

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

**“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE  
ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PREVENTIVOS DE  
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS  
EN EL SERVICIO DE INTENSIVO DEL HOSPITAL CENTRO  
MÉDICO MILITAR”**

Estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, realizado durante los  
meses de Febrero, Marzo y Abril de 2011

REBECA DEL CARMEN GALINDO GARCÍA  
Carné: 200321710

ASESORA: Mg. Rhina Orantes de León  
REVISORA: Mg. María Eugenia De León de Hernández

Tesis

Presentada ante las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas –  
USAC - Escuela Nacional de Enfermeras/os de Guatemala

Previo a optar el grado de Licenciada en Enfermería

GUATEMALA, JULIO 2,011



CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO (CUM)  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA  
6 Avenida 3-55 zona 11, Teléfonos 2440-4477, 2440-8592, 2472-1392  
E-mail [guatenfria@yahoo.com](mailto:guatenfria@yahoo.com) Guatemala, C.A.



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA A TRAVÉS DE  
LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS  
TITULADO

**"CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS  
PREVENTIVOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN  
EL SERVICIO DE INTENSIVO DEL HOSPITAL CENTRO MÉDICO MILITAR"**

Presentado por la estudiante: *Rebeca del Carmen Galindo García*  
Carné: 200321710  
Trabajo Asesorado por: *Mg. Rhina Orantes de León*  
Y Revisado por: *Magíster María Eugenia De León de Hernández*

Quienes lo avalan de acuerdo al Normativo de Tesis y Exámenes Generales, Grado Académico de  
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA. PUNTO NOVENO, INCISOS 9.1 Y 9.2 del ACTA 32-2004.

Dado en la ciudad de Guatemala a los ocho días del mes de Julio del año 2011.

*Rutilia Herrera Acajabón*  
Licda. MSc. Rutilia Herrera Acajabón  
DIRECTORA



Vo.Bo.

*Jesús Arturo Oliva Leal*  
Dr. Jesús Arturo Oliva Leal  
DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala  
Unidad de Tesis



Guatemala 8 de Julio de 2,011

Enfermera Profesional  
Rebeca del Carmen Galindo García  
Presente.

Se le informa que el trabajo de tesis titulado:

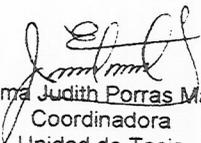
**“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PREVENTIVOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE INTENSIVO DEL HOSPITAL CENTRO MÉDICO MILITAR”**

Ha sido REVISADO Y CORREGIDO y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su examen general público.

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
M.A. Enma Judith Porras Marroquin  
Coordinadora  
Unidad de Tesis

c.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Guatemala 8 de Julio de 2011

Profesores  
UNIDAD DE TESIS  
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala  
Presente.

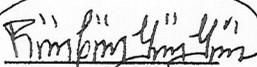
Se les informa que la Enfermera:

**Rebeca del Carmen Galindo García**

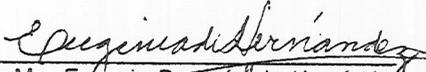
Ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

**“CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PREVENTIVOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE INTENSIVO DEL HOSPITAL CENTRO MÉDICO MILITAR”**

Del cual el autor se hace responsable del contenido, y el asesor y revisor damos la aprobación de la metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

  
AUTOR

  
Mg. Rhina Orantes de León  
ASESOR

  
Mg. Ma. Eugenia De León de Hernández  
REVISOR

## AGRADECIMIENTOS

- A** DIOS, Ser supremo que guía mi vida
- A** Mis padres: **Sabina García y Benjamin Galindo+**, por sus enseñanzas en el camino de la vida
- A** Mis suegros **Rolando y Agustina**, por su apoyo incondicional
- A** Mis hijos: **Jazmín, Joselin, Luis y Carlos**, por su comprensión y apoyo, que este triunfo sea un estímulo para ellos
- A** Mi esposo **Francisco Hernández**, por comprenderme siempre
- A** Mis hermanos, en especial a **Odilia**, por apoyarme siempre
- A** Mis Cuñados **Susana y Nery** por su ayuda incondicional y toda mi familia con cariño especial.
- A** Magister **Rhina Orantes**, por ser mi guía y por apoyarme siempre en mi formación profesional
- A** Magíster **Eugenia de Hernández**, por ser mi modelo de enfermería en mi vida profesional
- A** Claustro de catedráticas de la Escuela Nacional de Enfermeras y en especial Magister Enma Porras, Licda. Emma Juárez Licda. Gilda de Ponce, Licda. Otilia Argueta, Licda. Irma Vallejos, Licda. Irma Monterroso, Licda. Eva Rosales, Licda Patricia de Angel, Licda. Barbara Anleu, por formar parte de mi preparación académica.
- A** Universidad de San Carlos de Guatemala y Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, por haberme cobijado en sus aulas
- A** Autoridades y personal del Servicio de Intensivo de Adultos del Centro Médico Militar, por su apoyo incondicional durante el proceso de investigación
- A** Mis Amigas/os Evelin, Ingrid, Magda, Carol, Marisol, Celia, Giovanna, Dora, Carlos, Mirna, Edgar, Silvia, Rogelio, Mery, Francis, Rafael, Estuardo, Nidia, Juan Luis, Cap. Edith Morales, Licda, Carmen Murcia, Licda Sonia Velasquez, y en especial a Shirley, Dalia Flores, Yanira Cabrera por su apoyo incondicional.

# ÍNDICE

	Página
<b>RESUMEN</b>	
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</b>	
1. Antecedentes del problema	2
2. Definición del problema	6
3. Delimitación del problema	7
4. Planteamiento del problema	7
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b>	8
<b>IV. OBJETIVO</b>	9
<b>V. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA</b>	10
1. Conocimiento	10
1.1. Tipos de Conocimiento	10
1.2. Fuentes del Conocimiento	11
2. Enfermería	14
2.1. Personal de Enfermería	15
3. Úlcera	16
3.1 Úlcera por presión	16
3.1.8. Cuidados Generales	29
4. Paciente	35
4.1.1. Paciente con Úlcera por Presión	36
5. Cuidados Preventivos de Úlcera por Presión	39
6. Nutrición	45
7. Hospital	49
7.1. Hospital Centro Medico Militar	49
8. Modelo de Enfermería Dorotea Orem	50

<b>VI. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>54</b>
1. Tipo de Estudio	54
2. Unidad de Análisis	54
3. Población y Muestra	54
4. Operacionalización de la Variable	55
5. Descripción detallada de las Técnicas y Procedimientos	57
6. Criterios de inclusión y exclusión	58
7. Aspectos éticos	59
<b>VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>60</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
<b>IX. RECOMENDACIONES</b>	<b>72</b>
<b>X. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>75</b>

## RESUMEN

Considerando que el Servicio de Intensivo de cualquier institución prestadora de servicios de salud, es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, por varias causas, se debe contar con personal auxiliar de enfermería que satisfaga esas necesidades, contando con los conocimientos y las habilidades que favorezcan ese cuidado integral, bajo la dirección y supervisión de la enfermera.

Luego de haber seleccionado el tema y de que este fuera aprobado por la Unidad de Tesis de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala/Universidad de San Carlos de Guatemala, se procedió a elaborar el protocolo de investigación, iniciando con la lectura exhaustiva de fuentes documentales para fundamentar la presente investigación.

Para recolectar la información se elaboró un instrumento con 10 preguntas de tipo abierto, cerrado y mixto, basado en los indicadores planteados y para detectar si este era entendible o no, se llevó a cabo un estudio piloto con auxiliares de enfermería del Servicio de Intensivo de Adultos del Hospital Roosevelt, por contar características similares a las de la unidad de análisis de esta investigación.

Luego de recabado los datos se procedió a tabular la información, para lo cual se utilizó el sistema manual (paloteo) y para la presentación de resultados se usó cuadros estadísticos.

Entre las conclusiones más relevantes se pueden mencionar las siguientes: En cuanto a cuidados a paciente totalmente dependiente se refiere, el 60% de personal auxiliar de enfermería encuestado posee el conocimiento sobre los cuidados necesarios para la prevención de úlceras por presión. En el 40% que no lo posee, hay deficiencia en el conocimiento lo que hace deficiente el

cuidado que se brinda al paciente, ya que al no realizarse se predispone al mismo a contraer úlceras por presión.

Un 20 % responde que no es importante brindar masaje en prominencias óseas para mejorar la circulación. Lo anterior constituye un factor decisivo para que no se de un cuidado adecuado a la piel del paciente inmovilizado y como consecuencia se retarde su recuperación y aumenten los días estancia hospitalaria.

Se aplicaron los siguientes principios éticos: Beneficencia, Autonomía, Justicia además del consentimiento informado y la autorización de las autoridades de ambas instituciones.

Algunas de las recomendaciones que se dio a las autoridades de la institución son: a) Incluir en la evaluación de desempeño semestral del personal de enfermería, la evaluación de conocimientos que reflejen el cuidado a pacientes con limitación de movimientos en cuanto a prevención de úlceras por presión b) Implementar y Mantener al día el registro de úlceras por presión, motivando al personal para el cumplimiento de los cuidados preventivos de úlceras por presión.

## I. INTRODUCCIÓN

La Profesión de Enfermería en Guatemala no es ajena al problema de que los pacientes hospitalizados por largo tiempo, presenten en algunos casos, úlceras por presión, complicación que surge porque éstos a causa de su enfermedad no pueden o tienen dificultad para moverse con la frecuencia que se requiere, situación que lo convierte en una persona dependiente del cuidado de enfermería, por lo tanto los principales aspectos del cuidado de enfermería radican en contribuir a brindar un cuidado de prevención, eficaz y eficiente; para ello el personal debe poseer el conocimiento sobre los sistemas que se afectan cuando el paciente tiene una patología que limita su movilización, además debe conocer el entorno del paciente y su relación con la familia para brindarles la orientación necesaria para cuando egrese del hospital y sea cuidado en casa. Por lo antes mencionado se considera importante aplicar cuidados de enfermería que conlleven a la prevención de úlceras por decúbito y favorecer la integridad cutánea de la piel del paciente, para ello es necesario saber si el personal posee el conocimiento para realizarlo.

El servicio de Intensivo se considera área crítica, esto obliga al personal de enfermería a brindar cuidado integral de calidad con acciones concretas para la prevención de áreas de presión y así evitar la formación de úlceras por presión, y como resultado final un pronto retorno del paciente a su hogar, trabajo y comunidad .

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio de investigación se logró describir los conocimientos que el personal auxiliar de enfermería del servicio de Intensivo del Centro Médico Militar tiene sobre la prevención de úlceras por presión, determinando déficit en algunos conocimientos esenciales de prevención de úlceras por presión, (movilización, nutrición y alimentación), con base a lo cual se elaboran recomendaciones para las autoridades de la Institución.

## II. ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

### 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A nivel mundial, la unidad de cuidado crítico o servicio de intensivo en un hospital se caracteriza por brindar atención a pacientes en estado grave, dependientes del cuidado de enfermería, generalmente presentan falla multisistémica por lo que estos servicios deben estar dotados de personal bien entrenado en los cuidados a brindar y contar con conocimientos de alta tecnología que permita la vigilancia y la habilidad en el manejo del equipo permanente del paciente.

La práctica de enfermería conlleva a la satisfacción de necesidades del paciente tomando en cuenta los principios fundamentales de enfermería que guían a protegerlo de agentes que produzcan enfermedad o complicación, respetar su individualidad y mantener sus funciones fisiológicas, lo cual incluye aplicación de medidas preventivas que lo protejan entre otros, de aparecimientos de úlceras por presión. Los procedimientos de prevención comprenden una serie de actividades que deben llevarse en forma sistemática.<sup>1</sup> Enfermería en Guatemala no es ajena al problema de que los pacientes hospitalizados en área crítica en algunos casos, presenten úlceras por presión.

El Centro Medico Militar, cuenta con una organización hospitalaria, de tipo vertical basada en la distribución de responsabilidades y funciones en el área asistencial es una institución, encargada de proporcionar servicios de salud a las personas que lo soliciten acorde a la medicina moderna regida por la ley del país, funciona como un hospital de tercer nivel las 24 horas los 365 días del año, dividida por departamentos de consulta externa con encamamiento de pediatría, ginecología y maternidad, cuenta con el servicio de pacientes pagantes.

---

<sup>1</sup> GONZÁLEZ, Antonio. Pacientes en Estado Crítico, Editorial CIB, Medellín Colombia 2003. 635 p.

En el segundo nivel se encuentra el servicio de Intensivo donde los diagnósticos médicos según consulta realizada, en el libro de ingresos y egresos de pacientes y los datos mas frecuentes del servicio de informática del Centro Medico Militar son: Politraumatismo, Infarto Agudo al Miocardio, Alteración de Alerta, Insuficiencia Respiratoria Aguda, Evento Cerebro Vascular, Neumonía, refiriendo la jefe de enfermería del servicio de intensivo de adultos<sup>2</sup>, que los pacientes post operados de Craneotomía, y de Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Progresiva (SIRPA) llevan ordenes escritas de no estímulos de movilización por 24 a 48 horas por el riesgo de complicaciones en el paciente entre otros. Se ha observado la presencia de úlceras por presión en los pacientes que tienen un promedio mayor de 15 días de estancia en el servicio de Intensivo” con orden medica de no estímulos de movilización documentándolo el personal de enfermería en las notas de enfermería en cada turno de cuales son los cuidados que brindan para disminuir el riesgo de las áreas de presión.<sup>3</sup>

La presencia de áreas de presión en prominencias óseas es un factor de riesgo que favorece la formación de úlceras por decúbito en el paciente que esta hospitalizado, por largo tiempo, con limitación en la movilización y por consiguiente la presencia de esta complicación aumenta los días de estancia del paciente y los costos de la institución.

El Centro Medico Militar cuenta con datos estadísticos del servicio de informática que de 90 pacientes ingresados al servicio de intensivo de enero a diciembre del año 2010, 8 pacientes han sido documentados además del diagnóstico de Evento Cerebro Vascular, Lesiones de Columna y durante su hospitalización presentaron úlceras por presión debido a la inadecuada movilización y cuidados preventivos, de úlcera por presión. La jefe de enfermería Dalia Flores refiere que en ocasiones los pacientes que son trasladados de los servicios de encamamiento, o de sala de emergencia, vienen con problemas de úlceras por presión pero que son

---

<sup>2</sup> Observaciones hechas por E. P. Dalia Flores Jefe del Servicio de Intensivo del Centro Medico Militar mes de octubre 2010

<sup>3</sup>.ibid.

documentados únicamente en las notas de enfermería por el personal que hace el ingreso. En el servicio por lo general existe un promedio de 6 pacientes ulcerados durante un trimestre<sup>4</sup>, entre los que se encuentran los que se ulceran en el servicio. Idealmente en los servicios de intensivo los pacientes no deben ulcerarse esto es un indicador de calidad de atención de enfermería.

José Antonio Esperón Guimil, Celsa Anguera Casteló y Ana Escudero Quiñones<sup>5</sup> realizaron el estudio en el Hospital Mósteselo en España, en la Unidad de Cuidados Intensivos, sobre la Monitorización y la Prevalencia de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas en el periodo comprendido del 15 de febrero al 1 de octubre del año 2005, concluyeron que:

- La prevalencia más alta indica que de 519 ingresos, 69 presentaban úlceras por presión. Cuatro de ellos presentaban úlceras al ingreso con origen de otra Unidad hospitalaria, otros cuatro casos con origen en el domicilio.
- El 49% de los pacientes tenía colocada una superficie especial para el manejo de la presión, 7 de esos pacientes tenían colocado un colchón de aire alternante.
- Aunque todos los pacientes tenían registrados cambios posturales, no seguían el protocolo existente en el hospital de cambios cada 2-3 horas.

Diana Header, Del Águila Barranco. (1999)<sup>6</sup> realizó el estudio titulado "Conocimientos del personal de enfermería sobre el tratamiento de pacientes hemipléjicos con úlceras por decúbito atendidos en la Medicina Física de Hombres del Hospital VON AHN." y las conclusiones fueron:

<sup>4</sup> Observaciones hechas por E. P. Dalia Flores Jefe del Servicio de Intensivo del Centro Medico Militar mes de octubre 2010  
<sup>5</sup> [http. // www. Monitorización de Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos. Consultado 18 de marzo 2010, 15 horas](http://www.Monitorización de Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos. Consultado 18 de marzo 2010, 15 horas)

<sup>6</sup> DEL ÁGUILA, Diana Header. "Conocimientos del personal de enfermería sobre el tratamiento de pacientes hemipléjicos con úlceras por decúbito atendidos en la Medicina Física de Hombres del Hospital VON AHN." Guatemala, 1999, 62 p. tesis (Licenciada en Enfermería) Universidad Mariano Gálvez. Facultad de Enfermería.

- Que el personal de enfermería necesita incrementar sus conocimientos para mejorar el cuidado de pacientes hemipléjicos con úlceras por decúbito.
- El Personal no ha recibido capacitación previa al iniciar el trabajo en este servicio sobre el cuidado de este tipo de paciente.

Ana Eugenia, Escobar García (2005)<sup>7</sup>. Realizó el estudio titulado Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre "Los cuidados preventivos de úlceras por decúbito en niños de la unidad de cuidados Intensivos del Hospital Roosevelt y concluye que:

- "El personal debe estar capacitado para brindar este tipo de cuidado preventivo y evitar este tipo de complicaciones".

El presente estudio se basa en la teoría del déficit de auto cuidado de "Dorothea Elizabeth Orem"<sup>8</sup>, quien menciona que la acción de enfermería es propiedad o atributo complejo de las personas formadas, entrenadas como enfermeras que capacitan su demanda de auto cuidado terapéutico, para ayudar a los demás a controlar el ejercicio de la acción de auto cuidado o de cuidado dependiente" y se aplica en este estudio porque en el área de cuidados intensivos, se brinda cuidado a pacientes graves, aplicando el Sistema de Enfermería Total y el Parcialmente Compensatorio que permiten al personal de enfermería apoyarlo en la satisfacción de sus necesidades protegiéndolo de causas externas que producen enfermedad y en este caso la aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión.

Enfermería en Guatemala no es ajena al problema que los pacientes hospitalizados presentan en algunos casos úlceras por presión, complicación que

---

<sup>7</sup> ESCOBAR, Ana Eugenia. Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre "Los cuidados preventivos de úlceras por decúbito en niños de la unidad de cuidados Intensivos del Hospital Roosevelt. Guatemala, 2005, 58 p. tesis (licenciada en Enfermería) Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala

<sup>8</sup> MARRINER, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, 4ª. ed. Mosby, Madrid España, 1999, p.179.

surge porque los pacientes debido a causas de su enfermedad presentan dificultad para moverse en cama.

## 2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Es indispensable que el personal de enfermería aplique medidas preventivas para evitar complicación en la integridad cutánea, en este caso evitar las úlceras por presión, entendiéndose ésta como una zona localizada de "Necrosis (muerte) tisular que tiende a producirse cuando los tejidos blandos se ven comprimidos en una prominencia ósea y una superficie externa durante un periodo de tiempo prolongado<sup>9</sup>

El servicio de Intensivo es área crítica por lo que el personal de enfermería debe brindar cuidado integral de calidad con acciones concretas para evitar áreas de presión y por ende la formación de úlceras por presión.

Durante las rondas de enfermería, la investigadora<sup>10</sup> ha observado que el personal de enfermería al brindar cuidados al paciente con limitación en la movilidad, no le brindan los cuidados necesarios para evitar en el paciente la formación de úlceras por presión, entre ellos constante movilización, colocación de rodillos en áreas de riesgo, estimulación y lubricación de la piel entre otros, por lo que algunos pacientes se complican con esta patología adicional. Por lo que se hace necesario indagar si el personal realmente tiene el conocimiento científico en relación a los cuidados que deben brindarse a los pacientes que tienen alto riesgo de úlceras por presión o existen otros factores que influyan en este problema.

---

<sup>9</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 3 ed. México McGraw Hill Interamericana 1988 p. 591

<sup>10</sup> Observaciones por la investigadora al momento de estar de turno rotativo en el servicio de intensivo de adultos en el Hospital Centro Medico Militar, Mayo 2010, 16.00 horas.

### **3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

- 3.1. **Ámbito Geográfico:** Departamento de Guatemala
- 3.2. **Ámbito institucional:** Hospital Centro Medico Militar
- 3.3. **Ámbito personal:** Auxiliares de Enfermería del Servicio de Intensivo de Adultos del Hospital Centro Médico Militar.
- 3.4. **Ámbito Temporal:** Febrero, Marzo y Abril 2011.

### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería sobre cuidados preventivos de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio Intensivo del hospital Centro Medico Militar durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de 2011?

### III. JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión en pacientes hospitalizados son un indicador importante para evaluar la calidad de atención que enfermería brinda al paciente durante su estancia hospitalaria en los servicios de Intensivo, en donde generalmente el paciente depende del personal de enfermería para la satisfacción de necesidades.

En el servicio de intensivo los pacientes que ingresan, son parcial o totalmente dependientes del cuidado de enfermería, por lo que según Dorotea Orem, el personal de enfermería aplica el cuidado universal del sistema de enfermería "parcial o totalmente compensatorio"<sup>11</sup>, en donde la enfermera programa las acciones necesarias para recuperar la salud del paciente, entre ellas, evitar las úlceras por presión que son complicaciones adicionales a su enfermedad.

Este estudio será útil porque los resultados permitirán aumentar el conocimiento que fundamenta la práctica de enfermería, es novedoso porque no existe en la institución ningún estudio relacionado al tema y su trascendencia radica en que podrá utilizar como guía para el personal de enfermería en diferentes servicios y/o instituciones que brinden cuidados a pacientes parcial o totalmente dependientes.

La factibilidad del estudio está determinada por el apoyo que las autoridades brindaron, lo que permitió acceder a la fuente primaria de información: el personal de enfermería del Servicio de Intensivo de Adultos del Hospital Centro Médico Militar.

---

<sup>11</sup> MARRINER, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería, 4ª. ed., Mosby, Madrid, España, 1999, p. 180.

## **VI. OBJETIVO**

Describir los conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre los cuidados preventivos de úlceras por presión a pacientes hospitalizados en el servicio de Intensivo del Hospital Centro Medico Militar.

## V. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA

### 1. CONOCIMIENTO

Es un conjunto de información objetiva, los hechos se deducen de la aplicación de un método de verificación lógica o empírico lo suficientemente sólido de forma que todo hecho sea una verdad avalada por observaciones y reproducciones repetidas de un fenómeno<sup>12</sup>. Para el filósofo griego Platón<sup>13</sup> el conocimiento es aquello verdaderamente necesario que tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye en la razón; para llegar a producir ideas, conceptos, juicios o teorías, es un recuerdo o evocación de información, tal como la recibió desde datos específicos, hasta principios y teorías.

La persona es un ser lleno de ideas capaz de lograr interacciones con otras siendo necesario buscar guías que nos lleven al conocimiento adquiriendo un juicio propio.

De acuerdo a lo anterior, el conocimiento es adquirido mediante la experiencia y parte de las ideas, conceptos, juicios y teorías,

#### 1.1 Tipos de Conocimiento

La actividad científica ha persistido gracias a la mejora en la calidad de vida en la era moderna, se ha desarrollado dos corrientes del hecho científico: racionalismo y el empirismo, cada una con diferentes variantes:

**1.1.1 Racionalismo:** resalta la importancia del razonamiento a priori como método para avanzar en el conocimiento, los científicos enfocan en desarrollar una explicación sistemática (teoría) de un determinado fenómeno, los postulados

<sup>12</sup> MARRINER. Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª. ed. Mosby, Madrid, España, 1999. p. 16.

<sup>13</sup> www.monografias.com Epistemología, Consultado 18 de marzo 2010, 19 horas.

teóricos obtenidos por razonamiento deductivo de los general a lo particular, lo que nos lleva al conocimiento, se someten a refutación experimental corroborando la validez de la teoría.

**1.1.2 Empirismo:** se basa en la idea que el conocimiento científico se obtiene de la experiencia sensorial, (Francis Bacon 1620)<sup>14</sup> creía que la verdad científica se descubría mediante la generalización de los hechos, llamado también método inductivo. Una generalización a partir de casos concretos, es un enfoque de tipo primero investigación y después teoría. Basado en el conocimiento el positivismo se ha revelado como el enfoque dominante de la ciencia, en que el análisis lógico y la investigación empírica siguen siendo el método para llegar a la verdad científica.

**1.2. Fuentes de Conocimiento<sup>15</sup>** se refiere al origen del conocimiento, las que pueden ser variadas y muy importantes, entre ellas se pueden mencionar:

**1.2.1. Tradición:** comprende a verdades o creencias que están basadas en costumbres o tendencias, las tradiciones enfermeras del pasado han sido transferidas al presente por vía oral y escrita y con el modelado o creación de roles, y continúan influyendo en el ejercicio de la profesión.

El respeto a las tradiciones del paciente, debe estar inmerso en todas las intervenciones de enfermería planificadas. La enfermera también tiene costumbres y tradiciones propias que no deben interferir en el cuidado que brinda.

**1.2.2. Autoridad:** se logra cuando una persona que tiene experiencia, poder, que puede influir con su opinión y creencias, una persona que ejerce autoridad es porque que sabe o conoce más que los otros en un área determinada.

---

<sup>14</sup> MARRINER, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª. ed. Mosby, Madrid, España 1999. p. 21

<sup>15</sup> BURNS, Nancy. Investigación de Enfermería, 3ª. ed. EL SEVIER, España, 2004. p. 15 – 18.

En ocasiones la autoridad se debe relacionar en que las enfermeras si tienen el conocimiento científico y se actualizan pueden ejercer este derecho para no caer en polémica con otras personas.

Enfermería al obtener los conocimientos necesarios para brindar atención de calidad a paciente, se empodera del conocimiento y lo aplica oportunamente en la práctica.

**1.2.3. Ensayo - error** es un acercamiento a los resultados desconocidos que se usa en una situación de incertidumbre que no se puede disponer de otras fuentes de conocimiento, comprende con frecuencia documentación no formal de actividades de enfermería no eficaces con esta estrategia el conocimiento se adquiere con la experiencia.

La experiencia en la práctica de enfermería se logra por la repetición de habilidades y destrezas en los diferentes procedimientos o técnicas que le competen al cuidado.

**1.2.4. Experiencia personal<sup>16</sup>:** se obtiene del conocimiento por el hecho de estar involucrado en un acontecimiento, una situación o circunstancia, la suma de experiencias personales influye en la complejidad de la base del conocimiento enfermero. BENNER (1984) <sup>17</sup> describió cinco niveles de experiencia en el desarrollo del conocimiento clínico y la experiencia:

- Principiante,
- Debutante avanzado,
- Capaz- hábil
- Incompetente
- Competente.

---

<sup>16</sup> BURNS, Nancy. Investigación de Enfermería. 3ª. ed. EL SEVIER, España 2004. p. 15 – 18.

<sup>17</sup> Ibid p.17

El desarrollo profesional de la enfermera inicia desde principiante y va adquiriendo experiencia hasta llegar a la competente, que le permite brindar un cuidado con experiencia suficiente que responda a las necesidades reales del paciente, sin descuidar la aplicación y enseñanza de las medidas preventivas.

**1.2.5. Modelado de roles:** consiste en aprender imitando las conductas de un experto es el que capacita a la enfermera principiante a aprender las interacciones de enfermeras competentes y expertas<sup>18</sup>

Desde la etapa de estudiante la enfermera tiene una imagen objetivo que le permite imitar conductas de expertos competentes, que considera digno de imitar y fortalecer el conocimiento científico para fortalecer el actuar.

**1.2.6. Intuición:** es una percepción o comprensión de una situación o acontecimiento como un todo que puede ser explicado lógicamente.

Es como la persona analiza los cuidados para prevención de complicaciones en la persona que lo necesita.

**1.2.7. Préstamos:** se refiere a la apropiación y el uso de conocimientos de otros campos o disciplinas que son aplicables en el que hacer de la enfermera y las cuales se aplican:

- Al ejercicio profesional
- Integrar información dentro su propio centro de atención

Los conocimientos de otras ciencias son de gran utilidad para que la enfermera pueda integrarlas a los propios de la disciplina en beneficio de la atención al usuario.

---

<sup>18</sup> BURNS, Nancy. Investigación de Enfermería, 3ª. ed. EL SEVIER, España 2004. p.16

**1.2.8. Razonamiento:** es el procesamiento y organización de las ideas para poder sacar conclusiones. Cada persona es capaz de dar sentido a sus pensamientos y experiencias.

## **2. ENFERMERIA:**

Las estudiosas de la enfermería por largo tiempo han analizado diversos puntos de vista planteándola como una disciplina, una profesión una ciencia del cuidado de la salud del ser humano, de asistencia y servicio a la humanidad.<sup>19</sup> Entre ellas se puede mencionar:

Dorothea Orem: dice que enfermería es un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son dependientes total o parcialmente de ella.

Dorothy Jhonson: considera que enfermería es una fuerza reguladora que actúa para conservar la organización e integración del comportamiento del cliente a un nivel óptimo en las situaciones que constituye una amenaza. Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia,<sup>20</sup> es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. La enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Enfermería brinda cuidado de calidad en todas las etapas de la vida, el cual puede estar dirigido a individuo, familia o comunidad de forma eficiente y eficaz.

---

<sup>19</sup> WITTER, Beverly. Tratado de Enfermería, 4ª. ed, Editorial Interamericana, México 1988, p. 53

<sup>20</sup> HERNÁNDEZ, Juana. Cuestiones de Enfermería, Editorial Macgraw- Hill Interamericana, España 1996 p. 3 - 11.

## **2.1. Personal de Enfermería:**

Para poder brindar atención en salud, toda institución prestadora de servicios, debe contar con personal de enfermería capacitado. La imagen y función del personal de enfermería ha sido objeto de diversas transformaciones, pues esta como otras profesiones, se basa en un concepto social y como toda actividad social se desarrolla en un contexto histórico en permanente cambio y conflicto, es así que su desarrollo ha transitado por una práctica de cuidados basada en conocimientos empíricos, cuyos valores fueron determinados por ciertas ideologías dogmáticas, influidas por la moral tradicional y modelos basados en la abnegación y en el sacrificio.

### **2.1.1 Enfermera:**

La enfermera (o) es la que brinda una atención oportuna al usuario que tiene a su cargo, debe realizarle una serie de acciones de cuidados, en donde ejecuta acciones físicas para mantener el bienestar como: baño, movilización, masaje, los cuales van a depender de las condiciones de salud del paciente y acciones psicosociales relacionadas a escuchar las opiniones del paciente, dar respuesta a sus preguntas, brindar un trato individualizado y amable.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado que la responsabilidad de enfermería es cuádruple:<sup>21</sup> promover la salud, evitar enfermedades, establecer la salud, aliviar el sufrimiento. Hoy en día la enfermera es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas, coordina todas las actividades trabajando con otras disciplinas de la salud para proporcionar estos servicios al usuario.

---

<sup>21</sup> WITTER, Beverly. Tratado de Enfermería, 4ª. ed, Editorial Interamericana, México 1988, p. 61.

### **2.1.2. Auxiliar de Enfermería:**

Es el personal autorizado para prestar asistencia preventiva o de rehabilitación que exige competencia técnica y aptitud para el trato y la apreciación de las necesidades psicológicas y sociales, conforme a las normas bajo la supervisión directa de las enfermeras profesionales.

## **3. ULCERA**

Lesión en forma de cráter, circunscrita que afecta la piel y mucosas. Consecutiva a la necrosis que acompaña a ciertos procesos inflamatorios, infecciosos o malignos.

### **3.1. Úlceras por Presión**

Inflamación o llaga en la piel que recubre una prominencia ósea. Se debe a la hipoxia isquemia la que se desarrolla cuando la presión de la piel es mayor que la presión de los pequeños vasos sanguíneos periféricos que vascularizan la piel (Knigh, 1988) <sup>22</sup> indica que cuando un paciente está inmobilizado el peso del cuerpo se localiza sobre las prominencias óseas del cuerpo.

La úlcera por presión puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, independiente de la posición. Es un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos y personas con movilidad limitada, con morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 3ª. ed, México, Mcgraw - Hill , Interamericana, 1988. p. 590.

<sup>23</sup> <http://web.usal.es>. Es. Acardoso. Temas, úlceras, consultado el 16-07-10 a las 17 horas

Lo más importante es que el 95%<sup>24</sup> de las úlceras por presión 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. Se calcula que su incidencia en la población general es del 1.7% entre los 55 y 69 años y del 3.3% entre los 70 y 75 años. No existen datos fiables de su incidencia en atención primaria. En alguna serie se estima que el 60% se desarrollan en el hospital. Más del 70% de las úlceras por presión ocurren en mayores de 70 años.

El factor más importante en el desarrollo de las úlceras por presión es la presión mantenida, se asocia con fuerzas de fricción paralela y/o tangencial, y con una serie de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de las condiciones del paciente. Con trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura, las áreas de prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de úlceras por presión, la presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acumulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia local prolongada conduce a necrosis y ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daño isquémico en menos de dos horas. Las fuerzas de roce (fuerzas de fricción paralelas a la superficie epidérmica) y las fuerzas de cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en las zonas de presión cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°), disminuyen la presión requerida para provocar daño tisular, la inmovilidad es el factor más importante.

---

<sup>24</sup> [http://web.usal.es/Acardoso.Temas, úlceras](http://web.usal.es/Acardoso/Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

### 3.1.1. Clasificación de Úlceras por Presión

En la evolución de las úlceras por presión pueden diferenciarse varios estadios desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de Salud de Estados Unidos (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR)<sup>25</sup>, basada en la clasificación original de Byrne y Feld, que diferencia cuatro estadios.

### 3.1.2. Clasificación de La Evolución de las Úlceras por Presión

Se refiere al tipo de úlceras, según la evolución que estas tengan desde su aparición.

**Estadio I:** Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

**Estadio II:** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

**Estadio III:** Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

**Estadio IV:** Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente, lo correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos.

---

<sup>25</sup> [http://web.usal.es/Acardoso.Temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso/Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos, prestando especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos. Las localizaciones de úlceras por presión más frecuentes son el sacro y trocánteres.

### **3.1.3. Localización de las Úlceras por Presión según las áreas de presión**

Las zonas de localización más frecuentes según áreas de presión son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

### **3.1.4. Complicaciones de las Úlceras por Presión<sup>26</sup>**

Las más frecuentes son dolor, anemia e infección (local o sistémica). Las úlceras por presión pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas), una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.

La anemia será con frecuencia de origen multifactorial: hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples.

La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis provocada por las úlceras que llega a fascia profunda o en aquellas que no afectan a fascia pero que presentan signos clínicos de infección: inflamación, aumento de exudado, de dolor o de tamaño.

---

<sup>26</sup> [http://web.usal.es/Acardoso.Temas, úlceras](http://web.usal.es/Acardoso/Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

La vacunación antitetánica en casos de úlceras por presión que alcanzan la fascia, por estar descrita mayor sensibilidad a sobre infección por *Clostridium tetani*. Asimismo en pacientes portadores de cardiopatías con riesgo de endocarditis, debe hacerse profilaxis, al realizar manipulaciones locales importantes (biopsias, desbridamientos).

Otras complicaciones<sup>27</sup> sistémicas potenciales son: endocarditis, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en las úlceras por presión y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).

Las complicaciones secundarias son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbimortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o iatrogénica.

### **3.1.5. Detención de las Úlceras por Presión**

Existen distintas escalas para valorar niveles de riesgo de las úlceras por presión<sup>28</sup>, las más usadas y además recomendadas son la Arnell, la de Norton, la de Braden –Bergstrom y la de NOVA 5. Esta valoración es necesaria en todos los pacientes con riesgo potencial. Su función es ayudar a predecir la afectación de los tejidos y poner en marcha medidas de prevención.

La **escala de Norton** mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Fue realizada por Doreen Norton en el año 1962<sup>29</sup>. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran

---

<sup>27</sup> [http://web.usal.es/Acardoso.Temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso.Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

<sup>28</sup> *Ibid*

<sup>29</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Escala\\_de\\_Norton](http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Norton). Consultado el 13 de Febrero de 2,011 a las 13 horas

pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).

- 5 a 9: riesgo muy alto.
- 10 a 12: riesgo alto.
- 13 a 14: riesgo medio.
- Más de 14: riesgo mínimo o no riesgo.

### La Escala de Arnell mide el riesgo de úlcera por presión

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (se dobla la puntuación)	No	Ocasional, nocturno o por estrés	Urinaria solamente	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
Movilidad (se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera (ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas)	Limitación importante	Inmóvil (tetrapléjico o comatoso)
Nutrición	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables. (se le debe animar a ingerir líquidos)	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado. Ingesta mínima de líquidos	No come
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Perdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I	Edema con fóvea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II

### **3.1.6. Prevención y Rehabilitación de Valoración Inicial**

**3.1.6.1. Valoración Inicial:** es el primer paso en la prevención, La reevaluación debe realizarse de manera regular, para detectar posibles cambios, que en estos pacientes pueden ser considerables. Una vez identificados los pacientes con riesgo se deben aplicar medidas preventivas adecuadas. Basándose en las recomendaciones del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP)<sup>30</sup> para elaborar las directrices generales en la prevención y rehabilitación.

**3.1.6.2. Valoración del Riesgo:** Considerar todos los pacientes potenciales de riesgo, aplicar la escala de valoración del riesgo

- Identificar los factores de riesgo.
- Registrar las actividades y resultados. Evaluar.

### **3.1.7. Cuidados Específicos de las Úlceras por Presión.**

#### **3.1.7.1. Piel**

- Examen diario.
- Mantenerla limpia y seca: emplear jabones de bajo potencial irritativo.
- Lavar con agua tibia, aclarar y secar sin fricción.
- No usar alcoholes (colonias).
- Son útiles las cremas hidratantes procurando una absorción completa.
- Procurar vestir ropa de tejidos naturales.
- Empleo de apósitos protectores para prevenir las lesiones por fricción (hidrocoloides).

---

<sup>30</sup> <http://web.usai.es>. Es. Acardoso. Temas, úlceras, consultado el 16-07-10 a las 17 horas

### **3.1.7.2. Incontinencia**

- Tratamiento de la misma.
- Reeducación de esfínteres.
- Uso de absorbentes, colectores.

### **3.1.7.3. Movilización**

Elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.

### **3.1.7.4. Cambios posturales**

Para el paciente encamado<sup>31</sup>: hacer rotación cada 1 o 2 horas programada e individualizada

En posición sentada: realizar cambios cada hora; si es autónomo enseñar para cambios cada 15 minutos. Mantener alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio. Evitar contacto directo de prominencias entre sí. Considerar protectores para codos y talones, así como almohadas o espuma entre rodillas y tobillos.

Evitar arrastre: reducir fuerzas tangenciales en las movilizaciones, en decúbito lateral no sobrepasar los 30 grados de inclinación y evitar la inmovilidad directamente sobre trocánteres, si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo: 30 grados y durante el mínimo tiempo).

No usar flotadores o dispositivos tipo anillo ya que comprometen la circulación. Usar dispositivos de alivio de presión: colchones, cojines, almohada, protectores locales. Estos dispositivos sólo son un material complementario que no sustituyen a la movilización.

---

<sup>31</sup>[http://web.usal.es/Acardoso/Temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso/Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

### 3.1.7.5. Educación<sup>32</sup>

- Conocimientos básicos sobre úlceras por presión.
- Estrategias para su prevención y tratamientos efectivos con el fin de promover la curación y prevención de recurrencias con mecanismos para la evaluación de su eficacia. La educación al paciente y de la familia para la profilaxis y el tratamiento requiere instauración precoz y seguimiento por un equipo interdisciplinario.

### 3.1.7.6. Tratamiento de la Úlcera por Presión

- Valorar al paciente de forma integral.
- Enfatizar la prevención.
- Conseguir la implicación del paciente y su familia en el programa.
- Desarrollar guías de práctica clínica a nivel local que impliquen a la atención comunitaria, atención especializada y socio-sanitaria.
- Configurar un marco de práctica asistencial basado en evidencias científicas.
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste-eficacia.
- Evaluación constante de la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a actividades de investigación.

#### 3.1.7.6.1. Valoración

Es el punto de comienzo y la base en la planificación del tratamiento y evaluación de sus resultados. Una valoración adecuada es también esencial a la hora de la comunicación entre cuidadores<sup>33</sup>. La valoración debe hacerse en el contexto de salud del paciente tanto físico como psicosocial.

---

<sup>32</sup> <http://web.usal.es>. Es. Acardoso. Temas, úlceras, consultado el 16-07-10 a las 17 horas

<sup>33</sup> *ibid*

### **3.1.7.6.2. Valoración inicial**

Historia clínica completa y examen físico prestando atención especial a: factores de riesgo (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia); enfermedades que interfieran en la curación de la úlcera por presión (alteraciones vasculares, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, neoplasias, psicosis, depresión) edad avanzada, tabaco, alcohol, higiene, fármacos. Complicaciones (dolor, anemia, infección).

### **3.1.7.6.3. Valoración nutricional**

El objetivo es asegurar los nutrientes adecuados para favorecer la cicatrización<sup>34</sup>. Utilizar un método sencillo de despistaje de déficit nutricionales (calorías, proteínas, niveles de albúmina sérica, minerales, vitaminas, aporte hídrico). Reevaluar periódicamente.

### **3.1.7.6.4. Valoración psicosocial**

Valorar la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico. Esta información es fundamental para que el plan de cuidados que se establezca sea adecuado al individuo

### **3.1.7.6.5. Valoración del entorno**

El objetivo es crear un entorno que conduzca al cumplimiento del plan de tratamiento. Identificar al cuidador principal. Valorar aptitudes, disponibilidad, conocimientos y recursos del entorno del cuidador (familia, cuidadores informales).

---

<sup>34</sup> [http://web.usal.es/Acardoso.Temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso/Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

### **3.1.7.6.6. Valoración de la lesión**

Deberá<sup>35</sup> estar descrita por parámetros unificados que faciliten la comunicación entre los profesionales y permitan verificar la evolución, es muy importante la valoración y registro de la misma semanalmente. Siempre que exista deterioro del paciente o de la herida debe reevaluarse el plan de tratamiento, la valoración debe incluir:

#### **3.1.7.6.6.1. Localización de la lesión**

Estadía, dimensiones, existencia de fistulizaciones o excavaciones.

#### **3.1.7.6.6.2. Tipo de tejido presente en el lecho**

Necrótico, esfacelo, granulación, estado de piel perilesional íntegra, lacerada macerada, eczematización, celulitis.

#### **3.1.7.6.6.3. Secreción de úlceras por presión**

Escasa, profusa, purulenta, hemorrágica, serosa.

#### **3.1.7.6.6.4. Dolor signos clínicos de infección local**

Exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre, antigüedad, curso, evolución.

---

<sup>35</sup> <http://web.usal.es/Acardoso/Temas/ulceras>, consultado el 16-07-10 a las 17 horas

### **3.1.7.6.7. Alivio de la Presión sobre los Tejidos**

El objetivo es mejorar la viabilidad del tejido blando y promover la cicatrización<sup>36</sup> de las úlceras por presión situando la lesión en condiciones óptimas para su curación (fuerzas de presión, temperatura y humedad). Cada actuación estará dirigida a disminuir la presión, fricción y cizallamiento, que podrá obtenerse mediante técnicas de posicionamiento (encamado o sentado) y una elección apropiada de superficies de apoyo.

### **3.1.7.6.8. Técnicas de posicionamiento:**

**3.1.7.6.8.1. Sentado:** Si la úlcera por presión se sitúa sobre la superficie de asiento: evitar esta posición. Excepcionalmente, ayudándonos de superficies de apoyo que garanticen el alivio de presión, se permitirá por períodos de tiempo limitados. Si no existe lesión sobre la superficie de asiento: cambios de posición con horario, facilitando el cambio de apoyo de su peso cada 15 minutos mediante cambio postural.

**3.1.7.6.8.2. Encamado<sup>37</sup>:** No apoyar sobre la úlcera por presión debido a la situación del paciente o al número de lesiones, aumentar la frecuencia de los cambios. Siendo útiles las superficies de apoyo.

**3.1.7.6.8.3. Tanto en la posición de sentado como en encamado:** Nunca emplear dispositivos tipo flotador, siempre realizar un programa individualizado y escrito de movilización, implicar al cuidador. En pacientes de alto riesgo realizar cambios más frecuentes de movilización.

---

<sup>36</sup> [http://web.usal.es/Acardoso.Temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso.Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

<sup>37</sup> *ibid*

**3.1.7.6.9. Superficies de apoyo:** Considerar para la elección la situación clínica del paciente, las características de la institución o nivel asistencial y las características de la superficie de apoyo. Su elección se basa en la capacidad de contrarrestar los elementos y fuerzas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar lesiones o agravarlas, así como su facilidad de uso, mantenimiento, costos, confort, y preferencias del paciente. Su empleo es importante en la prevención y como coadyuvante al tratamiento. Nunca sustituyen a los cambios posturales.

Si una úlcera por presión no se cura, deberá reevaluarse el plan completo antes de cambiar una superficie de apoyo, pueden actuar a dos niveles:

**3.1.7.6.9.1. Superficies que reducen la presión<sup>38</sup>:** los valores de reducción de la presión no están necesariamente por debajo de los que impiden el cierre capilar.

**3.1.7.6.9.2. Superficies que alivian la presión:** los valores de reducción de la presión en los tejidos blandos están por debajo de la presión de oclusión capilar; además eliminan la fricción y el cizallamiento.

Requisitos para las superficies de apoyo:

- Que sea eficaz en la reducción o alivio de presión.
- Que aumente la superficie de apoyo
- Que facilite la evaporación de la humedad.
- Que provoque escaso calor al paciente.
- Que disminuya las fuerzas de cizallamiento.
- Que tenga buena relación coste-beneficio.
- Que sea de manejo y mantenimiento sencillos.
- Que sea compatible con necesidades de reanimación cardio-pulmonar

---

<sup>38</sup> [http://web.usal.es/Acardoso.Temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso/Temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

### 3.1.8. Cuidados Generales

Tratamiento de los procesos que puedan incidir en el desarrollo de úlceras por presión<sup>39</sup>(alteraciones respiratorias, circulatorias, metabólicas).

Prevención de nuevas úlceras por presión: tienen mayor riesgo de desarrollar nuevas úlceras por presión aquellos que ya presentan o presentaron úlceras, hacer mayor énfasis en la profilaxis en estos pacientes.

Soporte nutricional: Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas y la dieta debe garantizar como mínimo:

Calorías: 30-35 Kcal. por kg. de peso y día.

Proteínas: 1.25-1.5 g/kg. de peso y día. En casos de hipoproteïnemia puede llegar a necesitarse hasta 2 g/kg.

Minerales: Zinc, hierro y cobre.

Vitaminas: C, A y B.

Soporte hídrico: 30 CC de agua al día por kg. de peso, si lo anterior no se cubre con la dieta habitual recurrir a suplementos hiperprotéicos de nutrición enteral oral para evitar estados carenciales y situar al paciente en un balance nitrogenado positivo.

Soporte emocional: Se produce una disminución de la capacidad funcional que afecta tanto al individuo como a la familia, tener presente el apoyo psicológico y la educación a la hora de elaborar el plan de cuidados y en el seguimiento.

---

<sup>39</sup> [http://web.usal.es/Acardoso/temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso/temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

### **3.1.8.1. Cuidados de la ulcera pian básico**

**3.1.8.1.1. Desbridamiento del tejido desvitalizado** limpieza de la herida, prevención y abordaje de la infección, elección de un apósito, la estrategia de cuidados dependerá de la situación global del paciente.

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

**3.1.8.1.3. Desbridamiento Quirúrgico:** Se considera la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos, áreas de tejido necrótico húmedo o áreas de tejido desvitalizado en úlceras extensas. También debe usarse cuando existe una necesidad de desbridaje urgente (por ejemplo celulitis progresiva o sepsis). Es un método cruento que requiere destreza, habilidades técnicas y material apropiado. Las pequeñas heridas se pueden hacer a pie de cama, pero las extensas se harán en quirófano o en una sala adecuada. Se realizará por planos y en varias sesiones (salvo el desbridaje radical en quirófano) comenzando por el centro y procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Cuando se desbridan úlceras en estadio IV en quirófano debería considerarse realizar biopsia ósea para descartar osteomielitis subyacente, para evitar dolor durante estas operaciones se aconseja usar un analgésico tópico (gel de lidocaina al 2%). Si se presenta hemorragia puede realizarse control mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, si no cede la hemorragia habrá que recurrir a la sutura del vaso sangrante; una vez controlada se debe emplear un apósito seco de 8 a 24 horas y cambiarlo posteriormente por uno húmedo.

**3.1.8.1.4. Desbridamiento Químico o Enzimático:** Valorar este método cuando no se tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección. Existen productos proteolíticos y fibrinolíticos, como por ejemplo la colagenasa<sup>40</sup> (Iruxol).

Estas enzimas hidrolizan la matriz superficial necrótica y ablandan la escara previamente al desbridaje quirúrgico, se recomienda proteger el tejido peri ulceroso con una pasta de zinc o silicona y aumentar el nivel de humedad de la herida para potenciar su acción. Este método es ineficaz para eliminar una escara endurecida o cantidades grandes de tejido en lechos profundos, en estos casos se precisarían además varias aplicaciones lo cual encarecería los costes y se dañaría más el tejido adyacente.

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

**3.1.8.1.6. Desbridamiento mecánico:** Es una técnica no selectiva y traumática. Se realiza por abrasión mecánica mediante fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranmeros, irrigación a presión o uso de apósitos tipo gasas humedecidas con cloruro sódico al 0.9% que al secarse pasadas 6-8 horas

---

<sup>40</sup>http.web.usal.es.Acardoso.Temas\_ulceras\_consultado el 16-07-10 a las 17 horas

se adhieren al tejido necrótico, aunque también al sano, que se arranca con su retirada. En la actualidad son técnicas en desuso.

No emplear antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito) o limpiadores cutáneos. Son todos productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar a veces problemas sistémicos debido a su absorción. Otros agentes que retrasan la curación son los corticoides tópicos.

### **3.1.8.1.7. Prevención y cuidado de la infección:**

Las úlceras por presión en estadio III y IV están colonizadas por bacterias. En la mayoría de los casos una limpieza y desbridamiento adecuados previene que la colonización bacteriana progrese a infección clínica<sup>41</sup>. El diagnóstico de infección asociada a úlceras por presión debe ser fundamentalmente clínico. Los síntomas clásicos son: inflamación (eritema, edema, calor), dolor, olor y exudado purulento. La infección de una úlcera por presión está influida por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos inmunosupresores, citotóxicos, enfermedades concomitantes, edad avanzada, incontinencia) y por otros relacionados con la lesión (estadio, existencia tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, alteraciones sensitivas, alteraciones circulatorias en la zona).

En caso de existir signos de infección, en la mayoría es suficiente con intensificar la limpieza y el desbridamiento. Se debe insistir en las normas generales de asepsia: guantes estériles, lavado de manos, y comenzar las curas por la úlceras por presión menos contaminada. Si pasadas 2-4 semanas de tratamiento persisten los signos de infección local o la úlceras por presión no evoluciona favorablemente, debe hacerse ensayo con tratamiento antibiótico tópico frente a

---

<sup>41</sup>http.web.usal.es.Acardoso.Temas, úlceras, consultado el 16-07-10 a las 17 horas

gram negativos, gram positivos y anaerobios, que son los microorganismos que infectan las úlceras por presión con más frecuencia.

Los antibióticos tópicos más utilizados en estas situaciones son la sulfadiazina argéntica y el ácido fusídico deben monitorizarse la sensibilización alérgica u otras reacciones adversas de estos medicamentos, si después de un máximo de dos semanas de tratamiento con antibióticos tópicos, la lesión progresa o persiste exudación, se deben realizar cultivos cuantitativos de bacterias procedentes de tejidos blandos y descartar osteomielitis. Si existe sospecha o evidencia de celulitis, osteomielitis o bacteriemia, el paciente es tributario de atención médica urgente, los cultivos de exudados no sirven para diagnosticar infección, ya que todas las úlceras por presión están colonizadas en la superficie, los cultivos deben realizarse mediante aspiración percutánea con aguja u obtención de fragmentos de tejido por biopsia de úlceras por presión.

La curación puede verse perjudicada por niveles de bacterias superiores a 105 organismos/gramo de tejido, el tratamiento con antibióticos por vía sistémica se hará según antibiograma. El tratamiento empírico en espera del antibiograma se realizará frente a los microorganismos más frecuentes: *S. aureus*, *Streptococcus*, *P. mirabilis*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella*, y anaerobios como *B. fragilis*. Aunque para el diagnóstico de osteomielitis el método de referencia es la biopsia ósea, esta técnica invasiva no siempre es apropiada en pacientes con úlceras por presión.

**3.1.8.1.8.1. Elección del apósito:** para potenciar la curación de la úlceras por presión se deben emplear apósitos que mantengan el fondo de la úlcera continuamente húmedo<sup>42</sup>, el apósito ideal debe ser: biocompatible, que proteja la herida, que mantenga el lecho húmedo y la piel circundante seca, que permita la

---

<sup>42</sup> [http://web.usal.es/Acardoso. Temas, úlceras](http://web.usal.es/Acardoso/temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

eliminación y control de exudados y tejidos necróticos, dejando la mínima cantidad de residuos.

La selección de apósitos de cura húmeda depende de: lugar de la lesión, estadio y severidad, cantidad de exudado, tunelizaciones, estado de la piel perilesional, signos de infección, estado general, nivel asistencial y recursos, coste-efectividad y facilidades de auto cuidado.

Para prevenir la formación de abscesos se debe eliminar el espacio muerto rellenando parcialmente entre la mitad y los tres cuartos de las cavidades y túneles con productos de cura húmeda que evitarán "cierre en falso".

La frecuencia de cambio de apósitos dependerá de las características tanto del producto como de la herida, los apósitos que se apliquen cerca del ano son difíciles de mantener intactos por lo que hay que monitorizar un estiramiento y ajuste de los bordes "enmarcándolos" con cinta adhesiva.

**3.1.8.1.8.2. Reparación quirúrgica:** Considerada en pacientes con úlceras por presión limpias en estadio III o IV que no responden a cuidados adecuados, valorar los posibles candidatos: pacientes médicamente estables, con adecuado estado nutricional, que puedan tolerar la pérdida de sangre de la intervención y la inmovilidad postquirúrgica.

**3.1.8.1.8.3. Cuidados paliativos y úlceras por presión:** Que un paciente sea Terminal no supone "claudicar"<sup>43</sup>. En este caso la actuación se dirigirá a:

- No culpabilizar al entorno, evitar técnicas agresivas.
- Mantener la herida limpia y protegida para evitar infección.
- Uso de apósitos que permitan distanciar la frecuencia de curas.
- Evitar el dolor y el mal olor (apósitos que absorben los olores: Actisorb plus

---

<sup>43</sup> [http://web.usal.es/Acardoso/temas\\_ulceras](http://web.usal.es/Acardoso/temas_ulceras), consultado el 16-07-10 a las 17 horas

- En situación de agonía valorar la necesidad de los cambios posturales.
- Evaluación y mejora de la calidad: El proceso de evaluación es básico para mejorar la eficacia de los procedimientos. Se debe establecer un programa de mejora de calidad sistemático, con enfoque interdisciplinario y continuo, que pueda ser monitorizado, valorado y modificado.

#### 4. PACIENTE

Del latín patior, páteris, que significa padecer, hemos obtenido el término sanitario de paciente un usuario de la propia palabra, de enfermo<sup>44</sup>. Es un ser humano que padece una enfermedad, donde se alteran todas las áreas de funcionamiento si es físico amenaza el desequilibrio fisiológico se mantiene débil y sin fuerza, en su estado emocional se trastorna sus relaciones con otras personas. Las personas muy enfermas suelen depender del cuidado de enfermería siendo necesario el cuidado organizado y planificado de enfermería.

El paciente en el servicio de Intensivo presenta alteración multisistémica que generalmente presenta déficit de auto cuidado, por lo que enfermería debe ser competente para responder a las necesidades que presente y así lograr satisfacción del paciente y familia.

##### 4.1. Paciente Hospitalizado en los Servicios de Intensivo

los usuarios que se encuentran hospitalizados enfrentan diferentes procesos de enfermar, en ocasiones no les es posible movilizarse por si solos y en consecuencia la piel es el primer sistema del cuerpo donde se centra la alteración del metabolismo con la pérdida de masa corporal magra con un balance negativo de nitrógeno,<sup>45</sup> los mas afectados son las personas de la tercera edad, los pacientes con alteración neuromuscular o del sistema músculo esquelético, siendo

<sup>44</sup> WITTER, Beverly. Tratado de Enfermería, 4ª. Ed. Editorial Interamericana, México 1988, p. 31.

<sup>45</sup> BURNEL, Máxime. Revisado por GUTIÉRREZ, Ann. Investigación sobre la Rehabilitación: Centro de Entrenamiento Especializado para personas con Lesión de Médula, Houston Texas, 1988. p. 49 - 55

la localización más frecuente de las áreas de presión la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y caderas, siendo los de mayor riesgo de desarrollar áreas de presión, la persona que es incapaz de moverse o cambiar de posición por si mismo quedando el riesgo de que afecte a diversos sistemas y funciones del cuerpo, cuanto mayor es el grado y la duración de la inmovilidad mas pronunciadas son las consecuencias”

#### 4.1.1. Paciente con Úlceras por Presión

Cuando un paciente esta inmovilizado en cama o sentado por tiempo prolongado, por mas de 2 horas en la misma posición el peso del cuerpo se localiza sobre las prominencias óseas y por consiguiente tiene mayor riesgo de alteraciones como las áreas de presión y de ulceración de la piel. Las úlceras por presión o decúbito (escaras) es una inflamación de la piel como consecuencia de una isquemia tisular prolongada. El metabolismo tisular depende de la percepción de oxígeno y de nutrientes del organismo que se produce a partir del aporte sanguíneo afectando la función celular y el riesgo de infecciones.

“La inmovilización”<sup>46</sup> se produce cuando un paciente es incapaz de moverse o cambiar de posición por si mismo, las personas ancianas tienen mas riesgo cuando se encuentran confinados a la cama en su hogar, hospital o unidad de cuidados intensivos. Puede ser secundaria a la administración de sedantes y bloqueantes neuromusculares (por ej. pacientes entubados y ventilados), tracciones esqueléticas en pacientes traumatizados, déficit neurológicos, y debilidad general o fatiga, los pacientes que no son movilizados convenientemente desarrollan úlceras por presión, siendo las áreas más vulnerables los tejidos que se encuentran sobre prominencias óseas, se estima que el 95% de las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas. Por tal motivo su incidencia es utilizada como un indicador de calidad del cuidado que recibe el paciente, los factores

---

<sup>46</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p. 591.

predisponentes para la aparición de úlceras por presión en pacientes críticamente enfermos son:

- Incapacidad para realizar movimientos voluntarios
- Emaciación o pérdida de masa muscular, Incontinencia urinaria y fecal
- Alteración sensorial y función cardíaca deprimida
- Vasoconstricción incrementada, perfusión periférica reducida
- Enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus

#### **4.1.2 Cuidados a Pacientes con Úlceras por Presión**

Las úlceras por presión constituyen una prioridad en la asistencia de los pacientes y no se halla limitada a pacientes con movilidad restringida, la alteración de la integridad cutánea, constituye un problema devastador en pacientes enfermos o debilitados, una de las medidas radica en la detección precoz por parte de profesional de enfermería de la integridad de la piel.<sup>47</sup> Las úlceras por presión se clasifican en los siguientes estadios.

**4.1.3. Estadio 1:** Eritema que no palidece tras presión piel intacta (observar edema, induración, decoloración, calor local, hiperemia). Características de la piel aun no esta abierta, está tibia y firme. La importancia de los cuidados radica en el cambio frecuente de postura con medidas de prevenir la presión. Su tratamiento: en las áreas de humedad se debe mantener limpio, seco aplicando una barrera de vaselina o de oxido de zinc, además en el área afectada se aplica un suave masaje con hidratantes protectores o ungüentos que repelen el agua y protegen la piel según las necesidades específicas del paciente.

**4.1.4. Estadio 2:** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas, úlcera superficial con aspecto de abrasión, presenta inflamación, el tratamiento: en el cuidado del paciente es de mantener la piel limpia y seca,

---

<sup>47</sup> BURNEL, Máxime. Revisado por GUTIÉRREZ, Ann. Investigación sobre la Rehabilitación: Centro de Entrenamiento Especializado para personas con Lesión de Médula, Houston Texas, 1986 p. 49 - 55

mantener el área afectada sin presión, dar alimentos ricos en proteínas, movilizarlo de acuerdo al plan cada 2 horas, si esta sentado cada hora, a esta altura la persona necesitara un vendaje húmedo o seco cremas medicadas o soluciones de acuerdo del tipo de piel de la persona.

**4.1.5. Estadio 3:** Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La característica de la úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente afectado el músculo, se observa secreción serosa o sanguinolenta, puede haber infección. El tratamiento se le debe mantener el área sin presión y utilizar vendajes secos o húmedos, cremas medicadas o soluciones con elementos de apoyo especiales (ejemplo vendaje adhesivo, hidrocoloide donas, cojines etc.) según la valoración puede necesitar intervención quirúrgica.

**4.1.6. Estadio 4:** Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén expuestos aponeurosis del tejido conjuntivo el hueso (tendón, cápsula articular, etc). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente, requiere la retirada previa de tejidos necróticos,<sup>48</sup> si puede tener infección. Caracterizándose las escaras y úlceras por presión formándose con mayor frecuencia en la piel que recubre los codos, hombros, sacro, caderas, rodillas, tobillos y talones, el tratamiento necesita procedimiento quirúrgico de la piel. La enfermera debe valorar a los pacientes inmovilizados su función física, la integridad de los sistemas corporales que presentan riesgo incluyendo los aspectos psicosociales y medir semanalmente área de la úlcera, para determinar el progreso de la cicatrización.

---

<sup>48</sup> BURNEL Máxime, Revisado por GUTIÉRREZ Ann, Investigación sobre la Rehabilitación: Centro de Entrenamiento Especializado para personas con Lesión de Médula, Houston Texas, 1988 p. 49 - 55

## 5. CUIDADOS PREVENTIVOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Son los cuidados que el personal de enfermería brinda al paciente de acuerdo a sus necesidades, la enfermera, realiza el proceso de evaluación para mejorar los cuidados y estrategias preventivas para establecer un programa de calidad con el objeto de mejorar la atención del cuidado para beneficio de la persona, que permanece por largos períodos de tiempo inmovilizada por diferentes factores de su estado de salud, entre los cuidados preventivos de úlceras por presión, se pueden mencionar:

- Movilidad, cambios posturales.
- Mantener al paciente limpio, seco y piel lubricada.
- Nutrición, alimentación.
- Superficies de apoyo, ácidos grasos hiperoxigenados.
- Productos de barrera
- Medición de riesgo.
- Apoyo psicológico

**5.1. Cuidados de la piel:** son todos los cuidados tendientes a mantener la piel del paciente en óptimas condiciones, ya que es el órgano mas extenso del cuerpo constituyendo el 16% del peso corporal,<sup>49</sup> y es la primera línea de defensa constituyendo que en presencia de desintegración tisular de la piel provoca complicaciones en la persona inmovilizada, el profesional de enfermería valora en forma sistemática los indicadores con la exploración visual y táctil documentando el grado de movilidad para determinar la importancia de los cuidados preventivos de áreas y úlceras por presión y se debe:

---

<sup>49</sup>POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México, Publicado en español Febrero 2007. p. 591

- Evaluar<sup>50</sup> el estado de la piel de manera constante por presencia de sequedad, eritema, temperatura, sensación de dolor, lo que permitirá detectar en forma precoz la alteración de la integridad cutánea.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia, seca y lubricada.
- No utilizar ningún tipo de jabones o alcoholes (colonias).
- Se debe lavar la piel en áreas de humedad de manera periódica con agua tibia, realizando un secado meticuloso sin fricción.
- Aplicar cremas hidratantes al movilizarlo procurando su completa absorción mejorando la circulación.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados dos veces al día en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión en especial la zona occipital en caso de hiperemia se debe anotar su localización y cada hora valorar el tamaño, color, aplicando los instrumentos necesarios de apoyo.
- Mantener la ropa del paciente limpia, seca sin arrugas.

Dedicar atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de aparición de nuevas lesiones (recurrencia).

### **5.1.2. Vigilar por exceso de humedad debido a incontinencia, transpiración o drenajes de heridas:**

En los diferentes procesos que originan exceso de humedad se debe medir el riesgo de: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas, cuando el paciente se ve expuesto a líquidos corporales como orina, heces, se debe mantener la limpia y seca aplicando una barrera cutánea que contenga óxido de zinc<sup>51</sup> (ejemplo vaselina otros) estas barreras protegen al paciente de exceso de humedad y toxinas, recurriendo a colocar pañales que se debe de cambiar con frecuencia, en exudado de heridas colocar apósitos absorbentes adecuados que

<sup>50</sup> CAPERNITO, Linda. Diagnóstico de Enfermería, 5ª. ed, Editorial Interamericana, Mc Graw Hill, 1996. p. 244.

<sup>51</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México, Publicado en español, Febrero 2007. p. 591

posean un revestimiento acolchonado con relleno polimérico para cuando el paciente se movilice se reduzca la fricción y el exceso de humedad se absorba al aposito.

### **5.1.3. Manejo de la presión sobre áreas prominentes, para minimizar el efecto de las úlceras por presión, existen cuatro elementos:<sup>52</sup>**

La movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión, todos estos elementos constituyen la base de los cuidados preventivos:

**5.1.3.1. Movilización:**<sup>53</sup> Para los pacientes con inmovilidad la valoración de las actividades están fundamentadas sobre el grado en la actividad del tono y la fortaleza muscular documentando los factores de riesgo del trastorno de la movilidad, el profesional de enfermería al brindar el cuidado de la integridad de la piel, destaca la capacidad del paciente y su grado de dependencia, realizando un plan de cuidados de enfermería con medidas terapéuticas individualizado, con objetivos específicos de prevención de áreas de presión, identificando los cuidados de higiene, los cambios de postura, la limpieza de la ropa con la disminución de arrugas en la cama, la lubricación de la piel aplicando cremas hidratantes que ayuden a la circulación lo que aumenta el fluido sanguíneo en el cuerpo del paciente, la movilización es integral al propio estilo de vida.

Se da énfasis en 3 tipos de movilización; 1- pasiva es la que mantiene flácidos los músculos y articulaciones, 2- activa ejercita los miembros y robustece los músculos, 3- funcional robustece las articulaciones mientras se realiza la actividad de caminar. Durante la movilización las piernas y los brazos del paciente se

---

<sup>52</sup> <http://www.fisterra.com/guias2/Upresion.asp> 18 de junio 2010, 9 horas.

<sup>53</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p. 597.

deben mover suavemente sobre su nivel de tolerancia al dolor, evitar periodos prolongados al estar sentado o en la misma posición, dar medicamentos preescritos según la necesidad de la persona por la actividad.

**5.1.3.1.1. Cambios posturales:** la enfermera planifica las actuaciones terapéuticas de los cambios posturales para el paciente con un trato individualizado de acuerdo al estado de salud y según las necesidades se realizarán cada 1- 2 a 3 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión, seguirán un orden rotatorio, no arrastrar al paciente, mantener la alineación corporal, y la distribución de peso, equilibrio y estabilidad, evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí, evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral, elevar la cabeza de la cama con un periodo de tiempo mínimo no pasar de 30°, si es mayor el ángulo de la cama ejerce mayor presión con la consecuencia de aparición de áreas de presión. No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni en área occipital, mantener la cama limpia, seca y sin arrugas,<sup>54</sup> vigilar en áreas donde el paciente tiene colocadas sondas, mascarillas, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir úlceras por presión, otra alternativa es usar dispositivos de colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas, se considera necesario utilizar un dispositivo de un colchón reductor de presión.

**5.1.3.1.2. Posiciones según la necesidad del paciente:** Decúbito supino se acolchará con almohadas de la forma siguiente: 1- una debajo de la cabeza la cabecera de la cama debe de elevarse, y no exceder de 30°. Colocar en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición flexionada evitando la hiperextensión, una almohada debajo de los gemelos, una manteniendo la posición de la planta del

---

<sup>54</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p. 596.

pie, dos debajo de los brazos, no se debe producir presión sobre: talones, cóccix, sacro, escápulas y codos, evitar la rotación del trocánter, colocar una almohada pequeña en la parte externa del muslo, evitar la flexión plantar del pie.

**5.1.3.1.3. Decúbito lateral** se acolchará con almohadas: Una debajo de la cabeza, una apoyando la espalda quedará un ángulo de 45-60°, las piernas quedarán, una separando las rodillas y otro 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 maléolos 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 que faciliten su movilización, los pies y manos deben conservar una posición funcional, no se debe producir presión sobre omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas, se utilizara un sillón adecuado con respaldo levemente inclinado.

**5.1.3.1.4. Decúbito Prono** se acolchará con almohada de la forma siguiente: debajo de las piernas, debajo de muslos, debajo de abdomen, quedarán libre de presión los dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas, los brazos se colocarán en flexión, comprobar el estado de la piel, espacios interdigitales, tobillos, uñas.

**5.1.3.1.5. Movilizaciones Pasivas y/o Activas:**<sup>55</sup> son las que aumentan los tonos vasculares cutáneos y vasculares, se realizarán cuando el paciente esté en decúbito supino, movilizandohombros, codos, y muñecas, caderas, rodillas y tobillos. Se aprovechará la hora del baño para realizarlos e hidratar la piel, en la movilización las piernas y los brazos del paciente se deben mover suavemente sobre su nivel de tolerancia al dolor, dar medicamentos preescritos necesarios según lo necesite por la actividad.

**5.1.3.1.5.1. Utilización de superficies especiales de apoyo:** al brindar el cuidado la enfermera además de eliminar la presión de la zona afectada y de

---

<sup>55</sup> <http://www.fisterra.com/guias2/Upresion.asp>. 18 de junio 2010, 9 horas.

conservar la integridad cutánea, el paciente inmovilizado se ve en riesgo de complicaciones y es necesario recurrir a la utilización de superficies que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión y evitar la fuerzas de cizallamiento<sup>56</sup> que son las presiones ejercidas sobre la piel cuando se coloca al paciente en la cama tirando de el las capas subcutáneas, se adhieren a la superficie de la cama por lo que los capilares se ven comprimidos y se rompen por la presión. En La fricción el paciente se ve expuesto a la lesión cutánea que tiene aspecto de abrasión y resulta por frotamiento de 2 superficies. Muchos de estos productos se comercializan en tamaños adecuados para cada paciente por ejemplo: apósitos hidrocoloides, sistemas tipo bota que permita la inspección de la piel, los de bajo riesgo son las superficies estáticas cojín, colchonetas, los de riesgo medio colchonetas de aire, riesgo alto superficies dinámicas colchonetas de aire alternantes con colchonetas de grandes celdas de aire.

**5.1.3.1.5.2. Protección local ante la presión:** con las actuaciones de enfermería sobre la valoración de las áreas de la piel, integridad cutánea en riesgo, se identifican los factores que contribuyen al desarrollo de las áreas que necesitan protección local como: área occipital, prominencias óseas, talones, con sistemas diseñados para la prevención de la alteración de la integridad cutánea y otros sistemas que se ven afectados, se involucra al paciente y a la familia para su cuidado preventivo.

El personal de enfermería de diferentes instituciones que brinda el cuidado individualizado al paciente y que le evita complicaciones debe tener presente que los elementos anteriores pueden complementarse con el uso adecuado de un pequeño arsenal de materiales que pueden servir para reducir localmente la presión y evitar la fricción y fuerzas tangenciales, como pueden ser: donas cojines, almohadas, protectores locales, sustancias y cremas sin alcohol.

---

<sup>56</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p.595- 596.

### 5.1.3.2. Higiene de la ropa<sup>57</sup>:

El principio de enfermería es proteger al paciente de causas externas que producen enfermedad en la guía de actividades que benefician al paciente se debe tomar en cuenta las medidas de prevención de áreas de contaminación cuando se utiliza la ropa de cama asignada al paciente en el hospital<sup>58</sup>.

No se debe sacudir las sabanas y ropa del paciente porque se expande el contenido que estas tengan especialmente los microorganismos.

La ropa del paciente no se debe colocar en el piso o debajo de la cama, se debe ubicar en el hamper, es importante mencionar que la ropa de cama del paciente debe estar limpia, seca, y libre de arrugas, para minimizar en el paciente inmovilizado la formación de áreas y úlceras por presión.

## 6. NUTRICIÓN

Es la ciencia que se ocupa del estudio de los procesos intracorporales que suceden con los alimentos contenidos en la dieta, incluye estudios de los nutrimentos y otras sustancias presentes en los alimentos, su interacción, y el balance en relación con la salud y la enfermedad, es el proceso de que el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza, y excreta las sustancias alimenticias, estando clasificados en tres funciones:

Formadora son las que proporcionan proteínas formando tejidos y músculos  
Reguladora proporciona agua y fibra y contribuye a la absorción y asimilación  
Energética lo proporciona las vitaminas, minerales, y nutrientes.

---

<sup>57</sup> WITTER, Beverly. Tratado de Enfermería. 4 ed. editorial interamericana. En español., México 1996. p. 434

<sup>58</sup> Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cursos de Formación de Auxiliares de Enfermería, Editorial Magna Terra, Guatemala 2009. p. 73.

Una dieta balanceada<sup>59</sup> es la que mantiene la cantidad adecuadas de alimentos y bebidas con el fin de proporcionar nutrición y energía para el mantenimiento de órganos, tejidos, células del cuerpo, y apoyar el crecimiento y desarrollo normales. Es importante que el ser humano se alimente en forma balanceada para mantener una buena salud para estar sano y bien nutrido en forma equilibrada, esto implica comer porciones adecuadas a la estatura y contextura propia.

**6.1. Los carbohidratos** son importantes ya que nos entregan la energía necesaria para realizar nuestras actividades, para mantenernos activos, en este grupo se encuentran los cereales, el pan, las papas, harinas, etc.

**6.2. Es necesario consumir proteínas**, las que se dividen en origen animal como lo son las carnes de vacuno, pollo, pescado, pavo cerdo, huevo. Y las de origen vegetal como son las legumbres.

**6.3. Las grasas** también son necesarias siendo recomendable ingerirlas en una pequeña cantidad y evitar las grasas saturadas provenientes de los productos animales.

**6.4. Las vitaminas y minerales** presentes principalmente en frutas y verduras, son las encargadas de regular diferentes funciones en nuestro organismo, por lo que hay que consumirlas diariamente.

**6.5. La fibra** es necesaria en la alimentación ya que cumple la función preventiva de las llamadas enfermedades degenerativas (cardiovasculares, diabetes, cáncer al colon). Debe tomar de 8 a 10 vasos de agua por día ya que el cuerpo pierde normalmente de 2 a 3 litros de agua y esta debe ser remplazada, ya que sirve como transporte del oxígeno y nutrición de las células.

---

<sup>59</sup> Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cursos de Formación de Auxiliares de Enfermería, Editorial Magna Terra, Guatemala 2009. p.74.

**6.6. Las dietas<sup>60</sup>** son regímenes de alimentación que corresponde a cada individuo según sus actividades y sus costumbres que marcan su estilo de tratamiento a los alimentos, los pacientes que se encuentran en cama deben tener un estado nutritivo óptimo dependiendo de su sexo, edad, peso, enfermedad, la valoración continua de los datos físicos y resultado de laboratorios, es una alerta para el profesional de enfermería mantenga en el paciente un balance de líquidos, electrolitos, proteínas, nitrógeno, y la ingesta de vitamina c, para evitar en el paciente alteraciones como: la anemia, los niveles bajos de hemoglobina reduce la capacidad de transportar oxígeno a la sangre y para los tejidos. Afectando la cantidad de tejido que sirve de almohadilla entre la piel y el hueso, la hipoalbuminemia que es la pérdida proteica y de albúmina que causa en el paciente la migración de líquido extracelular hacia los tejidos produciendo edema, siendo que el edema reduce la tolerancia de la piel y tejidos subyacentes a la presión, a la fricción, y a las fuerzas de cizallamiento, aumentando el riesgo que el tejido afectado desarrolle área y úlcera por presión.

#### **6.7. En los Cuidados Generales se puede mencionar:**

Que en la medición de la valoración de riesgo en los cuidados preventivos se realiza un análisis sobre las características y condiciones del paciente la disponibilidad y los recursos existentes para su prevención, la enfermera<sup>61</sup> debe realizar un programa de educación organizado, estructurado, comprensible, dirigido a todos los niveles a los pacientes, a la familia; indicando la priorización de los factores de riesgo de la integridad de los sistemas corporales que presenten mayor afectación y nos referimos a lo siguiente:

**6.7.1. Sistema metabólico:** en la valoración se utilizan medidas antropométricas como lo son el peso, la talla, circunferencia braquial, que nos indicara la atrofia

<sup>60</sup> Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cursos de Formación de Auxiliares de Enfermería, Editorial Magna Terra, Guatemala 2009. p. 74.

<sup>61</sup>POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p.597

muscular en el paciente y la ingesta, excreta de líquidos, permite mejorar el equilibrio de la fisiología orgánica, y los resultados de laboratorios del estado electrolítico ayuda a identificar el estado metabólico.

**6.7.2. Sistema respiratorio:** se debe inspeccionar y auscultar los pulmones para detectar la presencia de secreciones, ya que la inmovilidad produce expansión pulmonar y el pulmón en declive produce menor oxigenación por lo que se debe evitar atelectasias.

**6.7.3. Sistema cardiovascular:** se incluye la monitorización de la presión arterial, de los pulsos apical y periférico, para medir la escala de los cambios posturales, el adulto mayor no puede tolerar la carga de trabajo del corazón y fallo del sistema vascular, se valora para evitar trombosis de las venas profundas, constituye una amenaza para la vida de la persona.

**6.7.4. Sistema músculo esquelético:** las principales anomalías son la disminución la pérdida del tono y las contracturas, pueden ser valoradas en la osteoporosis los pacientes pueden presentar fracturas no detectadas oportunamente. Se debe tener cuidado al movilizarlo y dar analgésico por prescripción medica si es necesario.

**6.7.5. Sistema excretor:** se debe evaluar la ingesta y la eliminación global incluye la frecuencia y la consistencia de las deposiciones para prevenir impactacion fecal e incontinencia urinaria por lo que se debe incluir: la ingesta por la vía indicada, por dieta asistida o por sonda nasogastrica por formulas<sup>62</sup> (jeviti, ensure, etc) y los cuidados individualizados que permitan protegerlo para el buen funcionamiento fisiológico excretor que permite satisfacción del cliente.

Los cuidados preventivos, permiten la aplicación de medidas preventivas que conlleven a la prevención de complicaciones en los tres niveles de atención, lo

---

<sup>62</sup>POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p.597.

cual disminuye riesgos de adquirir infecciones oportunistas y especialmente evitar la formación de úlceras por presión, pues es un indicador de evidencia de la calidad del cuidado de enfermería que se brinda.

## **7. HOSPITAL<sup>63</sup>:**

Es un lugar físico donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: hospitales generales, geriátricos, materno-infantil y se clasifican de acuerdo al nivel de complejidad de servicios que brinda y capacidad de pacientes, en hospitales del primer nivel, segundo nivel y tercer nivel.

### **7.1. Hospital Centro Médico Militar<sup>64</sup>:**

El Centro Medico Militar, es una dependencia del Ministerio de la Defensa Nacional de Guatemala, una institución de servicio, iniciándose en la 10ª y 11 calle y avenida la reforma zona 10, en el edificio san José de las Monjas Ursulinas donde se instruía a las niñas pobres, era una sucursal de Belén, inaugurado en 1881; por el crecimiento del ejercito sobrepaso los requerimientos capaces de suplir las necesidades, en marzo de 1978 se inicia la construcción del nuevo hospital a través del presupuesto asignado al Ministerio de la Defensa Nacional, trasladándose al nuevo hospital con el nombre de Centro Medico Militar el 2 de abril de 1992.

En un ambiente de alta tecnología apoyado de una infraestructura<sup>65</sup> moderna de larga vida útil. Ubicado en Acatan Santa Rosita zona 16, dividido por áreas, de encamamiento de hombres y mujeres con especialidades de medicina, cirugía, pediatría, ginecología, intensivo, consulta externa. Destinada a velar por la salud

---

<sup>63</sup> <http://www.Monografias.Trabajos-34-hospital/ulceras-de-presión>. Consultado 18-08-10.

<sup>64</sup> Policopiado Historia Hospital Militar, Imprenta Ejército de Guatemala año 2007

<sup>65</sup> BERNAR, Carlos. Historia del Hospital Militar: Editorial del Ejército de Guatemala, Octubre 1980.p. 34

del personal militar, sus familias y personas pagantes. Proporciona atención médica en la capital y en el interior de la República, mediante jornadas médicas a personas de escasos recursos en forma gratuita y facilita las instalaciones para efectuar operaciones de niños con labio leporino y otras especialidades. En cooperación con hospitales de otros países a personas de bajos recursos que no pueden costearse dichos tratamientos.

#### **7.1.1 Unidad de Cuidados Intensivos<sup>66</sup>:**

Es el área del Hospital donde ingresa la persona críticamente enferma, independientemente de cual sea el origen de esta situación. Esta definición implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada, dotación de material de monitorización y de terapéutica intensiva, equipo médico, de enfermería, personal auxiliar bien cualificados y organización asistencial de cobertura continuada durante las 24 horas del día. Sobre esta organización se deben obtener las siguientes consecuencias:

- Garantía de un buen nivel asistencial, con bajos índices de mortalidad.
- Buena relación asistencia/costo.
- Acumulación progresiva de experiencias, recopilada con un trasfondo didáctico que permita una constante mejoría del nivel asistencial y a potenciar la enseñanza.

### **8. MODELO DE ENFERMERIA DOROTEA OREM**

**8.1. Dorotea Orem**, nació en Baltimore, Dentro de su trayectoria como teórica describió el auto cuidado como una necesidad humana y la enfermería como un servicio<sup>67</sup>, resalto la atención que deben prestar las enfermeras a la necesidad que

<sup>66</sup> <http://www.monografias.com/hospital/ulceras.de.presion/>. Consultado 18-08-10 a las 15:00 horas.

<sup>67</sup> MARRINER, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª. ed. Mosby, Madrid, España 1999. p. 177 – 181.

muestran las personas de un auto cuidado continuado para prolongar la vida y la salud.

**8.1.1. Teoría General Déficit de Auto cuidado:** Es la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, en los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

**8.1.1.1. Teoría del auto cuidado:** es la que refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, explica las acciones que las personas necesitan asegurar en la promoción y el mantenimiento de la vida. Iniciando un plan de cuidados define además tres requisitos de auto cuidado que son: universal, para el desarrollo y desviación de la salud.

**8.1.1.2. Requisitos de auto cuidado universal:** son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida, cubriendo los aspectos de el mantenimiento de la integridad de las estructuras, el funcionamiento y bienestar de la persona incluyendo el aporte de aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana, el conocimiento de las limitaciones y el deseo de vivir.

**8.1.1.3. Requisitos de auto cuidado del desarrollo:** son los que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir, madurar y prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.<sup>68</sup> Se relacionan con las actividades del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, para promover en el adulto y en la vejez el proceso de jubilación.

---

<sup>68</sup> MARRINER, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª. ed. Mosby, Madrid, España 1999. p. 177 – 181.

**8.1.1.4. Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud y requieren cuidados específicos, las alteraciones de salud provocan cambios en las estructuras, funcionamiento, conducta y hábitos de la persona, llegando hacer dependiente de otra.

## **8.2. Teorías de auto cuidado**

**8.2.1. Teoría del auto cuidado:** es la que refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, explica las acciones que las personas necesitan asegurar en la promoción y el mantenimiento de la vida. Iniciando un plan de cuidados define además tres requisitos de auto cuidado que son: universal, para el desarrollo y desviación de la salud.

**8.2.2. Teoría de enfermería sobre el déficit del auto cuidado:**<sup>69</sup> Es el núcleo central del modelo que establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud.

**8.2.3. Teoría del sistema de cuidados enfermeros:** explica en que consiste el cuidado. Enfermería es el componente organizativo dentro de la teoría general.

**8.2.4. Teoría del déficit de auto cuidado:** Es la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, determina cuándo y por qué interviene la enfermera.

**8.2.5. Teoría de los sistemas de enfermería:** explica la forma en que la enfermera en forma estructurada y organizada brinda atención al individuo, involucra a la familia y otros especialistas del gremio de salud, identificando tres tipos de sistemas:

---

<sup>69</sup> BENAVENTE, Garcés. Fundamentos de Enfermería, 4ª. ed, Editorial Interamericana. Madrid 1986. p. 323 - 340.

**8.2.5.1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera sule al individuo, realizándole el plan de actividades y los cuidados de enfermería.

**8.2.5.2. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona auto cuidado con atención individualizada.

**8.2.5.3. Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera apoya educando a la familia y al individuo para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, evalúa las actuaciones y limitaciones de la persona.

**Dorotea Orem:** <sup>70</sup> En las actividades de auto cuidado describe que los agentes son las personas jóvenes y maduras que se comprometen a realizar una serie de acciones o tienen poder de hacerlo, los que cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de auto cuidado de otras personas.

---

<sup>70</sup> MARRINER, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª. ed. Mosby, Madrid, España 1999. p. 178.

## **VI. MATERIAL Y METODOS**

### **1. Tipo de estudio**

La presente investigación es de tipo descriptivo porque a través de ella se describen los conocimientos que el personal auxiliar de enfermería del servicio de Intensivo de adultos del Centro Médico Militar tiene sobre la prevención de úlceras por presión en el paciente hospitalizado, tiene un enfoque cuantitativo porque los datos obtenidos permiten el análisis estadístico, es de corte transversal porque se realizó en un espacio de tiempo determinado, enero a junio de 2011.

### **2. Unidad de análisis.**

Auxiliares de enfermería del servicio de Intensivo de Adultos del Centro Médico Militar

### **3. Población y muestra**

Personal auxiliares de enfermería que labora en el Centro Médico Militar (12 personas) por ser una población pequeña se tomará en su conjunto.



				<p>mejorar la circulación en el paciente para prevención de úlceras por presión?  SI ___ NO ___  ¿Por qué?</p>
			Higiene	<p>5. ¿Son importantes el baño diario y mantener seca la piel del paciente con limitación para movilizarse, como medio para evitarle úlceras por presión?  SI ___ NO ___  ¿Por qué?</p> <p>6. ¿Considera importante mantener la higiene de la ropa que esta en contacto con el paciente?  SI ___ NO ___  ¿Por qué?</p>
			Nutrición	<p>7. ¿Considera que una dieta balanceada ayuda a prevenir las úlceras por presión en los pacientes con limitación de la movilidad?  SI ___ NO ___  ¿Por qué?</p>

			Movilización	<p>8 ¿Considera importante movilizar al paciente que no puede hacerlo por si solo? SI ___ NO ___ ¿Por qué?</p> <p>9 ¿Cada cuanto tiempo es ideal movilizar al paciente que no puede hacerlo por si solo?</p> <p>10 ¿Utiliza material o equipo de apoyo para prevenir úlceras por presión en pacientes hospitalizados, en el servicio de intensivo? SI ___ NO ___ ¿Cuáles?</p>
--	--	--	--------------	---

## 5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Después de haber seleccionado el tema y de que éste fue aprobado por la Unidad de Tesis, se procedió a elaborar el protocolo de investigación, iniciando con la revisión teórica de temas y subtemas de Diabetes Mellitus, Úlceras por presión y cuidados preventivos al paciente diabético para evitar la úlceras por presión

Al ser aprobado el protocolo se enviaron las solicitudes correspondientes a las autoridades de las diferentes instituciones donde se realizó el estudio piloto y el trabajo de campo, el estudio piloto se realizó con personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo de adultos del hospital Roosevelt, se eligió este grupo por

tener las características similares a los sujetos de estudio. Participaron 5 auxiliares de enfermería.

A cada sujeto de estudio se le brindó el consentimiento informado, después de leído en forma individual, procedieron a firmarlo, luego se les entregó el cuestionario para que lo respondieran.

La investigadora permaneció a una distancia prudente, resolviendo dudas cuando fue necesario, detectando la necesidad de reestructurar las preguntas No. 3, 5, 6, 7,9 y 10, por lo cual se realizó explicación individual a los participantes y al entregar informe del estudio piloto se realizaron los cambios pertinentes. El trabajo de campo se llevo a cabo con el personal auxiliar de enfermería del Servicio de Intensivo del Centro Médico Militar, quienes refieren entender las preguntas, utilizando el tiempo previsto de 15 a 20 minutos. Se mantuvo privacidad, pasando el instrumento en un área de docencia, del servicio al responder el instrumento.

Se recibe el cuestionario del personal que participó en el evento y se le agradece su participación, se procede a la tabulación y análisis de datos para elaboración de informe.

## **6. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

### **6.1 Criterios de inclusión**

- Personal auxiliar de enfermería que labora en el servicio de Intensivo y que aceptó participar

### **6.2 Criterios de exclusión:**

- Personal auxiliar de enfermería que estaba de vacaciones (1 persona)

## 7. PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACION

Al igual que toda investigación que involucra a seres humanos, esta investigación cumplió con los siguientes Principios éticos.

**7.1 Autonomía:** se informó a los participantes los fines de investigación y se le indicó que tenían libertad de decidir si participaban o no en el estudio y de que podían retirarse del mismo en el momento que lo consideran oportuno.

**7.2 Beneficencia:** A todos los participantes se les informó cuáles son los objetivos planificados y se explicó que los beneficios de la investigación son para mejorar el cuidado de enfermería que recibirán los pacientes y al mismo tiempo para incrementar el conocimiento en la práctica de enfermería.

**7.3 Justicia:** Se dio la misma oportunidad a todos los auxiliares de enfermería de participar en el estudio y se les trato con respeto sin distinción alguna.

**7.4 Se solicitó** el permiso institucional para realizar tanto el estudio piloto como el estudio de investigación, el cual fue concedido.

**7.5 Anonimato y Confidencialidad:** se aplicaron estos principios manteniendo la información resguardada. Se sustituyó el nombre y se colocó un código para asegurar el anonimato.

## VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Cuadro No 1

¿Al brindar cuidados de enfermería al paciente totalmente dependiente debido a su estado crítico, ¿cuáles son los cuidados preventivos que aplica para evitar las úlceras por presión?

No.	RESPUESTA	F	%
1	Movilizar cada 2 horas lubricar la piel, colocar donas,	2	20
2	Plan de movilización , lubricar la piel, cambio de ropa húmeda,	6	40
3	Movilizarlo cada hora, colocación de apósitos según su estado	2	20
4	Movilizarlo según horario colocar colchón ortopédico	2	20
TOTAL		12	100

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

Del total de personal auxiliar de enfermería encuestado, el 60 % se acerca mas a la respuesta correcta, ya que Burnel Máxime<sup>71</sup> ,menciona entre los cuidados necesarios para la prevención de úlceras por presión los siguientes: La movilidad, cambios posturales ,Mantener al paciente limpio, seco y piel lubricada, Nutrición, alimentación , superficies de apoyo, Medición de riesgo y Apoyo psicológico.

Es importante tomar en cuenta a ese 40% que no responde correctamente la pregunta, ya que significa deficiencia en el conocimiento de los cuidados esenciales en la prevención de las úlceras por presión, lo que a su vez hace deficiente el cuidado que se brinda, ya que al no realizarlos se predispone al paciente a contraer úlceras por presión.

1, BURNEL Máxime, Revisado por GUTIÉRREZ Ann, Investigación sobre la Rehabilitación: Centro de Entrenamiento Especializado para personas con Lesión de Médula, Houston Texas, 1988 p. 49 - 55

## Cuadro No.2

¿Considera que son importantes los cuidados de la piel al paciente del servicio de intensivo para prevenir úlceras por presión?

No.	RESPUESTA	F	%	Por qué?
1	Si	12	100	1. Por el tiempo prolongado afecta la piel del paciente 2. Por su estado crítico y por ser totalmente dependiente.
2	No	0	0	
TOTAL		12	100	

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

Según CAPERNITO Linda<sup>72</sup> se debe evaluar el estado de la piel de manera constante por presencia de sequedad, eritema, temperatura, sensación de dolor, lo que permitirá detectar en forma precoz la alteración de la integridad cutánea, y brindar los cuidados de prevención de úlceras por presión, que tienden a mantener la piel del paciente en óptimas condiciones, considerando que en presencia de desintegración tisular se generan complicaciones en la persona inmovilizada.

El 100% del personal auxiliar de enfermería considera importantes los cuidados de la piel del paciente, aunque al responder por qué, no explican que es para evitar que la piel presente eritema y se atrofie implicando el riesgo de adquirir una úlcera por presión. Lo anterior constituye un factor decisivo para que no se de un cuidado adecuado a la piel del paciente inmovilizado y como consecuencia se retarde su recuperación y aumenten los días estancia hospitalaria.

<sup>72</sup>CAPERNITO, Linda. Diagnóstico de Enfermería, 5ª. ed, Editorial Interamericana, Mc Graw Hill, 1995. p. 244.

### Cuadro No 3

¿Considera necesario lubricar la piel del paciente para prevenir úlceras por presión?

No.	RESPUESTA	F	%	Porque?
1	Si	12	100	1. La piel se encuentra deshidratada. 2. evitar resequeidad de la piel del paciente.
2	No	0	0	
TOTAL		12	100	

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

POTTER Patricia <sup>73</sup> indica que la piel es la primera línea de defensa, en caso de inmovilidad un paciente es incapaz de moverse o cambiar de posición afectando a diversos sistemas y funciones del cuerpo estando expuestos a úlceras por presión al fomentarse ejercicios de grado de movilidad, y promover una óptima lubricación con cremas hidratantes con su completa absorción se evita la irritación, e inflamación de la piel que dan origen a úlceras por presión.

Es satisfactorio que el 100 % del personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo de adultos considere necesario la lubricación de la piel del paciente porque sabe que es para prevenir las úlceras por presión, y evitar la resequeidad de la piel, según se observa en las respuestas del por qué.

<sup>73</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 3ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p.591

#### Cuadro No 4

¿Es importante brindar masaje en prominencias óseas para mejorar la circulación en el paciente para prevención de úlceras por presión?

No.	RESPUESTA	F	%	Por qué?
1	Si	10	80	1. Mejora la circulación 2. Para precaución
2	No	2	20	
<b>TOTAL</b>		12	100	

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

POTTER Patricia<sup>74</sup> indica que cuando el paciente esta sin movilizarse el peso del cuerpo se localiza en las prominencias óseas cuanto mayor es la presión aplicada mayor es el periodo de isquemia y el riesgo de ulceración de la piel, al aplicar cremas hidratantes que ayuden a la circulación aumenta el fluido sanguíneo en el cuerpo del paciente, siendo integral al propio estilo de vida.

El 80% de personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo de adultos responde que es importante brindar masaje en prominencias óseas del paciente, indicando que es para mejorar la circulación y para precaución. Sin embargo un 20 % responde que no. Lo anterior evidencia en este porcentaje de personal deficiencia en el conocimiento y la necesidad de reforzarlo para que sus actuaciones estén encaminadas a la prevención de las úlceras por presión.

<sup>74</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p.597

### Cuadro No 5

¿Son importantes el baño diario y mantener seca la piel del paciente con limitación para moverse, como medio para evitarle úlceras por presión?

No.	RESPUESTA	F	%	Por qué?
1	Si	12	100	1 Comodidad del paciente
2	No	0	0	2 Evita el mal olor
<b>TOTAL</b>		12	100	

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

CAPERITO Linda<sup>75</sup> explica que la persona con inmovilidad debe realizarse un Examen diario de la piel, Mantenerla limpia y seca, Baño diario, emplear jabones de bajo potencial imitativo, Lavar con agua áreas húmedas, secar sin fricción, no usar alcoholes (colonias), son útiles las cremas hidratantes procurando una absorción completa, procurar vestir ropa de tejidos naturales, empleo de apósitos protectores para prevenir las lesiones por fricción (hidrocoloides).

El 100% del personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo responde que son importantes los cuidados de higiene en el paciente con limitaciones en la movilidad, pero no explican por qué, lo que evidencia deficiencia en el conocimiento, esto a su vez hace deficiente el cuidado y se expone al paciente a riesgos de contraer úlceras por presión.

<sup>75</sup> CAPERNITO, Linda. Diagnóstico de Enfermería, 5ª. ed, Editorial Interamericana, Mc Graw Hill, 1995. p. 244.

### Cuadro No 6

¿Considera importante mantener la higiene de la ropa que esta en contacto con el paciente?

No.	RESPUESTA	F	%	Por qué?
1	Si	12	100	1. Para evitar infecciones en la piel, 2. Evitar gérmenes y bacterias
2	No	0	0	
TOTAL		12	100	

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

WITTER Beverly afirma que los pacientes que están hospitalizados<sup>76</sup>: deben tener comodidad en una cama con ropa limpia libre de arrugas. Evitando la proliferación de microorganismos.

El 100% del personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo considera importante la higiene de la ropa, protegiendo al paciente de causas externas que le produzcan enfermedad, se considera una ayuda para la persona que se encuentra hospitalizada con inmovilidad en cama.

<sup>76</sup> WITTER, Beverly. Tratado de Enfermería. 4 ed. editorial interamericana. En español., México 1986. p. 434

### Cuadro No 7

¿Considera que una dieta balanceada ayuda a prevenir las úlceras por presión en los pacientes con limitación de la movilidad?

No.	RESPUESTA	F	%	Por qué?
1	Si	12	100	1. El organismo lo necesita
2	No	0	0	2. Los tejidos están fuertes
TOTAL		12	100	

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

Las dietas son regímenes de alimentación brindados a cada persona, los pacientes que se encuentran en cama deben tener un estado nutritivo óptimo dependiendo de su sexo, edad, peso, enfermedad,<sup>77</sup> la valoración continua de los datos físicos y resultado de laboratorios, en el paciente con un balance de líquidos, electrolitos, proteínas, nitrógeno, y vitamina c, evitando alteraciones de anemia, y bajos niveles de hemoglobina reduciendo la capacidad de transportar oxígeno a la sangre y para los tejidos. Afectando el tejido que sirve de almohadilla entre la piel y el hueso.

A pesar de que el 100% del personal auxiliar de enfermería menciona que el paciente debe recibir una dieta que contenga los tres grupos básicos como medida preventiva de las úlceras por presión, cuando explican cómo le ayudaría la dieta no se apegan al cómo, ya que mencionan que el organismo lo necesita y para que los tejidos estén fuertes, lo anterior evidencia déficit del conocimiento.

<sup>77</sup> Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cursos de Formación de Auxiliares de Enfermería, Editorial Magna Terra, Guatemala 2009. p. 74.

### Cuadro No 8

¿Considera importante movilizar al paciente en el servicio de Intensivo para prevenir úlceras por presión?

No.	RESPUESTA	F	%	Por qué?
1	Si	12	100	1. Por medio de la movilización se mantendrá la circulación 2. Evitar riesgos,
2	No	0	0	
TOTAL		12	100	

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

Las Movilizaciones Pasivas y/o Activas:<sup>78</sup> son las que aumentan los tonos vasculares cutáneos, se realizan cuando el paciente esta en decúbito supino, movilizandohombros, codos, y muñecas, caderas, rodillas y tobillos. Se aprovechará la hora del baño para realizarlos e hidratar la piel, en la movilización las piernas y los brazos del paciente se deben mover suavemente sobre su nivel de tolerancia al dolor, dar medicamentos prescritos necesarios según lo necesite por la actividad.

Es satisfactorio que el 100% de personal auxiliar de enfermería entrevistado considere importante la movilización del paciente, lo que significa que si movilizan al paciente y como consecuencia evita en el mismo la presencia de áreas de presión y/o úlceras por presión y por ende disminuyen los días estancia y costos en la institución.

<sup>78</sup> <http://www.fisterra.com/guias2/Upresion.asp>. Consultado, 18 de junio 2010, 9 horas.

### Cuadro 9

¿Cada cuanto tiempo es ideal movilizar al paciente que no puede hacerlo por si solo?

No.	RESPUESTA	F	%
1	CADA 2 HORAS	6	50
2	DE 1 A 2 HORAS	3	25
3	CADA HORA	1	8
4	DE 2 A 4 HORAS	2	17
		12	100

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

POTTER Patricia<sup>79</sup>, indica que los cambios posturales se realizarán de 1 a 2 horas en función de riesgo de padecer úlceras por presión según la edad el sexo y el diagnóstico del paciente, seguirán un plan con orden rotatorio, no arrastrar al paciente evitando áreas de cizallamiento y fricción, mantener la alineación corporal, y la distribución de peso, equilibrio y estabilidad, evitar el contacto directo de prominencias óseas, y donde se encuentran colocadas sondas, mascarillas, drenajes, vías centrales y vendajes se evitara la presión constante, con el riesgo de producir úlceras por presión

El 25% de personal de enfermería encuestado responde correctamente que debe moverse al paciente en un lapso de 1 a 2 horas, lo que se convierte en una fortaleza a la hora de brindar cuidados al paciente. Sin embargo el 75% de personal de enfermería carece de ese conocimiento y vuelve deficiente al cuidado que brinda al no moverlo en el tiempo indicado para prevenir las úlceras por presión.

<sup>79</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p.597

### Cuadro No 10

¿Utiliza material o equipo de apoyo para prevenir úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de intensivo?

No.	RESPUESTA	F	%	¿Cuales ?
1	Si	12	100	1. Almohadas, Rodillos, colchón de huevos
2	No	0	0	
TOTAL		12	100	2. Donas, rodillos, almohadas, colchón ortopédico.

Fuente: Cuestionario al personal de enfermería Hospital Centro Medico Militar Servicio de intensivo del 26 de febrero al 8 de abril 2011.

POTTER Patricia<sup>80</sup> indica que en la utilización de superficies que han sido diseñadas para el manejo de la presión están para reducir la presión y las fuerzas de cizallamiento que son las presiones ejercidas sobre la piel cuando se coloca al paciente en la cama tirando de el y las capas subcutáneas, se adhiere a la superficie de la cama por lo que los capilares se ven comprimidos y se rompen por presión. Y en La fricción el paciente se ve expuesto a la lesión cutánea con aspecto de abrasión con frotamiento de 2 superficies. Los productos se comercializan en tamaños adecuados apósitos hidrocoloides, sistemas de bajo riesgo con superficies estáticas tipo bota, cojines, los de riesgo medio colchonetas de aire, riesgo alto superficies dinámicas colchonetas de aire alternantes con celdas de aire.

El 100% del personal auxiliar de enfermería encuestado si conoce y utiliza el equipo y o material de apoyo existentes en el servicio de intensivo, siendo para el paciente un factor de ayuda para evitar úlceras por presión.

<sup>80</sup> POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, 5ª. ed, México. Publicado en español Febrero 2007. p.597

## VIII. CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo y a los indicadores planteados, se puede concluir en lo siguiente:

1. En cuanto a cuidados a paciente totalmente dependiente se refiere, el 60% de personal auxiliar de enfermería encuestado posee el conocimiento sobre los cuidados necesarios para la prevención de úlceras por presión. El 40% no lo posee, lo que significa deficiencia en el conocimiento y a su vez hace deficiente el cuidado que se brinda al paciente, ya que al no realizarlos se predispone al mismo a contraer úlceras por presión.
2. A pesar de que el 100% del personal auxiliar de enfermería considere importantes los cuidados de la piel del paciente, no explican que es para evitar que la piel presente eritema y se atrofie implicando el riesgo de adquirir una úlcera por presión. Un 20 % responde que no es importante brindar masaje en prominencias óseas para mejorar la circulación. Lo anterior constituye un factor decisivo para que no se de un cuidado adecuado a la piel del paciente inmovilizado y como consecuencia se retarde su recuperación y aumenten los días estancia hospitalaria.
3. El 100% del personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo considera importante la higiene de la ropa, lo que es bueno porque protege al paciente de causas externas que le produzcan enfermedad, y se considera una ayuda para la persona que se encuentra hospitalizada con inmovilidad en cama. aunque el 100% haya respondido que son importantes los cuidados de higiene en el paciente con limitaciones en la movilidad, no explican por qué, lo que evidencia déficit de conocimiento, esto a su vez hace deficiente el cuidado y se expone al paciente a riesgos de contraer úlceras por presión.

4. El 100% del personal auxiliar de enfermería menciona que el paciente debe recibir una dieta que contenga los tres grupos básicos como medida preventiva de las úlceras por presión, sin embargo al explicar cómo le ayudaría la dieta no se apegan al cómo, ya que mencionan que el organismo lo necesita y para que los tejidos estén fuertes, esto significa déficit del conocimiento y como consecuencia limitaciones.
  
5. Respecto a Movilización el 100% de personal auxiliar de enfermería entrevistado considera importante movilizar al paciente y utilizar material y/o equipo de apoyo, sin embargo al comparar con el conocimiento que posee el personal auxiliar de enfermería sobre cuidados necesarios para la prevención de úlceras por presión, se evidencia un 40% que no los conoce.

## IX. RECOMENDACIONES

Con base a resultados obtenidos se hacen a las autoridades de la institución, las siguientes recomendaciones

1. Incluir en los contenidos del programa de educación permanente del Servicio de Intensivo del Centro Médico Militar, el tema de cuidados preventivos para úlceras por presión.
2. Monitorear el cumplimiento de cuidados de enfermería para prevenir úlceras por presión, utilizando instrumentos innovadores (Escala de Arnell y Escala de Norton) que permitan el control y evaluación escrita y verbal de cada paciente, informando en cada turno, tomando en cuenta la movilización, cada cuanto tiempo la realizan, cuidado de la piel y otros que aplican para prevenir úlceras por presión en el paciente hospitalizado en el servicio de intensivo.
3. Incluir en la evaluación de desempeño semestral del personal de enfermería, el rubro de conocimientos que reflejen el cuidado a pacientes en la prevención de úlceras por presión
4. Realizar presentación de resultados a las autoridades y personal del Servicio de Intensivo del Centro Médico Militar.

## X. BIBLIOGRAFÍA

1. BENAVENTE, Amparo Fundamentos de Enfermería, 4 ed. Editorial Interamericana p.323 - 340.
2. BERNAR, Carlos. Historia del Hospital Militar, Central de Guatemala: editorial del Ejército de Guatemala. Octubre, 1980. p. 34.
3. BURNS, Nancy. Investigación de Enfermería, 3ª. Ed. ELSEVIER, España, 2004. p. 15 - 18.
4. BURNEL Máxime, Revisado por GUTIÉRREZ Ann, Investigación sobre: la Rehabilitación y Centro de Entrenamiento Especializado para personas con Lesión de Médula, Houston Texas, 1988. p. 49 – 55
5. CAPERNITO Linda, diagnostico de Enfermería, 5ª. Ed. Editorial Interamericana, México 1995. p. 244.
6. DEL ÁGUILA, Diana. Tesis conocimientos del personal de enfermería sobre el tratamiento de pacientes hemipléjicos con úlceras por decúbito atendidos en la medicina física de hombres del hospital VON HAN. Guatemala. 1999, 62. p. Licenciada en Enfermería Universidad Mariano Gálvez, Facultad de Enfermería.
7. ESCOBAR, Ana Eugenia. Conocimientos del personal auxiliar de enfermería sobre los cuidados preventivos de úlceras por decúbito en niños en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Roosevelt. Guatemala. 2005 tesis Licenciada en Enfermería Universidad san Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas, Escuela Nacional de Enfermeras.
8. GONZÁLEZ, Marco Antonio. Pacientes en Estado Crítico, 3ª. ed. Editorial Interamericana, México DF.1978. p.105.
9. <http://web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.htm>. 16 de julio de 2010.
10. <http://www.monografias.Com.trabajos34.ulceras-de-presion.shtml>"
11. <http://www.fisterra.com/guias2/Upresión.asp>. 18 de junio 2010, 9 horas.
12. HERNÁNDEZ Coneza, Juana Cuestiones de Enfermería, Editorial Mac Graw Hill Interamericana España 1996. p. 3-11.
13. MARRINER Ann, Modelos y Teorías en Enfermería 4ª. ed. Mosby, Madrid, España, 1999. p. -16 - 21.

14. MÁXIME, Bumel. Revisado por GUTIÉRREZ, Ann. Investigación sobre la rehabilitación y centro de entrenamiento especializado para personas con lesión de medula, Houston, Texas, 1988 p. 49 - 55.
15. POLICOPIADO Historia Hospital Militar Imprenta Ejército de Guatemala, año 2007.
16. POTTER, Patricia, Fundamentos de enfermería, Teoría y Práctica, 5ª. ed. México Interamericana Mc Graw Hill, Manual Ilustrado por el Dr. José Pérez Gómez, 1988. p.597.
17. Departamento de Formación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Cursos de Formación de Auxiliares de Enfermería, Editorial Magna Terra, Guatemala 2009. p. 74-78.
18. WITTER Beverly Du Gas, Tratado de enfermería, 4 ed. Editorial Interamericana, versión en español, México 1988. p. 31 - 53.

Código \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### **Consentimiento informado**

Por medio de la firma de este documento, doy mi consentimiento para formar parte de la investigación titulada **“Conocimientos del personal Auxiliar de enfermería sobre Cuidados Preventivos de Ulceras por Presión, en pacientes hospitalizados en el servicio de intensivo del hospital Centro Médico Militar”** el cual es desarrollado por la enfermera Rebeca del Carmen Galindo García, estudiante de licenciatura en enfermería de la escuela nacional de enfermeras de Guatemala.

Es del conocimiento que el cuestionario que responderé forma parte del trabajo de campo necesario en toda investigación, y será estrictamente confidencial, además se me ha informado con claridad los objetivos de la investigación y será estrictamente confidencial y de que puedo retirarme en el momento que lo desee.

Firma o huella digital de A.E.

Firma investigadora

Código \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO

**OBJETIVO:** Recolectar información sobre los conocimientos que posee el personal auxiliar de enfermería acerca de los cuidados preventivos de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de intensivo del Centro Médico Militar.

**INSTRUCCIONES:** a continuación encontrará una serie de enunciados que debe leer detenidamente y luego responder lo que se le solicita, en las respuestas de SI o NO debe explicar el ¿POR QUÉ?

1. Al brindar cuidados de enfermería al paciente totalmente dependiente debido a su estado crítico, ¿cuáles son los cuidados preventivos que aplica para evitar las úlceras por presión?

---

---

---

2. ¿Considera importante los cuidados de la piel al paciente del servicio de Intensivo para prevenir úlceras por presión?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

---

---

3. ¿considera necesario lubricar la piel del paciente para prevenir úlceras por presión? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Es importante brindar masaje en prominencias óseas para mejorar la circulación en el paciente para prevención de úlceras por presión? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Son importantes el baño diario y mantener seca la piel del paciente para evitar úlceras por presión? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Considera importante mantener la higiene de la ropa que está en contacto con él paciente. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Considera que una dieta balanceada ayuda a prevenir las úlceras por presión en los pacientes con limitación de la movilidad? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

8. ¿Considera importante movilizar al paciente en el servicio de Intensivo para prevenir úlceras por presión? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

---

---

9. ¿Por qué es importante movilizar cada 2 horas al paciente hospitalizado en el servicio de Intensivo?

---

---

---

10. ¿Utiliza material o equipo de apoyo para prevenir úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de intensivo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuáles?

---

---

---

Gracias por su colaboración



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
HOSPITAL ROOSEVELT  
GUATEMALA, C.A.



Of. No. 1501/2010

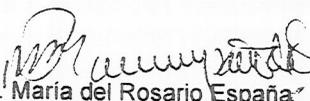
Guatemala 09 de noviembre de 2010.

E.P.  
REBECA DEL CARMEN GALINDO GARCIA  
Estudiante de la Licenciatura de Enfermería  
Presente.

E.P. Galindo García:

Atentamente me dirijo a usted para informarle que se le autoriza el estudio de investigación sobre: CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA SOBRE CUIDADOS PREVENTIVOS DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE INTENSIVO DEL HOSPITAL CENTRO MEDICO MILITAR, con el personal de Intensivo de Adultos de esta institución.

Sin otro particular me suscribo. Atentamente,

  
Licda. María del Rosario España  
Subjefe Depto. de Enfermería  
Hospital Roosevelt



c.c. Archivo



# CENTRO MEDICO MILITAR

EJERCITO DE GUATEMALA

GUATEMALA - REPUBLICA DE GUATEMALA, C. A.

*Que firme de  
Eiterada la  
Interesada.*

RV/OF-SBDDEI-DCMM-0038-SFNM-hyll-2011.-

Guatemala, 26 de Enero de 2,011.-

7

SEÑORA MAYOR DE S.M.  
JEFE DE LA DIVISION DE ENFERMERIA  
PRESENTE

SEÑORA MAYOR:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para informarle que la Dirección del Centro Médico Militar autoriza a la E.P. REBECA DEL CARMEN GALINDO GARCIA la realización de su Trabajo de Tesis titulado "CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA SOBRE LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DE LAS ULCERAS POR PRESION, DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS", previo a obtener el titulo de la Licenciatura en Enfermería, por lo que deberá presentar el PROTOCOLO de dicha investigación así mismo, al finalizar copia del informe final

ATENTAMENTE,

TTE. CNEL. DE S.M. M. Y S. OFTALMOLOGO  
SUBDIRECTOR DE DOCENCIA E INV. G.

SERGIO FERNANDO NITSCH MONTIEL

SECRETARIA  
Division de Enfermeria  
**RECORRIDO**  
01 FEB. 2011  
Hora: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

SECRETARIA  
Division de Enfermeria  
**RECORRIDO**  
01 FEB. 2011

10:30 UNICEN