paciente con riesgo si su puntuación es igual o menor que 29. Se han publicado algunos estudios de validación de esta escala, aunque sería necesario realizar más investigaciones sobre la misma. Además, se trata de una escala compleja, difícil de utilizar.

- Escala de Braden Q: Esta escala fue desarrollada por Quigley y Curley (1996) para pacientes pediátricos a partir de la escala de Braden de adultos y posteriormente validada por Curley et al (2003). Mantiene los seis factores de la escala de Braden para adultos (aunque realiza algunas modificaciones en las definiciones para adaptarlas al contexto pediátrico) y añade otro: oxigenación y perfusión tisular con cuatro estados posibles:

1. Muy comprometido: hipotenso (presión arterial media  $< 50$  mmHg o  $< 40$  mmHg en neonatos) o el paciente no tolera fisiológicamente cambios de posición.
2. Comprometido: normotenso, la saturación de oxígeno puede ser  $< 95\%$  o la cifra de hemoglobina puede ser  $< 10$  mg/dl; o el relleno capilar puede ser  $> 2$  segundos y el valor de pH sérico,  $< 7.40$ .
3. Adecuado: normotenso, la saturación de oxígeno puede ser  $< 95\%$  o la cifra de hemoglobina de  $< 10$  mg/dl; o el relleno capilar puede ser  $> 2$  segundos y el valor de pH sérico, normal.
4. Excelente: normotenso, saturación de oxígeno  $> 95\%$ , cifras de hemoglobina normal, relleno capilar  $< 2$  segundos. Aunque inicialmente la puntuación de corte para indicar que el paciente está en situación de riesgo se situó en  $< 23$  puntos, posteriormente se ha propuesto

Reducirla a  $< 16$ . También se ha propuesto una escala de Braden Q modificada, con sólo tres factores (movilidad, percepción sensorial y oxigenación y perfusión tisular) y que se comportaría igual que la escala completa. No obstante, es necesario realizar más investigación clínica sobre ella antes de generalizar su uso.

### **2.2.5 Complicaciones.**

Las complicaciones primarias más frecuentes son dolor, anemia e infección (local o sistémica): Las UPP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados. La anemia será con frecuencia de origen multifactorial: hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a

trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples. La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Se debe sospechar en toda úlcera que llega a fascia profunda o en aquellas que no afectan a fascia pero que presentan signos clínicos de infección: inflamación, aumento de exudado, de dolor o de tamaño, No debe olvidarse la vacunación antitetánica en UPP que alcanzan la fascia, por estar descrita mayor sensibilidad a sobre infección por *Clostridium tetani*. Asimismo en pacientes portadores de cardiopatías con riesgo de endocarditis, debe hacerse profilaxis, al realizar manipulaciones locales importantes (biopsias, desbridamientos). Otras complicaciones sistémicas potenciales son: amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en la UPP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica). Las complicaciones secundarias son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbimortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o iatrogenia.

### **2.2.6 Prevención.**

Por lo que refiere a las Directrices de prevención, la guía quiere hacer especial hincapié en las palabras del profesor Jiménez Herrero, destacando que las úlceras no son una enfermedad sino un accidente asistencial, y por tanto, no se debe olvidar que el 95% de estas lesiones son evitables. El primer paso para una prevención adecuada es la detección de los pacientes de riesgo para poder iniciar con ellos los planes de cuidado de prevención. Para ello es necesario aplicar una escala de

valoración del riesgo a todos los pacientes en el momento de su ingreso, para determinar si las medidas preventivas son necesarias, haciendo revisiones periódicas, ya que la situación del paciente no es estática. El periodo de revisión variará en función de los servicios en los que nos encontremos, recomendando la Guía por ejemplo, revisiones diarias, en casos de unidades de cuidados críticos, o semanales, en casos de unidades de hospitalización. Los cuidados para la prevención de las UPP se centran en cuatro apartados fundamentales: cuidados de la piel, cuidados de exceso de humedad, manejo de la presión y cuidados generales complementarios. En los cuidados de la piel se destacan las medidas elementales para mantener el estado adecuado de la misma, como revisarla, como realizar su higiene, con qué productos se debe realizar, cuales no son recomendables, que productos se pueden utilizar para prevenir las lesiones de decúbito o cuales se pueden utilizar para prevenir y tratar las irritaciones, escozaduras, excoriaciones o maceración etc. Desterrando algunos mitos de la práctica diaria como el uso de alcoholes o colonias, o la realización de masajes sobre prominencias óseas, que como ha sido demostrado pueden ocasionar daños adicionales. En el capítulo del control de la humedad el libro destaca la necesidad de utilizar los diferentes dispositivos para el control de la misma y como proteger las zonas de la piel en que persistan la exposición excesiva y continuada a la humedad, o que producto usar en zonas que ya estén irritadas y con excoriaciones. (García F, Pancorbo P, Laguna J (2002).

Los pacientes postrados o inmóviles con diabetes, problemas circulatorios, incontinencia o problemas mentales deben tener una inspección diaria de la piel en busca de úlceras de decúbito. Se deben buscar áreas enrojecidas que, cuando son presionadas, no se tornen blancas, al igual que buscar ampollas, úlceras o cráteres.

### **2.2.7 Directrices para el Cuidado**

El primer capítulo está dedicado a la valoración de la lesión. Siguiendo las diferentes recomendaciones de los distintos organismos nacionales e internacionales dedicados al cuidado de las úlceras, como el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP), el European Pressure Ulcers Advisory Panel (EPUAP) o la Agency for Healthcare Quality and Research (AHQR) se ha realizado un sistema de registro donde se recogen los parámetros fundamentales recomendados por estas instituciones como: localización, clasificación de la úlcera, dimensiones de la úlcera, tejido existente en el lecho úlceral, secreción de la úlcera, presencia de signos de infección, estado de la piel perilesional, presencia/ausencia de dolor. García F, Pancorbo P, Laguna J. (2002)

### **2.2.8 Rol de Enfermería**

Una vez que se identifica la úlcera de decúbito, se tienen que tomar medidas de inmediato:

- Aliviar la presión en el área. Usar almohadas, cojines de espuma especial y badanas para ayudar a reducir la presión.
- Tratar la úlcera de acuerdo con la etapa en la que se encuentre. El médico suministrará al paciente un tratamiento específico e instrucciones para su cuidado.
- Evitar traumatismos o fricciones posteriores. Colocar polvo de talco en las sábanas puede ayudar a disminuir la fricción en la cama. (Existen muchos artículos hechos específicamente con este propósito, que se pueden conseguir en una tienda de suministros médicos).
- Mejorar la alimentación y otros problemas subyacentes que puedan afectar el proceso de cicatrización.
- Si la úlcera de decúbito se encuentra en la etapa II o superior, el médico dará instrucciones específicas sobre cómo limpiar y cuidar

las úlceras abiertas. Es muy importante hacer esto en forma apropiada para prevenir una infección.

- Movilización, elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.
- Cambios posturales, hacer rotación cada 2 horas programada e individualizada.
- Mantener alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar contacto directo de prominencias entre sí. Considerar protectores para codos y talones, así como almohadas o espuma entre rodillas y tobillos.
- Evitar arrastre: reducir fuerzas tangenciales en las movilizaciones.
- En decúbito lateral no sobrepasar los 30 grados de inclinación y evitar la inmovilidad directamente sobre trocánteres.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo: 30 grados y durante el mínimo tiempo).
- No usar flotadores o dispositivos tipo anillo ya que comprometen la circulación.
- Usar dispositivos de alivio de presión: colchones, cojines, almohada, piel de cordero, protectores locales. Estos dispositivos sólo son un material complementario que no sustituyen a la movilización.
- Mantener el área limpia y libre de tejido muerto. El médico debe suministrar al paciente instrucciones específicas para su cuidado. Generalmente, las úlceras de decúbito se limpian con enjuagues de agua con sal para remover el tejido muerto suelto. La úlcera debe cubrirse con una gasa especial para este tipo de úlceras. Actualmente, hay disponibilidad de nuevos medicamentos que favorecen la cicatrización de la piel y el médico los puede recetar.
- Soporte nutricional: Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones. Las necesidades nutricionales de una persona con UPP. Soporte hídrico: 30 cc de agua al día por kg. De peso. Si lo anterior no se cubre con



la dieta habitual recurrir a suplementos hiperprotéicos de nutrición enteral oral para evitar estados carenciales y situar al paciente en un balance nitrogenado positivo. C Ferrandiz (2006).

### **2.2.9 Cuidados de la ulcera.**

- Desbridamiento del tejido desvitalizado
- Limpieza de la herida.
- Prevención y abordaje de la infección.
- Elección de un apósito.
- En todo caso la estrategia de cuidados dependerá de la situación global del paciente.

• Desbridamiento: El tejido húmedo y desvitalizado favorece la proliferación de organismos patógenos e interfiere el proceso de curación. El método de desbridamiento se elegirá dependiendo de la situación global del paciente y de las características del tejido a desbridar. Los diferentes métodos que se exponen, pueden combinarse para obtener mejores resultados.

• Desbridamiento quirúrgico: Se considera la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos, áreas de tejido necrótico húmedo o áreas de tejido desvitalizado en úlceras extensas. También debe usarse cuando existe una necesidad de desbridaje urgente (por ejemplo celulitis progresiva o Sepsis). Es un método cruento que requiere destreza, habilidades técnicas y material apropiado. Las pequeñas heridas se pueden hacer a pie de cama, pero las extensas se harán en quirófano o en una sala adecuada. Se realizará por planos y en varias sesiones (salvo el desbridaje radical en quirófano) comenzando por el centro y procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión. Cuando se desbridan úlceras en estadio IV en quirófano debería considerarse realizar biopsia ósea para descartar osteomielitis subyacente. Para evitar dolor

durante estas operaciones se aconseja usar un analgésico tópico (gel de lidocaína al 2%). Si se presenta hemorragia puede realizarse control mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Si no cede la hemorragia habrá que recurrir a la sutura del vaso sangrante; una vez controlada se debe emplear un apósito seco de 8 a 24 horas y cambiarlo posteriormente por uno húmedo.

- Desbridamiento químico o enzimático: Valorar este método cuando no se tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección. Existen productos proteolíticos y fibrinolíticos, como por ejemplo la colagenasa (Irujol mono®). Estas enzimas hidrolizan la matriz superficial necrótica y ablandan la escara previamente al desbridaje quirúrgico. Se recomienda proteger el tejido periulceroso con una pasta de zinc o silicona y aumentar el nivel de humedad de la herida para potenciar su acción. Este método es ineficaz para eliminar una escara endurecida o cantidades grandes de tejido en lechos profundos, en estos casos se precisarían además varias aplicaciones lo cual encarecería los costes y se dañaría más el tejido adyacente.

- Desbridamiento autolítico: Se realiza mediante el uso de apósitos sintéticos concebidos en el principio de cura húmeda. Al aplicarlos sobre la herida permiten al tejido desvitalizado auto digerirse por enzimas endógenos. Es un método más selectivo y atraumático. No requiere habilidades clínicas y es bien aceptado. Su acción es más lenta en el tiempo y no deben emplearse si la herida está infectada. Se emplea en general cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda y de manera más específica los hidrogeles de estructura amorfa (geles). Estos geles se consideran una opción de desbridamiento en el caso de heridas con tejido esfacelado, ya que por su acción hidratante facilitan la eliminación de tejidos no viables

- Desbridamiento mecánico: Es una técnica no selectiva y traumática. Se realiza por abrasión mecánica mediante fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranmeros, irrigación a presión o uso de apósitos

tipo gasas humedecidas con cloruro sódico al 0.9% que al secarse pasadas 6-8 horas se adhieren al tejido necrótico, aunque también al sano, que se arranca con su retirada. En la actualidad son técnicas en desuso.

- Limpieza de la lesión: Limpiar las lesiones al inicio y en cada cura. Usar como norma suero salino fisiológico empleando una técnica atraumática utilizando la mínima fuerza mecánica y los materiales menos bastos tanto en la limpieza como en el secado posterior. Usar una presión de lavado efectiva para facilitar el arrastre sin que se produzca traumatismo en el fondo de la herida. Las presiones de lavado efectivas de una úlcera oscilan entre 1 y 4 kg/cm<sup>2</sup>. Para conseguir una presión de 2 kg/cm<sup>2</sup> sobre la herida, se recomienda el uso de jeringa de 35 ml con una aguja o catéter de 0.9 mm. No emplear antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito) o limpiadores cutáneos. Son todos productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar a veces problemas sistémicos debido a su absorción. Otros agentes que retrasan la curación son los corticoides tópicos.

- Prevención y cuidado de la infección: Las UPP en estadio III y IV están colonizadas por bacterias. En la mayoría de los casos una limpieza y desbridamiento adecuados previene que la colonización bacteriana progrese a infección clínica. El diagnóstico de infección asociada a UPP debe ser fundamentalmente clínico. Los síntomas clásicos son: inflamación (eritema, edema, calor), dolor, olor y exudado purulento. La infección de una UPP puede estar influida por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos -inmunosupresores, citotóxicos-, enfermedades concomitantes, edad avanzada, incontinencia) y por otros relacionados con la lesión (estadio, existencia tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, alteraciones sensitivas, alteraciones circulatorias en la zona).

- En caso de existir signos de infección: en la mayoría es suficiente con intensificar la limpieza y el desbridamiento. Se debe insistir en las

normas generales de asepsia: guantes estériles, lavado de manos, y comenzar las curas por la UPP menos contaminada. Si pasadas 2-4 semanas de tratamiento persisten los signos de infección local o la UPP no evoluciona favorablemente, debe hacerse ensayo con tratamiento antibiótico tópico frente a Gram. negativos, Gram. positivos y anaerobios, que son los microorganismos que infectan las UPP con más frecuencia. Los antibióticos tópicos más utilizados en estas situaciones son la sulfadiazina argéntica y el ácido fusídico. Deben monitorizarse la sensibilización alérgica u otras reacciones adversas de estos medicamentos. Si después de un máximo de dos semanas de tratamiento con antibióticos tópicos, la lesión progresa o persiste exudación, se deben realizar cultivos cuantitativos de bacterias procedentes de tejidos blandos y descartar osteomielitis. Si existe sospecha o evidencia de celulitis, osteomielitis o bacteriemia, el paciente es tributario de atención médica urgente. Los cultivos de exudados no sirven para diagnosticar infección, ya que todas las UPP están colonizadas en la superficie. Los cultivos deben realizarse mediante aspiración percutánea con aguja u obtención de fragmentos de tejido por biopsia de UPP. La curación puede verse perjudicada por niveles de bacterias superiores a 10<sup>5</sup> organismos/gramo de tejido. El tratamiento con antibióticos por vía sistémica se hará según antibiograma. El tratamiento empírico en espera del antibiograma se realizará frente a los microorganismos más frecuentes: *S. aureus*, *Streptococcus* sp, *P. mirabilis*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella* sp, y anaerobios como *B. fragilis*. Aunque para el diagnóstico de osteomielitis el método de referencia es la biopsia ósea, esta técnica invasiva no siempre es apropiada en pacientes con UPP.

- Elección del apósito: Para potenciar la curación de la UPP se deben emplear apósitos que mantengan el fondo de la úlcera continuamente húmedo. El apósito ideal debe ser: biocompatible, que proteja la herida, que mantenga el lecho húmedo y la piel circundante seca, que permita la eliminación y control de exudados y tejidos necróticos, dejando la mínima cantidad de residuos. Los apósitos de gasa no cumplen la mayoría de estas

características. Los apósitos de gasa que se pegan a la herida, al secarse sólo deben emplearse para el desbridamiento y hay que diferenciarlos de los apósitos de gasa con solución salina permanente que mantienen el fondo de la herida húmeda (Mesalt®). La selección de apósitos de cura húmeda depende de: lugar de la lesión, estadio y severidad, cantidad de exudado, tunelizaciones, estado de la piel perilesional, signos de infección, estado general, nivel asistencial y recursos, coste-efectividad y facilidades de autocuidado. Para prevenir la formación de abscesos se debe eliminar el espacio muerto rellenando parcialmente entre la mitad y los tres cuartos de las cavidades y túneles con productos de cura húmeda que evitarán "cierre en falso". La frecuencia de cambio de apósitos dependerá de las características tanto del producto como de la herida. Los apósitos que se apliquen cerca del ano son difíciles de mantener intactos por lo que hay que monitorizar un estiramiento y ajuste de los bordes "enmarcándolos" con cinta adhesiva.

- Apósitos de cura húmeda: Existe un número creciente de estos productos en el mercado. Para el clínico es importante familiarizarse con las distintas clases y conocer y usar bien un número limitado de ellos. En general deben evitarse los apósitos oclusivos si existe infección clínica. En caso de usarlos se debe controlar previamente la infección o aumentar la frecuencia de cambios de apósito.

## **CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.**

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, con el propósito de evaluar el conocimiento del personal de Enfermería sobre los riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo en el periodo Octubre - Marzo 2010.

### **3.2. Población, Muestra y Muestreo.**

En la presente investigación, la población estuvo constituida por 90 personas que laboran como Enfermeros Especialista en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo, se tomó como muestra la totalidad de la población que allí laboraban en sus diferentes nivel de profesionalización. A ellos se les aplicó el instrumento con el que se pretendió ponderar nivel de conocimiento de las úlceras por presión

### 3.3. Operacionalización de las Variables.

Objetivo General; Determinar los conocimientos del personal de enfermería sobre los factores de riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010			
Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
◆ Identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgos Extrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión en unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010.	Factores Extrínsecos	Definición	1
		Causas	2
		Presión.	3
		Fricción	4
		Humedad	5
		Irritantes Químicos.	6
		Cambios posturales	7
◆ Identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgos	Factores Intrínsecos	Edad	8
		Inmovilidad.	9

Intrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión en unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010	Incontinencia urinaria	10
	Incontinencia fecal.	11
	Malnutrición	12
	Hipotensión arterial	13
	Estado de la piel	14
	Estado de conciencia	15
Patología de base	16	

### **3.4. Instrumento.**

La investigación que se realizó sobre dicho fenómeno requirió de un instrumento estructurado de tipo cerrado donde se indicaron y precisaron las preguntas que se aplicaron a los encuestados para así conocer el agente causal, así mismo se requiere obtener de estas preguntas, otras problemáticas existentes, además de las que se describieron anteriormente.

#### **3.4.1 Validez**

La validez del cuestionario se hizo a través de la técnica del juicio de expertos a quienes se les hizo llegar un formato de validación con el instrumento, quienes confirmaron que las preguntas o ítems guardaban una correspondencia directa con los objetivos de la investigación. Es decir que las preguntas fueron congruentes con los indicadores de la dimensión que se quiere medir. Los expertos que participaron en la validación fueron: Dra. María E. González Jefe del Departamento de Medicina Crítica y Licda. Cielo Murillo Supervisora del área.

### **3.5. Procedimiento para la Recolección de Datos**

Como se ha referido anteriormente en esta investigación se elaboró un instrumento de trabajo (encuesta) distribuido para medir las variables de estudio. Dicho material estuvo basado en preguntas tipo cerrada, con cinco (5) alternativas de respuesta, tomando como base para su elaboración las dimensiones descritas e indicadores de las variables. Permitió así determinar los factores de riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010.

### **3.6. Plan de Tabulación y Análisis Estadístico..**

La tabulación de datos es una técnica que emplea el investigador para procesar la información recolectada, la cual permite lograr la organización de los datos relativos a una variable, indicador e ítems, por tanto requiere la realización de un proceso sistemático y cuidadoso en relación al traslado de las respuestas emitidas por cada sujeto de la muestra a una tabla de tabulación.

En esta investigación se elaboró una tabla de doble entrada para procesar los datos obtenidos en los cuestionarios aplicados al personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo. Los datos recolectados fueron a su vez procesados utilizando para ello el programa de Microsoft Excel, lo cual brindó la automatización necesaria para el manejo eficaz de la información obtenida mediante la aplicación de los cuestionarios.

Considerando que la investigación es de tipo descriptiva, se procedió a un tratamiento estadístico de igual naturaleza, caracterizada por una visión global de todo el conjunto de datos agrupándolos en distribución de frecuencia, construyéndose tablas y gráficos que permitió visualizar los resultados. Finalmente teniendo presente los objetivos planteados en la investigación y una vez obtenidos los resultados, se realizó el análisis que



permitió identificar las causas del problema en estudio; estableciendo así, las conclusiones y recomendaciones.

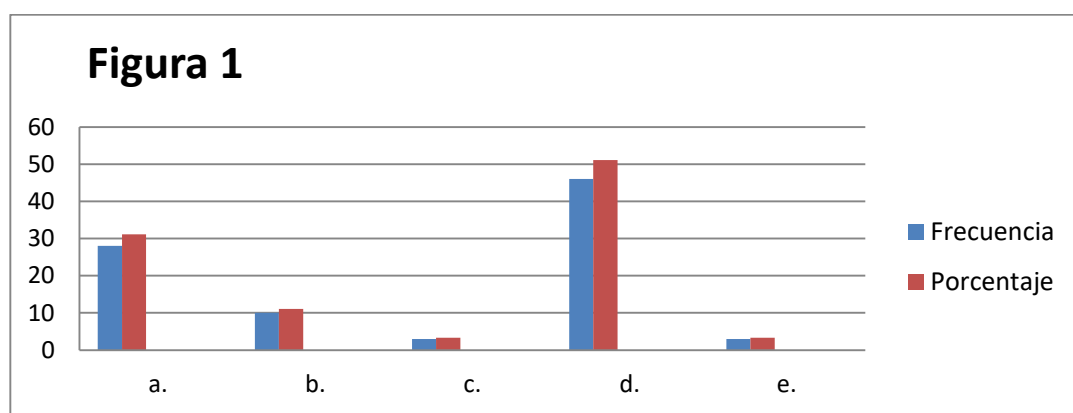
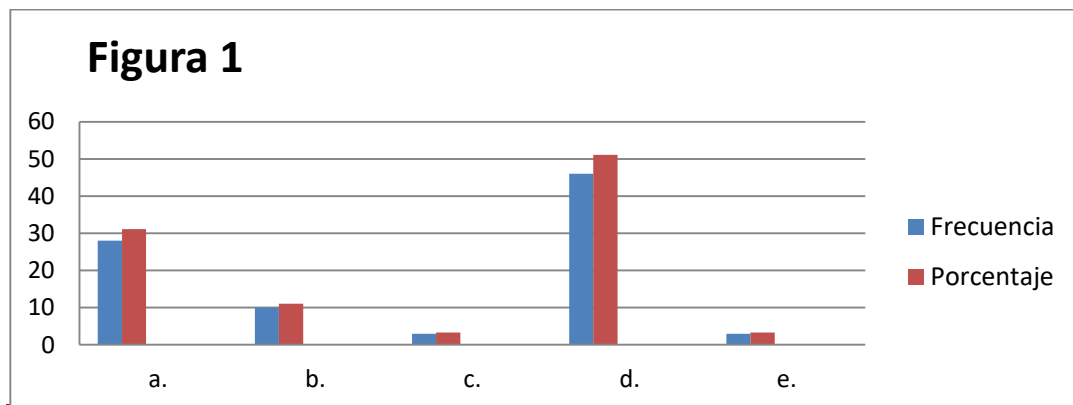
#### **CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

**Tabla: 1**

**Dimensión: Factor Extrínseco.**

**Indicador: Definición**

<b>La úlcera por presión se define como:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
a. Una lesión de origen isquémico	28	31.1%
b. Una pérdida de sustancias cutáneas	10	11.1%
c. Causada por fricción	3	3.3%
d. Todas las anteriores.	46	51.1%
e. Ninguna de las anteriores.	3	3.3%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Instrumento aplicado al personal de Enfermería de la UCI.

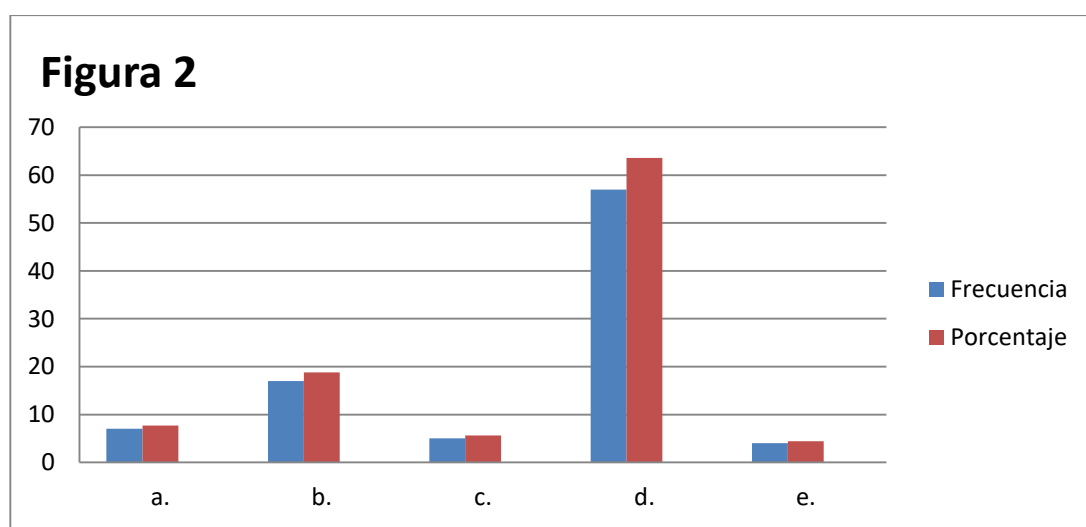
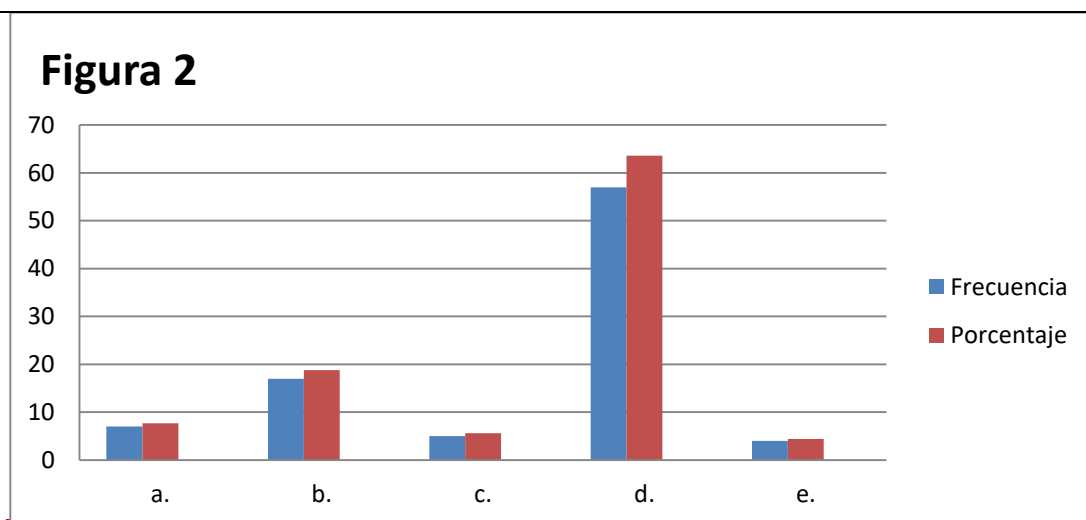
**Análisis:** Se observó la diversidad de porcentajes arrojados en la tabla 1 donde la mitad del grupo encuestado en un 51.1% correspondiente a la opción d. Todas las anteriores, hace referencia que la aparición de úlcera por presión se debe no sólo a origen isquémico sino a un conjunto de factores; mientras que el resto conoce parcialmente la definición. Tomando en cuenta, Blanco, J (2003) quien define que “La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso”.

**Tabla: 2**

**Dimensión: Factor Extrínseco.**

**Indicador: Causas.**

Entre las causas que originan las úlceras pueden estar:	Frecuencia	%
a. Humedad.	7	7.7%
b. Fricción.	17	18.8%
c. Irritantes químicos.	5	5.5%
d. Todas la anteriores	57	63.3%
e. Ninguna de las anteriores son correctas	4	4.4%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

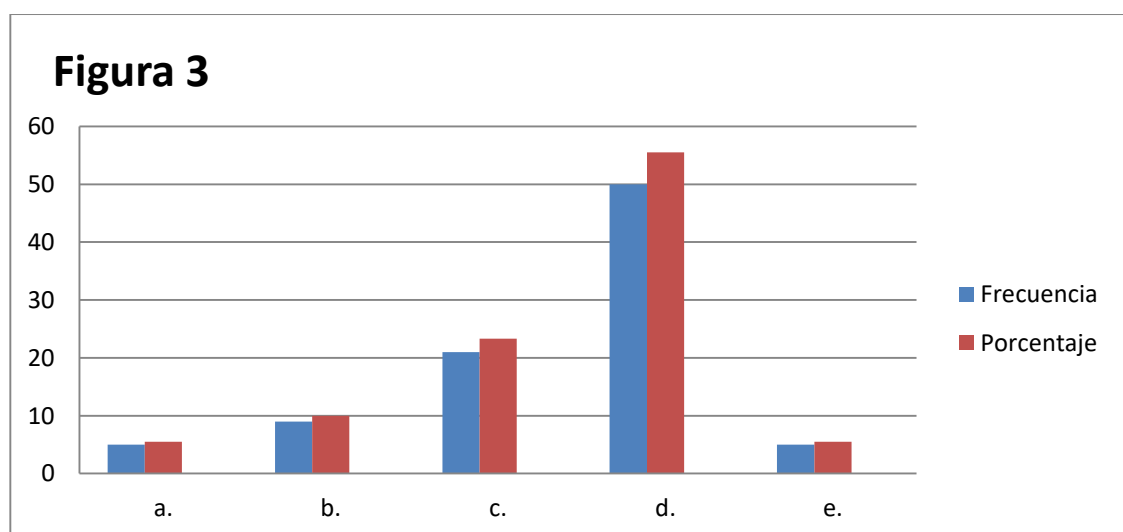
**Análisis:** En la tabla 2 se observó que más de la mitad del grupo de individuos encuestados en un 63.3% tienen pleno conocimiento sobre los factores que originan las úlceras mientras un 3.3% lo desconoce parcialmente. Según Agotegaray M, (2004). Expone que “La etiología es multifactorial ya que factores intrínsecos al paciente y extrínsecos contribuyen en su génesis”

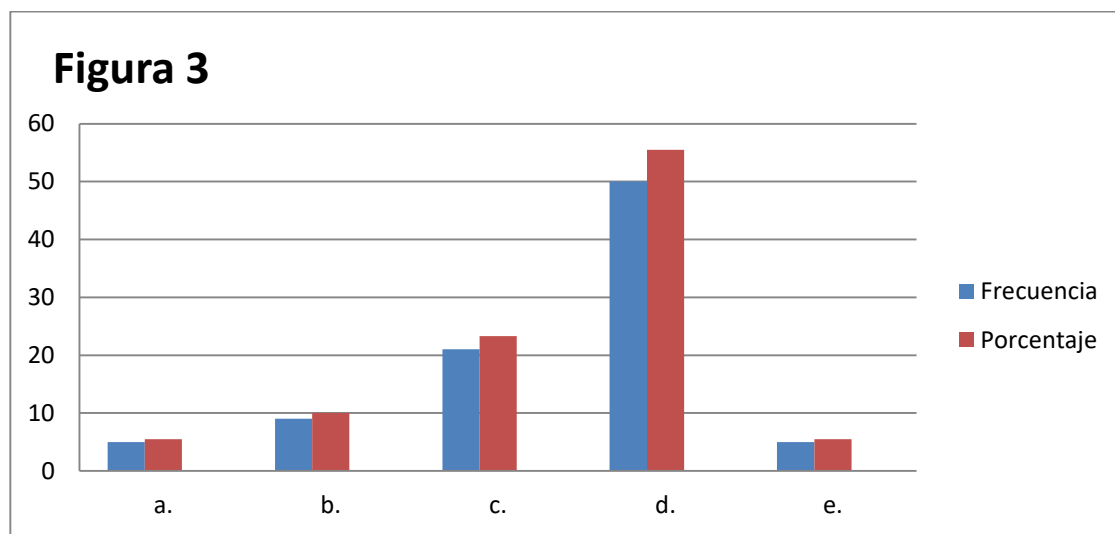
**Tabla: 3**

**Dimensión: Factor Extrínseco.**

**Indicador: Presión.**

<b>La presión mecánica que causa la úlcera por presión, es una fuerza que es ejercida de forma perpendicular, sometiendo a la piel a:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
a. Presión entre dos planos duros	5	5.5%
b. La presión supera la presión capilar	9	10%
c. Los cambios posturales no son realizados	21	23.3%
d. Todas las anteriores.	50	55.5%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	5	5.5%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>





**Fuente:** Ídem

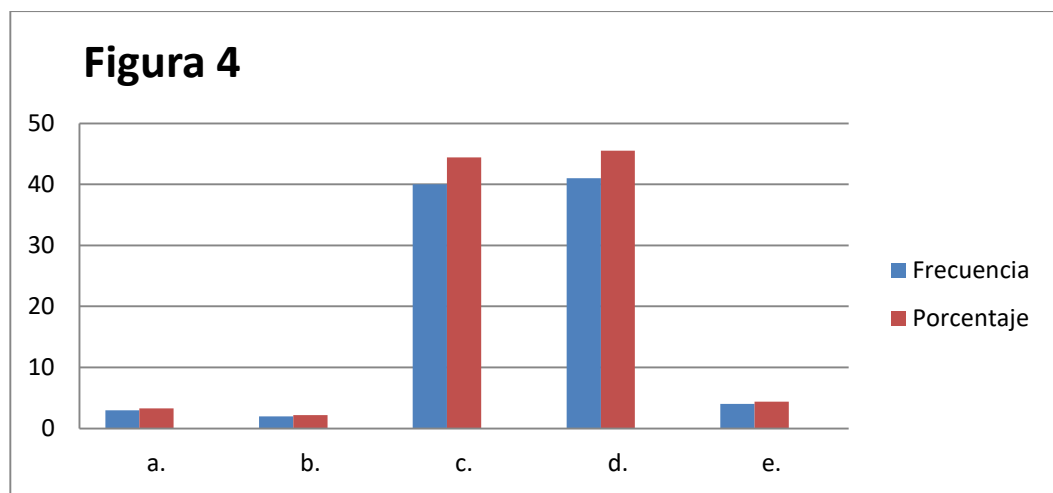
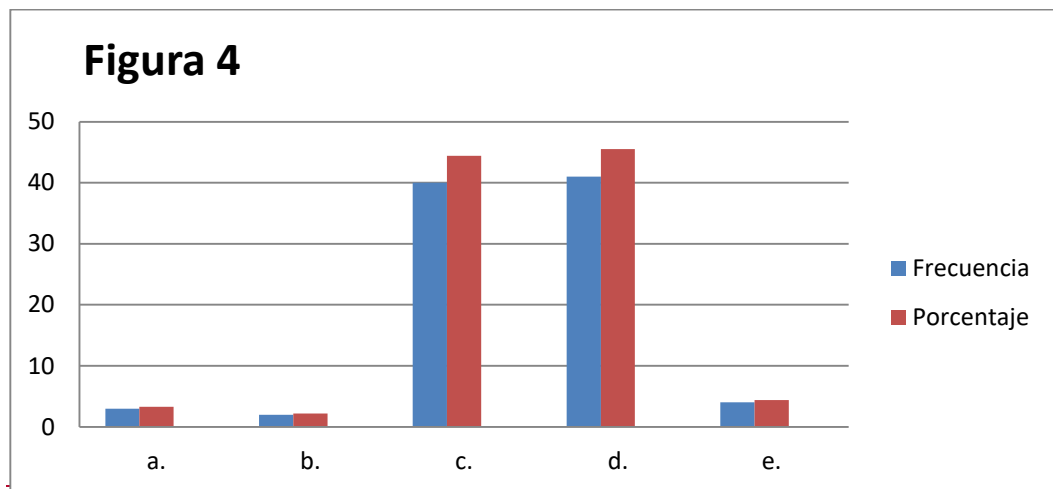
**Análisis:** Se observó en la tabla 3 que un 55.5% correspondiente a la mitad de la muestra tiene conocimiento sobre el efecto de la presión ejercida en la piel. Según García F, Pancorbo P, Torra J, (2002) destaca que la formación de las úlceras por presión es dada por la continuidad de la presión en el tiempo, incluso aunque ésta sea moderada.

**Tabla: 4**

**Dimensión:** Factor Extrínseco.

**Indicador:** Fricción.

¿Cuáles son las causas de que una fricción ejercida sobre la piel produzca lesión?	Frecuencia	%
a. Roce del paciente contra superficies.	3	3.3%
b. Técnica inapropiada.	2	2.2%
c. Cuando no se realizan cambios posturales.	40	44.4%
d. Todas las anteriores.	41	45.5%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	4	4.4%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

**Análisis:** La poca diferencia entre el porcentaje de la opción c en un 44.4% y la opción d en un 45.5%, corrobora una vez más que el personal de Enfermería conoce parcialmente las consecuencias de lesiones en la piel originadas por la fricción. Según García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) “Este fenómeno se puede dar en situaciones como el desplazamiento del paciente en la cama sin tener la precaución de separar el cuerpo del colchón, ante la presencia de arrugas ocasionadas por una mala postura o ante las arrugas de la piel del propio paciente (personas ancianas), o cuando la sujeción de un paciente le impone la necesidad de permanecer en una postura fija.

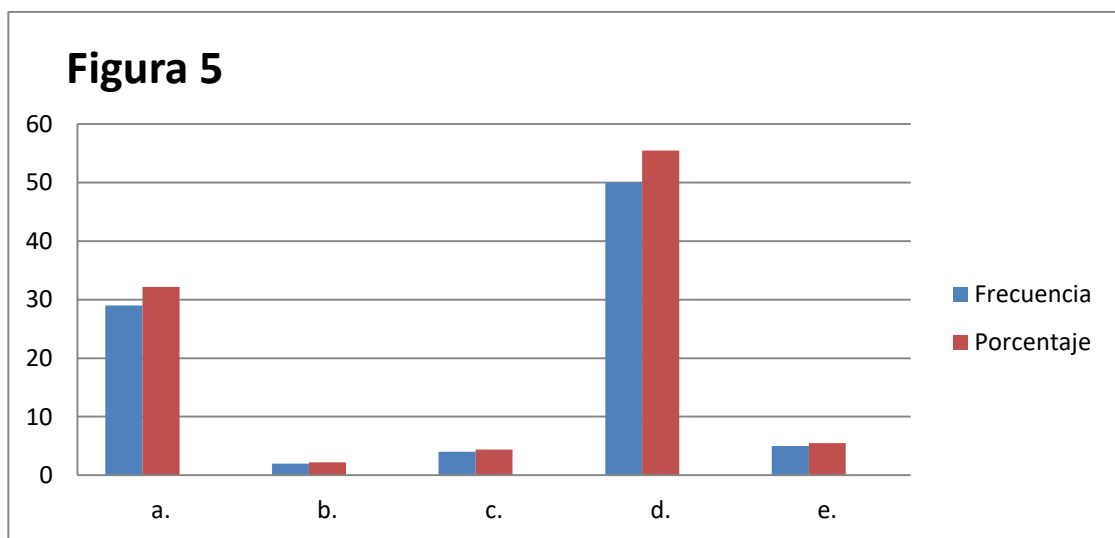
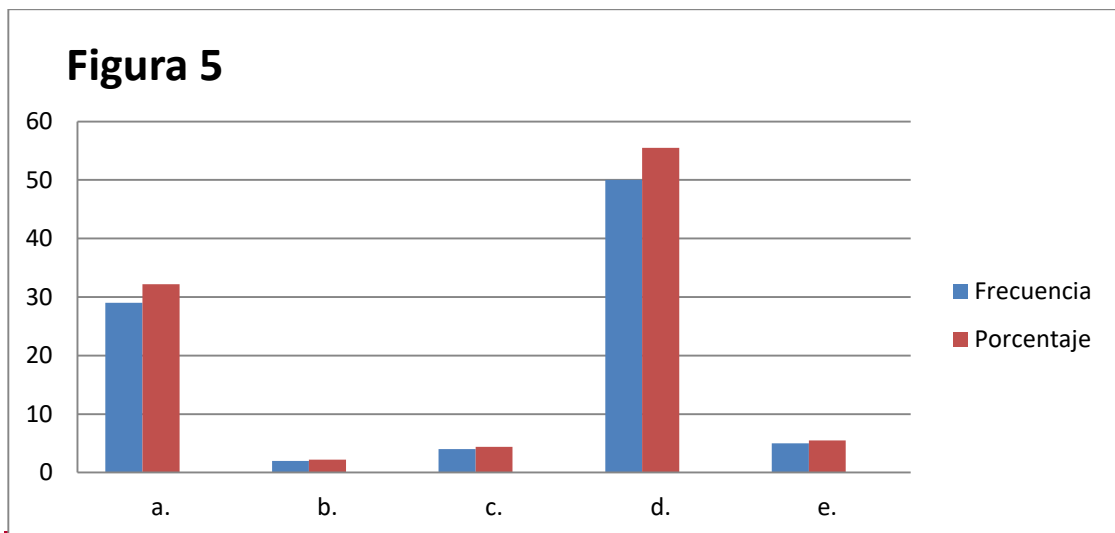
**Tabla: 5**

**Dimensión: Factor Extrínseco.**

**Indicador: Humedad.**

**El riesgo a desarrollar úlcera por presión, es provocado por la humedad de la piel del paciente debido a:**

	Frecuencia	%
a. Un mal secado tras el aseo del paciente	29	32.2%
b. Maceración de la lesión	2	2.2%
c. Sudor y orina que generan erupción cutánea	4	4.4%
d. Todas las anteriores.	50	55.5%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	5	5.5%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

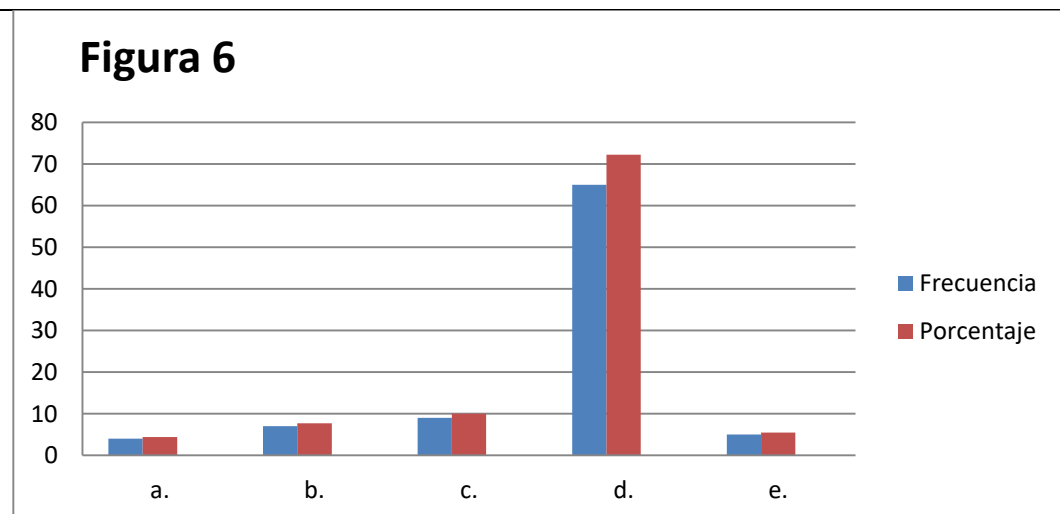
**Análisis:** En la tabla 5 se evidenció que la mitad del personal encuestado en un 55.5% hace referencia que existen distintos factores que predisponen a la aparición de lesiones en la piel. Según Agotegaray M, (2004). Quien refiere que “la humedad por incontinencia o por sudoración que macera la piel y la temperatura que incrementa la demanda metabólica a nivel tisular, son de relevancia en la génesis de las úlceras.”

**Tabla: 6**

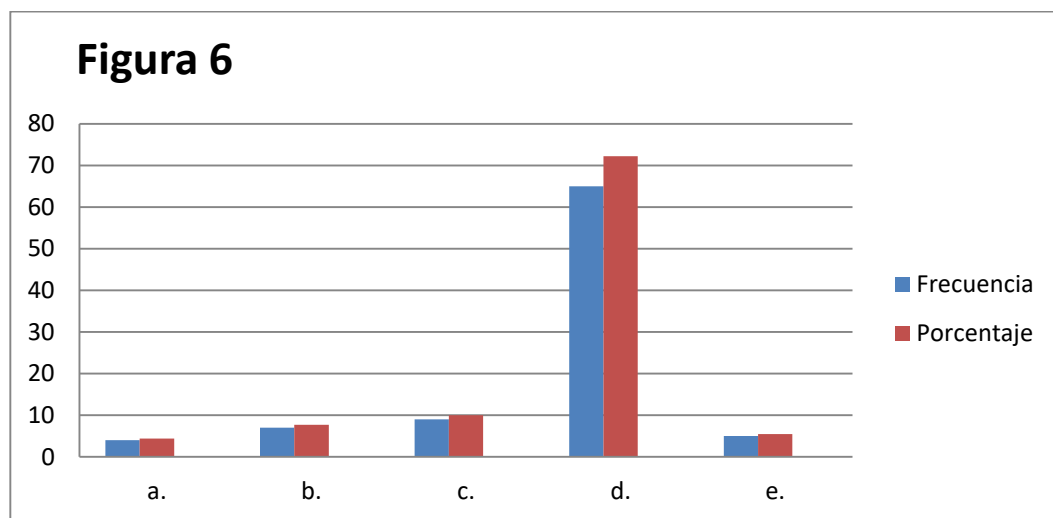
**Dimensión: Factor Extrínseco.**

**Indicador: Irritantes Químicos.**

¿Cuáles de estos factores ayudan a desarrollar úlceras por presión?	Frecuencia	%
a. Orina	4	4.4%
b. Heces	7	7.7%
c. Jabones inadecuados, alcoholes y antisépticos	9	10%
d. Todas las anteriores.	65	72.2%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	5	5.5%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>







**Fuente:** Ídem

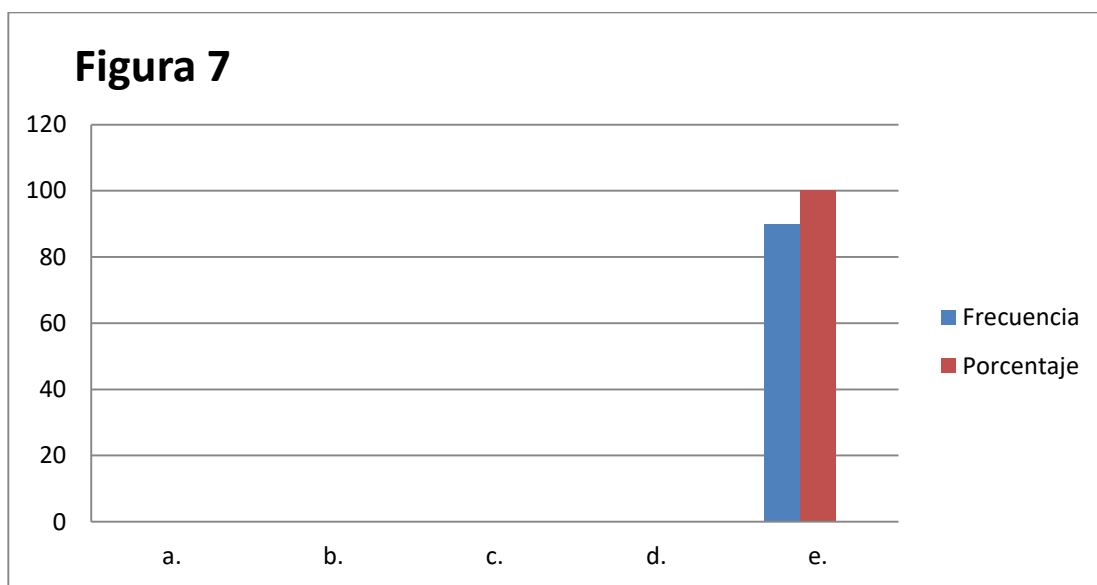
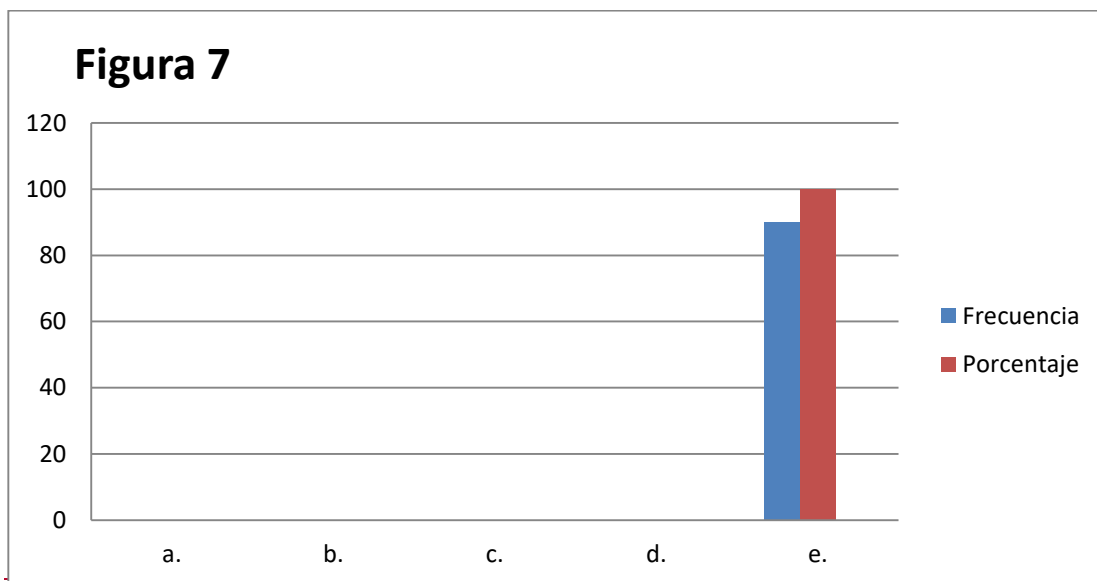
**Análisis:** Dos tercios que corresponden al 72.2% del personal de Enfermería encuestado concuerdan que diferentes factores poseen gran capacidad pueden alterar la flora bacteriana y con ello, las defensas de la piel. Soldevilla J. (2004) expresa que el exceso de humedad puede aumentar el coeficiente de fricción, haciendo que la piel se pueda agrietar. Esto, unido al lavado frecuente de la piel del paciente puede afectar a la función de barrera protectora de la piel al eliminarse lípidos de la piel y acelerarse la pérdida de agua epidérmica con pérdida de la elasticidad cutánea (incrementado por la utilización de jabones, limpiadores)

**Tabla: 7**

**Dimensión: Factor Extrínseco.**

**Indicador: Cambios Posturales.**

Importancia de los cambios posturales para la prevención de úlceras por presión	Frecuencia	%
a. Decúbito supino	0	0%
b. Decúbito prono	0	0%
c. Decúbito lateral	0	0%
d. Posición sentado	0	0%
e. Todas las anteriores	90	100%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

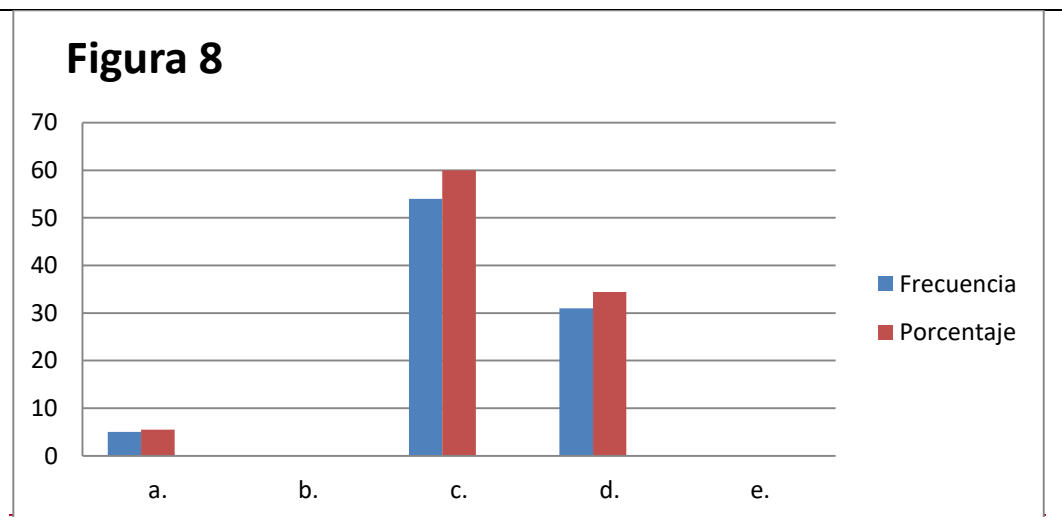
**Análisis:** Según los resultados inferidos correspondientes a la tabla 7 se logran apreciar el conocimiento en la totalidad del personal de Enfermería con respecto a la importancia de los cambios posturales y los lugares más propensos a padecer úlceras por presión. Torra (2003) y Pancorbo (2001) aporta información relevante en las localizaciones de las úlceras por presión.

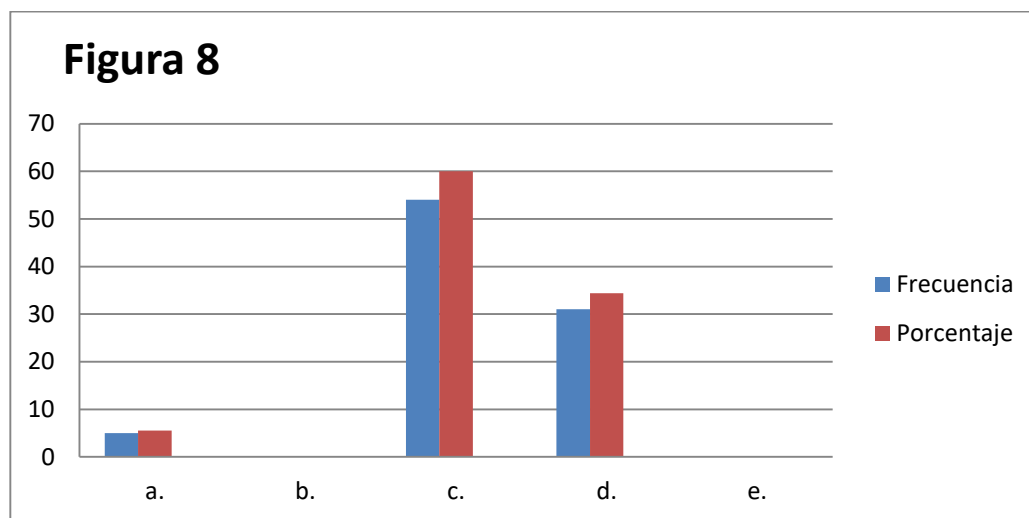
**Tabla: 8**

**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Edad.**

<b>Según su criterio cual de los siguientes grupos etarios es más susceptible a padecer úlceras por presión.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
a. Neonatos.	5	5.5%
b. Jóvenes.	0	0%
c. Adultos mayores.	54	60%
d. Todas las anteriores.	31	34.4%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>





**Fuente:** Ídem

**Análisis:** De acuerdo a los datos obtenidos en la predilección etaria, el grupo de individuos con riesgo desarrollar úlceras por presión en un 60% son los adultos mayores pues su piel es generalmente más fina y menos resistente, ya que presentan una pérdida de elasticidad, Según García O, González I, Fernández J. (2005) dice que la distribución por edad es muy variable dependiendo del centro donde se realice el estudio o que cualquier persona independientemente de su edad que no actúa de manera efectiva corre el riesgo a padecer este tipo de lesión.

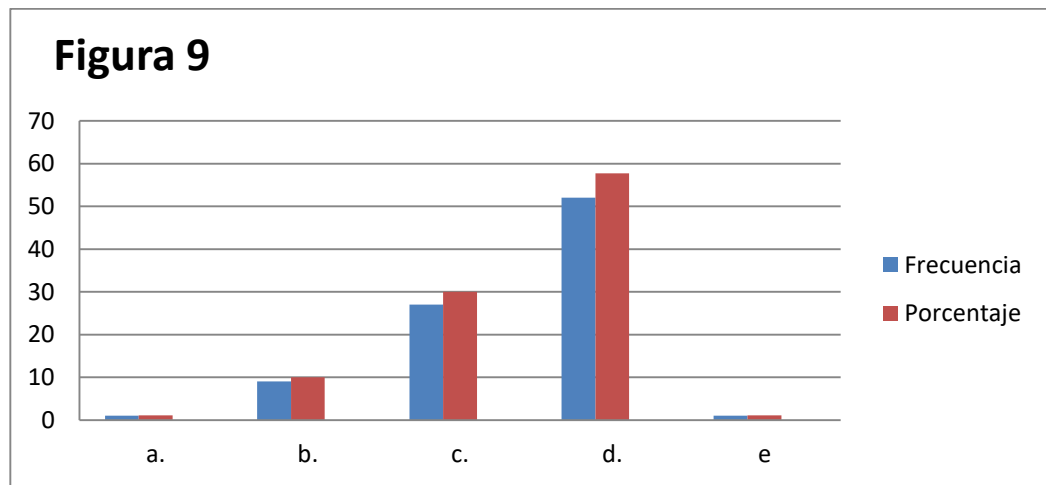
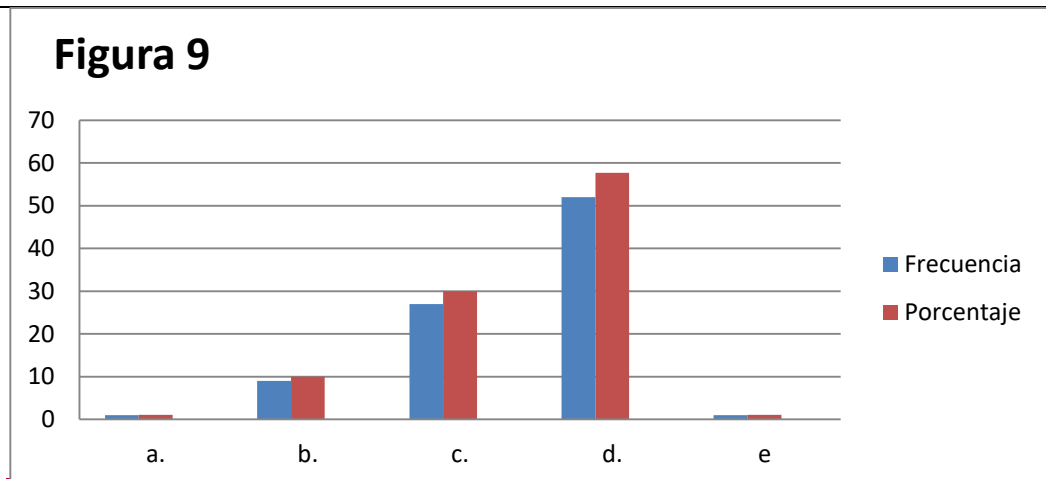
**Tabla: 9**

**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Inmovilidad.**

Las alteraciones en el aparato locomotor y las enfermedades neurológicas inmovilizan al paciente y lo predisponen a desarrollar úlcera por presión	Frecuencia	%
a. Paciente con menos de 20 movimientos espontáneos	1	1.1%
b. Pacientes que no pueden levantarse por sí mismo	9	10%

c. Enfermos con fracturas	27	30%
d. Todas las anteriores.	52	57.7%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	1	1.1%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

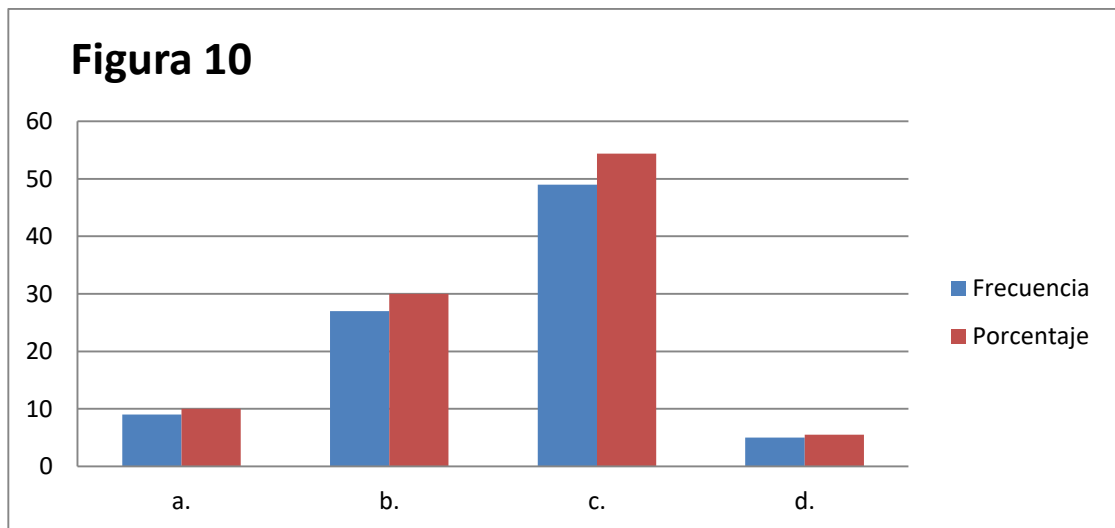
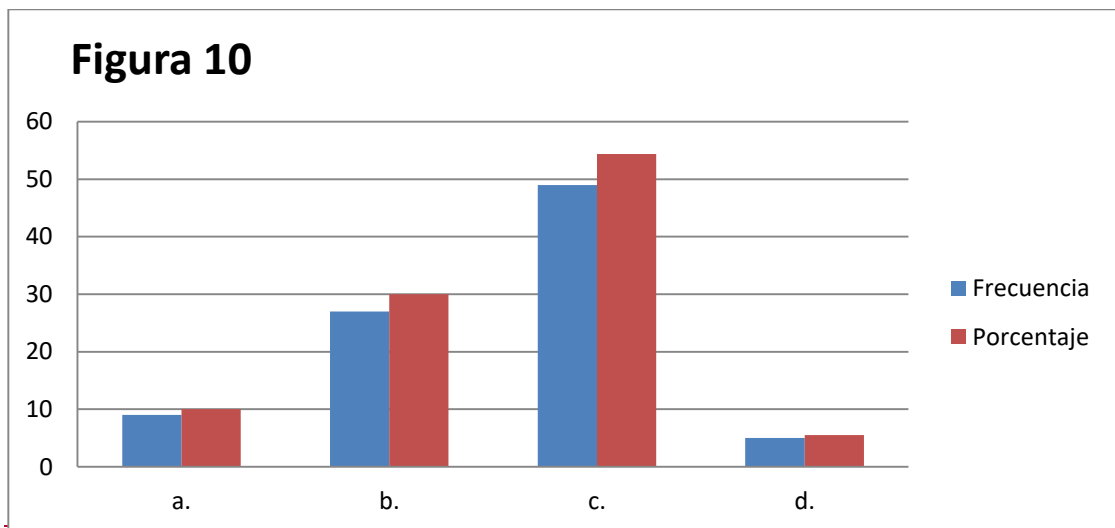
**Análisis:** Al analizar la tabla 9 los datos proyectados hacen referencia que un 57.7% tiene pleno conocimiento de la complicación que conllevan cualquier inmovilidad. Según García R, (2004) “los pacientes con alteraciones en el aparato locomotor o con enfermedades neurológicas que les supongan una inmovilidad tienen una mayor predisposición al desarrollo de UPP”

**Tabla: 10**

**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Incontinencia Urinaria.**

<b>La incontinencia urinaria es considerada:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
a. Humedad como factor extrínseco al paciente.	9	10%
b. Problema del propio paciente.	27	30%
c. Todas las anteriores.	49	54.4%
d. Ninguna de las anteriores son correctas.	5	5.5%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

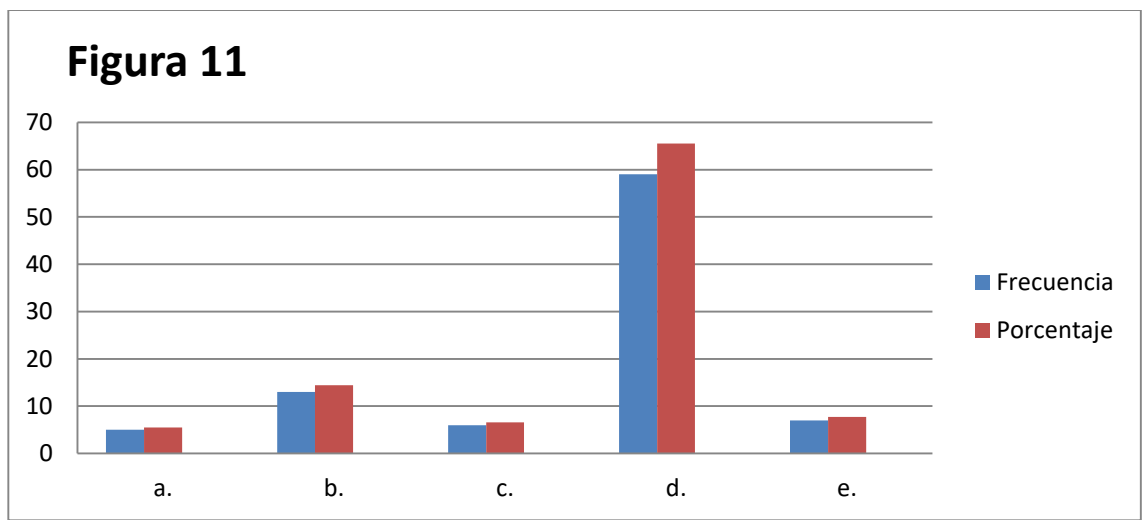
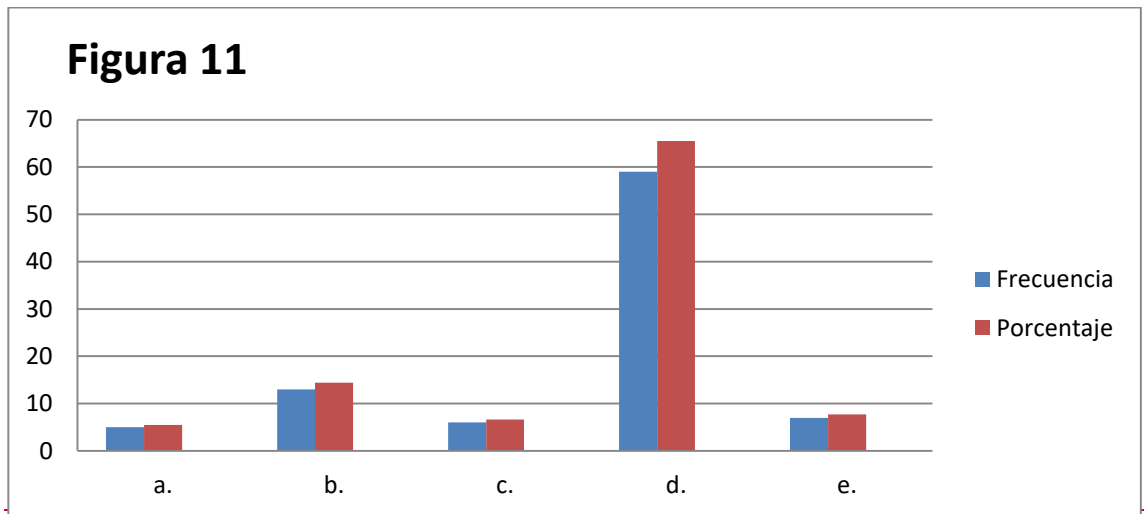
**Análisis:** La tabla 10 demostró que la mitad del personal encuestado coinciden con la opción d. referente a la incontinencia urinaria en un 54.4%, mientras que un 30% lo expresa parcialmente como un problema propio del paciente. Martínez (2002) define incontinencia urinaria como “la pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente, producida en un momento y lugar no adecuado”

**Tabla: 11**

**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Incontinencia Fecal.**

<b>La incontinencia fecal, en la mayoría de los casos es generadora de úlceras por presión debido a:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
a. La humedad que conlleva	5	5.5%
b. Los tóxicos que la componen	13	14.4%
c. Activación de las enzimas fecales por la urea	6	6.6%
d. Todas las anteriores.	59	65.5%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	7	7.7%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

**Análisis:** La tabla 11 arroja como resultado que más de la mitad en un 65.5% conoce plenamente las complicaciones que conlleva la incontinencia fecal. Según García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) la incontinencia fecal hace que los pacientes que la sufren estén más predispuestos al desarrollo de UPP, tanto por la humedad que conlleva como por los tóxicos que componen las heces.

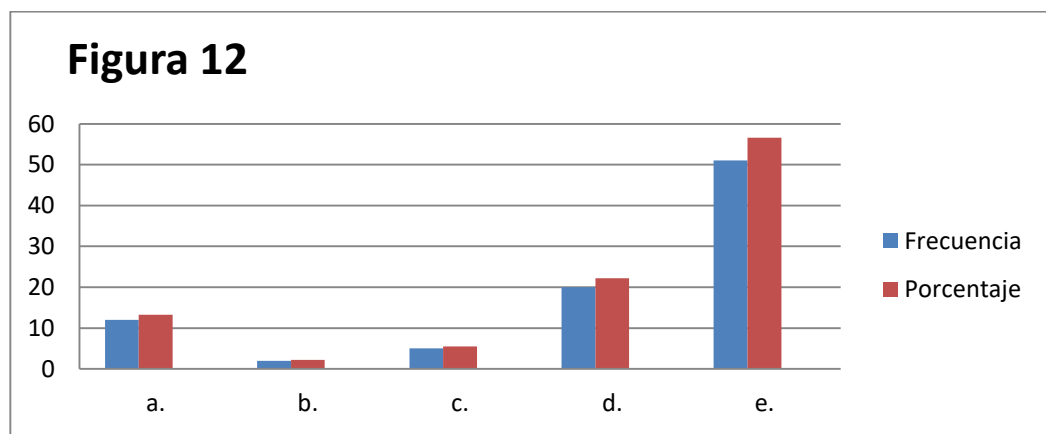
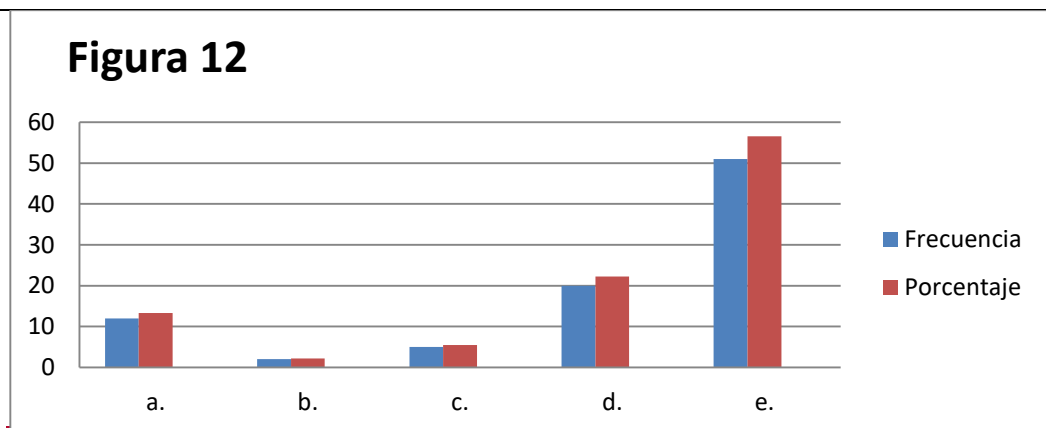
**Tabla: 12**

**Dimensión:** Factor Intrínseco.

**Indicador:** Malnutrición.



El riesgo de formación de úlcera por presión tiene una relación directa con el estado nutricional del paciente, generando:	Frecuencia	%
a. Retardo de la cicatrización de las heridas	12	13.3%
b. Alteración en la síntesis de colágeno.	2	2.2%
c. Disfunción de los mecanismos de defensa del organismo.	5	5.5%
d. Hipoproteinemia	20	22.2%
e. Todas las anteriores.	51	56.6%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

**Análisis:** De las variables estudiadas, se arribó a la conclusión que más de la mitad en un 56.6% del personal de Enfermería reconoce que un estado de malnutrición exponen al paciente a un alto riesgo de desarrollar úlceras. García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) expresa que “Existe una

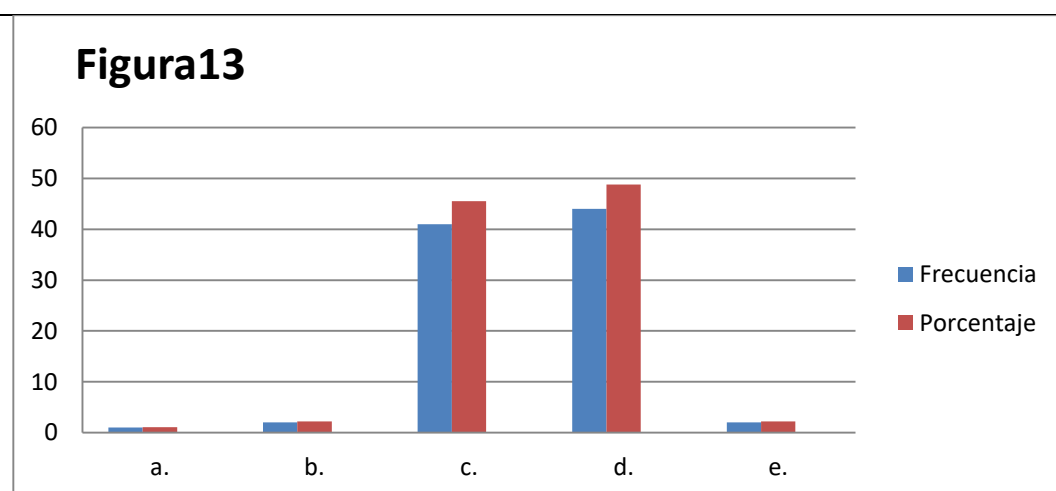
asociación entre la presencia de malnutrición proteico-calórica y la aparición de UPP; la energía es necesaria para que se produzca el proceso de cicatrización y las proteínas son precisas para el sistema inmunitario y para compensar la pérdida a través del exudado de la herida”.

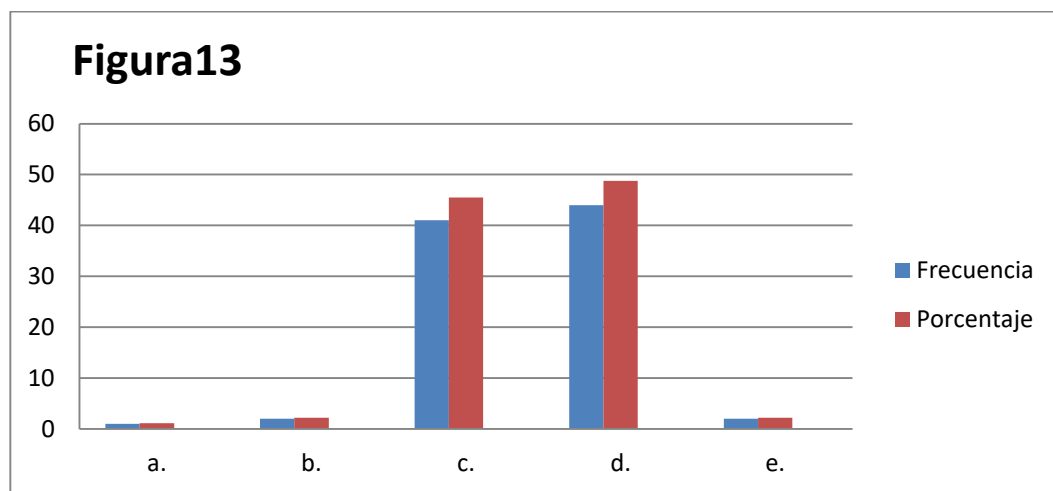
**Tabla: 13**

**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Hipotensión arterial.**

<b>El descenso de la presión arterial diastólica y media aumentan el riesgo de desarrollar UPP debido a:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
a. Fenómenos isquémicos	1	1.1%
b. Lesión por necrosis	2	2.2%
c. Mala perfusión de los tejidos	41	45.5%
d. Todas las anteriores	44	48.8%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	2	2.2%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>





**Fuente:** Ídem

**Análisis:** Tal como se aprecia en la tabla 13, indica que el conocimiento del personal encuestado reconoce las consecuencias producidas por las alteraciones de la presión arterial en un 48.8%. Según varios autores como García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) demostraron que la presión arterial diastólica y media más elevada supone un ligero efecto protector frente a la aparición de úlcera por presión, por tanto la disminución de la misma causa hipo perfusión de los tejidos y a su vez isquemia y necrosis de la zona si es mantenida la hipotensión.

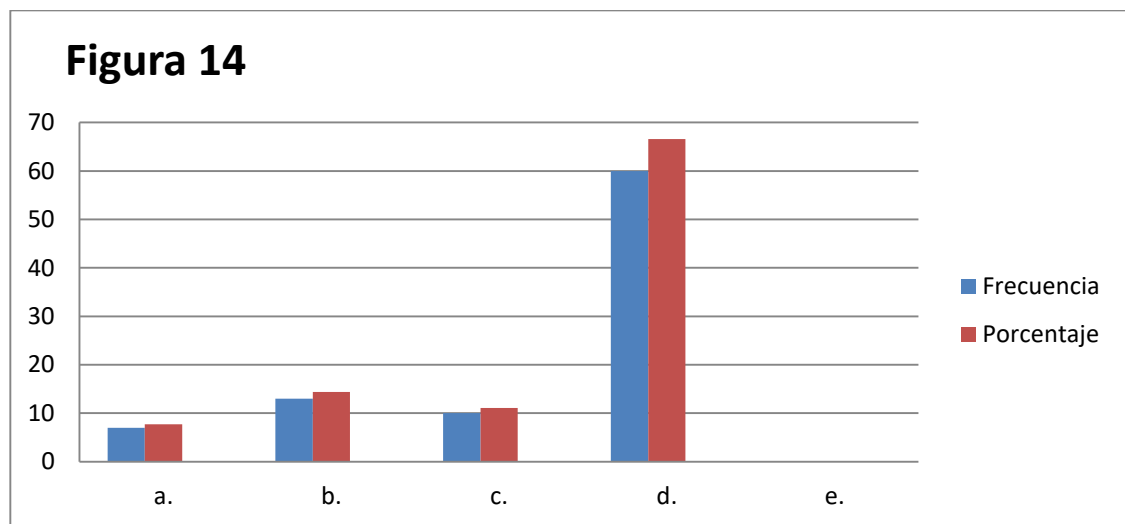
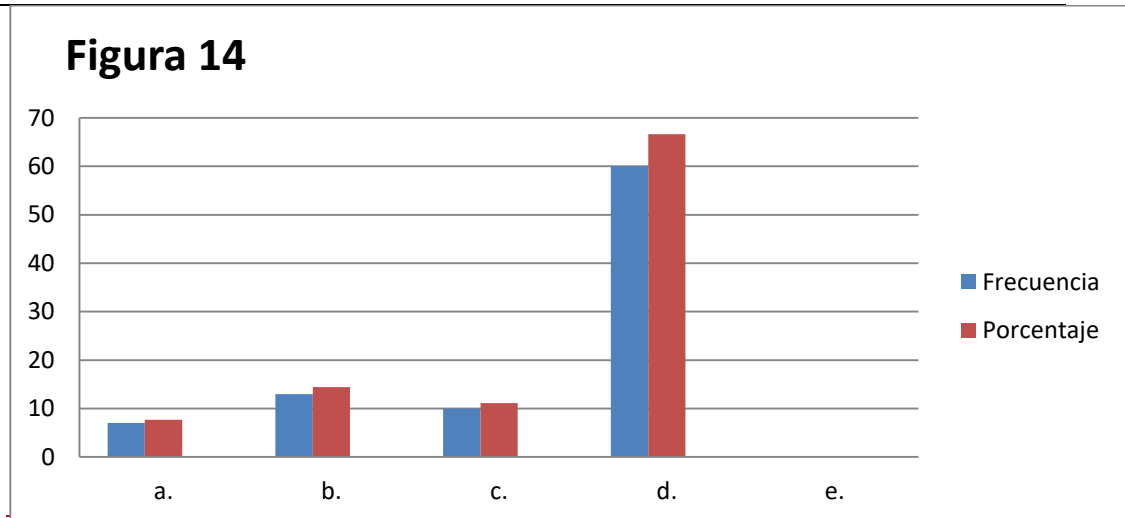
**Tabla: 14**

**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Estado de la piel.**

El estado de la piel tiene mayor predisposición a sufrir úlcera por presión influyendo la presencia de otros tipos de afección indique cuales son:	Frecuencia	%
a. Piel con erupción e irritaciones	7	7.7%
b. Edemas	13	14.4%
c. Sequedad y falta de elasticidad	10	11.1%
d. Todas las anteriores	60	66.6%

e. Ninguna de las anteriores son correctas.	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

**Análisis:** El personal de Enfermería en un 66.6% está de acuerdo con que cualquier lesión en la piel, la tornan más vulnerable; mientras que el resto del personal no tiene una percepción exacta de la importancia del estado de la piel. García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) pronuncia que la presencia de otro tipo de afección en la piel también influye en la aparición de úlceras por presión. Así como, las pieles con irritaciones, edema, sequedad y falta de elasticidad presentan una mayor predisposición a sufrir UPP.

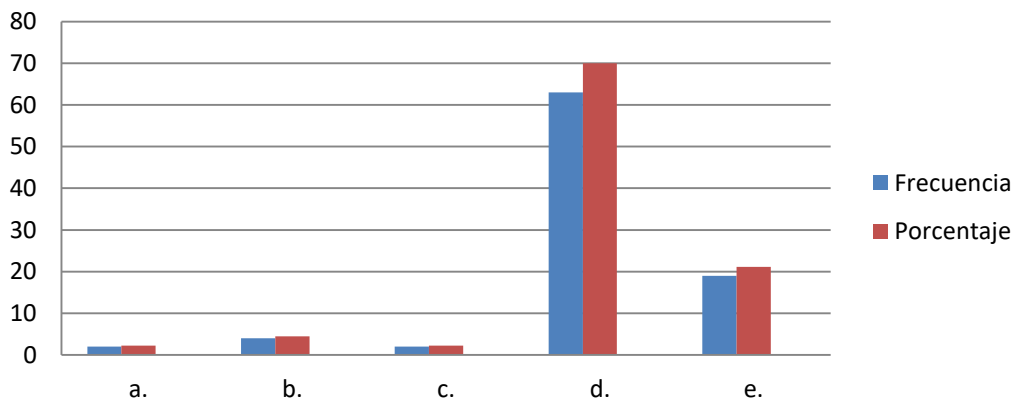
**Tabla: 15**

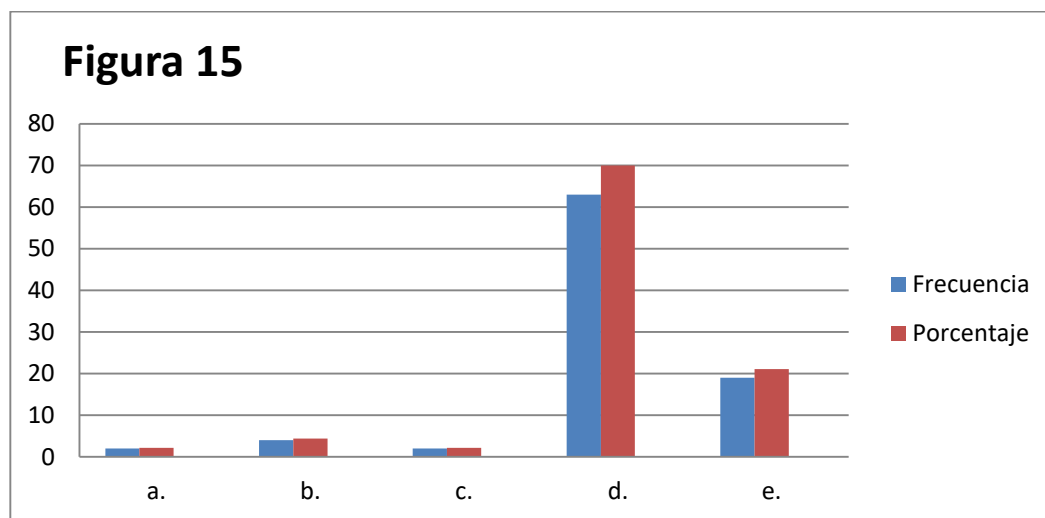
**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Estado de consciencia.**

Señale cual de los siguientes niveles de consciencia contribuyen de manera significativa al desarrollo de úlcera por presión.	Frecuencia	%
a. Estupor.	2	2.2%
b. Confusión	4	4.4%
c. Alzheimer	2	2.2%
d. Estado de coma.	63	70%
e. Todas las anteriores.	19	21.1%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Figura 15**





**Fuente:** Ídem

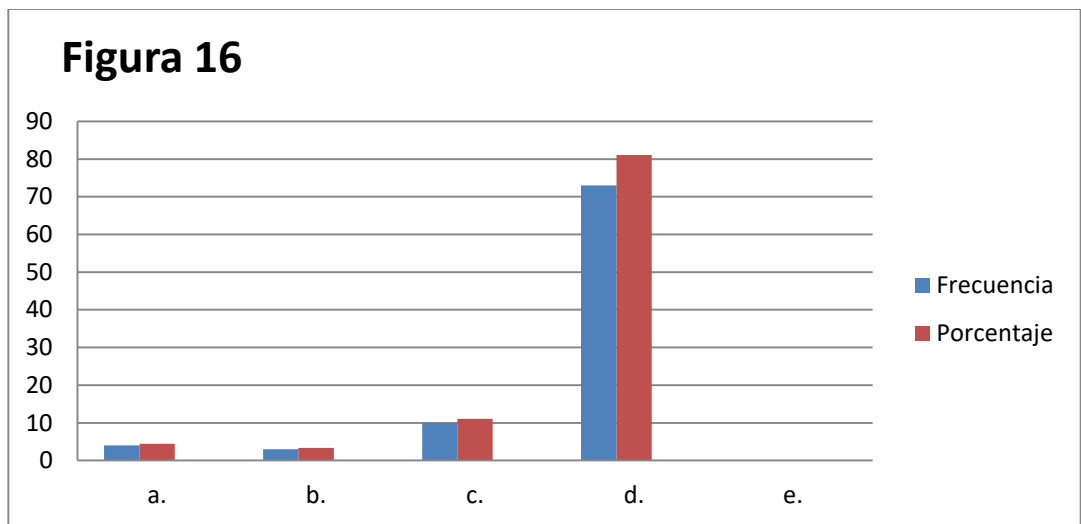
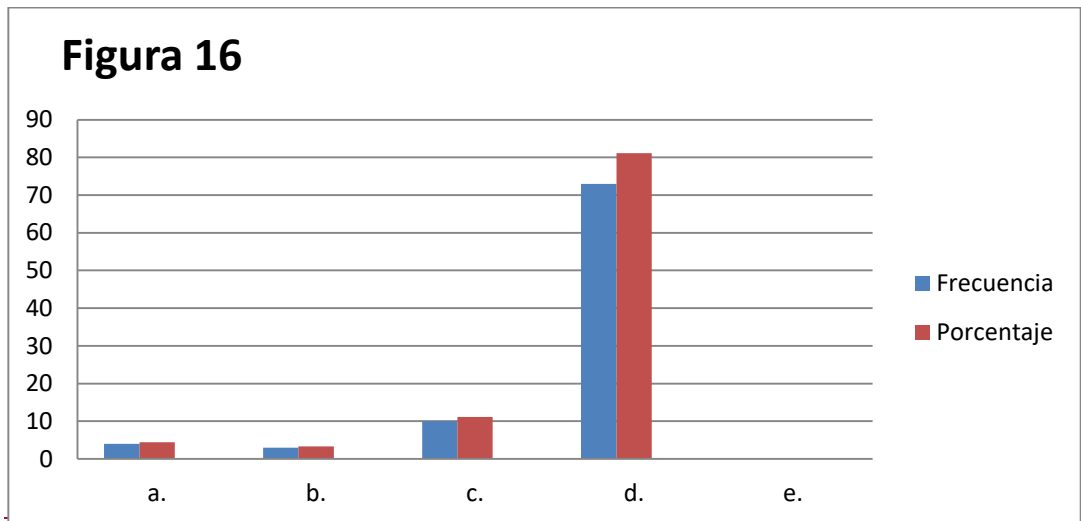
**Análisis:** En la tabla 15 un 70% de los encuestados coinciden que el estado de coma, puede contribuir de manera significativa a la aparición de lesiones, fundamentalmente porque un deterioro importante de la conciencia se asocia a inmovilidad o a pérdida de la sensibilidad. Según Zarate (2008) los pacientes que presentan alteraciones de uno o más sistemas y se encuentran críticamente enfermos por largos períodos y puedan estar confinados a una cama presentan el riesgo de desarrollar UPP.

**Tabla: 16**

**Dimensión: Factor Intrínseco.**

**Indicador: Patología de base.**

De los siguientes individuos que padecen enfermedades de base, señale cuales son los más propensos a desarrollar úlcera por presión.	Frecuencia	%
a. Pacientes diabéticos	4	4.4%
b. Pacientes con problemas vasculares	3	3.3%
c. Obesidad mórbida	10	11.1%
d. Todas las anteriores	73	81.1%
e. Ninguna de las anteriores son correctas.	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Ídem

**Análisis:** Tal como se aprecia en la tabla 16, el 81.1 % de la población encuestada presento conocimiento con respecto a la susceptibilidad de ciertos individuos a desarrollar úlceras por presión, mientras que el resto parcialmente lo desconoce. García F, Pancorbo P, Laguna J, (2002) describe sobre como la presencia de determinadas enfermedades hacen a unas personas más susceptibles al desarrollo de UPP que otras. Así, por ejemplo, personas con diabetes son más propensas a su desarrollo por las alteraciones de la microcirculación que conlleva dicha enfermedad.

**CAPÍTULO V CONCADLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

## **CONCLUSIONES**

Luego de haber determinado y definido los conocimientos del personal de Enfermería sobre los factores de riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario de Maracaibo, se concluye que:

Con relación al objetivo identificar los conocimiento del personal de Enfermería sobre los factores de riesgos extrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión se encontró que sólo la mitad de la población muestral encuestada tiene pleno conocimiento sobre la definición, causas y factores desencadenantes, mientras que dos terceras partes conoce la importancia de los cambios posturales para su prevención.

Con relación al objetivo identificar los conocimiento del personal de Enfermería sobre los factores de riesgos intrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión se encontró que sólo la mitad de la población muestral encuestada tiene pleno conocimiento sobre la relación entre edad, inmovilidad, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, malnutrición, hipotensión arterial, estado de la piel, estado de conciencia y la presencia de patología de base, como elementos propiciadores de esta condición.

## **RECOMENDACIONES.**



Mantener informado al personal de enfermería por medio de sesiones educativas, carteleras, folletos, jornadas, congresos entre otros, con respecto a las actualizaciones correspondientes a la aparición de las úlceras por presión y sus complicaciones.

El primer paso para la prevención adecuada es la detección de los pacientes de riesgo, para poder iniciar con ellos los planes de cuidados de prevención. Para ello es necesario aplicar una escala de valoración de riesgo a todos los pacientes en el momento de su ingreso para determinar si las medidas preventivas son necesarias haciendo revisiones periódicas ya que la situación del paciente no es estática.

El soporte nutricional es muy importante ya que favorece a la cicatrización de tejidos y puede evitar la aparición de nuevas lesiones, se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral o parenteral para evitar estados carenciales.

Mantener el área limpia y libre de tejido muerto, la lesión debe cubrirse con una gasa especial para este tipo de ulcera, actualmente hay disponibilidad de nuevos medicamentos que favorecen a la cicatrización de la piel y el médico los puede recetar.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Alfonso J, Báez J, Cabrera L. (2007) *Cirugía reconstructiva de las úlceras por presión*. Rev. Cubana 46.
- Agotegaray M, (2004) *Abordaje Fisiátrico de las úlceras por presión*. Boletín del Departamento de Docencia e Investigación vol. 8 N° 1.
- Argomaniz, J. (2009) *protocolo de úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales de agudos generales de Osakidetza*.
- Arias, Fidas G. *El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica 2004 Editorial Espíteme, Caracas, Venezuela 4ta.*
- Blanco, J. (2003) *Definición y clasificación de las úlceras por presión*. Unidad de Lesionados Medulares Hospitals Vall d'Hebron.
- Chamorro J, Cerón E y García F. (2008) *Revisión Úlceras por presión* Complejo Hospitalario, Servicio de Rehabilitación Unidad de Formación, Investigación y Calidad en Jaén.
- Comité Europeo de Sanidad (2004).
- Córdoba: Ayora Torres P. (2000). *Protocolo de Cuidados en Úlceras por presión. Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad de Calidad, docencia e investigación de enfermería*.
- Córdoba: Ayora Torres P. (2001). *Manual de protocolo y procedimiento Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad de Calidad, docencia e investigación de enfermería*.
- Enciclopédica Medica. Documento en línea.  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007071.htm>
- European Pressure Ulcers Advisory Panel 2005 “prevención de la úlcera por presión” Documento en línea  
[http://www.observatorioseguridaddelpaciente.es/agenciadecalidadsanitara/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/ulceras\\_por\\_presion.pdf](http://www.observatorioseguridaddelpaciente.es/agenciadecalidadsanitara/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/ulceras_por_presion.pdf)
- Ferrandiz, C. (2006) *Dermatología Clínica*. Madrid

- García F, Pancorbo P, Torra J, (2002). *Una guía de práctica clínica para prevenir y tratar úlceras por presión en pacientes con riesgo. Hospital Universitario Princesa de España de Jaén.*
- García R, Rozas J, Martín A, Herrero B, Pomer M, Masoliver F, Lizán T *Úlceras por presión. Cad Aten Primaria* (2004)
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP 2003)
- Hernández F, Sampieri R y otros; *Metodología de la Investigación. Mc Graw-Hill, México D.F., México, 2003*
- Martínez E, Arlandis S, Ruiz J, Burgués J, Jiménez J.( 2002) *Epidemiología de la incontinencia urinaria. Doyma Newsletters*
- Morilla Herrera, J. Martín F, Morgado J, Morales J, (2005), *Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea, Servicios andaluz de salud distrito sanitario Málaga*
- Organización Mundial de la Salud (2005)
- Pancorbo H, García F, (2001) *Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados.*
- Periódico el Pulso (2004), *Piel Sana, Medellín Colombia, Suramérica Año 5 No 56 Mayo Del Año 2003*
- Revista cubana de medicina intensiva y emergencia 2008 7 (1).* Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Superior de Medicina Militar: Dr. Luís Díaz Soto. Ciudad de La Habana)
- Rev. enferm. Herediana 2008 1 (1)* Riesgos a úlceras por presión según escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima. Gallo K, Pachas F
- Serrano A, González A, Carrero B, González O, Santamaría C, González J, Gómez L, Pulido M, Heredero M, Vera R, en el año (2001) realizaron una investigación titulada: Factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes crítico
- Soldevilla J , Torra J. *Atención Integral a las Heridas Crónicas.* Madrid, 2004.

- Torra J, Rueda L, Soldevilla J, Martínez F, Verdú J. (2003) *1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.* Servicios andaluces de salud distrito sanitario Málaga
- Zarate A, (2008) *Indicadores Inflamatorios en Pacientes con Úlceras por Decúbito tratados con Plasma Rico en Plaquetas, realizado en aulas universitarias. Tesis de postgrado no publicada en la Universidad del Zulia, Maracaibo.*

REPUBLICA BOLIVARINA



DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

ESCUELA DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE PROFESIONALIZACION

EXTENSION VALERA

Maracaibo, enero de 2010

Ciudadano (a):

Tengo a bien dirigirme a Usted, en la oportunidad de solicitar su valiosa colaboración en cuanto a la validación del instrumento (Cuestionario), que será utilizado para recabar la información requerida en la elaboración del informe final del Trabajo de Grado Titulado: Conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgo asociados a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Maracaibo periodo Octubre – Marzo 2010, realizado por: Briceño Paola, Martínez Vanessa, Pérez Keilly, como requisito de grado para optar al título de Licenciadas en enfermería.

La validación podrá realizarse basándose en los siguientes criterios: congruencias entre objetivos e ítems, suficiencia de ítems, secuencia lógica y clara formulación de los mismos

Anexos se le entrega el mapa de variables, el cuestionario, la tabla de validación y la constancia de validación.

Atentamente,

## PRESENTACION

A continuación se presenta un cuestionario que tiene como objetivo el conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgo asociados a la aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Maracaibo periodo Octubre – Marzo 2010.

El mismo está dirigido a los profesionales de enfermería que laboran como especialistas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo.

La información que usted proporcionara es de suma importancia para el logro de los objetivos de esta investigación y tiene carácter anónimo. Agradecemos de usted la sinceridad en sus respuestas, puesto que de ello depende la veracidad de los resultados.

Las encuestadoras

## INDICACIONES

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas formuladas en el siguiente cuestionario.

- Marque un círculo la o las alternativas que a su criterio considere correctas.
- De respuestas a las preguntas de acuerdo a su conocimiento.
- Si tiene dudas con relación a una pregunta, solicite orientación a las encuestadoras.
- Su información es anónima no lo firme.
- Se agradece sinceridad en las respuestas.
- Se agradece su disposición y valioso tiempo al contestar este cuestionario.

Las encuestadoras

### 3.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo General; Determinar los conocimientos del personal de enfermería sobre los factores de riesgos asociados a la aparición de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010			
Objetivos Específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems
◆ Identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgos Extrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión en unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010.	Factores Extrínsecos	-Definición -Causas -Presión. -Fricción -Humedad -Irritantes Químicos. -Cambios posturales	1 2 3 4 5 6 7
◆ Identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgos Intrínsecos asociados a la aparición de úlceras por presión en unidad de cuidados intensivos del hospital universitario de Maracaibo durante el periodo Octubre- Marzo 2010	Factores Intrínsecos	- Edad -Inmovilidad. -Incontinencia urinaria -Incontinencia fecal. -Malnutrición -Hipotensión arterial -Estado de la piel -Estado de conciencia -Patología de base	8 9 10 11 12 13 14 15 16



TABLA DE VALIDACION

FORMATO PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL  
CRITERIO

JUICIO DE EXPERTO 1

Escala: Deficiente: 1      Regular: 2    suficiente: 3    Aceptado: 4

Ítems	Contenido			
	Correspondenci a objetivos – ítems	Suficiencia de ítems	Secuencia de lógicas de ítems	Formulación clara de ítems
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

TABLA DE VALIDACION

FORMATO PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL  
CRITERIO

JUICIO DE EXPERTO 2

Escala: Deficiente: 1      Regular: 2    suficiente: 3    Aceptado: 4

Ítems	Contenido			
	Correspondenci a objetivos – ítems	Suficiencia de ítems	Secuencia de lógicas de ítems	Formulación clara de ítems
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

## **Encuesta**

### **1.- La ulcera por presión se define como:**

- a.- Una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacentes.
- b.- Una pérdida de sustancia cutánea producida por presiones prolongadas.
- c.- Causada por fricción entre dos planos duros.
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

### **2.- Entre las causas que origina las úlceras pueden estar:**

- a.- Humedad.
- b.- Fricción.
- c.- Irritantes químicos
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

### **3.- La presión mecánica que causa la ulcera por presión, es una fuerza que es ejercida de forma perpendicular, sometiendo a la piel a:**

- a.- Presión entre dos planos duros.
- b.- La presión supera la presión capilar.
- c.- Los cambios posturales no son realizados.
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

### **4- ¿Cuáles son las causas de que una fricción ejercida sobre la piel produzca lesión?**

- a.- Roce del paciente contra superficies por movimientos y arrastres
- b.- Técnica inapropiada permaneciendo la piel en contacto continuo con la sabana
- c.- cuando no se realizan cambios posturales
- d.- Todas las anteriores.
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

### **5.- El riesgo de desarrollar úlceras por presión, es provocado por la humedad de la piel del paciente debido a:**

- a.- Un mal secado tras el aseo del paciente
- b.- Maceración de la piel
- c.- Sudor y orina que genera erupción cutánea
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

**6.- La formación de lesiones cutáneas es causada por irritantes químicos. Señale a continuación ¿cuáles de estos factores ayudan a desarrollar úlceras por presión?**

- a.- La orina
- b.- Las heces
- c.- Jabones inadecuados, alcoholes y antisépticos
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

**7.- Importancia de los cambios posturales para la prevención de úlceras por presión.**

- a.- Decúbito supino.
- b.- Decúbito prono.
- c.- Decúbito lateral.
- d.- Posición sentada
- e. Todas las anteriores son correctas.

**8.- Según su criterio cual de los siguientes grupos etarios serán más susceptible a padecer úlcera por presión.**

- a.- Neonatos
- b.- Jóvenes
- c.- Adultos mayores
- d.- Todas las anteriores.
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

**9.- Las alteraciones en el aparato locomotor y las enfermedades neurológicas inmovilizan al paciente y lo predispone a desarrollar úlceras por presión en:**

- a.- Pacientes con menos de veinte movimientos espontáneos
- b.- Pacientes que no pueden levantarse de la cama por sí mismos
- c.- Enfermos con fracturas portadores de férula y aparatos de tracción
- d.- Todas las anteriores.
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

**10.- La incontinencia urinaria es considerada:**

- a.- Humedad como factor extrínseco al paciente
- b.- Problema del propio paciente
- c.- Todas las anteriores.
- d.- Ninguna de las anteriores es correcta

**11.- La incontinencia fecal en la mayoría de los casos es generadora de úlceras por presión debido a:**

- a.- La humedad que conlleva
- b.- Los tóxicos que la componen
- c.- Activación de las enzimas fecales por la urea
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

**12.- El riesgo de formación de úlceras por presión tiene una relación directa con el estado nutricional del paciente generando:**

- a.- Retardo de la cicatrización de las heridas.
- b.- Déficit de vitamina C produciendo alteración en la síntesis del colágeno.
- c.- Disfunción de los mecanismos de defensa del organismo
- d.- Hipoproteïnemia para compensar la pérdida a través del exudado de la herida.
- e.- Todas las anteriores

**13.- El descenso de la presión arterial diastólica y media aumenta el riesgo de desarrollar úlceras por presión debido a:**

- a.- Fenómenos isquémicos
- b.- Lesiones por necrosis

- c.- Mala perfusión de los tejidos
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

**14.- El estado de la piel tiene mayor predisposición a sufrir úlceras por presión influyendo la presencia de otro tipo de afección indique cuales son:**

- a.- Piel con erupción e irritantes
- b.- Edema
- c.- Sequedad y falta de elasticidad
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta

**15.- Señale cual de los siguientes niveles de conciencia contribuye de manera significativa al desarrollo de úlcera por presión:**

- a.- Estupor.
- b.- Confusión.
- c.- Alzheimer.
- d.- Estado de coma.
- d.- Todas las anteriores.
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta.

**16.- De los siguientes individuos que padecen enfermedades de base, señale cuales son los más propensos a desarrollar úlceras por presión:**

- a.- Pacientes diabéticos
- b.- Pacientes con problemas vasculares
- c.- Obesidad mórbida
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores es correcta







