

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**APLICACIÓN PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO
DE ÚLCERAS POR PRESIÓN, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA,
HOSPITAL BASE OSORNO, OCTUBRE - DICIEMBRE 2004.**

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar
al grado de Licenciado en
Enfermería.

**Marcela Gemita Carrillo González
Valdivia - Chile
2004**

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Ana Luisa Cisternas M.
Profesión : Enfermera
Grados : Experto en Gerontología
Magíster en Geriatria y Gerontología
Magíster en Modelado de Conocimiento para Entornos
Educativos Virtuales (c)
Doctorado en Geriatria (c)

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesor co – patrocinante:

Nombre : Víctor Patricio Díaz N.
Profesión : Licenciado en Ciencias Biológicas
Grados : Doctor en Ciencias Biológicas (Phd)

Instituto : Salud Pública
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores Informantes:

1) **Nombre** : María Julia Calvo G.
Profesión : Enfermera y Matrona
Grados : Licenciada en Educación
Magíster en Bioética

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

2) **Nombre** : Marta Lobos S.
Profesión : Enfermera y Matrona
Grados : Magíster en Comunicación

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

DEDICATORIA

Dedico más que esta tesis, toda mi carrera a mis padres Patricia y Marcelo, y a mi hermano Danilo, por guiarme hacia mi verdadera vocación y acompañarme cada día, aunque sea a la distancia, por el cariño y comprensión que recibí de ellos durante estos cinco años, por su apoyo moral y económico en tiempos difíciles y sobre todo por la confianza y amor entregados.

A mi novio Raúl, por darme siempre fuerzas y amor para seguir adelante, así como su apoyo, preocupación y cariño constante durante estos cinco años, por ser mi ejemplo a seguir en el ámbito profesional, y por ser más que mi novio un gran amigo.

A mi profesora guía, Sra. Ana Luisa por su constante ayuda, comprensión, y por saber ser una verdadera maestra y amiga, siempre preocupada por mis inquietudes, por los consejos recibidos, de todo corazón...gracias.

A mis demás profesoras por ser verdaderos ejemplos que seguir en cuanto a vocación y sabiduría, así como su acogimiento y comprensión durante estos cinco años.

A mis amigas, por su incondicional amistad y gran sentido de compañerismo durante estos cinco años, gracias "amiguis".

Y por último, no puedo dejar de mencionar a todo el equipo de enfermería y en especial, a las enfermeras del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, por su ayuda constante para la realización y culminación de esta tesis.

INDICE

MATERIAS	PÁGINAS
1.- RESUMEN	1
2.- SUMMARY	2
3.- INTRODUCCIÓN	3-5
4.- MARCO TEÓRICO	6-35
5.- PROBLEMA	36
6.- HIPÓTESIS CIENTÍFICA	36
7.- OBJETIVO GENERAL	36
8.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
9.- MATERIAL Y MÉTODOS	37-40
7.- DEFINICIÓN DE VARIABLES	41-45
8.- RESULTADOS	46-54
9.- DISCUSIÓN	55-56
10.- CONCLUSIONES	57-59
11.- BIBLIOGRAFÍA	60-63
12.- ANEXOS	64
- ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	66-70
- TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN CAPÍTULOS DE LA CIE-10, SEXO Y ESTADO AL EGRESO 2003.	71
- TABLA N°2: 80 PRINCIPALES CAUSAS SELECCIONADAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, SEXO Y ESTADO AL EGRESO. 2003	72

-	ETIOPATOGENIA DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN: FIG.1, FIG.2, FIG.3.	73
-	LOCALIZACION HABITUAL DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN: FIG.4.	74
-	ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESIÓN: FIG.5, FIG.6, FIG.7, FIG.8.	75-76
-	DESCRIPCIÓN DE UNA ÚLCERA: FIG.9, FIG.10, FIG.11, FIG.12, FIG.13.	77-78
-	PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.	79-125

1.- RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, experimental y prospectivo, el cual nace del problema de que existen adultos mayores en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno (H.B.O.), que desarrollan úlceras por presión o escaras, durante su hospitalización, las cuales pueden llegar a ser disminuidas en cuanto a número y gravedad.

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó un protocolo de atención para pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión - ya validado en otros países - basado en la evidencia científica; adaptándolo a la realidad y los recursos tanto económicos como humanos existentes en el Servicio de Medicina Interna del H.B.O. Además de considerar los fundamentos científicos, el protocolo debe considerar los fundamentos de la teoría es por esto que además en el protocolo que se propone para prevenir las úlceras por presión se aplica la teoría del déficit de autocuidado de Orem, debido al carácter integral que ésta posee.

Para desarrollar este estudio se formaron dos grupos, los cuales a su vez se dividieron en tres subgrupos iguales, con variables ya establecidas como sexo: femenino; patología: limitación crónica del flujo aéreo y grado de autovalencia, esta última variable, de acuerdo a la escala Nova 5 de valoración de riesgo de úlceras por presión, que se encuentra en el protocolo. Al primer grupo de control no se le aplicó el protocolo de atención, sólo las medidas que normalmente se llevan cabo en el servicio y, el segundo grupo de estudio a quienes -previo consentimiento informado- se les aplicó el protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión.

Este estudio tuvo una duración de dos meses, tiempo en el cual se pudo observar que en el grupo control -conformado por veinte personas- nueve de ellas desarrollaron algún estadio de úlceras por presión lo que equivale al 45% del total de integrantes, mientras que en el grupo de estudio -conformado por veintiún personas- tres de ellas desarrollaron algún estadio de úlceras por presión lo que equivale al 14% del total de integrantes. Se pudo observar que los pacientes del grupo de estudio en que hubo desarrollo de úlceras por presión pertenecían al subgrupo III -los cuales eran altamente dependientes- con un promedio de 17,1 días de hospitalización. En éste, una paciente desarrolló el estadio I, en que sólo hubo enrojecimiento sacro, sin pérdida de indemnidad de piel y dos pacientes desarrollaron el estadio II, en que hubo pérdida del grosor de la piel que afectó la epidermis y dermis, ambas potencialmente curables con las medidas adoptadas para tratamientos que existen en el protocolo de atención.

2.- SUMMARY

There was realized a study of quantitative, descriptive, experimental and market type, which is born of the problem of which major adults exist in the Service of Internal Medicine of the Hospital Base Osorno (H.B.O.), that develop sores for pressure or escaras, during her hospitalization, which can manage to be diminished as for number and gravity.

To carry out this investigation, a protocol of attention was in use for patients at the risk of developing sores for pressure - already validated in other countries- based on the scientific evidence, adapting it to the reality and the resources, so much economic as existing human beings in the Service of Internal Medicine of the H.B.O. Beside considering the scientific foundations, the protocol must consider the foundations of the theory, is for this that, in addition, in the protocol that one proposes to anticipate(prepare) the sores for pressure, applies to itself the theory of the deficit of Orem's autocare, due to the integral character that this one possesses.

To develop this study there were formed two groups, which in turn divided in three equal subgroups, by variables already established as sex: feminine, pathology: chronic limitation of the air flow and degree of autovalency, the latter variable, in agreement to the scale Nongoes 5 of valuation of risk of sores for pressure, which is the protocol. The first group, of control, did not apply to him the protocol of attention, alone the measures that normally take end to themselves in the service and the second group, of study, to whom, previous informed assent, the protocol of attention was applied for patients at the risk of sores by pressure.

This study had a duration of two months, in which it was possible to observe that in the group control -shaped by twenty persons- nine of them developed some estadio of sores for pressure, which is equivalent to 45 % of the whole of members, whereas in the group of study, -shaped by twenty-one you present-, three of them developed some estadio of sores for pressure, it is equivalent to 14 % of the whole of members. It was possible to observe that the patients of the group of study, in which there was development of sores for pressure concerned(belonged) to the subgroup the IIIrd -which were highly dependent- with an average of 21,5 days of hospitalization, in which patient development the estadio I, in which only there was sacred reddening, without loss of leather indemnity and two patients who developed the estadio the IIInd, in which it had lost of the thickness of the skin that affected the epidermis and dermis, both, potentially curable with the measures adopted for treatment that exist in the protocol of attention.

3.- INTRODUCCIÓN

El plan gerontológico nacional, en el área dedicada a la salud de los adultos mayores, plantea como una línea genérica clave prevenir cualquier tipo de enfermedad y promover la salud, para lograr así el objetivo sanitario de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, respetando así el derecho que la Organización de las Naciones Unidas le confiere a las personas de edad en cuanto a disponer de servicios de atención sanitaria adecuados, accesibles y adaptados para ellos. (Marín, 2002). Este plan resulta incompleto si es que no está considerada la prevención y el registro institucional de la prevalencia y la incidencia de las úlceras por presión.

En Chile, son pocos los estudios realizados y publicados con respecto a la prevención del desarrollo de úlceras por presión, a pesar de la importancia médica y económica que estas lesiones implican. (Blumel y cols.2004; Aravena, 2004). Además, la incidencia de las úlceras por presión, como reconoce la Organización Mundial de la Salud, refleja la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país. (González, 2001).

Para una identificación objetiva y precisa del riesgo de presentar úlceras por presión se han desarrollado diversas escalas: *Evaruci* (González, 2001) ; *Nova 5* (Ayora, 2000); *Arnell* (Pancorbo 2001); *Norton modificada* (Bernal, 2001); *Bramen* (Montero, 2002); *Emina* (Fuentelsaz, 2001); *Fraggment (sic)*(Montero, 2002); *Waterlow* (Alicante y cols, 2002). Una de las más utilizadas es la Nova 5, la cual ha sido validada en diferentes escenarios para predecir la población en riesgo de desarrollar úlceras por presión y, con esto considerar que toda focalización de recursos médicos y de enfermería debe contener una política de predicción en torno a las úlceras por presión en los adultos mayores.

Si nos remitimos a la epidemiología nacional, la expectativa de vida para el año 2000 fue de 78 años. De la población general el 11,4% son mayores de 60 años. (INE, 2000). Se espera que en el año 2005 un 18% de la población general corresponda a este grupo etáreo (65 años y más) y que, a partir del año 2035, los adultos mayores superen en número a los jóvenes (INE, 2000).

La VIII encuesta de Caracterización Económica Nacional (Casen 2000) muestra que del total de adultos mayores existentes en el país, el 11,8% se encuentra en la décima región, ocupando la tercera posición a nivel de todas las regiones. De todos los adultos mayores de ésta región, un 3,8 % se encuentra con algún grado de discapacidad física o mental. Estas cifras indican claramente que la probabilidad de que estos adultos mayores desarrollen úlceras por presión en algún momento de su vida, aumente.

Estas cifras no son iguales en todas las regiones del país, pero sí similares (Casen 2000). Esto puede ser un indicador de que la probabilidad que el adulto mayor desarrolle úlceras por presión, no sólo aumente en la décima región, sino que constituya un problema a nivel nacional.

La consecuencia inmediata provocada por la transición demográfica, señalada de algún modo anteriormente, es esencialmente el cambio en la estructura por edad de la población. (INE, 2000). Esto generará nuevas demandas, principalmente en las áreas de salud y seguridad social, en donde nuestros usuarios más inmediatos serán adultos mayores, frágiles o en riesgo y con algún grado de discapacidad. (INE, 2000). Este cambio de estructura de edad, corroboraría la probabilidad señalada más arriba en el sentido de que la incidencia y la prevalencia de las úlceras por presión tenderá a aumentar progresivamente a nivel local, nacional e internacional.

Específicamente, en relación con la comuna de Osorno, se ha observado que el porcentaje de adultos mayores que ingresó al Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno (HBO) durante el primer semestre del año 2004, correspondió al 79,6% del total de los ingresos, con un índice ocupacional de 7,9 días en el primer trimestre y con un aumento a 8,9 días en el segundo trimestre. (Departamento estadística del HBO, 2004). Las cifras anteriormente descritas reflejan que en el Servicio de Medicina Interna existe un aumento de la población usuaria adulta mayor, así como los días de hospitalización de éstos, lo que se traduce, por ende, al riesgo de que aumenten los porcentajes de úlceras por presión en el servicio.

Cabe destacar que, las úlceras por presión no son clasificadas como diagnóstico médico al ingreso y egreso de los pacientes debido a que no se encuentran dentro de los códigos de ingreso y egreso según patologías que manejan los médicos. Esta situación dificulta la obtención de datos estadísticos que permitan estimar la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión en el Servicio de Medicina Interna y conocer la real magnitud de este problema. No obstante, estos datos pueden ser obtenidos a través de los registros de Enfermería. Un estudio piloto, previamente realizado a esta tesis de los indicadores epidemiológicos antes señalados, empleando los registros de enfermería permitió estimar que la prevalencia puntual de úlceras por presión en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, fue de 56,8% durante el primer semestre y, la incidencia de período fue de 43,8% durante la misma fecha.

Para un correcto análisis de esta entidad, no es suficiente conocer el comportamiento estadístico de la misma. Es muy importante enfrentar este problema desde el punto de vista teórico y, específicamente, desde el punto de vista de las teorías que existen en el campo de la Enfermería y que puedan estar relacionadas con la prevención y tratamiento.

Entre las teorías existentes en la disciplina de Enfermería hay dos que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia, las cuales se puede utilizar en el trabajo con adultos mayores (Henderson, 1966 y Orem, 1980). Cualquier medida que se realice en torno a la prevención y tratamiento de esta entidad, es decir, a la confección de un protocolo, debe considerar los fundamentos de la teoría. El protocolo que se propone para prevenir las úlceras por presión en el presente estudio se deriva de la teoría de Orem (1980).

Sobre la base de lo mencionado, surge la necesidad de diseñar un estudio con el objeto de evaluar en nuestro medio la utilidad de la aplicación de un protocolo de atención para pacientes que permita disminuir el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- TEORIAS DE ENFERMERÍA

Existen múltiples teorías y modelos de Enfermería los cuales se han agrupado según tendencias, clasificación, tipos y categorías.

Según su clasificación, que es la forma más general de agruparlas, tomando como referencia las teorías que le han servido para su elaboración, tenemos: los *Modelos de Interacción*, basados en la teoría de la comunicación – interacción de las personas, destacando aquí Orlando (1961), Riehl (1980), King (1981); *Modelos Evolucionistas*, se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de enfermería, destacan Thibodeau (1983), Peplau (1952); *Modelos de necesidades humanas*, parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería, destacan: Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980); y por último los *Modelos de Sistemas*, usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de enfermería, destacan: Roy (1980), Newman(1982). (Rivera, 2000).

Existen otra manera de clasificar las teorías según *categorías*, que es la segunda forma más general de clasificarlas, aquí existen 4 grupos diferenciados de teóricas de enfermería, correspondiendo la primera categoría: *Enfermería como Arte y Ciencia*, donde se agrupan algunas de la más conocidas como Nightingale, Abdellah, Wiedenbach, Hall, Orem, Adam, Parsy, Leininger y Watson.; la segunda clasificación corresponde a la categoría de: *Las Relaciones Interpersonales*, donde destacan Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach, King, Rihel-Sisca, Erickson, Tomlin, Suwain y Barnard; la tercera clasificación corresponde a la categoría de: *Los Campos de Sistemas*, en donde son representantes las investigadoras Jonson, Roy, y B. Neuman; por último la cuarta clasificación que corresponde a la categoría de: *Campos de Energía* en donde se encuentran Rogers, A.Newman y Levine. (Rivera, 2000)

Como se ha explicado anteriormente, entre las diferentes y múltiples teorías de Enfermería se trabajará con dos de ellas para cumplir el objetivo de este estudio. La razón por la cual se utilizarán estas teorías es porque ya han sido utilizadas en trabajos relacionados con la atención del adulto mayor. Ambas se encuentran agrupadas dentro de las tendencias de suplencia y/o ayuda, siendo los modelos más representativos de éste grupo, la primera de ellas corresponde a la “Teoría de las necesidades humanas básicas” de Virginia Henderson (1966), y la segunda es la “Teoría del déficit del autocuidado” de Dorothea Orem (1980).

4.1.1.- TEORÍA DE LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS (1966)

Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería, en sus innumerables trabajos, explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud. Para Henderson la definición de enfermería no era definitiva, consideraba que esta disciplina cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud. (Reyes, 2000).

4.1.1.1.- FUENTES TEORICAS DE LA TEORÍA DE HENDERSON

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería. El primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harper (1942). El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nurses Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. (Marriner, 1999).

4.1.1.2.- TENDENCIA Y MODELO DE LA TEORÍA DE HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Perteneció a la tendencia de suplencia o ayuda. Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente. Esta teoría puede ser clasificada en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. (Reyes, 2000).

4.1.1.3.- PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE LA TEORÍA DE HENDERSON.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado. (Marriner, 1999).

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. (Marriner, 1999).

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. (Marriner, 1999).

4.1.1.3.1.- Definición de Enfermería

“Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.” (Marriner, 1999).

4.1.1.3.2.- Salud.

“Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.” (Marriner, 1999).

4.1.1. 3. 3.- Entorno.

“Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.” (Marriner, 1999).

4.1.1. 3. 4.- Persona (paciente).

“Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.” (Marriner, 1999).

4.1. 1. 3. 5.- Necesidades Humanas básicas según Henderson.

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

4.1.1.3.5.1.-Respirar normalmente.

4.1.1.3.5.2.-Comer y beber de forma adecuada.

4.1.1.3.5.3.-Evacuar los desechos corporales.

4.1.1.3.5.4.-Moverse y mantener una postura adecuada.

4.1.1.3.5.5.-Dormir y descansar.

4.1.1.3.5.6.-Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

4.1.1.3.5.7.-Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

4.1.1.3.5.8.-Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.

4.1.1.3.5.9.-Evitar peligros y no dañar a los demás.

4.1.1.3.5.10.-Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.

4.1.1.3.5.11.-Profesar su fe.

4.1.1.3.5.12.-Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.

4.1.1.3.5.13.-Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

4.1.1.3.5.14.-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles. (Marriner, 1999).

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: (Dueñas, 2000).

4.1.1. 3. 5. 1.- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

4.1.1. 3. 5. 2.- Variables: estados patológicos:

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

4.1. 1. 4.- SUPUESTOS PRINCIPALES DE HENDERSON

“La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.” (Henderson, 1966).

“La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.” (Henderson, 1966).

“Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.” (Henderson, 1966).

4.1. 1. 5.- AFIRMACIONES TEORICAS DE HENDERSON

4.1. 1. 5. 1.- Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

4.1. 1. 5.1.1.- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. (Henderson, 1966).

4.1.1.5.1. 2.- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia. (Henderson, 1966).

4.1. 1. 5.1. 3.- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. (Henderson, 1966).

4.1. 1. 5.2.- Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen. (Henderson, 1966).

4.1. 1. 5. 3.- Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas. (Henderson, 1966).

4.1.2.- TEORÍA DEL “AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM”

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo" (Marriner, 1999).

4.1.2.1.- FUENTES TEORICAS

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

4.1.2.3.- PRINCIPALES DEFINICIONES.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

4.1.2.2.1.- TEORÍA DEL AUTOCUIDADO: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (Dueñas, 2000).

Define además *tres requisitos de autocuidado*, entendiéndolos por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

4.1.2.2.1.1.-*Requisitos de autocuidado universal:* son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.1.2.-*Requisitos de autocuidado del desarrollo:* promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.1.3.-Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.2.- TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (Dueñas, 2000).

4.1.2.2.3.- TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

4.1.2.2.3.1. *Sistemas de enfermería totalmente compensadores:* La enfermera suplente al individuo. (Dueñas, 2000).

4.1.2.2.3.2. *Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:* El personal de enfermería proporciona autocuidados. (Dueñas, 2000).

4.1.2.2.3.3.- *Sistemas de enfermería de apoyo-educación:* la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. (Dueñas, 2000).

4.1.2.2.4.- PRINCIPALES CONCEPTOS.-

4.1.2.2.4.1.- Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno; condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, considera que el hombre es un todo complejo y unificado, objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.4.2.- Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.4.3.- Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas, a los grupos o ambos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (Marriner, 1999).

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.5.- SUPUESTOS PRINCIPALES

Según Marriner (1999) son cinco los supuestos principales de la teoría de Orem:

4.1.2.2.5.1.- Los seres humanos necesitan estímulos deliberados, que actúen sobre ellos y su entorno para vivir y proceder de acuerdo con la naturaleza. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.5.2.- La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.5.3.- Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y regulación de las funciones vitales. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.5.4.- La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para sí mismos y para los demás. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.5.5.- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportarles estímulos necesarios para uno mismo y los demás. (Marriner, 1999).

Esta teoría proporciona una guía para el accionar de enfermería, los resultados dicen relación con el conocimiento y satisfacción de las demandas del autocuidado y promoción del ejercicio de autocuidado entre otras. (Marriner, 1999).

4.1.2.2.5.5.1.- Una persona para cuidar de si misma, debe ser capaz de realizar efectivamente las siguientes actividades:

4.1.2.2.5.5.1. 1.- Apoyar los procesos vitales y del funcionamiento normal.

4.1.2.2.5.5.1. 2.- Mantener el crecimiento, maduración y desarrollo normal.

4.1.2.2.5.5.1. 3.- Prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión.

4.1.2.2.5.5.1. 4- Prevenir incapacidad (o su compensación).

4.1.2.2.5.5.1. 5.- Promover el bienestar.

4.1.2.2.5.5.2.- La finalidad de la atención en autocuidado es fomentar y promover la salud, prevenir enfermedades, recuperar o rehabilitar la salud integral. (Campos, 1994).A través del autocuidado se influye positivamente en:

4.1.2.2.5.5.2.1.- El nivel de salud y la calidad de vida de la población al lograr que las personas, familia y comunidad mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar de su propia salud. (Campos, 1994).

4.1.2.2.5.5.2.2.- Fomentar su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario. (Campos, 1994).

4.1.3.- CLASIFICACIÓN EN TENDENCIAS Y MODELOS

Para efectos de estudios, se han tratado de clasificar los modelos existentes, actualmente en Enfermería. A pesar de las dificultades que entraña, hay varias clasificaciones prácticas que han servido para aclarar y dar difusión de ellos entre las enfermeras del mundo (Rivera, 2000).

4.1.3.1.- Los modelos se han agrupado en tres tendencias:

- 4.1. 3.1. 1.- Tendencia Naturalista.
- 4.1. 3.1. 2.- Tendencia de suplencia o ayuda
- 4.1. 3.1. 3.- Tendencia de interrelación

Los modelos de Henderson y de Orem, anteriormente mencionados, son representativos de la tendencia de *suplencia o ayuda*. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentando ambas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente. (Beck, 2000).

4.1.3.2.- En su clasificación los modelos se agrupan tomando como referencia las teorías que les han servido para su elaboración:

- 4.1. 3.1. 1.- Modelos de interacción.
- 4.1. 3.1. 2.- Modelos evolucionistas.
- 4.1. 3.1. 3.- Modelos de necesidades humanas.
- 4.1. 3.1. 4.- Modelos de sistemas.

Los modelos de Henderson y Orem, se encuentran clasificadas dentro de los modelos de *necesidades humanas*, ya que parten de de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. (Beck, 2000).

4.1.3.3.- En su clasificación por categorías, existen 4 grupos diferenciados de teorías de enfermería:

- 4.1.3.3.1.-** Enfermería humanística como arte y ciencia.
- 4.1.3.3.2.-** Relaciones interpersonales.
- 4.1.3.3.3.-** Campo de los sistemas.
- 4.1.3.3.4.-** Campos de energía.

Los modelos de Henderson y Orem, se encuentran clasificados dentro de la categoría de *Enfermería como arte y ciencia*.

4.1.3.4.- En su clasificación por tipos de modelos, existen:

- 4.1.3.4.1.-** Modelos de sistemas (Sistemas cerrados, Sistemas abiertos)
- 4.1.3.4.2.-** Modelos de Autocuidado, actividades de la vida diaria, necesidades.
- 4.1.3.4.3.-** Modelos evolucionistas o de adaptación.
- 4.1.3.4.4.-** Modelos de interacción.

Los Modelos de Henderson y Orem, se encuentran clasificados dentro del tipo de *modelo de autocuidado, actividades de la vida diaria, necesidades*. Tienen su base común en las necesidades para la vida y la salud, como núcleo de acción de enfermería, basadas en la teoría de la motivación y personalidad de A. Maslow. En el desarrollo de su teoría Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básico (al menos la mayoría de ellas) para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior.

Los teóricos conductistas median los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) y en la definición de Orem los cambios se miden a través del logro del autocuidado. (Beck, 2000).

4.1.4.- APLICACIÓN DEL MODELO DE DOROTHEA OREM AL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN.

Se decide utilizar el modelo de Orem para el protocolo de atención debido a que ya se ha utilizado en el ejercicio profesional con éxito en pacientes con Patologías que comúnmente se encuentran en el Servicio de Medicina Interna. La teoría de Orem fue utilizada en 1973 por primera vez en el Hospital Johns Hopkins con éxito en pacientes con patologías cardíacas, renales, oncológicas, metabólicas, respiratorias, en psiquiatría y salud mental y sobre todo porque ha sido utilizado para trabajar con personas de la tercera edad, cobrando con esto importancia uno de sus conceptos que es el núcleo del modelo de Orem, como lo es el déficit del autocuidado.

Actualmente es utilizado en el Hospital de Jaénh España para la atención de pacientes con patologías renales (Desarrollo del modelo de autocuidado de Dorotea Orem en pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (D.P.C.A.)

En el modelo de Henderson, a pesar de sus catorce necesidades, existen solo dos ligadas a las necesidades psicosociales del paciente como lo son: comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones y profesar su fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional – psicológica del paciente, dándole carácter biológico a su definición. (Barra, 2000).

En cambio, Orem afirma que el individuo tiene aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales de salud que le son inseparables, “El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente” (Marriner, 1999).

Orem, también indica que existen condiciones externas e internas constantes que se asocian con el estado de salud, se relacionan con los estímulos recibidos del medio externo e interno, que influyen directamente en el estado del anciano, que en este caso podría afectar una condición psicológica interna que la constituye la “Depresión”(Campos, 1994).

En su modelo, Orem establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o desviadas de su salud, que los incapacita para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar. (Marriner, 1999).

Los tres sistemas de Enfermería descritos por Orem, dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, el personal de enfermería se convierte en agente de autocuidado. (Marriner, 1999).

Ante todos los antecedentes expuestos, queda de manifiesto que la característica esencial que diferencia a la teoría de Orem con respecto a la Henderson es que la primera tiene un enfoque teórico manifiestamente más integral que el de Henderson.

Se sabe que existen innumerables factores que influyen en la aparición de úlceras por presión y que no son sólo de carácter biológico como lo son: la red de apoyo familiar y social que tengan los adultos mayores, sobre todo los no autovalentes, el ingreso familiar mensual y el estado de ánimo del paciente que pueden pasar de ser factores protectores a factores de riesgo que posea un anciano para el desarrollo de úlceras por presión.

Ésto tiene particulares implicancias sobre el objeto de estudio de este trabajo, el cual consiste en que las úlceras por presión en los adultos mayores tienen un carácter multifactorial y la respuesta debe tener también un carácter de este tipo.

El concepto de cuidar consiste en aumentar la interrelación de factores que influyen en el autocuidado, entendido como un acto propio del individuo, con un objetivo específico que se aprende en la medida en que el ser humano madura y que es afectado por las creencias, hábitos y costumbres propias de una cultura, afirma Orem, según Marriner.(1999).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo, según Dueñas (2000).

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, según Dueñas (2000), se basan en la relación de ayuda o suplencia o ambos, de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.-** Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

- 2.-** Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

- 3.-** Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

- 4.-** Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

- 5.-** Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

4.2.- INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

4.2.1.- EPIDEMIOLOGÍA EN CHILE

No existen datos estadísticos a nivel nacional que muestren el impacto que tienen las úlceras por presión en la población de adultos mayores, a pesar de la importancia económica y social que la presencia de ellas conlleva -en el gasto en salud, y del cambio en la estructura por edad de la población que está viviendo nuestro país actualmente- en el que se ve un aumento de la población adulta mayor, así como un aumento en la esperanza de vida.

No existen datos dentro de los informes, estudios y presentaciones, ni en el análisis nacional y regional de carga de enfermedades dentro de las estadísticas del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas.

Llama la atención que no aparezca como un indicador necesario de evaluar dentro de la encuesta de calidad de vida y salud que se realizó durante el año 2000 por el Ministerio de Salud, ni como un indicador básico de situación de salud del año 2002.

Existen algunos datos en las Estadísticas de Salud que proporciona el Ministerio de Salud. Específicamente en el Departamento de Estadísticas e información de Salud(DEIS), en este sistema se puede apreciar que existe una clasificación denominada Egresos Hospitalarios según Grupos de Edad, por grupo de diagnósticos seleccionados, Chile 2001. Estadísticas de Morbilidad (causas de egresos hospitalarios) CIE- 10, en donde en su aspecto 65, con código L00-L99 aparecen las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo por edad, pero no aparecen nombradas en particular las úlceras por presión posterior a éste diagnóstico, ni existen datos que las relacionen, sólo aparecen heridas de tipo quirúrgico, dentro de éste diagnóstico principal.

Sólo existen datos relacionados con las tasas de discapacidad en los mayores de 65 años (ver, oír, hablar, caminar, dificultad para vestirse y desvestirse, tomar objetos, masticar cosas duras) y de morbilidad declarada en el país y a nivel regional, en donde no aparece su prevalencia.

Las mediciones de calidad de vida relacionada con la salud han sido progresivamente incorporadas en los países desarrollados para evaluar el impacto de las políticas sanitarias, y para conocer los estilos de vida, la presencia de discapacidades, los números de pacientes postrados con algún tipo de herida, así como las enfermedades agudas y accidentes que les han aquejado, pero, como podemos ver los pacientes postrados, o adultos mayores accidentados y con heridas han sido dejado de lado en la encuesta realizada por el Ministerio de Salud.

El Plan de Acción Internacional o “Plan de Viena” aprobado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1982, pretende que cada sociedad pueda tratar eficazmente las cuestiones relacionadas con el envejecimiento de las poblaciones, y abordar las necesidades potenciales de desarrollo y dependencia de las personas de edad. (Marín, 2000), ésto implica un nuevo desafío para nuestro país y sobre todo para nuestro sistema sanitario, en donde se deben renovar los enfoques metodológicos, abordando los verdaderos problemas que aquejan a los adultos mayores.

4.2.2.- EPIDEMIOLOGÍA DE LATINOAMÉRICA.

En latinoamérica, no existen datos relacionados con la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión, tampoco existen datos dentro de los informes, estudios y presentaciones, ni en el análisis nacional y regional de carga de enfermedades, con excepción del sistema de salud de la República de Cuba. Dicho Sistema tiene un componente denominado “Sistema de Información Estadística”, dentro del cual está el Sistema de Información Estadístico Complementario del Sector Salud (SIE-C) que está constituido a su vez, por tres subsistemas de información y 23 reportes con información adelantada, en los que se recoge por registros continuos y con cobertura nacional, la información estadística del Sector. En este sistema se puede apreciar que existe una clasificación denominada morbilidad en donde en su aspecto 12 aparecen las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, por sexo, por la variable vivo o fallecido en el proceso de egreso del paciente. En este sistema también se realiza el diagnóstico principal, tomando en consideración las variables nombradas, de las heridas con que el paciente egresa. Este sistema debe permitir establecer con claridad los datos que permitan la estimación de la incidencia y de la prevalencia de las heridas al egreso en general y de las úlceras por presión en particular. (Ministerio de Salud de Cuba, 2003). (Anexo N°7; Tabla 1; Tabla2)

4.3.- ÚLCERAS POR PRESIÓN

4.3.1.- DEFINICIONES:

Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, es decir, por falta de riego sanguíneo, que provocan la muerte de tejidos y posterior necrosis, comenzando en la piel. En general se producen en sitios donde existen prominencias de los huesos, que al comprimir la zona de apoyo entre éste y el resto de cuerpo situado superficialmente provocan la disminución o la suspensión del flujo de sangre, con el consiguiente daño a los tejidos. Dichos sitios pueden ser sometidos a presión intensa durante un período corto o a presión menos intensa, durante un tiempo más prolongado, siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel. (Dueñas, 2004).

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. (Dueñas, 2004).

Las úlceras por presión (UPP) también pueden definirse como “cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición. Se desecha en la actualidad el término úlcera por decúbito por no hacer referencia a la presión, factor determinante en su aparición, y por excluir a la que no han aparecido en decúbito”. (Ascardoso, 2002).

Aunque se podría citar otro gran número de definiciones sobre UPP, el uso de una misma acepción en conjunto con la utilización de una misma clasificación para los estadios que estas pueden presentar nos va a permitir valorar la evolución de las lesiones a la vez que realizar comparaciones entre diferentes realidades. (Dueñas, 2004).

Las úlceras por presión constituyen un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social.

Lo más importante es que el 95% de las úlceras por presión (UPP) son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos. (Ascardoso, 2002).

Cuando aparece una úlcera por presión en estos enfermos puede ser índice de que existe un agravamiento de su enfermedad primitiva y sobretodo se acompañará de una mala

evolución y una curación más difícil, de ahí la importancia extrema que representa la prevención de la formación de las úlceras por presión. (García, 2003)

Para la evitación y priorización de la prevención de las úlceras por presión influyen factores como: la calidad de la atención sanitaria, la disminución de riesgos evitables, la optimización de recursos tanto humanos como materiales, así mismo, pasar de experiencias individuales a contextos más generales e integrados en aspectos como la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión a través de protocolos estandarizados basados en una correcta teoría de prevención y tratamiento de estas.

Las úlceras por presión se pueden y se deben prevenir. Es necesario en primer lugar Identificar a todas las personas con factores de riesgo: inmovilización, mala nutrición, incontinencia fecal y urinaria y disminución del grado de conciencia. Pensando en que pueden aparecer las úlceras. (García, 2003).

Las úlceras por presión son dolorosas y pueden poner en peligro la vida del paciente. Prolongan el tiempo de convalecencia en hospitales o en los centros de cuidado y aumentan el costo. La prevención es la máxima prioridad y las úlceras por presión profundas casi siempre pueden prevenirse con una intensiva atención al paciente. (Merck, 2003)

4.3.2.- CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Hay cambios en la piel del anciano asociados al envejecimiento o que favorecen su aparición:

- La piel de los ancianos tiene una regeneración más lenta. La reepitelización de heridas en 2,5 veces más lenta en mayores de 65 años (Gac, 2000; Soto, 2001).
- Existe una disminución de la fuerza de unión de las células en la epidermis, con un retardo en su regeneración y una disminución del riego sanguíneo en la dermis. (Gac, 2000).
- A esto se debe agregar que disminuye o se pierde la sensibilidad al dolor, se adelgazan todas las capas de la piel y se alteran los tejidos elásticos y colágeno que la componen. (Gac, 2000; Soto, 2001).
- La falta de vitamina C puede aumentar la fragilidad de los vasos sanguíneos y del tejido graso que de alguna manera sirve como colchón de nuestro cuerpo, reduciendo de esta forma su protección y facilitando la producción de lesiones por presión. (Gac, 2000; Soto, 2001).
- De los factores físicos directamente involucrados en la formación de una úlcera por presión, sin duda el más importante es la presión misma. (Gac, 2000).
- La presión de la pequeña circulación de los tejidos: como la presión de la piel no es tan elevada, si esta se halla sometida a una compresión externa, ésta puede equipararse o superar a la presión del capilar sanguíneo, generando la citada isquemia al suspenderse el riego en la zona afectada. Es por ello que existen zonas del cuerpo más susceptibles de lesionarse, como las prominencias óseas. Por ejemplo, se puede mencionar que al estar sentada, una persona puede recibir presiones superiores en 10 veces a la presión de su circulación. (Gac, 2000; García, 2003; Soto, 2001).
- La fricción, producto del roce con la ropa de cama y sus pliegues, así como el cizallamiento entre dos capas de la piel y la maceración por la humedad de los tejidos, agravan el efecto de la presión sobre los lugares expuestos. (Gac, 2000; García, 2003).

4.3.3.- ETIOPATOGENIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las *fuerzas responsables* de su aparición son:

4.3. 3.1.- 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 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. (Dueñas, 2004; García, 2003; Soto, 2001) (Fig.1).

4.3. 3. 2.- Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. (Dueñas, 2004; García, 2003; Soto, 2001) (Fig.2).

4.3. 3. 3.- 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). (Dueñas, 2004; García, 2003; Soto, 2001) (Fig.3).

4.3.4.- LOCALIZACION HABITUAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión se localizan habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. (Dueñas, 2004; Merck, 2003) (Anexo N°8; Fig. 4).

Las áreas de más riesgo serían:

- 4.3.4.1.- La región sacra
- 4.3.4.2.- Los talones
- 4.3.4.3.- Las tuberosidades isquiáticas
- 4.3.4.4.- Las caderas
- 4.3.4.5.- Las rodillas
- 4.3.4.6.- Los omóplatos
- 4.3.4.7.- Los hombros
- 4.3.4.8.- Las costillas.
- 4.3.4.9.- A veces también pueden aparecer en la nuca y en las orejas.

A veces aparecen úlceras localizadas en zonas expuestas a roce continuo y prolongado de un determinado objeto utilizado en el tratamiento del paciente como son:

- 4.3.4.10.- *Nariz:* por la mascarilla de Oxígeno o por el uso de Sonda Nasogástrica.
- 4.3.4.11.- *Labios, lengua y encías:* por tubos Endotraqueales.
- 4.3.4.12.- *Meato Urinario:* por utilización de Sonda Vesical.

4.3.5.- FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Existe acuerdo entre varios autores (Dueñas, 2004; Soto, 2001; Merck, 2003; Ascardoso, 2002) que son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en permanentes y no permanentes.

4.3.5.1.- PERMANENTES

Son aquellos que no admiten mejoría y acompañan naturalmente a las personas durante su vida:

4.3.5.1.1.- *Edad.*

4.3.5.1.2.- *Capacidad física mermada.* (inmovilidad, parálisis, estado de coma, etc.)

4.3.5.2.- NO PERMANENTES

4.3.5.2.1.- Fisiopatológicos:

Como consecuencia de diferentes problemas de salud.

4.3.5.2.1.1.- *Lesiones Cutáneas:* Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.

4.3.5.2.1.2.- *Trastorno en el Transporte de Oxígeno:* Trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares, etc.

4.3.5.2.1.3.- *Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso):* Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación, etc.

4.3.5.2.1.4.- *Trastornos Inmunológicos:* Cáncer, infección, etc.

4.3.5.2.1.5.- *Alteración del Estado de Conciencia:* Estupor, confusión, coma, etc.

4.3.5.2.1.6.- *Deficiencias Motoras:* Paresia, parálisis, etc.

4.3.5.2.1.7.- *Deficiencias Sensoriales:* Pérdida de la sensación dolorosa, etc.

4.3.5.2.1.8.- *Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal):* Incontinencia urinaria e intestinal.

4.3.5.3.- Derivados del Tratamiento: Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos:

4.3.5.3.1.- Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, ventiladores, etc.

4.3.5.3.2.- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos, etc.

4.3.5.3.3.- Cateterismos con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Cateterismo vesical, nasogástrico, etc.

4.3.5.4.- Situacionales: Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

4.3.5.4.1.- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés, etc.

4.3.5.4.2.- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc.

4.3.5.5.- Del Desarrollo: Relacionados con el proceso de maduración.

4.3.5.5.1.- Ancianos: Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

4.3.5.6.-Del Entorno: Derivados de los cuidados y de los cuidadores.

4.3.5.6.1.- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.

4.3.5.6.2.- La falta de educación sanitaria a los pacientes.

4.3.5.6.3.- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.

4.3.5.6.4.- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.

4.3.5.6.5.- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.

4.3.5.6.6.- La sobrecarga de trabajo del profesional.

4.3.5.6.7.- Todos aquellos factores que incluyen las actuaciones externas sobre el paciente: higiene inadecuada, ausencia o defecto de cambios posturales, fijación inadecuada de sondas, drenajes, férulas, etc., uso inadecuado del material, falta de recursos materiales, falta de educación sanitaria.

4.3.6.- DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las medidas más habituales de prevención de úlceras por presión según refieren algunos autores (Dueñas, 2004; Ascardoso, 2002, Verdugo, 2002) son:

4.3.6.1.- VALORACION DEL RIESGO.

4.3.6.1.1.- Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.

4.3.6.1.2.- Elija y utilice un método de valoración de riesgo.

4.3.6.1.3.- Identifique los factores de riesgo.

4.3.6.1.4.- Registre sus actividades y resultados. Evalúe.

4.3.6.2.- CUIDADOS ESPECÍFICOS

4.3.6.2.1.- Piel

4.3.6.2.1.1.-Examine el estado de la piel a diario.

4.3.6.2.1.2.-Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca.

4.3.6.2.1.3.-Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.

4.3.6.2.1.4.-Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción.

4.3.6.2.1.5.-No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, colonias, etc.)

4.3.6.2.1.6.-Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.

4.3.6.2.1.7.-Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.

4.3.6.2.1.8.-Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (poliuretano, hidrocoloides)

4.3.6.2.1.9.- No realizar masajes sobre prominencias óseas.

4.3.6.2.2.- Incontinencia

4.3.6.2.2.1.-Tratamiento de la incontinencia.

4.3.6.2.2.2.-Reeducación de esfínteres.

4.3.6.2.2.3.-Cuidados del paciente: absorbentes, colectores, etc.

4.3.6.2.3.- Movilización

4.3.6.2.3.1.-Elabore un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.

4.3.6.2.3.2.-Realice cambios posturales: Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada. En períodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias si puede realizarlo autónomamente, enséñele a moverse cada quince minutos.

4.3.6.2.3.3.-Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

4.3.6.2.3.4.-Evite el contacto directo de las prominencias óseas entre si.

4.3.6.2.3.5.-Evite el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.

4.3.6.2.3.6.-En decúbito lateral, no sobrepase los 30 grados.

4.3.6.2.3.7.-Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.

4.3.6.2.3.8.-No utilice flotadores.

4.3.6.2.3.9.-Use dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario No sustituye a la movilización.

4.3.6.3.- CUIDADOS GENERALES.

Tratar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:

4.3.6.3.1.- Alteraciones Respiratorias

4.3.6.3.2.- Alteraciones Circulatorias

4.3.6.3.3.- Alteraciones Metabólicas

4.3.6.3.4.- Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).

4.3.6.3.5.- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

4.3.6.4.- EDUCACION:

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

4.3.6.4.2.-Desarrolle un programa de educación para prevenir úlceras por presión
que sea:

- 4.3.6.4.2.1.-** Organizado, estructurado y comprensible.
- 4.3.6.4.2.2.-** Dirigida a todos los niveles: pacientes, familia, cuidadores,
gestores, y,
- 4.3.6.4.2.3.-** Que incluyan mecanismos de evaluación sobre la eficiencia.

4.3.6.4.3.- Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan
los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes
con riesgo, sobre los que establecer protocolos de prevención.

4.3.6.4.3.1.- El uso de esta tabla u otras similares, debe ser el primer paso en
la PREVENCIÓN.

4.3.6.4.3.2.- Deben ser cómodas, no complicadas, que incluyan el máximo
número de factores de riesgo.

4.3.6.4.3.3.- Las debe elegir el equipo asistencial, y este debe regular su uso,
al ingreso o primer contacto con el paciente y después en los
plazos que establezca el equipo.

4.3.7.- ESTADIOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Se ha llegado al consenso mundial de utilizar un instrumento para valorar las úlceras por presión, en las cuales, son etapificadas en cuatro grados según profundidad (Gneaupp, 1999) las cuales son:

4.3.7.1.- ESTADÍO 1:

Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local. (Anexo N° 11; Fig.5).

4.3.7.2.- ESTADÍO 2:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. (Anexo N° 11; Fig.6).

4.3.7.3.- ESTADÍO 3:

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. (Anexo N° 11; Fig.7).

4.3.7.4.- ESTADÍO 4:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas o trayectos sinuosos. (Anexo N° 11; Fig.8).

En todos los casos en que se proceda a valorar deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

4.3.8.- DESCRIPCIÓN DE UNA ÚLCERA

Varios autores (Ascardoso; 2002, Verdugo, 2002; Dueñas, 2004; Soto, 2001) han llegado a un acuerdo para describir las úlceras por presión según forma, fondo, bordes y secreción que presente:

4.3.8.1.- FORMA DE LA ÚLCERA: (Anexo N° 12; Fig.9)

- 4.3.8.1.1.- Circular
- 4.3.8.1.2.- Herradura
- 4.3.8.1.3.- Ovalada
- 4.3.8.1.4.- Reniforme
- 4.3.8.1.5.- Irregular
- 4.3.8.1.6.- Serpiginosa

4.3.8.2.- FONDO DE LA ÚLCERA: (Anexo N° 12; Fig.10)

- 4.3.8.2.1.- Superficial
- 4.3.8.2.2.- Profunda
- 4.3.8.2.3.- Forma de copa
- 4.3.8.2.4.- Festoneada
- 4.3.8.2.5.- Crateriforme
- 4.3.8.2.6.- Limpio
- 4.3.8.2.7.- Rugoso
- 4.3.8.2.8.- Esfacelado
- 4.3.8.2.9.- Purulento
- 4.3.8.2.10.- Necrótico
- 4.3.8.2.11.- Granulante

4.3.8.3.- BORDES DE UNA ÚLCERA: (Anexo N° 12; Fig.11)

- 4.3.8.3.1.- Oblicuo
- 4.3.8.3.2.- Mellado
- 4.3.8.3.3.- Socavado
- 4.3.8.3.4.- Excavado perpendicular
- 4.3.8.3.5.- Evertido

4.3.8.4.- SECRESIÓN DE UNA ÚLCERA: (Anexo N° 12; Fig.12)

- 4.3.8.4.1.- Escasa
- 4.3.8.4.2.- Profusa
- 4.3.8.4.3.- Hemorrágica
- 4.3.8.4.4.- Purulenta
- 4.3.8.4.5.- Serosa

5.- PROBLEMA: Hay adultos mayores que presentan úlceras por presión durante su hospitalización, las cuales pueden ser disminuidas en cuanto a número y gravedad.

6.- HIPÓTESIS CIENTÍFICA: La aplicación de un protocolo de atención que contenga los elementos teóricos y prácticos de prevención disminuirá el número y la gravedad de estas lesiones.

7.- OBJETIVO GENERAL: Aplicar un protocolo que sea capaz de disminuir el número y la gravedad de estas lesiones en un grupo de pacientes adultas mayores usuarias del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, durante el período de dos meses.

8.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

8.1.- Instruir teórica y prácticamente los contenidos del protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión al equipo de salud responsable de la atención de los adultos mayores en dos talleres a realizarse los días 19 y 22 de Octubre del año 2004 en la sala de reuniones del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.

8.2.- Estructuración de un grupo control y de un grupo de estudio fijando en ellos variables asociadas a la presentación de úlceras por presión, de acuerdo a criterios de la escala Nova 5 de valoración de riesgo de aparición de úlceras por presión.

8.3.- Aplicación por parte del equipo de salud del protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión a los usuarios adultos mayores del Servicio de medicina Interna del Hospital Base Osorno, que formen parte del grupo de estudio con las características: sexo femenino, grupo etáreo de 65 a 75 años, con patología de base Limitación Crónica del Flujo Aéreo, que ingresen los días martes y jueves de cada semana durante el período asignado al estudio.

8.4.- Medición de las variables ya fijadas asociadas a la aparición y gravedad de las úlceras por presión en el grupo control y el grupo de estudio durante el periodo de dos meses en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.

8.5.- Determinar si existen diferencias en cuanto a gravedad y tiempo de aparición de úlceras por presión entre los grupos control y de estudio

9.- MATERIAL Y MÉTODO

9.1.- TIPO DE ESTUDIO:

El estudio a realizar es una Investigación Cuantitativa, Experimental o de Estudio, Descriptiva, Transversal y Prospectiva.

9.2.- POBLACIÓN EN ESTUDIO:

La población en estudio correspondió a pacientes adultas mayores usuarias del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, Mujeres, de 65 a 75 años, con Limitación Crónica del Flujo Aéreo, y con variables ya definidas que se valoran de acuerdo a la Escala Nova 5 para valoración de pacientes con riesgo de úlceras por presión, (la cuál se encuentra detallada más adelante) las cuales son: deambulacion, alimentacion, continencia urinaria y fecal, estado de conciencia y movilizacion.

El estudio se realizó con una población que correspondiendo a 41 pacientes que ingresaron al Servicio los días lunes a jueves, desde la semana del 25 de octubre hasta la semana del 25 de diciembre del año 2004.

Para este estudio, se seleccionaron dos muestras, la primera muestra es el grupo **Control**, al cual pertenecieron 20 adultas mayores con las características anteriormente citadas y que ingresaron los días *lunes y miércoles*, a quienes no se les aplicó el protocolo de Atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión y que fueron tratados con las medidas que habitualmente se llevan a cabo en el Servicio, las cuales son: cambio de posición cada cuatro horas, protección de prominencias óseas con parches antiescaras y curaciones de acuerdo al estadio de la herida. A su vez, este grupo control, se subdividió en tres grupos, con variables ya definidas, debido al escaso recurso humano y material y al tiempo del estudio, los cuales fueron:

1.- Sexo femenino, 65 a 75 años, con patología: LCFA, estado de conciencia: alerta, continencia. Total, Movilidad: completa, Nutrición: correcta, por si sola; Actividad: deambula.

2.- Sexo femenino, 65 a 75 años, con patología: LCFA, estado de conciencia: desorientado o confuso, continencia: incontinencia ocasional ó incontinencia Urinaria o fecal, Movilidad: Limitación importante, Nutrición: incompleta, siempre con ayuda; Actividad: deambula con ayuda.

3.- Sexo femenino, 65 a 75 años, con patología: LCFA, estado de conciencia: letárgica, continencia: incontinencia urinaria y fecal total, Movilidad: no deambula, Nutrición: incompleta, siempre con ayuda; Actividad: no deambula.

La segunda muestra corresponde al grupo *Experimental o de Estudio*, al cual pertenecieron 21 adultas mayores con las características anteriormente citadas y que ingresaron los días *martes* y *jueves*, a quienes se les aplicó el protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, el cuál se detalla más adelante.

A su vez, este grupo control, se subdividió en tres grupos, con variables ya definidas, debido al escaso recurso humano y material y al tiempo del estudio, los cuales fueron:

1.- Sexo femenino, 65 a 75 años, con LCFA, estado de conciencia: alerta, continencia. Total, Movilidad: completa, Nutrición: correcta, por si sola; Actividad: deambula.

2.- Sexo femenino, 65 a 75 años, con LCFA, estado de conciencia: desorientado o confuso, continencia: incontinencia ocasional ó incontinencia Urinaria o fecal, Movilidad: Limitación importante, Nutrición: incompleta, siempre con ayuda; Actividad: deambula con ayuda.

3.- Sexo femenino, 65 a 75 años, con LCFA, estado de conciencia: letárgica, continencia: incontinencia urinaria y fecal total, Movilidad: no deambula, Nutrición: incompleta, siempre con ayuda; Actividad: no deambula.

La finalidad del estudio era realizar un estudio comparativo entre ambas muestras, , para determinar si existen diferencias o no entre los grupos formados y así poder demostrar la utilidad del protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, al finalizar el estudio.

Se eligió a esta población, por ser el sexo, patología y grupo etáreo en que más desarrollo de úlceras por presión existe en el Servicio de Medicina, correspondiendo al 62% del total de números de úlceras por presión del año 2003, y por lo tanto, la población en que mayor impacto puede causar la prevención del desarrollo de las úlceras por presión. Además, los pacientes con Limitación Crónica del Flujo Aéreo (LCFA) fueron la segunda causa principal de egreso del servicio de Medicina Interna durante el primer semestre del año 2004 con un 37.8 % y el sexo femenino, con el grupo etáreo que va desde los 65 a los 75 años representó al 42% de los ingresos durante la misma fecha (Departamento estadística del HBO, 2004).

Estas muestras son probabilísticas, ya que no seleccionaron los integrantes ni se tomó al 100% de la población, por razón de recursos humanos como materiales, así como del tiempo para el desarrollo del estudio, sino que fueron escogidos al azar, siendo los adultos mayores que ingresen los días lunes y miércoles pertenecientes al grupo control y los adultos mayores que ingresen los días martes y jueves pertenecientes al grupo de estudio. (Prof. Miranda, J.C. Elección muestra al azar. Instituto de estadística, UACH, 2004. Comunicación oral).

9.3.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 9.3.1.- Pacientes que ingresen los días viernes, sábados y domingos.
- 9.3.2.- Pacientes ingresados de corta estancia (1, 2 días) autovalentes, con la piel indemne, que se encuentren dentro del subgrupo 1 de ambas muestras.
- 9.3.3.- Pacientes con algún grado de úlceras por presión a su ingreso.
- 9.3.4.- Pacientes que no acepten conformar parte del estudio.

9.4.- METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las úlceras por presión no son clasificadas como diagnóstico médico al ingreso y egreso de los pacientes debido a que no se encuentran dentro de los códigos de ingreso y egreso según patologías que manejan los médicos en el Servicio de Medicina del Hospital Base Osorno. Esta situación dificultó la obtención de datos estadísticos que permitieran estimar la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión, por lo que para llegar a obtener los datos estadísticos necesarios se realizó un estudio piloto, en el que se revisaron los indicadores epidemiológicos de prevalencia e incidencia, para lo que se confeccionó una pauta para realizar auditoria de los siguientes registros: hojas de Ingreso de Pacientes al Servicio, hojas de Planeamiento de Atención de Enfermería y hojas de Derivación a Atención Primaria de Pacientes con Heridas, del primer semestre del año 2004, que al haberse aplicado se pudo estimar que la prevalencia puntual de úlceras por presión en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, fue de 56,8% durante el primer semestre y, la incidencia de período fue de 43,8% durante la misma fecha. (Departamento estadística del HBO, 2004).

La información se recolectó mediante la aplicación de un instrumento previamente diseñado, para cada uno de los grupos en estudio, durante el ingreso del paciente al Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno.

El instrumento incluye un documento de consentimiento informado que debió firmar el paciente para ingresar al estudio, o el grupo familiar, cuando las condiciones físicas del paciente no lo permitían.

Para el grupo control, se utilizó un cuestionario el cual se subdividió en tres ítems y que será utilizado al ingreso y egreso del paciente. El primer ítem corresponde a los antecedentes personales del paciente, en el segundo ítem, el paciente se integra a alguno de los tres subgrupos de acuerdo a variables preestablecidas utilizadas en la escala Nova 5 y por último, el tercer ítem valora la aparición de úlceras por presión y el estadio de ésta al egreso, si es que existiera.

Para el grupo de estudio, se utilizó un cuestionario que abarca dos ítems. El primer ítem corresponde a los antecedentes personales del paciente y en el segundo ítem el paciente se integra a alguno de los tres subgrupos con variables preestablecidas utilizadas en la escala Nova 5; de acuerdo al subgrupo que pertenezcan se les aplica un instrumento previamente diseñado para cada subgrupo durante el ingreso, su hospitalización y egreso. Este instrumento se divide en dos ítems, en el primero se valora el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, mediante la aplicación de la escala Nova 5 al paciente y de acuerdo al riesgo obtenido, se continúa con la reevaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión de acuerdo a días establecidos, según el puntaje que obtenga; el segundo ítem aborda la valoración de la herida en caso de que el paciente desarrolle úlceras por presión durante su hospitalización.

10.- DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

10.1.-Edad: número de años cumplidos al momento de aplicación del instrumento. (Marín, Pedro y col. Manual de Geriatria, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000)

-“Viejos Jóvenes” (65-75 años): Personas sanas, generalmente jubilados que buscan darle sentido a esta nueva etapa de la vida.

-“Viejos ancianos” (76 y más años): Persona que requiere la mayoría de los servicios Médico Asistenciales.

Se trabajará con adultos mayores cuyo grupo etáreo va desde los 65 a los 75 años al momento de la aplicación del protocolo, debido a que representan las edades de mayor número de ingresos registrados en la base de datos del Servicio de medicina Interna del Hospital Base de Osorno, durante los últimos tres trimestres del año 2004.

10.2.-Sexo: Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer (Diccionario Ilustrado de la Lengua Española).

-Femenino

-Masculino

10.3.- Limitación crónica del flujo aéreo (LCFA): La inflamación crónica de las vías aéreas periféricas y el enfisema pulmonar se agrupan bajo la denominación limitación crónica del flujo aéreo (LCFA), debido a que usualmente coexisten, a que tienen una misma consecuencia funcional y a que sus manifestaciones clínicas son similares. Su etiología es tabáquica en la gran mayoría de los casos, sin embargo el deterioro irreversible del flujo aéreo puede producirse también por asma mal tratada, secuelas de tuberculosis, bronquiectasias, bronquiolitis obliterante, etcétera. Otras denominaciones de esta entidad han sido Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Obstrucción Bronquial Difusa Crónica, y Bronquitis Crónica Obstructiva (Pertuzé, 1995).

10.4.- Estado mental: Es la condición de actividad (activación) de un grupo de agentes mentales en un cierto momento. (Von der Becke, 1999)

10.4.1.- Paciente consciente o alerta. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que está orientado y consciente.

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

10.4.2.- Paciente desorientado. (Ayora, Pilar; 2002)

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

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

10.4.3.- Paciente letárgico. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.

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

10.5.-Continencia: Emisión voluntaria de materia fecal y de la orina (Blouin, 1997)

10.5.1.- Paciente continente. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que tiene control de esfínteres.

- Puede ser portador de sondaje vesical permanente.

10.5.2.-Paciente con incontinencia ocasional. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado.

- Puede llevar pañal.

10.5.3.- Paciente con incontinencia urinaria o fecal. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni pañal.

10.5.4.- Paciente con incontinencia urinaria y fecal. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

10.6.- Movilidad: cualidad que, con base en la movilidad articular, extensibilidad y elasticidad muscular, permite el máximo recorrido de las articulaciones en posiciones diversas (Álvarez del Villar, 2000).

10.6.1.- Paciente con movilidad completa. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total.

- El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

10.6.2.- Paciente con limitación ligera en la movilidad. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda Nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, Yesos, etc.).

- No necesita ayuda para cambiar de posición

10.6.3.- Paciente con limitación importante en la movilidad. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda Nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc.) como por causas propias (amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejia, disnea de esfuerzo), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse.

10.7.- Nutrición: Se relaciona con las Funciones Fisiológicas, cuyas características específicas son: utilización óptima de nutrientes a nivel celular, en el cuerpo humano. (Dueñas, 2002).

10.7.1.- Paciente con nutrición correcta. (Ayora, Pilar; 2002)

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

Puede ser por:

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

10.7.2.- Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta. (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarios. Tiene una constitución física que demuestra defecto de peso.

Puede ser por:

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

10.7.3.- Paciente con nutrición incompleta: (Ayora, Pilar; 2002)

Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia, etc.) Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.

Puede ser por:

- Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos).
- Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia)
- Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

10.8.-Actividad: Es el estado de permanecer activo (con acción o movimiento). (Medline, 2004)

10.8.1.- Paciente que deambula: (Ayora, Pilar; 2002)

Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

10.8.2.- Paciente que deambula con ayuda. (Ayora, Pilar; 2002)

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

10.8.3.- Paciente que siempre precisa ayuda. (Ayora, Pilar; 2002)

No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.

11.- RESULTADOS

La población en estudio fue constituida por 41 usuarias del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, excluyéndose a 13 personas, de acuerdo a criterios establecidos.

CUADRO N° 1: Distribución numérica y porcentual de la población total en estudio, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	23	56
71 - 75	18	44
Total	41	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: La población en estudio está compuesta en su mayoría por adultas mayores que pertenecen al grupo etáreo que va desde los 65 a los 70 años.

CUADRO N° 2: Distribución numérica y porcentual de la población control, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	12	60
71 - 75	8	40
Total	20	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: El grupo control, está compuesto en su mayoría por adultas mayores que pertenecen al grupo etáreo que va desde los 65 a los 70 años.

CUADRO N° 3: Distribución numérica y porcentual de la población de estudio o experimental, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	12	57
71 - 75	9	43
Total	21	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: El grupo de estudio o experimental, está compuesto en su mayoría por adultas mayores que pertenecen al grupo etáreo que va desde los 65 a los 70 años.

CUADRO N° 4: Distribución numérica y porcentual de la población control, subgrupo I, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	3	50
71 - 75	3	50
Total	6	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: Se puede apreciar que ambos grupos etáreos del subgrupo I, del grupo control, están compuestos por la misma cantidad de adultas mayores.

CUADRO N° 5: Distribución numérica y porcentual de la población control, subgrupo II, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	4	67
71 - 75	2	33
Total	6	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: El 67% del subgrupo II del grupo control, está compuesto por adultas mayores que pertenecen al grupo etáreo que va desde los 65 a los 70 años, y el 33% pertenece al grupo etáreo que va desde los 71 a los 75 años

CUADRO N° 6: Distribución numérica y porcentual de la población control, subgrupo III, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	4	50
71 - 75	4	50
Total	8	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: Como se observa, ambos grupos etáreos del subgrupo III del grupo control, están compuestos por la misma cantidad de adultas mayores.

CUADRO N° 7: Distribución numérica y porcentual de la población de estudio o experimental, subgrupo I, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	3	50
71 - 75	3	50
Total	6	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: Se puede apreciar que ambos grupos etáreos del subgrupo I del grupo de estudio o experimental, están compuestos por la misma cantidad de adultas mayores.

CUADRO N° 8: Distribución numérica y porcentual de la población de estudio o experimental, subgrupo II, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	6	75
71 - 75	2	25
Total	8	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: El 75% del subgrupo II del grupo de estudio o experimental, está compuesto por adultas mayores que pertenecen al grupo etáreo que va desde los 65 a los 70 años, mientras que el 25% pertenece al grupo etáreo que va desde los 71 a los 75 años.

CUADRO N° 9: Distribución numérica y porcentual de la población de estudio o experimental, subgrupo III, según edad.

Grupos etáreos	Sexo Femenino	
	N°	%
65 - 70	2	29
71 - 75	5	71
Total	7	100

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: Como se puede apreciar, este subgrupo está compuesto en su mayoría por adultas mayores que pertenecen al grupo etáreo que va desde los 71 a los 75 años, a diferencia de los otros subgrupos.

CUADRO N° 10: Distribución numérica de la población control, subgrupos I, II y III, según días de hospitalización.

Días / cama	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3
	N° integrantes	N° integrantes	N° integrantes
0 -5	3	1	0
6 -10	3	5	1
11- 15	0	0	4
16- 20	0	0	0
21- 25	0	0	3
26- 30	0	0	0

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: Como se puede apreciar en la tabla, el subgrupo I, fue el que menos días de hospitalización tuvo, en comparación con el Subgrupo III que fue el que más días de hospitalización presentó, con integrantes que estuvieron hasta el tramo que abarca desde los 21 a los 25 días, aunque su mayoría estuvo en el tramo que va de 11 a 15 días, en cuanto al Subgrupo II que presentó cifras intermedias con la mayoría de pacientes que estuvieron en el tramo de los 6 a los 10 días.

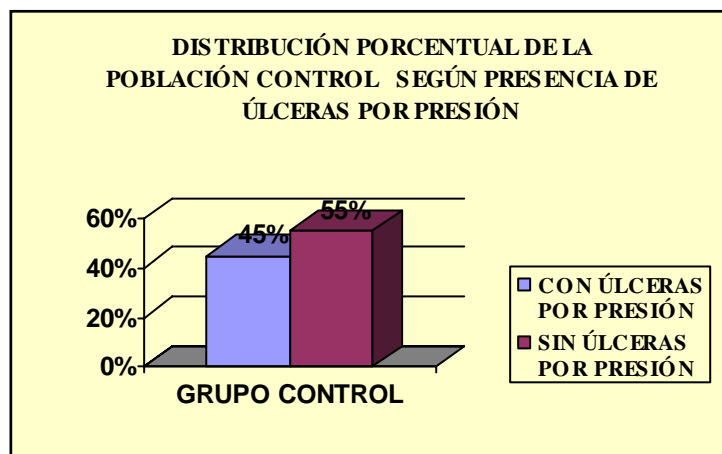
CUADRO N° 10: Distribución numérica de la población en estudio, subgrupos I, II y III, según días de hospitalización.

Días / cama	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3
	N° integrantes	N° integrantes	N° integrantes
0 -5	3	0	0
6 -10	3	7	0
11- 15	0	1	4
16- 20	0	0	1
21- 25	0	0	1
26- 30	0	0	1

Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de tabla: Como se puede apreciar en la tabla, el resultado de los días de hospitalización fue parecido al del grupo control, ya que el subgrupo I, fue el que menos días de hospitalización tuvo, en comparación con el Subgrupo III que fue el que más días de hospitalización presentó, con integrantes que estuvieron hasta el tramo que abarca desde los 26 a los 30 días, aunque su mayoría estuvo en el tramo que va de 11 a 15 días, en cuanto al Subgrupo II que presentó cifras intermedias con la mayoría de pacientes que estuvieron en el tramo de los 6 a los 10 días.

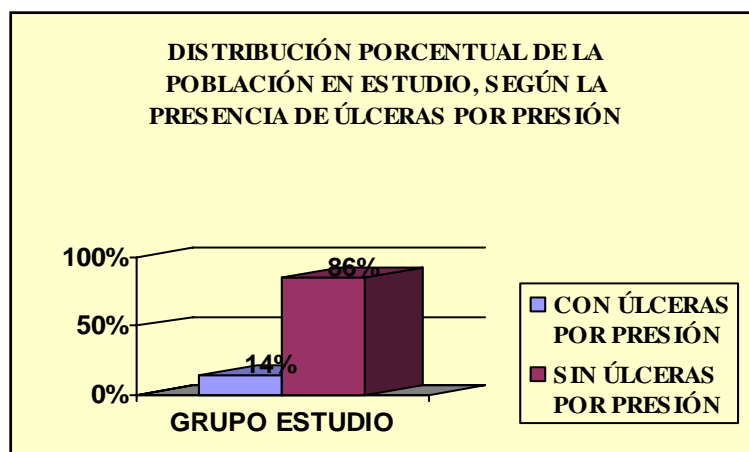
GRÁFICO N° 1



Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de gráfico: Como se observa en el gráfico el 45 % (9 pacientes) de los pacientes pertenecientes al grupo control desarrollaron úlceras por presión, mientras que el 55% (11 pacientes) no desarrolló ningún estadio de úlceras por presión durante su hospitalización.

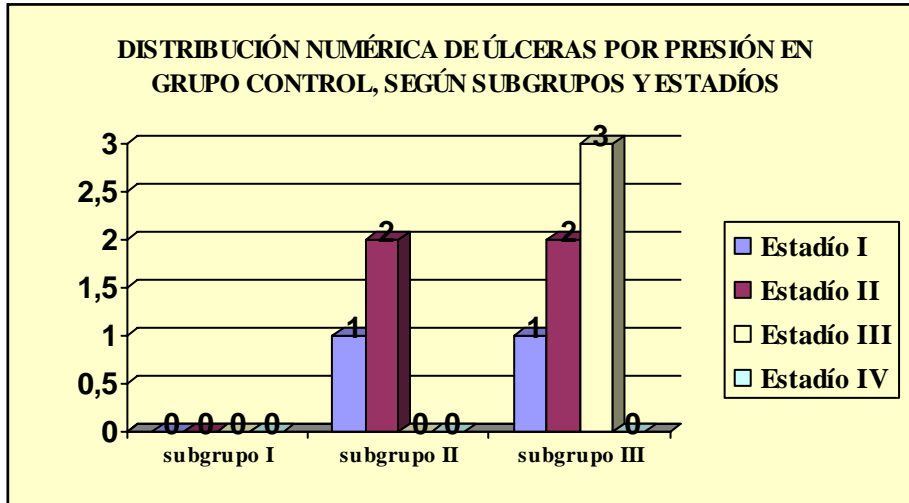
GRÁFICO N° 2



Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de gráfico: Como se observa en el gráfico el 14% de los pacientes (3 pacientes) pertenecientes al grupo de estudio o experimental desarrollaron úlceras por presión, mientras que el 86% (18 pacientes) no desarrolló ningún estadio de úlceras por presión durante su hospitalización.

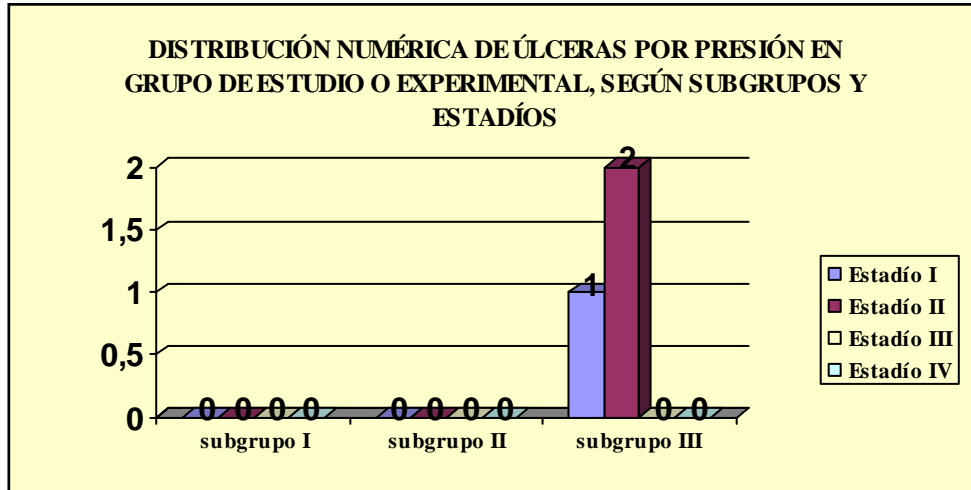
GRÁFICO N° 3



Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de gráfico: A través del gráfico se puede apreciar, que las usuarias que pertenecieron al subgrupo I, no desarrollaron úlceras por presión durante su hospitalización, con respecto a las usuarias que componen el subgrupo II, una de ellas desarrolló una úlcera por presión grado I y dos de ellas desarrollaron úlceras por presión grado II, en cuanto al subgrupo III, fue dónde más desarrollo de úlceras por presión existieron durante la hospitalización, una usuaria desarrolló una úlcera grado I, dos usuarias grado II y tres usuarias grado III.

GRÁFICO N° 4



Fuente: Tesis “Aplicación de Protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, Servicio de Medicina Interna, Hospital Base Osorno, Octubre – Diciembre 2004”.

Análisis de gráfico: A través del gráfico se puede observar que en el grupo de estudio o experimental, sólo hubo desarrollo de úlceras por presión en el subgrupo III, en dónde una usuaria desarrolló una úlcera por presión grado I y dos usuarias desarrollaron úlceras por presión grado II

12.- DISCUSIÓN

La población en estudio está compuesta preferentemente por mujeres entre los 65 y 70 años, representando al 56% del total de la población y con un predominio de un 60% en el grupo control y de un 57% en el grupo de estudio, exceptuando en subgrupo III del grupo de estudio en que el grupo etáreo que va desde los 71 a los 75 años representa el 79% del total del subgrupo.

El primer comentario surge en cuanto a que todas las pacientes que formaron parte de los grupos de estudio, tenían como factor común una variable importante que es un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión, como lo es la patología Limitación Crónica del Flujo Aéreo, debido no solo a los cambios fisiopatológicos que esta enfermedad presenta, como lo es la disminución de oxígeno a nivel tisular, sino que además, la afectación psicológica que esta provoca, como es el temor a moverse y tener como resultado una crisis obstructiva, que le haga retroceder en su proceso de estabilización, y posterior alta. Otro factor de riesgo que acompaña a esta patología es la utilización de corticoides en altas dosis en algunas de ellas, además aunque en su mayoría eran ancianas jóvenes, su edad era un factor de riesgo importante para el desarrollo de úlceras por presión.

La segunda observación se relaciona con los días de hospitalización de los subgrupos, la cual se relacionó directamente con el grado de autovalencia presentado por los integrantes que conformaban los grupos.

Fue así como los Subgrupos I, de ambos grupos tuvieron un promedio de 5 días de hospitalización, lo anterior lo podemos relacionar con la ausencia de úlceras por presión en ambos subgrupos y que a pesar de su patología de base, representaba a la población que no necesitaban ayuda para moverse, que se alimentaban e hidrataban bien por si solas, que tenían continencia total de ambos esfínteres y que se mantenían orientados y alertas durante todo el tiempo. Para ambos subgrupos, no hubo mayor diferencia, a pesar de la aplicación del protocolo, el probable fundamento tal vez sea, por el hecho de que eran ancianas jóvenes, que a pesar de su patología de base, eran autovalentes en todos los aspectos y tuvieron menos días de hospitalización.

En cuanto a los subgrupo II de ambos grupos, podemos decir que el subgrupo II del grupo control tuvo un promedio de 7,3 días de hospitalización, y el subgrupo II del grupo de estudio tuvo un promedio de 9,1 días, ellas tenían como factor común que no estaban orientadas todo el tiempo, por su patología de base, con mayor predominio nocturno, la mayoría de ellas sufría de incontinencia fecal y o urinaria, de predominio nocturno también, necesitaban ayuda para moverse, no se alimentaban bien por si solas debido al

cansancio que les ocasionaba y se hidrataban asistidas. En este subgrupo fueron notorios los cambios con la utilización del protocolo, debido a que las pacientes del grupo de estudio, recibían hidratación según horario, asistidas, lo mismo en cuanto a la alimentación, la cual era fraccionada, por lo que se cumplían sus requerimientos calóricos y de nutrientes diarios, se movilizaban según horarios, es decir, se les aplicaron todas las medidas de prevención presente en el protocolo, lo que dio excelentes resultados, ya que ninguna de ellas presentó algún grado de herida en la piel, ni enrojecimiento de prominencias óseas, a pesar que presentaron un promedio de hospitalización más alto que el grupo control. En este último grupo hubo pacientes que desarrollaron úlceras por presión, en donde una paciente presentó el estadio uno, en que hubo enrojecimiento e induración en zona sacra y glúteo derecha, y dos pacientes con estadio II en que hubo pérdida del grosor de la piel que afectó dermis y epidermis en zona sacra y talones. En estos casos se pudo apreciar que el protocolo de atención para prevención de úlceras por presión funcionó en el grupo de estudio.

En cuanto a los subgrupos III de ambos grupos, podemos decir que el subgrupo III del grupo control, tuvo un promedio de 16,6 días de hospitalización y el subgrupo III del grupo de estudio, tuvo como promedio 17,1 días, ellas tenían en común que eran pacientes que ingresaron al servicio en malas condiciones generales, desorientadas en tiempo y espacio casi todo el tiempo, se alimentaban e hidrataban asistidas, se movilizaban sólo con ayuda y no controlaban esfínteres. Aquí también se notaron los cambios con la utilización del protocolo de atención, como se puede apreciar eran pacientes con altos promedios de días /cama. En el grupo control una paciente desarrolló úlceras por presión de estadio I, dos pacientes desarrollaron el estadio II y tres pacientes el estadio III, en que hubo pérdida total del grosor de la piel, que en dos de los casos implicó necrosis del tejido subcutáneo, en comparación con el grupo de estudio en que el 71% de las integrantes pertenecían al grupo etáreo que va desde los 71 a los 75 años, aquí se pudo observar que una paciente desarrolló el estadio I, en que hubo sólo enrojecimiento de escápulas y sacro, sin pérdida de indemnidad de piel, y dos pacientes con úlceras por presión estadio II.

Como último comentario surge el entusiasmo con que el equipo de Enfermería participó en la aplicación de éste protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, debido a que como fue mencionado anteriormente, existía una alta incidencia y prevalencia de las escaras en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, siendo mayor en pacientes con patología respiratoria crónica. Los integrantes del equipo de Enfermería se sintieron muy satisfechos con los resultados, por lo cual, el protocolo será utilizado en todo el Servicio de Medicina Interna a partir del mes de marzo del año 2005. Cabe destacar la importante participación de las Enfermeras que allí laboran, quienes día a día durante el tiempo de investigación se mostraron muy interesadas y participativas en todos los aspectos que al protocolo se refieren; aprendiendo a utilizarlo y aplicarlo en sus planes de Enfermería diarios y a difundir los resultados al resto de sus pares que trabajan en otros servicios, además, de sentirse satisfechas y orgullosas de poder mejorar con esta medida la calidad de la atención hacia los pacientes con riesgo de desarrollo de úlceras por presión que ingresen al servicio en un futuro próximo.

13.- CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, es posible concluir que la utilización de un protocolo de atención para pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, permite disminuir el número y la gravedad de las lesiones, inclusive en pacientes que ingresen con factores de riesgos muy importantes para el desarrollo de estas lesiones.

El estudio demuestra que hubo diferencias significativas entre ambos grupos, ya que a pesar que los pacientes que los conformaban ingresaban con características similares, en los pacientes en que se aplicó el protocolo hubo una disminución notable de la incidencia de escaras como fue la diferencia en los subgrupos II de ambos grupos, en donde en el grupo control se desarrollaron 3 escaras, mientras que en el grupo de estudio no hubo desarrollo de éstas, lo mismo ocurrió en los subgrupos III, en donde a pesar de la presencia de características desfavorables para el grupo en estudio, como lo fue la diferencia en la edad de las pacientes que conformaban el subgrupo III, en el que un 71% de las integrantes pertenecían al grupo etáreo que va desde los 71 a los 75 años, y que tuvieron un promedio más alto de hospitalización, sólo 3 pacientes desarrollaron algún estadio de úlceras por presión, siendo una de ellas, grado I, en donde sólo hubo enrojecimiento sacro y de escápulas, mientras que en grupo control, seis pacientes desarrollaron algún grado de úlceras por presión, siendo inclusive la mayoría estadio III, en que no sólo hubo pérdida de la indemnidad de la piel, sino además necrosis de tejidos en sacro y talones.

Con respecto a los pacientes que conformaron los subgrupos I de ambos grupos, no hubo mayor variación en los resultados, probablemente debido a que, a pesar de su patología respiratoria crónica de base, eran adultas mayores jóvenes, autovalentes, se movilizaban, alimentaban e hidrataban por si solas, controlaban esfínteres y no ingresaron en las mismas condiciones generales que las pacientes de los otros subgrupos, además de los pocos días de hospitalización que tuvieron.

En lo que se refiere a los factores de riesgo, se demuestra lo escrito por Dueñas, 2004; Soto, 2001 y Merck, 2003, en que el estado físico y psicológico del paciente, la edad, patologías, e inclusive el tratamiento médico son factores de riesgos presentes e importantes de tomar en cuenta al ingreso de un paciente para tomar las medidas necesarias en el plan diario que realiza el profesional de Enfermería

Todo lo anteriormente mencionado demuestra con hechos no sólo la utilidad, sino la necesidad de la existencia de un protocolo de atención para prevención de úlceras por presión, sobre todo en Servicios como los de Medicina Interna, en donde vemos, que cada día aumentan los ingresos de pacientes con edad avanzada y con múltiples factores de riesgo de desarrollar escaras. Además, de la necesidad de que estos protocolos tengan la base de teorías como la de Orem, en donde específicamente se trabajó con -la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería- ésta última en dónde la Enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse, como era en el caso de éstas pacientes, a través de métodos de asistencia de enfermería que se basen en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, ya sea actuando en el lugar de ellas, como lo que ocurrió con pacientes del subgrupo III del grupo de estudio, o ayudando y orientando al paciente y apoyándolos física y psicológicamente como ocurrió con los pacientes que integraron los subgrupos I y II del grupo en estudio, y además promoviendo un entorno favorable para su pronta estabilización, como lo es para todos los subgrupos que conformaron el grupo en estudio.

Si analizamos los resultados obtenidos con la aplicación del protocolo, desde el punto de vista de las proyecciones que en el futuro se pueden lograr con la intervención de Enfermería, nos encontraremos con Enfermeras capaces en el área administrativa de disminuir significativamente los costos que implica una alta incidencia y prevalencia de úlceras por presión a través de la disminución en número y gravedad de éstas y del tiempo de convalecencia en hospitales o en los centros de cuidado, así como la optimización de recursos tanto humanos como materiales, además, de llevar un plan de registro institucional de la prevalencia y la incidencia de las úlceras por presión.

En el área asistencial, las enfermeras serán capaces de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria entregada a nuestros usuarios con riesgo de desarrollar escaras que hoy representan un gran porcentaje de los ingresos al Servicio de Medicina Interna, atención que será personalizada, acorde a cada una de las necesidades biopsicosociales que presenten los usuarios para lograr así uno de los objetivos del plan nacional de salud al cual Marín (2002) se refiere -de mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayores- respetando así el derecho que la Organización de las Naciones Unidas le confiere a las personas de edad en cuanto a disponer de servicios de atención sanitaria adecuados, accesibles y adaptados para ellos.

En cuanto al área de educación, las enfermeras deberán seguir trabajando fundamentalmente en la prevención, basada en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos. Tomando importancia la forma que García (2003) detalla, que para la evitación y priorización de la prevención de las úlceras por presión influyen factores como: la calidad de la atención sanitaria y la disminución de riesgos evitables así como no evitables, los cuales deben ser identificados en todas las personas como lo son las patologías de base, tratamiento médico y otros como movilización, nutrición, incontinencia fecal y urinaria, disminución del grado de conciencia, edad, red de apoyo, etc. Lo más importante es que el 95% de las úlceras por

presión son evitables y por ello es prioritaria la prevención y pasar de experiencias individuales a contextos más generales e integrados en aspectos como la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión a través de protocolos estandarizados basados en una correcta teoría de prevención y tratamiento de estas. La meta para enfermería es que las úlceras por presión se pueden y se deben prevenir.

En el área de investigación, se puede ver que la situación actual en Chile, según Blumel y col. (2004) y Aravena, (2004) es que existen pocos estudios realizados y publicados con respecto a la prevención del desarrollo de úlceras por presión, a pesar de la importancia médica y económica que estas lesiones implican. Como podemos ver con el estudio aquí mostrado, las enfermeras deben y pueden seguir investigando al respecto, debido a que cuentan con todas las herramientas para poder seguir realizando investigación. Además, si tomamos en cuenta la epidemiología nacional la consecuencia inmediata provocada por la transición demográfica es el cambio en la estructura por edad de la población, estos cambios generarán nuevas demandas, por lo que se hacen necesarios más investigaciones orientadas a la Gerontología y Geriatria, ya que en un futuro cercano, serán los pacientes de éste grupo etáreo nuestros usuarios más inmediatos.

El estudio aquí propuesto, tiene el propósito de estandarizar y Unificar criterios de actuación de todos los profesionales de Enfermería en nuestro medio hospitalario al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo , sistematizando la información, y facilitando el registro de actividades, así como su utilización como referencia para futuras investigaciones en poblaciones similares.

14.- BIBLIOGRAFÍA

1.- Alicante y cols. Eficacia de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión. Escala de Warelw. British Medical Journal; Octubre, 2002

<en línea: <http://www.siicsalud.com/dato/dat031.htm>. 20/05/2004, 18:45 hrs.>

2.- Alvarez del Villar. Definición movilidad, 2000.

<en línea: <http://www.pasionracinguista.com.ar>. 30/10/2004, 10:20hrs.>

3.- Aravena, Roberto. Úlceras por decúbito. Evaluación de riesgo según la Escala de Norton. Vicerrectoría de investigación y desarrollo Universidad de Santiago, 2004.

<en línea: (http://www.urid.usach.cl/proyectos/proyecto_dicyt_2004.facultadmedicas.htm) 23/05/2004, 22:30 hrs.>

4.- Ascardoso, Javier. Que son las úlceras por presión.

<en línea: (<http://www.web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html>). 09/09/2004 , 20:35 hrs.

5.- Ayora, Pilar. Protocolo de cuidados en úlceras por presión

<en línea:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/ulceras_presion.pdf. 22/05/2004, 21:30 hrs.>

6.- Barra.AI. Tendencias y modelos utilizados en Enfermería, abril, 2000.pp15, 16,17.

<en línea: <http://www.aibarra.org> , 26/10/2004, 19:55hrs.>

7.-Beck, Paul. Clasificación de modelos y teorías de Enfermería.

<en línea:

http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentación/tendencias_modelos.PDF. 27/10/2004, 15:28 hrs.

8.- Bernal, Rodrigo. Escala de Norton modificada de riesgo de úlceras por presión, 2001.

<en línea:http://www.ulceras.net/prevenor/escalanorton_modificada.es.htm., 22/09/2004, 21:30 hrs.

9.- Blouin, Maurice. Dictionnaire, tome 2.p.26. Definición Continencia

<en línea: <http://www.med.univrennes1.fr.html>>30/10/2004, 10:20hrs.

10.- Blümel y cols. Validez de la Escala de Bramen para predecir úlceras por presión en población femenina; Revista Médica de Chile; v. 132; n.5; Santiago; Mayo, 2004.

11.- Campos, Cecilia y otros, Curso de Enfermería para el Autocuidado, Segunda Edición Chile, Editorial Posa Diseño, 1994.

12.- Dueñas, José. Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión; 2004.
<en línea: <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html> 10/09/2004 , 21:27 hrs>

13.- Dueñas, José. Teorías y Modelos de Enfermería, 2000.
<en línea: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm> 02/11/2004. 10:45 hrs>

14.- Fuentelsaz, Carmen. Validación de la Escala Emina: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Enfermería Clínica, 2001; pp.97-103.
<en línea: <http://www.remi.uninet.edu/archivo/A16/upp.htm> 16/09/2004, 15:15 hrs.>

15.- Gac, Homero. Manual de Geriatria, Algunos cambios asociados al envejecimiento.
<en línea:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M_11.html.
13/10/2004,19:00 hrs.>

16.- González, José Miguel. Escala de valoración del riesgo de úlceras por presión en cuidados intensivos (EVARUCI). Revista Metas de Enfermería. n,68, Septiembre,2001
<en
línea:http://www.metas.enfermería21.com/cgi/verantido_cgi?código=773&tipo=resumen.
16/09/2004, 16:00hrs. >

17.- GNAUPP, Medidas de prevención de úlceras por presión.
<en línea: <http://www.gneaupp.org>. 22/05/2004, 20 :35 hrs

18.- Henderson, Virginia. The Nature of Nursing American Journal of Nursing,1966. pp;63, 64, 68.

19.- Instituto nacional de Estadística .2000.Compendio estadístico. Ministerio de Economía, Fomento y Protección. Santiago, Chile. 8-9-10-11-12 pp.

20.- Instituto nacional de Estadística .2000. Boletín Informativo del INE N°8 “Adulto Mayor”. Santiago, Chile. pp. 1-2-3-4.

21.- Marín, Pedro y col. Manual de Geriatria, Prevención en Geriatria.

<en

línea:[http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria Manual/Geriat M 11.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M_11.html)
13/10/2004, 18:20 hrs.>

22.- Marriner, Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería, Cuarta Edición, Española, Editorial Mosby / Doyma libros, 1999.

23.- Medline Plus. Enciclopedia, Definición Actividad.

<en línea:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/enc/article/definición/html>>30/10/2004,
11:00hrs.>

24.- Merck, Sharp. Enfermedades de la piel, úlceras por presión.

<en línea:

http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_18/seccion_18_197.html>
24/10/2004, 17:25hrs.>

25.- Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Resultados de la VIII Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional (Casen 2000) Documento N°12. Situación de los Adultos Mayores en Chile. Santiago, Chile.7-8-9-10-16-20-53 pp.

26.- Miranda J.C. Instituto de Estadística, UACH, Valdivia (comunicación personal), 2005.

27.- Montero, Santiago. Escala Fragment (sic) para úlceras por presión.2000

<en línea: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b101s-5.html>. 16/09/2004, 15:15 hrs.>

28.- Montero, Santiago. Escala Bramen para úlceras por presión.2002.

<en línea: <http://www.infodoctor.org/bandolera/b101s-10.html>. 16/09/2004, 17:20hrs.>

29.- Pancorbo y cols. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. Gerokomos, 2001.pp.175-184.

<en línea: <http://www.remi.uninet.edu/archivo/A16/upp.htm>. 16/09/2004, 17:50 hrs.>

30.- Pertuzé Rivera. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Definición Limitación Crónica del Flujo Aéreo, 1995, tomo 24, 47-21 pp.
<en línea: <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletín/asma/4-14.html>, 30/10/2004, 10:45hrs.>

31.- Reyes, Isidoro. Definición de Enfermería. Monografía Virginia Henderson, 2000.
<en línea: <http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson.shtml>. 21/09/2004, 18:25 hrs.>

32.- Rivera, Francisco. Tendencias y Modelos de Enfermería.Generalidades.
<en línea:
<http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/tendencias-modelos.PDF>. 27/10/2004, 16:00 hrs.>

33.- Roma M., Ruiz Galiano P. Úlceras vasculares, prevención y cuidados.
<en línea: <http://www.ulceras.net/uvasc.htm>.19/06/2004, 17:35 hrs>

34.- Roma M., Ruiz Galiano P. estadíos de las úlceras por presión
<en línea: <http://www.ulceras.net/uvasc.estadios.htm>. 19/06/2004, 17:55hrs>

35.-Soto, Rosamary.Manual de Geriatria, Dermatología Geriátrica.
<enlínea:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M_11.html. 13/10/2004, 20:00 hrs.>

36.- Verdugo, Pepe. Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión.
<en línea: (<http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/presentacion.html>.) 04/06/2004 23:45 hrs.>

37.- Von der Becke, Carlos Definición Estado Mental, Glosario
<en línea: <http://www.geocites.com/capecanaverl/hangar/4434/estament.html>, 30/10/2004, 10:55 hrs.>

ANEXOS

ANEXO N°1

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TESIS: “Aplicación de protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, Octubre-Diciembre 2004”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza una tesista de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo con las medidas adicionales que se lleven a cabo para prevenir el desarrollo de úlceras por presión durante mi hospitalización.

- Yo entiendo que mi participación en este estudio no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia, y puedo negarme a participar durante el transcurso de éste.
- He realizado varias preguntas acerca del estudio y sé, que puedo retirarme de él en cualquier momento.
- Mi identidad es confidencial, sin embargo, los resultados que arroje el estudio pueden ser divulgados o publicados por la tesista.

YO _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en este estudio.

Dirección:

Teléfono:

Firma: _____

Fecha:

Persona con quién se conversó el consentimiento.

Nombre:

Profesión:

Firma:

Fecha:

ANEXO N°2
CUESTIONARIO GRUPO CONTROL

OBJETIVO: Obtener información al ingreso y egreso del paciente para valorar utilidad de protocolo de atención para prevención de úlceras por presión en adultos mayores

I ITEM: Antecedentes personales.

- **Nombre:**
- **Edad:**
- **N° Ficha:**
- **Sala:**
- **Cama:**
- **Fecha ingreso:**
- **Fecha egreso:**

II ITEM: Integración a subgrupos, según variables preestablecidas utilizadas en escala Nova 5 de valoración de riesgo de úlceras por presión.

- **Subgrupo I ()**

Estado de conciencia: Alerta; **Continencia:** Total; **Movilidad:** Completa; **Nutrición:** Correcta; **Actividad:** Deambula, se moviliza en cama.

- **Subgrupo II ()**

Estado de conciencia: Desorientado o confuso; **Continencia:** Incontinencia urinaria y/o Incontinencia fecal; **Movilidad:** Ligeramente Incompleta; **Nutrición:** Ocasionalmente incompleta; **Actividad:** Deambula con ayuda, se moviliza a veces con ayuda en cama.

- **Subgrupo III ()**

Estado de conciencia: Letárgico; **Continencia:** Incontinencia Urinaria y fecal; **Movilidad:** Limitación importante; **Nutrición:** Incompleta; **Actividad:** Siempre necesita ayuda para deambular y moverse en cama.

III ITEM: Presencia de úlceras por presión al egreso

- **SI ()**
Estadios: I () II () III () IV ()
- **NO ()**

ANEXO N°3

CUESTIONARIO GRUPO ESTUDIO

OBJETIVO: Obtener información al ingreso, durante hospitalización y egreso del paciente para valorar utilidad de protocolo de atención para prevención de úlceras por presión en adultos mayores.

I ITEM: Antecedentes personales.

- **Nombre:**
- **Edad:**
- **N° Ficha:**
- **Sala:**
- **Cama:**
- **Fecha ingreso:**
- **Fecha egreso:**

II ITEM: Integración a subgrupos, según variables preestablecidas utilizadas en escala Nova 5 de valoración de riesgo de úlceras por presión.

- **Subgrupo I ()**

Estado de conciencia: Alerta; **Continencia:** Total; **Movilidad:** Completa; **Nutrición:** Correcta; **Actividad:** Deambula, se moviliza en cama.

- **Subgrupo II ()**

Estado de conciencia: Desorientado o confuso; **Continencia:** Incontinencia urinaria y/o Incontinencia fecal; **Movilidad:** Ligeramente Incompleta; **Nutrición:** Ocasionalmente incompleta; **Actividad:** Deambula con ayuda, se moviliza a veces con ayuda en cama.

- **Subgrupo III ()**

Estado de conciencia: Letárgico; **Continencia:** Incontinencia Urinaria y fecal; **Movilidad:** Limitación importante; **Nutrición:** Incompleta; **Actividad:** Siempre necesita ayuda para deambular y moverse en cama.

ANEXO N°4
INSTRUMENTO VALORACIÓN GRUPO ESTUDIO SUBGRUPO I

OBJETIVO: Valorar utilidad de protocolo de prevención úlceras por presión, a través del seguimiento de este a los subgrupos de estudio al ingreso, durante hospitalización y egreso del paciente.

I ITEM: Aplicación escala nova 5 para valoración de riesgo de desarrollo de úlceras por presión.

PUNTAJACIÓN	ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN INGESTA	ACTIVIDAD
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional Limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalmente con ayuda	deambula
2	Letárgico	Urinaria o Fecal importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta oral	No deambula

PUNTAJE	RIESGO UPP	REEVALUACIÓN
0 puntos	sin riesgo	7 días
De 1 a 4 puntos	riesgo bajo	5 días
De 5 a 8 puntos	riesgo medio	3 días
De 9 15 puntos	riesgo alto	1 día

FECHA	PUNTAJE	RIESGO UPP	REEVALUACIÓN	PRESENCIA UPP	
				SI	NO

II ITEM: Valoración aparición de herida.

FECHA	LOCALIZACIÓN	ESTADIO	TRATAMIENTO	EVOLUCIÓN UPP

ANEXO N°5
INSTRUMENTO VALORACIÓN GRUPO ESTUDIO SUBGRUPO II

OBJETIVO: Valorar utilidad de protocolo de prevención úlceras por presión, a través del seguimiento de este a los subgrupos de estudio al ingreso, durante hospitalización y egreso del paciente.

I ITEM: Aplicación escala nova 5 para valoración de riesgo de desarrollo de úlceras por presión.

PUNTAJACIÓN	ESTADOMENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓNINGESTA	ACTIVIDAD
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional Limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalmente con ayuda	deambula
2	Letárgico	Urinaria o Fecal importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta oral	No deambula

PUNTAJE	RIESGO UPP	REEVALUACIÓN
0 puntos	sin riesgo	7 días
De 1 a 4 puntos	riesgo bajo	5 días
De 5 a 8 puntos	riesgo medio	3 días
De 9 15 puntos	riesgo alto	1 día

FECHA	PUNTAJE	RIESGO UPP	REEVALUACIÓN	PRESENCIA UPP	
				SI	NO

II ITEM: Valoración aparición de herida.

FECHA	LOCALIZACIÓN	ESTADIO	TRATAMIENTO	EVOLUCIÓN UPP

ANEXO N°6
INSTRUMENTO VALORACIÓN GRUPO ESTUDIO SUBGRUPO III

OBJETIVO: Valorar utilidad de protocolo de prevención úlceras por presión, a través del seguimiento de este a los subgrupos de estudio al ingreso, durante hospitalización y egreso del paciente.

I ITEM: Aplicación escala nova 5 para valoración de riesgo de desarrollo de úlceras por presión.

PUNTAJ CIÓN	ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN INGESTA	ACTIVIDAD
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional Limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalmente con ayuda	deambula
2	Letárgico	Urinaria o Fecal importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta oral	No deambula

PUNTAJE	RIESGO UPP	REEVALUACIÓN
0 puntos	sin riesgo	7 días
De 1 a 4 puntos	riesgo bajo	5 días
De 5 a 8 puntos	riesgo medio	3 días
De 9 15 puntos	riesgo alto	1 día

FECHA	PUNTAJE	RIESGO UPP	REEVALUACIÓN	PRESENCIA UPP	
				SI	NO

II ITEM: Valoración aparición de herida.

FECHA	LOCALIZACIÓN	ESTADIO	TRATAMIENTO	EVOLUCIÓN UPP

ANEXO N°7: TABLA N°1

Título: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN
CAPÍTULOS DE LA CIE-10, SEXO Y ESTADO AL EGRESO 2003*

Año anuario: 2003

Clasificación: Morbilidad

CAPÍTULO	AMBOS SEXOS (%)			MASCULINO (%)			FEMENINO (%)		
	Vivo	Falle- cido	Total	Vivo	Falle- cido	Total	Vivo	Falle- cido	Total
XV. Embarazo, parto y puerperio	18.2	0.1	17.7	-	-	-	29.3	0.2	28.7
X. Enfermedades del sistema respiratorio	13.3	28.4	13.7	18.1	28.6	18.5	10.3	28.2	10.7
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	8.3	35.7	9.1	11.3	33.5	12.2	6.5	38.3	7.1
XI. Enfermedades del sistema digestivo	8.0	5.7	7.9	11.3	6.2	11.1	5.9	5.1	5.9
XIV. Enfermedades del sistema genito-urinario	8.0	1.6	7.8	5.7	1.7	5.5	9.5	1.5	9.3
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7.8	3.1	7.7	11.5	2.9	11.1	5.6	3.3	5.5
XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5.7	5.1	5.7	9.1	6.1	9.0	3.6	3.8	3.6
II. Tumores (neoplasias)	4.8	12.0	5.0	4.0	12.8	4.4	5.3	10.9	5.5
XXI Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	4.1	0.4	4.0	1.9	0.3	1.9	5.5	0.5	5.4
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP	3.3	1.5	3.3	4.3	1.7	4.2	2.7	1.3	2.7
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2.6	0.2	2.5	3.6	0.1	3.5	2.0	0.2	1.9
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2.4	1.4	2.3	2.3	1.0	2.2	2.4	1.7	2.4
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2.2	0.2	2.1	2.8	0.1	2.7	1.8	0.3	1.8
V. Trastornos mentales y del comportamiento	1.8	0.5	1.8	2.6	0.5	2.6	1.3	0.5	1.3
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1.8	0.8	1.7	2.2	0.7	2.1	1.5	0.9	1.5
VI. Enfermedades del sistema nervioso	1.7	1.6	1.7	2.3	1.6	2.3	1.3	1.5	1.3
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	1.0	0.2	1.0	1.6	0.3	1.5	0.7	0.0	0.7
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1.0	0.3	1.0	1.1	0.2	1.0	0.9	0.4	0.9
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.7	0.1	0.7	0.9	0.0	0.9	0.5	0.2	0.5
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0.6	0.4	0.5	0.8	0.4	0.8	0.4	0.4	0.4
Historias clínicas no codificadas	2.8	0.9	2.8	2.7	1.1	2.7	2.9	0.7	2.8

Fuente: SIE de morbilidad de egresos hospitalarios. Indicadores estimados a partir de una muestra probabilística de 35 hospitales representativa de todos los hospitales del país excepto los institutos especializados y los hospitales rurales. Porcentaje calculado contra el total de egresos del estado y sexo correspondiente. Ministerio Salud Pública de Cuba.

ANEXO N°8: TABLA N°2

Título: 80 PRINCIPALES CAUSAS SELECCIONADAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL, SEXO Y ESTADO AL EGRESO. 2003*

Año anuario: 2003

Clasificación: Morbilidad

PRINCIPAL	AMBOS SEXOS			FEMENINO			MASCULINO		
	Estado al Egreso (%)			Estado al Egreso (%)			Estado al Egreso (%)		
	Vivo	Falle- cido	Total	Vivo	Falle- cido	Total	Vivo	Falle- cido	Total
Heridas	0.5	0.1	0.5	0.2	0.0	0.2	1.1	0.2	1.0
Hemorragias digestivas	0.5	0.6	0.5	0.3	0.5	0.3	0.8	0.6	0.8
Hiperplasia de la próstata	0.5	0.0	0.5	-	-	-	1.3	0.1	1.2
Enfermedades del oído medio y de la mastoides	0.4	0.1	0.4	0.3	0.2	0.3	0.6	0.0	0.6
Leptospirosis	0.4	0.2	0.4	0.1	0.1	0.1	0.9	0.3	0.9
Enfermedad del hígado	0.4	1.6	0.4	0.2	1.4	0.2	0.6	1.8	0.7
Enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	0.4	0.0	0.4	0.7	0.0	0.7	-	-	-
Trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho	0.4	0.0	0.4	0.7	0.0	0.6	-	-	-
Giardiasis	0.4	0.0	0.4	0.3	0.0	0.3	0.6	0.0	0.6
Epilepsia	0.4	0.0	0.4	0.3	0.0	0.3	0.6	0.0	0.6
Embarazo ectópico	0.4	0.0	0.4	0.7	0.0	0.6	-	-	-
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	0.4	0.0	0.4	0.3	0.0	0.3	0.5	0.0	0.5
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0.3	3.0	0.4	0.2	1.7	0.2	0.6	4.1	0.7
Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	0.4	0.1	0.4	0.3	0.0	0.3	0.5	0.1	0.5
Otras infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	0.4	0.0	0.4	0.3	0.0	0.3	0.5	0.0	0.5
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	0.4	0.1	0.4	0.1	0.0	0.1	0.9	0.2	0.8
Ciática y lumbago	0.4	0.0	0.4	0.3	0.0	0.3	0.5	0.0	0.5
Fractura de cráneo y huesos faciales	0.3	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1	0.7	0.3	0.7
Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades y afecciones	0.3	0.0	0.3	0.1	0.0	0.1	0.7	0.0	0.7
Tumor maligno de tejido linfático, órganos hematopoyéticos y tejidos afines	0.3	1.1	0.3	0.2	1.2	0.2	0.4	1.1	0.4

Fuente: SIE de morbilidad de egresos hospitalarios. Indicadores estimados a partir de una muestra probabilística de 35 hospitales representativa de todos los hospitales del país excepto los institutos especializados y los hospitales rurales. Porcentaje calculado contra el total de egresos del estado y sexo correspondiente. Ministerio Salud Pública de Cuba.

ANEXO N°9

4.3.3.- ETIOPATOGENIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Figura N°1: Presión

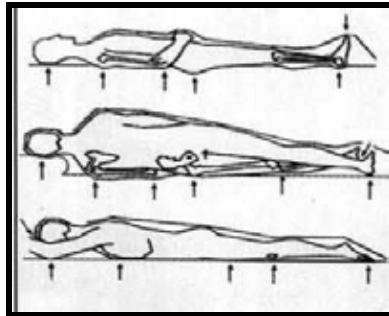


Figura N°2: Fricción

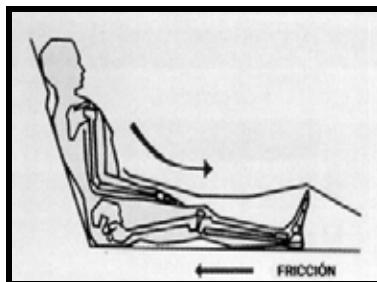
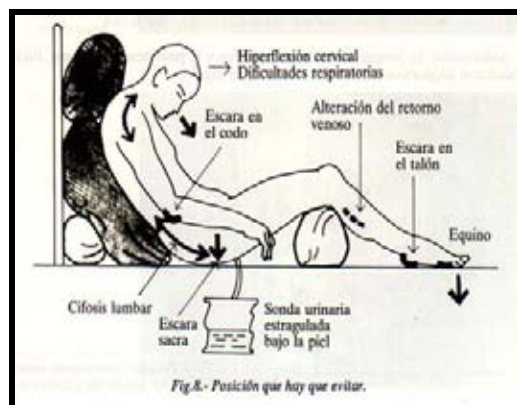


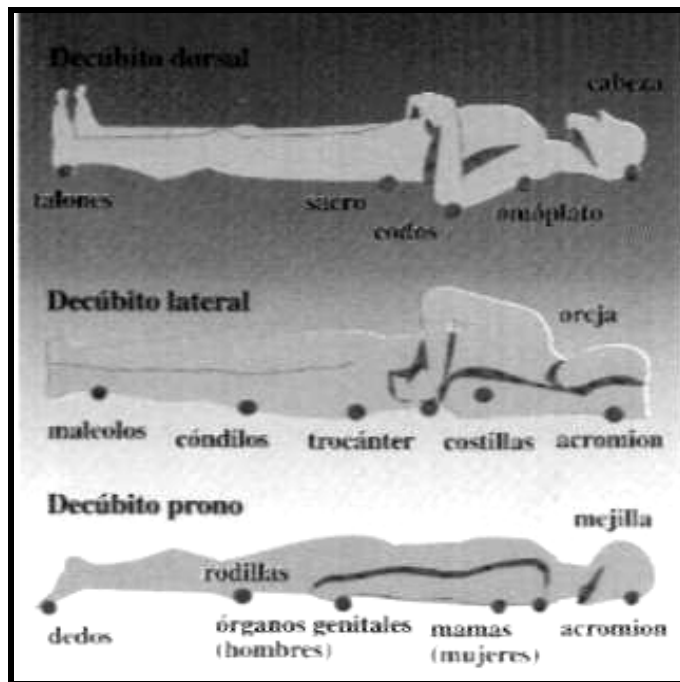
Figura N°3: Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular



ANEXO N°10

3.4.- LOCALIZACION HABITUAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Figura N° 4



ANEXO N°11

3.7.- ESTADIOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

- **Figura N° 5: Estadío I**



- **Figura N° 6: Estadío II**



- **Figura N° 7: Estadío III**



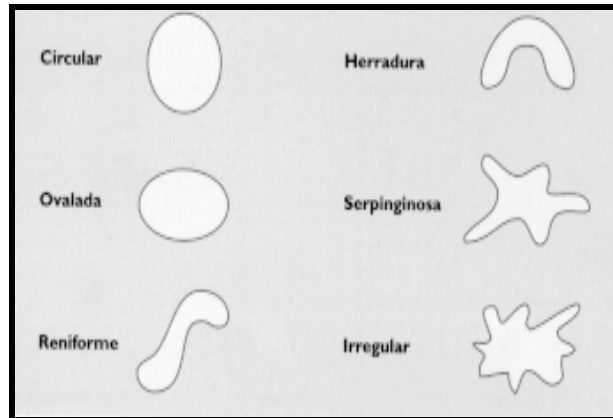
- **Figura N° 8: Estadío IV**



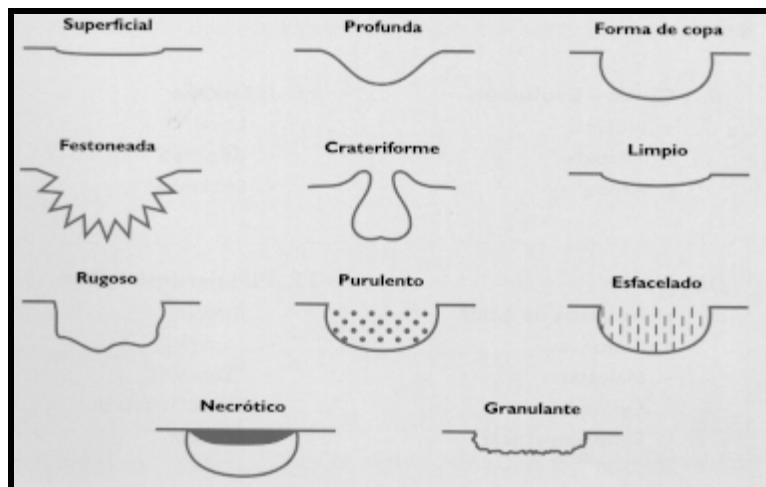
ANEXO N°12

4.3.8.- DESCRIPCIÓN DE UNA ÚLCERA

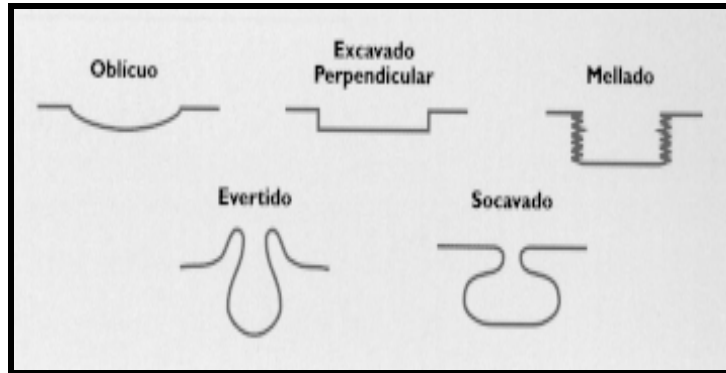
4.3.8.1.- FORMA DE LA ÚLCERA. Fig. N° 9



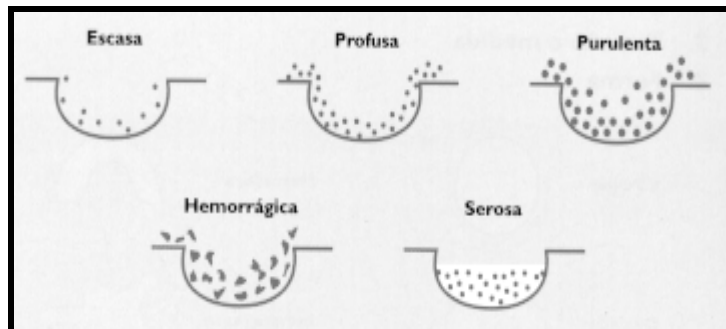
4.3.8.2.- FONDO DE LA ÚLCERA Fig. N° 10



4.3.8.3.- BORDES DE UNA ÚLCERA. Fig. N° 11



4.3.8.4.- SECRESIÓN DE UNA ÚLCERA Fig. N° 12



4.3.8.5.- BASE DE UNA ULCERA Fig. N° 13



**HOSPITAL BASE OSORNO
SERVICIO MEDICINA INTERNA**

“PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN”

OSORNO, AGOSTO, 2004

MCG/PGP UACH 2004- CB/WF/MO S.M.I. H.B.O 2004

INDICE

INTRODUCCIÓN	PÁG.1-2
OBJETIVOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	PÁG.3
OBJETIVOS GENERALES	PÁG.3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PÁG.3
METODOLOGÍA DEL PROTOCOLO	PÁG.4-5
DEFINICIÓN ULCERA POR PRESIÓN	PÁG.6
ETIOPATOGENIA	PÁG.7-9
LOCALIZACION DE ÚLCERAS POR PRESION	PÁG.9
FACTORES DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN	PÁG.10-11
VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN	PÁG.12
ESCALA NOVA 5	PÁG.13
DESCRIPCIÓN DE CRITERIOS DE NOVA 5	PÁG.14-17
REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN	PÁG.18
DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE UPP	PÁG.19-24
GUÍA DE TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN	PÁG.25-27
TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN	PÁG.28-29
ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESIÓN	PÁG.30-31
DESCRIPCIÓN DE UNA ULCERA POR PRESIÓN	PÁG.32-33
CONTENIDOS EDUCATIVOS	PÁG.34-35
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL PACIENTE	PÁG.36
EVALUACIÓN	PÁG.37-39
BIBLIOGRAFÍA	PÁG.40
ANEXOS	
ANEXO N°1 HOJA VALORACIÓN HERIDA	PÁG.42
ANEXO N°2 HOJA DE VALORACIÓN DE UPP INGRESO	PÁG.43
ANEXO N°3 TRÍPTICO PREVENCIÓN DE UPP EN EL HOGAR	PÁG.44

INTRODUCCIÓN

El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta Enfermería, según refiere la Organización Mundial de la Salud, si a esto unimos el elevado costo económico y asistencial que estas conllevan, una vez que se producen, y el importante vacío existente en una unificación de las actividades de Enfermería encaminadas a prestar un correcto tratamiento a las úlceras por presión ya instauradas y que hacia imposible un seguimiento y una continuidad de los cuidados por parte del Equipo de Enfermería, nos hizo plantearnos que el papel de la Enfermería no solo se encuentra durante la labor Asistencial sino que esta en nuestras manos el poder crear y usar todas las herramientas disponibles para una mejor prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Si nos remitimos a la epidemiología nacional, en Chile, la expectativa de vida para el año 2000 fue de 78 años. De la población general el 11,4% son mayores de 60 años.

En el año 2005 se espera que un 18% de la población general corresponda a éste grupo etáreo, y que a partir del año 2035 los adultos mayores superen en número a los jóvenes (Boletín Informativo del INE N ° 8 Adulto Mayor , agosto 2000), si relacionamos esto con resultados de la VIII encuesta de Caracterización Económica Nacional(Casen 2000) la *décima región* es la tercera región en dónde se concentran una mayor cantidad de población adulta mayor (11,8%) , y un 3,8 se encuentra con algún grado de discapacidad física o mental. Extendiéndose estas características a nivel nacional , en dónde la población de 60 años y más obtiene los porcentajes por tipo de discapacidad más altos según tramo de edad y en dónde el 30% se clasifican como frágiles o en riesgo (Mideplan , Encuesta Casen 2000).

Si relacionamos todas estas cifras anteriores, nos daremos cuenta que la consecuencia inmediata provocada por la transición demográfica es el cambio en la estructura por edad de la población estos cambios generarán nuevas demandas, principalmente en las áreas de salud y seguridad social, en dónde nuestros usuarios más inmediatos serán adultos mayores, frágiles o en riesgo con algún grado de discapacidad.

Todos estos factores de riesgo importantísimos para la producción de Úlceras por Presión durante las hospitalizaciones, de ahí la importancia de diseñar un estudio con el objeto de evaluar en nuestro medio la utilidad de la existencia de un Protocolo de Atención para pacientes con riesgo de desarrollar Úlceras por Presión , además el contar con un instrumento predictivo , nos será de gran utilidad para poder realizar una mejor prevención y disminución de riesgos evitables (aparición de UPP) así como la focalización de los recursos humanos y materiales.

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, ya está sufriendo las consecuencias de ésta transición demográfica, lo que nos está generando nuevas demandas, ya que nuestros usuarios más inmediatos son adultos mayores, con patologías agregadas y con estadías que superan los 5 días, y con algún grado de dependencia, por lo que no logran establecer su propio autocuidado, todos estos, factores de riesgo importantísimos para el desarrollo de Ulceras por Presión.

Por todo lo anterior, es que nació la inquietud de realizar este Protocolo de Atención de Prevención de Ulceras por Presión, el que fue realizado por las Internas de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, durante el primer semestre del año 2004, en conjunto, con el Equipo de Enfermería del Servicio de Medicina Interna, incluyendo en él las propuestas del personal de Enfermería y las innovaciones y últimas tendencias publicadas en la bibliografía clínica y especializada. Así mismo, la importancia de introducir la “Teoría del déficit del autocuidado” de Dorothea Orem, que sustente la intervención de Enfermería, en la que ella afirma que la Enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse, utilizando los métodos de asistencia de Enfermería que ella propone, los cuales se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la Enfermera hacia el paciente, los cuales son: actuar en lugar de la persona, ayudar u orientar a la persona ayudada, ayudar física y psicológicamente a la persona ayudada, promover un entorno favorable al desarrollo personal y Enseñar a la persona que se ayuda o a su familia en el caso de los Adultos Mayores no Autovalentes son pilares importantísimos, que se encuentran dentro del Protocolo que se pretende validar con esta investigación.

Como cualquier producto Enfermero y dentro del Proceso de Atención de Enfermería creemos que es imprescindible realizar una evaluación, tanto del proceso como de los resultados; esta primera evaluación se efectuará durante el último trimestre del año 2004, en dónde se esperan que se puedan revelar tantos datos epidemiológicos así como deficiencias que pudieran existir en la evaluación del proceso.

1.- OBJETIVOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Conocer y aplicar correctamente los cuidados adecuados, orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, de acuerdo con las últimas novedades científicas.

2.- OBJETIVOS GENERALES

A.- Valorar y diagnosticar las alteraciones en el autocuidado del paciente (según el modelo de Dorotea Orem) con el fin de dar solución a sus problemas de salud.

B.- Unificar las acciones preventivas y curativas de Ulceras por Presión en todas las Unidades del Servicio (Medicina Interna, Sector hombres y mujeres, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Quimioterapia y Aislados).

2.1.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Identificar a todos los pacientes con riesgo de desarrollar Ulceras por Presión. (déficit de autocuidado).

2.- Valorar el grado de riesgo de desarrollar Ulceras por Presión, de una manera efectiva y viable a través de la escala Nova 5.

3.- Registrar y protocolizar todas las actividades de Enfermería, encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las Ulceras por Presión.

4.- Reducir o eliminar los factores de riesgo ambientales o derivados del tratamiento, que contribuyen a la aparición de las Ulceras por Presión

5.- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las Ulceras por Presión.

6.- Identificar si la persona o el cuidador principal se muestra capacitada, con conocimiento o eficacia adecuada en el cuidado de la piel o de la lesión por presión.

7.- Educar al paciente y/o cuidadores en la planificación y ejecución de cuidados.

METODOLOGÍA DEL PROTOCOLO

El actual protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión, nace de la necesidad de estandarizar los procedimientos para la ejecución de todas las actividades derivadas del manejo de las úlceras por presión, que la actual bibliografía, nuestra propia experiencia, así como de la revisión y evaluación de otros protocolos publicados nos ofrecen.

Todo protocolo debe cumplir una serie de objetivos para su elaboración y para su cumplimiento:

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores en un lugar determinado de la organización, al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.
- Sistematizar la información, facilitando el registro de actividades, ello ayuda a favorecer la transmisión de la información referida a la propia actividad y los resultados de la misma.
- Facilitar el trabajo, especialmente a los profesionales de nueva incorporación.
- Abaratar costes económicos, ya que estandariza la utilización de recursos y tiempos.
- Facilidad de cumplimiento.
- Accesibilidad de consulta y discusión.
- Posibilidad de revisión.
- El protocolo consta de **dos** partes diferenciadas: la primera parte, donde se incluye una serie de información complementaria de gran utilidad para el profesional que puede hacer uso de este protocolo. Y una segunda parte dedicada exclusivamente a la estandarización de todos los procesos que nos llevan a poder valorar y aplicar las medidas correctoras, para el cuidado de las úlceras por presión.

VALORACIÓN:

Al ingreso de los pacientes, se realizara una valoración inicial, siguiendo los criterios de **población de riesgo** que aparecen en este protocolo.

Una vez definido si entra dentro de la población de riesgo, se le aplicara **la Escala Nova 5** para determinar el riesgo que tiene dicho paciente de desarrollar o no úlceras por presión.

Determinado el riesgo, y si procede, se le aplicaran las **medidas preventivas**, que aparecen en éste protocolo más adelante.

Si el paciente ya fuera portador de alguna ulcera por presión, se le aplicara **;tratamiento sobre úlceras por presión y la de medidas preventivas.**

REVISIÓN DE LA VALORACIÓN DE RIESGO:

La revisión o nueva valoración de riesgo, se realizara teniendo en cuenta **la primera valoración** efectuada al paciente en su ingreso.

Si el paciente se encuentra dentro de riesgo: **medio, alto o muy alto**, la revisión se realizara según **las medidas preventivas** definidas en este protocolo.

Si el paciente, no tiene riesgo de padecer úlceras por presión, se tendrá en cuenta todos los **cambios relevantes**, definidos en este protocolo y se le podrá incluir temporalmente o definitivamente dentro del **protocolo de prevención**.

Si algún paciente por alguna causa desarrollara úlceras por presión, se le incluiría tanto en el **protocolo de prevención, como en el de tratamiento**.

REGISTRO DE VALORACIÓN DE RIESGO:

Tanto **la valoración de riesgo**, como de **las medidas preventivas** tomadas al efecto, se registrará en la hoja de **valoración de riesgo y seguimiento de úlceras por presión**. Este registro deberá ir adosado a la Hoja de Planificación de actividades de Enfermería.

REGISTRO DE TRATAMIENTO:

El tratamiento y la evolución de las úlceras por presión, se registrara dentro de la hoja de valoración de riesgo y seguimiento de úlceras por presión.

Al alta hospitalaria se le hará entrega al paciente del informe de seguimiento de las úlceras por presión y una detallada descripción de la evolución de las UPP, a través de la hoja de Derivación de Heridas con que cuenta el Servicio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Está generalmente aceptado que una **presión mantenida más de dos horas** puede ocasionar una lesión. En pacientes terminales, no Autovalentes o con grave afectación del estado general, el daño tisular puede ocurrir en un tiempo inferior a dos horas. En general se adopta como criterio de inclusión: **Pacientes identificados de riesgo según la Nova 5.**

MARCO CONCEPTUAL

1.- DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP)

Toda lesión isquémica de la piel y tejidos subyacentes producida por una presión prolongada, fricción o cizallamiento entre dos planos duros. (<http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/presentacion.html>.)

Las úlceras por presión (UPP) también pueden definirse como “cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición. Se desecha en la actualidad el término úlcera por decúbito por no hacer referencia a la presión, factor determinante en su aparición, y por excluir a la que no han aparecido en decúbito”. (Ascardoso, 2002)

Aunque se podría citar otro gran número de definiciones sobre UPP, el uso de una misma acepción en conjunto con la utilización de una misma clasificación para los estadios que estas pueden presentar nos va a permitir valorar la evolución de las lesiones a la vez que realizar comparaciones entre diferentes realidades.

Es un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social.

Lo más importante es que el 95% de las Úlceras por Presión (UPP) son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos. (Ascardoso, 2002)

2.- ETIOPATOGENIA

Hay cambios en la piel del anciano asociados al envejecimiento o que favorecen su aparición:

- La piel de los ancianos tiene una regeneración más lenta. (Soto, 2001; Gac, 2000).
- Existe una disminución de la fuerza de unión de las células en la epidermis, con un retardo en su regeneración y una disminución del riego sanguíneo en la dermis. (Soto, 2001; Gac, 2000).
- A esto se debe agregar que disminuye o se pierde la sensibilidad al dolor, se adelgazan todas las capas de la piel y se alteran los tejidos elásticos y colágeno que la componen. (Soto, 2001; Gac, 2000).
- La falta de vitamina C puede aumentar la fragilidad de los vasos sanguíneos y del tejido graso que de alguna manera sirve como colchón de nuestro cuerpo, reduciendo de esta forma su protección y facilitando la producción de lesiones por presión. (Soto, 2001; Gac, 2000).
- De los factores físicos directamente involucrados en la formación de una úlcera por presión, sin duda el más importante es la presión misma. (Soto, 2001; Gac, 2000).
- La presión de la pequeña circulación de los tejidos: como la presión de la piel no es tan elevada, si esta se halla sometida a una compresión externa, ésta puede equipararse o superar a la presión del capilar sanguíneo, generando la citada isquemia al suspenderse el riego en la zona afectada. Es por ello que existen zonas del cuerpo más susceptibles de lesionarse, como las prominencias óseas. Por ejemplo, se puede mencionar que al estar sentada, una persona puede recibir presiones superiores en 10 veces a la presión de su circulación. (Soto, 2001; Gac, 2000).
- La fricción, producto del roce con la ropa de cama y sus pliegues, así como el cizallamiento entre dos capas de la piel y la maceración por la humedad de los tejidos, agravan el efecto de la presión sobre los lugares expuestos. (Soto, 2001; Gac, 2000).

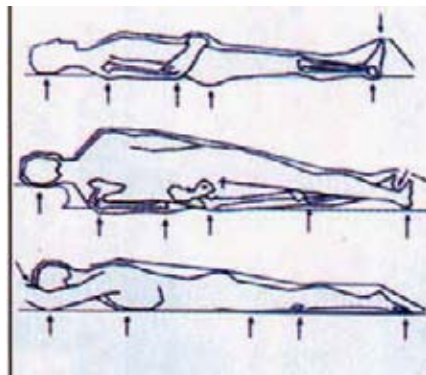
La **presión continuada de las partes blandas**, causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona -eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular. Si este proceso no cesa, se produce una isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede alcanzar planos profundos, con destrucción de músculo, aponeurosis, hueso, vasos sanguíneos y nervios

Las fuerzas responsables de su aparición son:

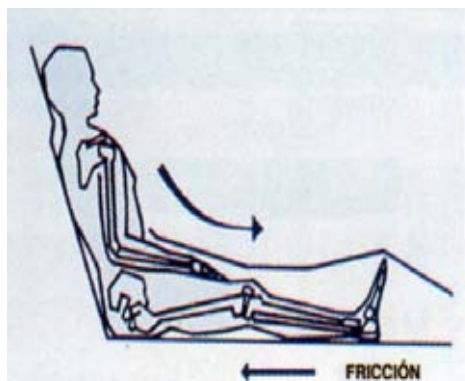
2.1. PRESIÓN

Es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. La presión capilar oscila entre 6 - 32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.(Ascardoso, 2002; Dueñas,2004).



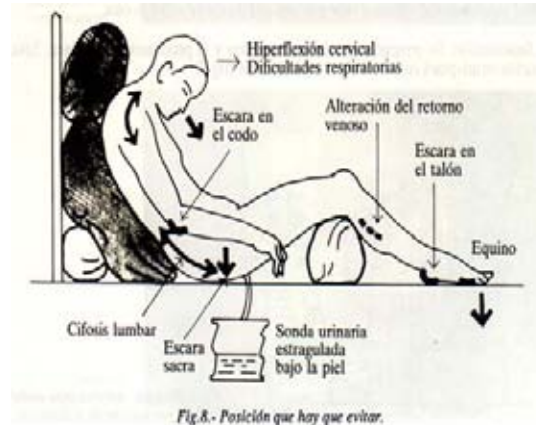
2.2. FRICCIÓN

Es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce, por movimiento, tracción y arrastre. (Ascardoso, 2002; Dueñas,2004).



2.3. FUERZA EXTERNA DE PINZAMIENTO VASCULAR

Combina los efectos de presión y fricción -la posición Fowler puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona-.(Ascardoso, 2002; Dueñas,2004).



LOCALIZACION HABITUAL DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

• **Localización:** Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Las áreas de más riesgo serían la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas, las caderas, rodillas, omóplatos, hombros, y costillas. A veces también pueden aparecer en la nuca y en las orejas. ((Ascardoso, 2002; Dueñas,2004).)

A veces aparecen úlceras localizadas en zonas expuestas a roce continuo y prolongado de un determinado objeto utilizado en el tratamiento del paciente como son:

- *Nariz:* por la mascarilla de Oxígeno o por el uso de Sonda Nasogástrica.
- *Labios, lengua y encías:* por tubos Endotraqueales.
- *Meato Urinario:* por utilización de Sonda Vesical.

3.- FACTORES DE RIESGO (CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE RIESGO)

Se han dividido en permanentes y variables.

3.1.- PERMANENTES

Son aquellos que no admiten mejoría y acompañan naturalmente a las personas durante su vida:

- Edad.(avanzada)
- Capacidad física mermada. (inmovilidad, parálisis, estado de coma, etc.)

3.2.- VARIABLES

Son los que admiten evolución a lo largo del tiempo.

A su vez dentro de los variables se han establecido tres grupos que son:

3.2.1. FISIOPATOLÓGICOS

Son aquellos originados como consecuencia directa de algún problema de salud:

- Lesiones cutáneas: edemas, sequedad, ausencia de elasticidad, etc.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiovasculares, etc.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación, etc.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección, etc.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma, etc.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis, tc.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa, etc.
- Alteración de la eliminación (urinaria e intestinal): incontinencia urinaria e intestinal, etc.

3.2.2. DERIVADOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Son los que tienen como causa determinadas terapias o procedimientos diagnósticos:

- Inmovilidad impuesta por determinadas terapias o procedimientos como aparatos fijadores esqueléticos, tracciones, inestabilidad respiratoria, etc.
- Tratamientos o fármacos con acción inmunosupresora o sedante, corticoides, citostáticos, radiaciones.
- Técnicas para fines diagnósticos.

3.2.3. DERIVADOS DE LOS CUIDADOS Y DE LOS CUIDADORES

Son todos aquellos factores que incluyen las actuaciones externas sobre el paciente:

- Higiene inadecuada.
- Ausencia o defecto de cambios posturales.
- Fijación inadecuada de sondas, drenajes, férulas...
- Uso inadecuado del material.
- Falta de recursos materiales
- Falta de educación sanitaria.
- Falta de criterios unificados de tratamiento.
- Sobrecarga de trabajo.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

La “Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)” de USA, define que el riesgo de padecer UPP, se ha de medir con una herramienta que permita cuantificar la importancia del riesgo. Si el sistema de prevención y estudio está suficientemente desarrollado aportará, además, una indicación de cual es la actuación correcta ante ella; cuales son las acciones oportunas para corregir ésta y que tipo de material es el indicado para realizar la prevención o la cura.

Tras estudiar diversas escalas -Norton, Nova 5, Gosnell, Norton Modificada, Braden-Bergstrom y sus modificaciones, hemos decidido utilizar la escala **Nova 5**, para valorar el riesgo de padecer úlceras por presión.

Los motivos que nos han conducido a la adopción de esta escala son varios:

- Claridad en la presentación de los ítems de la escala (pensamos que es menos susceptible de subjetividad por parte del evaluador).
- Sencillez en la presentación de las opciones planteadas –nada, poco, bastante y todo- (creemos que no exige un esfuerzo adicional de adaptación debido a un vocabulario muy específico).
- Oportunidad (pues aún no siendo la más difundida en la actualidad, la autoridad científica de los que la emplean, avala suficientemente su uso)-. Está siendo utilizada por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (<http://www.gneaupp.org>), el European Wound Management Association (EWMA) (<http://www.ewma.org>), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)

ESCALA NOVA 5

Esta herramienta de valoración se utilizará en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente, para evaluar el riesgo de padecer UPP.(en toda población de riesgo , características anteriormente mencionadas en marco conceptual).

El resultado de la valoración se registrará en la Hoja de Valoración de Enfermería al ingreso y de **resultar valorado como de riesgo** –o presente úlceras por presión– se abrirá una Hoja de Valoración y Registro de UPP, que se incluirá en la historia clínica del paciente y que será adosada a la hoja de Planificación de Atención de Enfermería, (la cuál se detalla en los anexos).

La valoración según la escala Nova 5 se desarrolla de acuerdo a cinco aspectos considerados.

- Estado mental
- Incontinencia
- Movilidad
- Nutrición ingesta
- Actividad

ESCALA NOVA 5

PUNTA CIÓN	ESTADO MENTAL	INCONTINEN CIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN INGESTA	ACTIVI DAD
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorienta do	Ocasional Limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalmente con ayuda	deambula
2	Letárgico	Urinaria o Fecal importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta oral	No deambula

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

0 puntos	Sin riesgo
De 1 a 4 puntos	De riesgo Bajo
De 5 a 8 puntos	De riesgo Medio
De 9 15 puntos	De riesgo Alto.

DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA ESCALA NOVA 5

ESTADO MENTAL

- *Paciente consciente o alerta.*

Es aquel paciente que está orientado y consciente.

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

- *Paciente desorientado.*

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

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

- *Paciente letárgico.*

Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.

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

- *Paciente inconsciente o comatoso.*

Es aquel paciente que tiene pérdida de conciencia y de sensibilidad.

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

INCONTINENCIA

- *Paciente continente.*

Es aquel paciente que tiene control de esfínteres.

- Puede ser portador de sondaje vesical permanente.

- *Paciente con incontinencia ocasional.*

Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado.

- Puede llevar pañal.

- *Paciente con incontinencia urinaria o fecal.*

Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni pañal.

- *Paciente con incontinencia urinaria y fecal.*

Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

MOVILIDAD

- *Paciente con movilidad completa.*

Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total.

- El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

- *Paciente con limitación ligera en la movilidad*

Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda Nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, Yesos, etc.).

- No necesita ayuda para cambiar de posición.

- *Paciente con limitación importante en la movilidad.*

Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda Nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc.) como por causas propias (ACVA, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejia), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.

- *Paciente inmóvil o encamado 24 horas.*

Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es *completamente dependiente*.

NUTRICIÓN

- *Paciente con nutrición correcta.*

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

Puede ser por:

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

- *Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta.*

Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarios. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso.

Puede ser por:

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

- *Paciente con nutrición incompleta:*

Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia, etc.) Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.

Puede ser por:

- Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos).
- Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia)
- Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

- *Paciente sin ingesta oral.*

No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (Albúmina < 30 mg. proteínas < 60mg) y/o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteinemia, etc.)

Puede ser también por no tener ingesta oral, Enteral ni Parenteral por cualquier causa más de 72 horas.

ACTIVIDAD

- *Paciente que deambula.*

Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

- *Paciente que deambula con ayuda.*

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

- *Paciente que siempre precisa ayuda.*

No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.

- *Paciente encamado.*

No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener períodos cortos de sedestación.

5.2. REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE UPP

La reevaluación de los pacientes con riesgo de desarrollar UPP se realizará con la periodicidad siguiente.

RIESGO DE UPP	REEVALUACIÓN EN DÍAS
NOVA 5 9 – 15 PUNTOS = ALTO RIESGO	1
NOVA 5 5 – 8 PUNTOS = RIESGO MODERADO	3
NOVA 5 1 – 4 PUNTOS = BAJO RIESGO	5

No obstante, cuando se produzca un cambio de situación del paciente, se procederá igualmente a la reevaluación.

Los cambios de situación del riesgo de UPP se agrupan bajo los siguientes epígrafes:

- Isquemia de cualquier origen.
- Intervención quirúrgica prolongada (>10 horas).
- Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.
- Hipotensión prolongada.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas

DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS UPP

Teniendo en cuenta que todos los pacientes son potenciales de riesgo, se aplicarán las medidas preventivas a aquellos que según la escala Nova 5 tengan cualquier riesgo de UPP.

Valorar el riesgo de padecer UPP, aplicando la escala al ingreso, sin superar las primeras 24 horas.

CUIDADOS ESPECÍFICOS EN LA PREVENCIÓN DE UPP

1. CUIDADOS DE LA PIEL

- Higiene diaria (y siempre que se precise), de la piel con agua y jabón neutro para la piel.
- Observar la integridad de la piel (especialmente en las prominencias óseas) durante cada sesión de higiene o cambio postural, protegiéndolas en caso necesario.
- Secado meticuloso y sin fricción, haciendo especial hincapié en las zonas de pliegues.
- No usar alcoholes, colonias, etc. Usar cremas hidratantes procurando su completa absorción.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- Si el paciente presenta incontinencia:
 - Usar pañales absorbentes.
 - Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.
 - Empleo de Nistatina **óxido de Zinc**, para proteger las zonas expuestas a la humedad.

Para reducir la fricción, **usar apósitos protectores** (poliuretanos, hidrocoloides, hidropoliméricos...), en zonas de prominencias óseas y levantar al enfermo sin arrastrar

MOVILIZACIÓN

Se realizarán cambios posturales cada 2-4 horas, según el riesgo de padecer UPP, utilizando como norma general el siguiente esquema:

HORARIO DE LOS CAMBIOS POSTURALES	POSICIÓN
07	Decúbito lateral derecho (DLD)
11	Decúbito lateral izquierdo (DLI)
15	Sentado (movilizarlo dos veces) por una hora en silla de ruedas , luego Decúbito supino (DS)
19	Decúbito lateral derecho (DLD)
23	Decúbito lateral izquierdo (DLI)
03	Decúbito supino (DS)

- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 o 30 minutos, según patología y estado del paciente.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso y equilibrio.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.
- Para facilitar los cambios posturales, la movilización y hacer los cambios de ropa de cama con mayor facilidad, proponemos colocar –perfectamente estirada- una tercera, entremetida o sábana travesera, evitando arrastrar al enfermo en la cama.

- Si es necesario elevar la cabeza de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo y si es posible no pasar de 30°, ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de UPP.

- No usar flotadores, Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir UPP.

- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones antiescaras, cojines, almohadas, protecciones locales (taloneras, coderas) Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.

.....RECORDAR QUE EL MATERIAL COMPLEMENTARIO NO SUSTITUYE A LA MOVILIZACIÓN.....

POSICIONES

Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

1. DECÚBITO SUPINO

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de los gemelos.
- Una manteniendo la posición de la planta del pie.
- Una bajo cada brazo (opcional).

No se debe producir presión sobre:

- Talones, cóxis, sacro, escápulas y codos.

PRECAUCIONES

-Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada -evitando la hiperextensión-, codos estirados y manos en ligera flexión.

-Las piernas deben quedar ligeramente separadas.

-Si la cabecera de la cama debe de elevarse, debe de procurarse que no exceda de 30°.

-Evitar la rotación del trocánter.

-Evitar la flexión plantar del pie.

2. DECÚBITO LATERAL

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.

No se debe producir presión sobre:

- Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maleolos.

PRECAUCIONES

-La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 hasta 60 grados.

-Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra.

-Los pies formando ángulo recto con la pierna.

-Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

-En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.

-Es importante que estén sentados correctamente.

-Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

3. POSICIÓN SENTADA

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.
- Una debajo de los pies.

No se debe producir presión sobre:

Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

PRECAUCIONES

-La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme.

-No se permitirá la situación inestable del tórax.

NUTRICIÓN

- Controlar la ingesta de alimentos, ya sea por vía oral u enteral.
- Estimular la ingesta de líquidos, por vía oral, según el siguiente horario *07-10-13-15-19-21*, de acuerdo al aporte hídrico calculado para cada paciente, tomando en cuenta además, patología de base e indicación Médica.
- Estimular la ingesta de líquido a pacientes con nutrición enteral , administrando agua por sonda Nasogástrica o sonda Nasoyeyunal , posterior a ADN o papilla , además lo indicado en la Hoja de planeamiento de Atención de Enfermería , de acuerdo al aporte hídrico calculado para cada paciente , tomando en cuenta además , patología de base e Indicación Médica.

Proporcionar:

- Aporte hídrico de 30 cc/kg de peso/día.
- Calorías 30-35 Kcal/kg de peso/día.
- Proteínas 1.25-1.50 gr/kg de peso/día.

(Intervención Interdisciplinaria –Interdependiente)

GUÍA DE TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

VALORACIÓN

Requisitos señalados por el Grupo Nacional Español para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) para el tratamiento del paciente con úlceras por presión.

- Visualizar al paciente como un ser integral (biopsicosocial).
- Hacer especial énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y la familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Desarrollar un Protocolo de Atención para prevención de úlceras por presión para utilizar en el ámbito local intrahospitalario.
- Tomar decisiones basadas en la dimensión costo-beneficio.
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación.
- Configurar un *marco asistencial* basado en la evidencia científica.

VALORACIÓN INICIAL

- 1.- Exámen físico completo (cefalocaudal).
- 2.- Valoración de lesiones en la piel (estadíos I, II, III, y IV)
- 3.- Valoración de indicadores directos e indirectos, según patología (s) de ingreso.
- 4.- Valoración capacidad de autocuidado.
- 5.- Valoración psicosocial.
- 6.- Valoración nutricional. (IMC).

VALORACIÓN DE LA LESIÓN

Se recogerá en una hoja de valoración que incluirá –al menos- los siguientes epígrafes:

- Antigüedad de la lesión.
- Localización.
- Estadío.(I, II, III, IV)
- Tamaño (dibujo de la forma de la lesión, se detalla en anexos)
- Tejido del lecho de la lesión: desvitalizado, necrótico o de granulación.
- Estado de la piel perilesional: íntegra, macerada, eczematosa o celulitis.
- Exudado: escaso, moderado, abundante, seroso, purulento o hemorrágico.
- Signos de infección local: exudado purulento, maloliente, bordes inflamados o fiebre.
- Dolor.

Valorar herida cada vez que se realice curación y siempre que haya deterioro del paciente o de la herida.

Registrar el resultado y el día de la próxima curación y valoración de la herida en la Hoja de Valoración de UPP o en su defecto en la Hoja de Observaciones de Enfermería.

VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS

Observar dificultades en la comunicación; signos reales de que la persona tiene dificultad para enviar y recibir mensajes - tartamudeo, balbuceo, disartria, respuesta emocional inadecuada, falta de interés en la comunicación, etc. Observar la preparación para aprender, signos como observar con curiosidad, hacer preguntas sobre el tema, ayuda.

Observar la preparación para asumir el cuidado:

El profesional de Enfermería deberá realizar educación continua durante la hospitalización a la familia y/o cuidador del paciente en cuanto a:

1. La persona (o la familia) dice que es capaz de manejar su problema y saber cómo hacerlo:

- La persona o miembros de la familia tienen información suficiente.
- La información es correcta.
- Comprende las causas y los efectos.
- Sabe dónde puede obtener conocimiento adicional si es necesario.

2. La persona (o la familia) demuestra la capacidad para manejar el problema o ejecutar la tarea:

- La persona o familia realiza los tratamientos y procedimientos prescritos.
- La tarea se realiza sin riesgo.
- Los métodos se realizan según lo prescrito y se demuestra correctamente.

La competencia para el cuidado se determinará por rendimiento y será la Enfermera responsable de la persona la que determine si los cambios son aceptados significativamente.

Se registrará el resultado de la valoración, así como el día de la próxima valoración, en la Hoja de Registro de UPP, o en su ausencia en la Hoja de Evolución de enfermería. Si tiene la voluntad para aprender y /o asumir el cuidado aplicaremos actuaciones de educación

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.
- Mantener la zona seca (medidas de prevención).
- Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las lesiones inicialmente con suero fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior - la proporcionada por la gravedad
- No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.
- No limpiar la herida con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), tóxicos para los fibroblastos humanos.
- Proteger la zona periulceral con un preparado a base de zinc. (en lo posible)
- El método de cura o apósito dependerá del grado de la lesión, lo cuál debe ser decisión de enfermería según con lo *que se cuente en el Servicio* o lo que se le pueda *solicitar a familiares* que no sean de excesivo costo económico.
- El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 – 4 cm. los bordes de la misma.

El plan de tratamiento de la úlcera por presión **dependerá de la valoración de la lesión:**

El cuidado de las heridas y úlceras se realiza en la actualidad empleando las ventajas de aplicar a las mismas un medio ambiente húmedo.

La técnica de la cura húmeda se basa en mantener el lecho de la herida aislado del medio ambiente exterior, con lo que el exudado de la herida permanece en contacto con la misma, manteniendo de esta manera la herida en un ambiente húmedo, que permite un correcto funcionalismo enzimático en el lecho de la herida, que tiene una relación directa con la liberación y actuación de factores tróficos en el lecho de la herida. Para ello es esencial el papel del oxígeno.

En una primera fase se precisa un ambiente pobre en oxígeno para la producción de factores tróficos -regeneración de las células epiteliales y la acción de los macrófagos, el crecimiento de los fibroblastos y la producción de factores angiogénicos.

Posteriormente es mayor la demanda de oxígeno, al entrar en juego las últimas fases de la síntesis de colágeno y de los queranocitos, pues los fibroblastos tienen que producir colágeno de tipo I y II, para generar la matriz cutánea.

Los beneficios reportados por la cura en este ambiente húmedo son:

- Aumento del aporte de oxígeno y nutrientes a través de la angiogénesis.
- Acidificación del pH de la zona, creando un ambiente bacteriostático que disminuye el riesgo de infección.
- Facilidad para la migración celular.
- Control del exudado sin perjudicar la piel periulceral.
- Disminución del dolor.
- Protección de las heridas de la contaminación.
- Reducción de los tiempos de cicatrización.
- Disminución del tiempo y número de curas locales.

Para esto se han desarrollado diferentes métodos de cura y diversos tipos de apósitos que permiten la curación en medio húmedo, como son:

- Apósitos hidrocoloides.
- Hidrogeles.
- Poliuretanos.
- Espumas poliméricas.
- Alginatos.
- Apósitos de carbón activado + plata.

- 1.- La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinado por el nivel de exudado.
- 2.- Si estamos utilizando el apósito correcto, según el nivel de exudado, realizar los cambios según las características del apósito.
- 3.- Si existen fugas con el apósito seleccionado, es signo de que éste debía haber sido cambiado por un apósito de mayor poder absorbente.
- 4.- Ante la presencia de **signos de infección** local deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento. Si la úlcera no evoluciona favorablemente al cabo de una semana, o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con una pomada antibiótica local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan la úlcera por presión y durante un período máximo de dos semanas – CAF 5% .Si al cabo de las dos

semanas continuara con infección realizar cultivo (intervención interdependiente , interdisciplinaria)

5.- En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada.

6.- Evitar las curas oclusivas si hay exposición de hueso o tendones.

7.- No realizar nunca curas oclusivas si hay signos de infección.

8.- Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.

9.- Proteger las UPP de contaminaciones externas (heces, orina...).

ESTADIOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN “THE NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL”

Instrumento mediante el cuál las úlceras por presión son etapificadas en cuatro grados según profundidad, avalado por la GNAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión)

ESTADÍO 1

Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.



ESTADÍO 2

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



ESTADÍO 3

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.



ESTADÍO 4

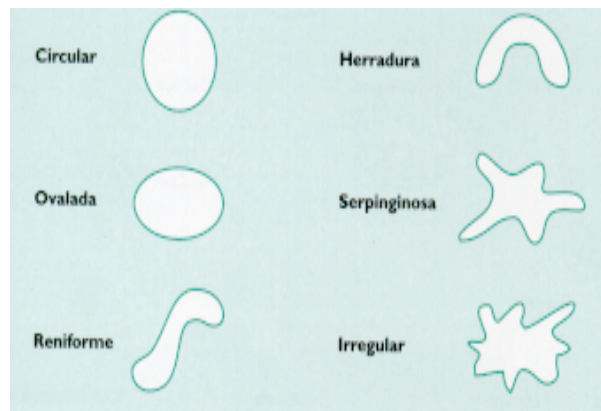
Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.



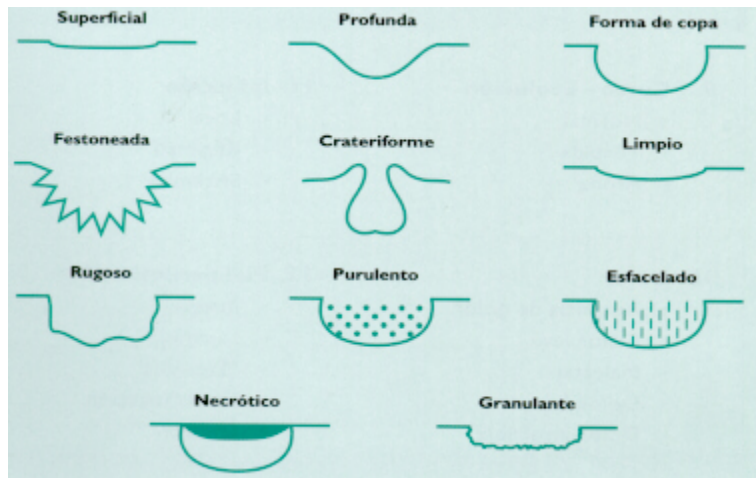
En todos los casos en que se proceda a valorar deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

DESCRIPCIÓN DE UNA ÚLCERA

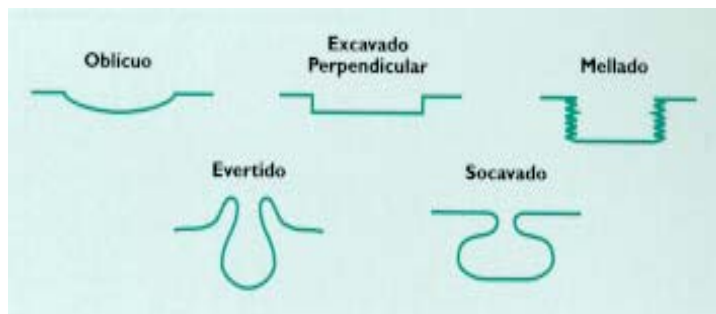
FORMA DE LA ÚLCERA



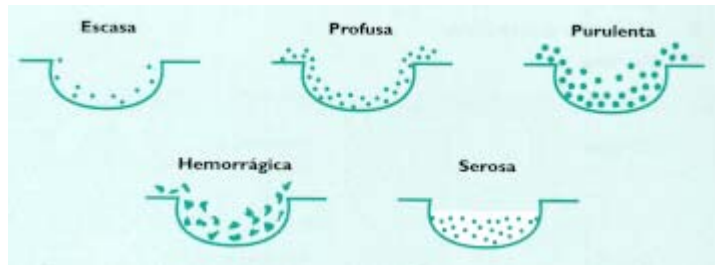
FONDO DE LA ÚLCERA



BORDES DE UNA ÚLCERA



SECRESIÓN DE UNA ÚLCERA



BASE DE UNA ULCERA



CONTENIDOS EDUCATIVOS A ENTREGAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE A FAMILIA Y/O CUIDADORES

¿Qué es una Úlcera por Presión?

- Se define como la lesión que se produce en la piel producto del roce entre las prominencias óseas del paciente y/o por la presión prolongada entre el cuerpo del paciente y una superficie externa (cama).

Esta lesión de la piel puede ir desde un simple enrojecimiento de la piel, hasta el compromiso de tejidos blandos (piel- músculos) y huesos, siendo ésta última herida muy difícil de tratar.

¿Dónde se localizan las úlceras por presión (escaras)?

En las zonas de prominencias óseas, es decir, dónde se palpan más fácilmente los huesos. En general son aquellas zonas que se encuentran expuestas a mucho roce con la cama y que poseen la piel delgada estas son:

- Cabeza
- Codos
- Omóplatos
- Zona sacra (cola)
- Talones

¿Qué se debe observar para prevenir la aparición de escaras?

- Piel roja o enrojecida: se puede observar como una zona más colorada que el resto de la piel.
- Piel con alguna pequeña erosión o pelada en alguna zona del cuerpo.
- Piel o zona más calurosa, con más temperatura, la que se siente al tocarla.

¿Cómo prevenir la aparición de las úlceras por presión?

- Realizar la higiene de la piel diaria con agua y jabón neutro, enjuagar y secar bien.
- Observar la integridad de la piel (ausencia de heridas) diariamente mientras se realiza la higiene.
- Lubricar la piel con crema tras el baño, sobre todo en prominencias óseas (zonas de mayor riesgo), para mantener la hidratación de la piel evitando así que se reseque y se erosione.
- No masajear áreas enrojecidas de la piel, ya que se podría producir una lesión más profunda.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Asegurar una hidratación (ingesta de líquidos) y alimentación adecuada del enfermo.
- Si el paciente no controla esfínteres:
 - Proteger con pañales absorbentes.
 - Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.
- Cambiar de posición al paciente que no se puede movilizar en cama, por lo menos cada cuatro horas, si éste puede moverse bien sin ayuda, estimular el cambio de posición.

- Si va a lateralizar al paciente. coloque un cojín entre las rodillas para evitar el roce entre ambas.
- Levantar al sillón o silla siempre que el estado del paciente lo permita. Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que permanezca sentado.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán protegerse las prominencias óseas con vendas o telas suaves de algodón que eviten que la zona propensa a formar escaras quede en contacto directo con la ropa de cama.
- El colchón antiescaras, no evitará por sí sólo la aparición de úlceras por presión.

¿Por qué es tan importante prevenir la formación de escaras?

- Porque así evitamos que la piel se dañe y a la larga sea un foco infeccioso para el paciente, y que se complique aún más su estado actual.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL PACIENTE

- 1.- Reforzar contenidos educativos entregados al paciente, familiares y/o cuidadores durante la hospitalización del paciente.
- 2.- Evaluar la capacidad de autocuidado del paciente y grado de dependencia del paciente al alta.
- 3.- Evaluar conocimientos de familiares y/o cuidadores con relación a prevención de Úlceras por Presión en el Hogar.
- 4- Entregar tríptico de Prevención de Úlceras por Presión en el hogar.
- 5.- Derivar a atención primaria o ha otro Servicio toda herida no resuelta durante la hospitalización (Generalmente estadíos II, III, y IV) llenando “Hoja de Derivación de Heridas” existente en el Servicio de Medicina Interna, especificando, Tipo de Herida, Localización, Tejido de Herida, Exudado y Tratamiento seguido durante la hospitalización.

6.- Entrega de datos a Enfermera Jefe del Servicio, quien por vía telefónica, además realizará derivación de paciente, ya sea a atención primaria como ha otro servicio.

7.- Entrega a paciente, familiares y/o cuidadores de productos utilizados durante el tratamiento de la herida, que ellos hallan costeadado.

8.- Ingreso de paciente a Hoja de Estadística de Pacientes con Ulceras por Presión.

EVALUACIÓN

Se considera la evaluación tanto del Proceso como de los resultados.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Los requisitos establecidos para la evaluación de los cuidados ofrecidos serán:

- Se ha aplicado la escala Nova 5 al ingreso.
- Se ha aplicado la escala Nova 5 al menos a los 7 días de la última valoración del riesgo.
- Se ha aplicado la escala Nova 5 ante la ocurrencia de “cambio relevante”.
- Se ha registrado la valoración del entorno.
- Están registrados los cambios posturales.
 - Está anotada la ingesta de alimentos en las 24 horas.
 -
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la lesión al ingreso.
-

Todos los aspectos descritos anteriormente serán evaluados mediante revisión de las incidencias recogidas en la Hoja de registro para UPP.

Se realizará así mismo la evaluación de determinadas normas de actuación mediante observación directa. Se propone a las unidades el sistema de autoevaluación, considerándose los siguientes requisitos:

- Se ha utilizado crema hidratante o novobase según plan de enfermería, tras el baño.

- Utiliza guantes para la limpieza y cura.
- Monta campo estéril para la limpieza y cura de la herida.
- No se ha utilizado para la limpieza antiséptico local.
- No se realiza cura oclusiva, en caso de infección.
- Se ha tomado frotis en caso de observar signos de infección.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se plantea el estudio de la prevalencia puntual y de incidencia de período como indicadores de resultado.

1.- PREVALENCIA PUNTUAL:

- N.º de pacientes con UPP
- Población estudiada en la fecha en la que se hace el estudio.
- Existe un cierto consenso en cuanto a la no idoneidad de incluir a toda la población en los denominadores, o sea, no calcular tasas crudas, pues no tiene sentido incluir pacientes con muy bajo o nulo riesgo de desarrollar UPP.

A continuación presentamos las exclusiones en el cálculo de denominadores utilizadas para determinar la prevalencia global:

TIPO DE PACIENTE PROPUESTO

Pacientes ingresados, de corta estancia (2-3 días de ingreso) , con puntuación Nova 5 de bajo riesgo , Autovalentes, son pacientes con un riesgo bajo-nulo de desarrollar UPP.

Otros, Aunque normalmente no se tienen en cuenta como pacientes ingresados en el hospital durante el día: Los pacientes en sesión de diálisis ambulatoria.

Se recogerán datos **cada 3 meses**, tomando como indicadores de resultado:

- N.º enfermos con UPP / N.º pacientes estudiados.
- N.º de UPP / N.º de enfermos ulcerados.

2.- INCIDENCIA DE PERÍODO

- Número de pacientes (libres de UPP al inicio del período de tiempo que se estudia) en los que aparecen UPP durante el período de tiempo de estudio x 100.
- Número de pacientes en riesgo durante el período de estudio. Se incluyen estudios de incidencia; introduciendo la autoevaluación. Presenta información de mayor calidad acerca de la etiopatogenia de las UPP, sus factores de riesgo y su dinamismo.

Se recogerán datos tomando así mismo como indicadores de resultado:

- N.º enfermos con UPP / N.º pacientes estudiados.
- N.º de pacientes identificados de riesgo bajo con úlceras/ N.º pacientes estudiados.
- N.º de pacientes identificados de riesgo medio con úlceras/ N.º pacientes estudiados.
- N.º de pacientes identificados de riesgo alto con úlceras/ N.º pacientes estudiados.
- N.º de UPP / N.º de enfermos ulcerados.
- N.º de úlceras en pacientes identificados de riesgo bajo / N.º pacientes ulcerados.
- N.º de úlceras en pacientes identificados de riesgo medio / N.º pacientes ulcerados.
- N.º de úlceras en pacientes identificados de riesgo alto / N.º pacientes ulcerados.
- Número de úlceras por presión intra-hospitalarias.
- Número de úlceras por presión extra-hospitalarias.
- Número de úlceras por presión intra-servicio.
- Número de úlceras por presión extra-servicio.

Los datos son recogidos en la Hoja de registro de incidencias de UPP la cuál se detalla en los anexos.

BIBLIOGRAFÍA

INTERNET:

1.- Ascardoso, Javier. Que son las úlceras por presión.

<en línea: ([http:// www.web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html](http://www.web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html)). 09/05/2004 , 20:35 hrs.

2.- Ayora, Pilar. Protocolo de cuidados en úlceras por presión

<en línea:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/ulceras_presion.pdf. 22/05/2004, 21:30 hrs.>

3.-Dueñas, José. Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión; 2004.

<en línea: <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html>)12/06/2004 , 21:27 hrs>

4.- Gac, Homero. Manual de Geriátría, Algunos cambios asociados al envejecimiento.

<en línea:

http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria/Geriatria_Manual/Geriat_M_11.html. 26/05/2004,19:00 hrs.>

5.- GNAUPP, Medidas de prevención de úlceras por presión.

<en línea: <http://www.gneaupp.org>. 22/05/2004, 20 :35 hrs.

6.- Instituto nacional de Estadística .2000. Boletín Informativo del INE N°8 “Adulto Mayor”. Santiago, Chile. pp. 1-2-3-4.

7.- Verdugo, Pepe. Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión.

<en línea: (<http://www.ua.es/personal/pepe.verdu/protocolo/presentacion.html>.) 04/06/2004 23:45 hrs.>

ANEXOS

HOJA VALORACIÓN HERIDA

FECHA	VALORACIÓN DEL RIESGO	LOCALIZACIÓN	EVOLUCIÓN DE LA ULCERA	TRATAMIENTO	ESTADIO	FIRMA