

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE
LAS ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE
ADULTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

T E S I N A

Q U E P R E S E N T A N :

GARCÍA GARCÍA DULCE YOLANDA.

JUÁREZ RAMÍREZ ERIKA YAZMIN.

**COMO TRABAJO FINAL DEL SERVICIO SOCIAL CON
ÉNFASIS EN INVESTIGACIÓN.**

ASESORES:

L.E. HUGO TABLEROS GONZAGA.

LIC. URSINA HERNÁNDEZ.

ÍNDICE

JULIO-2005.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN.	3
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO I: CAMBIOS EN EL ADULTO	6
1.1 Perspectiva psicoanalítica	6
CAPITULO 2: ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL SISTEMA TEGUMENTARIO	7
2.1 Definición de piel	7
2.2 Funciones de la piel	8
2.3 Capas de la piel	8
CAPITULO 3: ULCERAS POR PRESION	11
3.1 Definición	11
3.2 Epidemiología	11
3.3 Etiología	11
3.4 Factores de riesgo	12
3.5 Fisiopatología	14
3.6 Diagnostico	14
3.7 Tratamiento	15
3.8 Escalas de valoración de riesgo para padecer ulceras por presión	16
3.8.1 Escalas de valoración de zonas de riesgo por presión de Northon	16
3.8.2 Escala de Braden para predecir el riesgo de ulceras por presión	16
3.8.3 Puntuación y clasificación del riesgo de ulcera de decúbito de Gosnell	20
CAPITULO 4: CUIDADOS AL PACIENTE CON RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESION Y LOS QUE PRESENTEN ULCERAS POR PRESION GRADO I Y II	23
4.1 Movilización del paciente	23
4.1.1 Cambios de posición	23
4.2 Instrumentos de apoyo en la deambulación	24
4.2.1 Marcha con muletas	24
4.2.2 Ambulacion con bastón	28
4.2.3 Silla de ruedas	29
4.3 Ejercicios pasivos	30
4.4 Curación de las heridas	32

4.4.1 Recomendaciones para la limpieza de heridas	32
4.4.2 Principios básicos para la curación de una herida	33
4.4.3 Técnica de lavado de manos	33
4.4.4 Colocación de cubrebocas	35
4.4.5 Técnica de colocación de guantes	36
4.4.6 Técnica de curación de una herida	37
4.4.7 Desbridamiento	40
4.4.8 Valoración de las heridas tratadas	40
4.4.9 Apositos utilizados para el manejo de úlceras por presión grado II	41
4.5 Higiene de la piel	44
4.5.1 Baño de regadera	44
4.5.2 Baño de esponja	45
4.5.3 Cuidados perineo-genitales	50
4.5.4 Tendido de cama	53
4.5.4.1. Cama abierta	53
4.5.4.2 Cambio de ropa de cama con paciente	54
4.5.5 Auxiliares en la asistencia de la eliminación vesical y fecal	55
4.5.6 Incontinencia fecal	55
4.5.7 Técnica de colocación de pañal	56
4.5.8 Incontinencia urinaria	56
4.5.9 Cuidados al paciente con sonda foley	58
4.6 Protección de la piel	59
4.6.1 Lubricación de la piel	59
4.6.1.1 Tipos de lubricantes	59
4.6.2 Dispositivos de soporte	63
4.7 Tipos de alimentación	65
4.7.1. Alimentación por vía bucal	65
4.7.2 Alimentación enteral	67
4.7.3 Nutrición parenteral	69
CAPITULO 5: ESTADO DEL ARTE	72
5.1 Como utilizar los apositos de alginato	72
5.2 Como utilizar la estimulación eléctrica para curar las heridas	73
HIPOTESIS	74
MATERIAL Y METODOS	75

RESULTADOS	78
DISCUSION DE RESULTADOS	84
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFIAS	88
ANEXOS	89

DEDICATORIAS

LE DOY GRACIAS A:

A DIOS:

SIEMPRE QUE EN MI CAMINO HAY TROPIEZOS, PIENSO EN TI,
CUANDO MIS LOGROS SE CUMPLEN PIENSO EN TI Y TE DOY GRACIAS
POR QUE SIEMPRE ESTAS A MÍ LADO.

A MI FAMILIA:

CUANDO SIENTO SU APOYO Y LA MOTIVACIÓN QUE USTEDES ME
BRINDAN, LAS COSAS SE HAN HECHO MÁS FÁCILES, LO DIFÍCIL NO
EXISTE.
TODO EL CARIÑO, TODO EL AMOR, TODA LA CONFIANZA, ES LO MEJOR
QUE TENGO EN EL MUNDO.

A MI TIA ALICIA:

CON TODO MI AMOR, GRACIAS POR CREER EN MI Y BRINDARME
SIEMPRE SU APOYO.

A MIS AMIGOS:

POR SIEMPRE APOYARME EN TODO, POR ESTAR A MI LADO CUANDO
LOS NECESITO, SIEMPRE MOTIVÁNDOME A SALIR ADELANTE Y
ROMPER LOS OBSTÁCULOS.

ASESORES:

POR SU COMPRENSIÓN Y SU PACIENCIA, POR INCITARME A SALIR
ADELANTE, A SER CADA DÍA MEJOR, APRENDER Y APRENDER CADA
DÍA MÁS.

GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO

ATTE. DULCE GARCIA

DEDICATORIA.

LE DOY GRACIAS A:

DIOS:

UN SER TAN GRANDE QUE ME PERMITIO LA DICHA DE PODER CONCLUIR UN SUEÑO TAN IMPORTANTE EN MI VIDA Y POR DARME LA SALUD, LA FUERZA Y LA FORTALEZA PARA LLEGAR HASTA AQUÍ.

A MIS PADRES:

POR TRAERME A ESTE MUNDO Y DARME LAS ARMAS SUFICIENTES PARA LUCHAR POR MIS SUEÑOS Y SALIR ADELANTE EN LA VIDA.

A MI ESPOSO:

POR BRINDARME UN APOYO INCONDICIONAL EN TODO MOMENTO, POR DARME LA CONFIANZA Y LA FUERZA NECESARIA EN LOS MOMENTOS MÁS DIFICILES Y POR AYUDARME A CUMPLIR MIS SUEÑOS DIA A DIA.

A MÍ BEBE:

POR QUE AUNQUE AUN NO NACES HAS SIDO EN MI VIDA UN MOTIVO MAS POR QUE LUCHAR, HECHARLE GANAS A LA VIDA Y NO RENDIRME Y POR QUE TU HAS VENIDO A DARLE ESPERANZA Y LUZ A MI VIDA.

A MIS ASESORES:

POR LA GRAN CONFIANZA, PACIENCIA E INTERES QUE TUVIERON DURANTE TODO ESTE AÑO PARA ASI PODER CONCLUIR CON UN OBJETIVO MAS COMO ES LA TESIS.

NUEVAMENTE MUCHAS GRACIAS POR QUE SIN USTEDES JAMAS LO HUBIERA LOGRADO.

ATTE. ERIKAY.

GLOSARIO

Autolítico: utiliza enzimas propias del organismo para rehidratar y así eliminar el tejido necrotico. Este es el tipo de desbridamiento más lento y menos traumático logrando el efecto deseado.

Abrasión: Herida superficial de la piel o mucosas por roce o raspado: la abrasión puede ser consecuencia de un traumatismo.

Bactericidas: Sustancia que destruye las bacterias.

Bacteriolítico: Sustancia que permite la destrucción de bacterias dentro o fuera de un organismo viviente.

Cizallamiento: Es el desgarramiento o estiramiento del tejido que pueden producirse al resbalar el paciente de la cama al estar sentado.

Diseminación: Acción de esparcir microorganismos.

Escayola: yeso espejuelo calcinado. Se usa para negativos de moldes, para inmovilizar fracturas.

Excoriación: Lesión dermoepidérmica que en general cicatriza con regeneración integral de epitelio sin dejar huella visible.

Exógenas: Originado en el exterior del organismo como consecuencia de una causa externa.

Hística: Pertenece o relacionado a los tejidos y su composición.

Hipoproteinemia: contenido anormalmente bajo de proteínas en sangre.

Hiperemia reactiva: Es cuando se alivia la presión la piel adquiere un color rojo brillante, que es el mecanismo corporal para prevenir las úlceras por presión.

Infección: invasión al organismo por agentes patógenos.

Isquemia: Déficit de la irrigación sanguínea de un tejido u órgano

Melanina: El pigmento principal de la piel, es formada en el extracto germinativo por células llamadas melanocitos y es llevada desde las proyecciones melanocíticas, a las células epiteliales subyacentes.

organelos: Son millares de citoplasmas de manera colectiva y cada organelo esta constituido por moléculas distribuidas u organizadas de manera que puedan ejecutar cierta función esencial par la conservación de la vida de la célula.

Popitlea: Relacionado a la región anatómica correspondiente a la cara posterior de la rodilla; se dice especialmente de los vasos y nervios de la misma.

Pus: liquido denso resultado de una lesión inflamatoria y esta compuesto por leucocitos en diferentes etapas degenerativas, líquidos, desechos titulares y gérmenes.

Queratinizacion: Células recién formadas en las capas basales se ven desplazadas hacia las capas mas superficiales. Al recurrir dicho movimiento hacia la superficie, la queratina sustituye al citoplasma, el nucleolo y otros organelos, y las células mueren.

Séptico: Que produce putrefacción o es causada por ella.

Supuración: proceso local, limitado o difuso, en el cual los leucocitos han degenerado transformándose en piocitos.

Tensoactiva: Se dice de los compuestos orgánicos que alteran la tensión superficial de los líquidos.

Tumefacción: Aumento del volumen de una parte del cuerpo por hinchazón edematosa, inflamatoria o tumoral.

RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN.	3
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO I: CAMBIOS EN EL ADULTO	6
1.1 Perspectiva psicoanalítica	6
CAPITULO 2: ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL SISTEMA TEGUMENTARIO	7
2.1 Definición de piel	7
2.2 Funciones de la piel	8
2.3 Capas de la piel	8
CAPITULO 3: ULCERAS POR PRESION	11
3.1 Definición	11
3.2 Epidemiología	11
3.3 Etiología	11
3.4 Factores de riesgo	12
3.5 Fisiopatología	14
3.6 Diagnostico	14
3.7 Tratamiento	15
3.8 Escalas de valoración de riesgo para padecer ulceras por presión	16
3.8.1 Escalas de valoración de zonas de riesgo por presión de Northon	16
3.8.2 Escala de Braden para predecir el riesgo de ulceras por presión	16
3.8.3 Puntuación y clasificación del riesgo de ulcera de decúbito de Gosnell	20
CAPITULO 4: CUIDADOS AL PACIENTE CON RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESION Y LOS QUE PRESENTEN ULCERAS POR PRESION GRADO I Y II	23
4.1 Movilización del paciente	23
4.1.1 Cambios de posición	23
4.2 Instrumentos de apoyo en la deambulación	24
4.2.1 Marcha con muletas	24
4.2.2 Ambulacion con bastón	28
4.2.3 Silla de ruedas	29
4.3 Ejercicios pasivos	30
4.4 Curación de las heridas	32

4.4.1 Recomendaciones para la limpieza de heridas	32
4.4.2 Principios básicos para la curación de una herida	33
4.4.3 Técnica de lavado de manos	33
4.4.4 Colocación de cubrebocas	35
4.4.5 Técnica de colocación de guantes	36
4.4.6 Técnica de curación de una herida	37
4.4.7 Desbridamiento	40
4.4.8 Valoración de las heridas tratadas	40
4.4.9 Apositos utilizados para el manejo de úlceras por presión grado II	41
4.5 Higiene de la piel	44
4.5.1 Baño de regadera	44
4.5.2 Baño de esponja	45
4.5.3 Cuidados perineo-genitales	50
4.5.4 Tendido de cama	53
4.5.4.1. Cama abierta	53
4.5.4.2 Cambio de ropa de cama con paciente	54
4.5.5 Auxiliares en la asistencia de la eliminación vesical y fecal	55
4.5.6 Incontinencia fecal	55
4.5.7 Técnica de colocación de pañal	56
4.5.8 Incontinencia urinaria	56
4.5.9 Cuidados al paciente con sonda foley	58
4.6 Protección de la piel	59
4.6.1 Lubricación de la piel	59
4.6.1.1 Tipos de lubricantes	59
4.6.2 Dispositivos de soporte	63
4.7 Tipos de alimentación	65
4.7.1. Alimentación por vía bucal	65
4.7.2 Alimentación enteral	67
4.7.3 Nutrición parenteral	69
CAPITULO 5: ESTADO DEL ARTE	72
5.1 Como utilizar los apositos de alginato	72
5.2 Como utilizar la estimulación eléctrica para curar las heridas	73
HIPOTESIS	74
MATERIAL Y METODOS	75

RESULTADOS	78
DISCUSION DE RESULTADOS	84
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFIAS	88
ANEXOS	89

DEDICATORIAS

LE DOY GRACIAS A:

A DIOS:

SIEMPRE QUE EN MI CAMINO HAY TROPIEZOS, PIENSO EN TI,
CUANDO MIS LOGROS SE CUMPLEN PIENSO EN TI Y TE DOY GRACIAS
POR QUE SIEMPRE ESTAS A MÍ LADO.

A MI FAMILIA:

CUANDO SIENTO SU APOYO Y LA MOTIVACIÓN QUE USTEDES ME
BRINDAN, LAS COSAS SE HAN HECHO MÁS FÁCILES, LO DIFÍCIL NO
EXISTE.
TODO EL CARIÑO, TODO EL AMOR, TODA LA CONFIANZA, ES LO MEJOR
QUE TENGO EN EL MUNDO.

A MI TIA ALICIA:

CON TODO MI AMOR, GRACIAS POR CREER EN MI Y BRINDARME
SIEMPRE SU APOYO.

A MIS AMIGOS:

POR SIEMPRE APOYARME EN TODO, POR ESTAR A MI LADO CUANDO
LOS NECESITO, SIEMPRE MOTIVÁNDOME A SALIR ADELANTE Y
ROMPER LOS OBSTÁCULOS.

ASESORES:

POR SU COMPRENSIÓN Y SU PACIENCIA, POR INCITARME A SALIR
ADELANTE, A SER CADA DÍA MEJOR, APRENDER Y APRENDER CADA
DÍA MÁS.

GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO

ATTE. DULCE GARCIA

DEDICATORIA.

LE DOY GRACIAS A:

DIOS:

UN SER TAN GRANDE QUE ME PERMITIO LA DICHA DE PODER CONCLUIR UN SUEÑO TAN IMPORTANTE EN MI VIDA Y POR DARME LA SALUD, LA FUERZA Y LA FORTALEZA PARA LLEGAR HASTA AQUÍ.

A MIS PADRES:

POR TRAERME A ESTE MUNDO Y DARME LAS ARMAS SUFICIENTES PARA LUCHAR POR MIS SUEÑOS Y SALIR ADELANTE EN LA VIDA.

A MI ESPOSO:

POR BRINDARME UN APOYO INCONDICIONAL EN TODO MOMENTO, POR DARME LA CONFIANZA Y LA FUERZA NECESARIA EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES Y POR AYUDARME A CUMPLIR MIS SUEÑOS DIA A DIA.

A MÍ BEBE:

POR QUE AUNQUE AUN NO NACES HAS SIDO EN MI VIDA UN MOTIVO MAS POR QUE LUCHAR, HECHARLE GANAS A LA VIDA Y NO RENDIRME Y POR QUE TU HAS VENIDO A DARLE ESPERANZA Y LUZ A MI VIDA.

A MIS ASESORES:

POR LA GRAN CONFIANZA, PACIENCIA E INTERES QUE TUVIERON DURANTE TODO ESTE AÑO PARA ASI PODER CONCLUIR CON UN OBJETIVO MAS COMO ES LA TESIS.

NUEVAMENTE MUCHAS GRACIAS POR QUE SIN USTEDES JAMAS LO HUBIERA LOGRADO.

ATTE. ERIKAY.

GLOSARIO

Autolítico: utiliza enzimas propias del organismo para rehidratar y así eliminar el tejido necrótico. Este es el tipo de desbridamiento más lento y menos traumático logrando el efecto deseado.

Abrasión: Herida superficial de la piel o mucosas por roce o raspado: la abrasión puede ser consecuencia de un traumatismo.

Bactericidas: Sustancia que destruye las bacterias.

Bacteriolítico: Sustancia que permite la destrucción de bacterias dentro o fuera de un organismo vivo.

Cizallamiento: Es el desgarramiento o estiramiento del tejido que pueden producirse al resbalar el paciente de la cama al estar sentado.

Diseminación: Acción de esparcir microorganismos.

Escayola: yeso espejuelo calcinado. Se usa para negativos de moldes, para inmovilizar fracturas.

Excoriación: Lesión dermoepidérmica que en general cicatriza con regeneración integral de epitelio sin dejar huella visible.

Exógenas: Originado en el exterior del organismo como consecuencia de una causa externa.

Hística: Perteneciente o relacionado a los tejidos y su composición.

Hipoproteinemia: contenido anormalmente bajo de proteínas en sangre.

Hiperemia reactiva: Es cuando se alivia la presión la piel adquiere un color rojo brillante, que es el mecanismo corporal para prevenir las úlceras por presión.

Infección: invasión al organismo por agentes patógenos.

Isquemia: Déficit de la irrigación sanguínea de un tejido u órgano

Melanina: El pigmento principal de la piel, es formada en el extracto germinativo por células llamadas melanocitos y es llevada desde las proyecciones melanocíticas, a las células epiteliales subyacentes.

organelos: Son millares de citoplasmas de manera colectiva y cada organelo esta constituido por moléculas distribuidas u organizadas de manera que puedan ejecutar cierta función esencial par la conservación de la vida de la célula.

Popitlea: Relacionado a la región anatómica correspondiente a la cara posterior de la rodilla; se dice especialmente de los vasos y nervios de la misma.

Pus: liquido denso resultado de una lesión inflamatoria y esta compuesto por leucocitos en diferentes etapas degenerativas, líquidos, desechos titulares y gérmenes.

Queratinizacion: Células recién formadas en las capas basales se ven desplazadas hacia las capas mas superficiales. Al recurrir dicho movimiento hacia la superficie, la queratina sustituye al citoplasma, el nucleolo y otros organelos, y las células mueren.

Séptico: Que produce putrefacción o es causada por ella.

Supuración: proceso local, limitado o difuso, en el cual los leucocitos han degenerado transformándose en piocitos.

Tensoactiva: Se dice de los compuestos orgánicos que alteran la tensión superficial de los líquidos.

Tumefacción: Aumento del volumen de una parte del cuerpo por hinchazón edematosa, inflamatoria o tumoral.

RESUMEN

Las úlceras por presión son áreas de necrosis focal en la piel y el tejido subyacente causadas por una interrupción del flujo sanguíneo en la zona afectada como consecuencia de la presión prolongada entre una prominencia ósea y una superficie externa.

Al inicio de este milenio las úlceras por presión son un importante reto al que se enfrentan los profesionales de salud, enfermeras, cuidadores familiares y la sociedad en su conjunto, sus consecuencias no solo son locales ya que al infectarse las úlceras se convierten en un foco séptico y pueden ser causa de muerte en los pacientes que las padecen, además prolongan la estancia hospitalaria incrementan el costo de la misma y dan una imagen negativa a la institución que en su conjunto pueden atribuirse a la falta de calidad asistencial; por lo que el siguiente trabajo tiene la finalidad de evaluar los cuidados de enfermería en la prevención de las úlceras por presión en el paciente adulto dentro de un hospital de tercer nivel por medio de un estudio observacional, descriptivo que consto con una muestra de 150 pacientes de los servicios, neurocirugía, medicina interna sur y norte en el turno matutino, aplicando como instrumento una guía observacional titulada cuidados de enfermería en la prevención de úlceras por presión en el paciente adulto dentro de un hospital de tercer nivel que contando con 106 reactivos dividido en 7 apartados el primero con datos generales, el segundo es para valorar escalas de valoración de riesgo de padecer úlceras por presión, el tercero es para la movilización, el cuarto es para la curación de heridas, el quinto es para la higiene de la piel, el sexto es para la protección de la piel y el séptimo es para la nutrición el cual nos arrojó los siguientes resultados que el 100% de las enfermeras no utiliza alguna escala de valoración para la prevención de las úlceras por presión, en el 41% de los pacientes observados la enfermera realiza la movilización del paciente cada 4 horas, de un 100% en solo en el 25% de los pacientes se es utilizado algún instrumento de apoyo a la deambulacion en este caso la silla de ruedas, en el 76% de los pacientes no se le es colocado algún dispositivo de protección, en el 100% de los pacientes no se le es realizado algún tipo de ejercicio pasivo por parte de la enfermera, en el 95% de los pacientes la enfermera no realiza la preparación completa de material y equipo, en el 95% de los pacientes la enfermera no realiza la curación de heridas utilizando los principios de asepsia, en el 48% de los pacientes la enfermera no realiza

el baño de esponja, en el 47% de los pacientes la enfermera no realiza el secado de la piel después del baño, al 30% de los pacientes se le es realizado el tendido de cama con pliegues, en el 88% de los pacientes no se le es colocado algún dispositivo de protección, al 83% de los pacientes no es asistido en la alimentación por parte del personal de enfermería.

Llegando a la conclusión de que a pesar de los esfuerzos que realiza la enfermera día a día por brindar una atención integral al paciente no realizan los cuidados necesarios para la prevención de úlceras por presión en el adulto dentro de un hospital de tercer nivel considerando como posibles causas el exceso de trabajo de trabajo en algunos servicios, la falta de conocimiento e interés acerca de la prevención de úlceras por presión y en algunas ocasiones la falta de comunicación entre los servicios de apoyo como son clínica de curación de heridas y el área médica.

INTRODUCCIÓN.

Las úlceras por presión también llamadas por decúbito o llagas son el resultado de una deficiencia constante en el aporte de sangre a los tejidos de la piel y tejidos subyacentes o a una proyección ósea que se ve sujeta a una presión prolongada contra un objeto relativamente duro.

Esta lesiones ya descritas en el antiguo Egipto (2000 años A.C) continúan presentes en la practica cotidiana ya que las úlceras por presión, son al inicio de este milenio un importante reto al que se enfrentan los profesionales de salud, enfermeras, cuidadores familiares y la sociedad en su conjunto.

Los pacientes mas predispuestos a padecerlas son aquellos con lesión medular (parapléjicos, tetrapléjicos), los pacientes con enfermedad neurológica (esclerosis múltiple, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, etc), pacientes ancianos con graves dependencias físicas, psíquicas, incapacidad para moverse o enfermos de cualquier edad obligados a la inmovilidad, postrados o en fase Terminal de una enfermedad así como pacientes deshidratados y con mal estado nutricional tomando en cuenta que los factores que desencadenan la aparición de úlceras por presión incluyen la perdida de la sensibilidad, el aumento de la presión, la delgadez del de la almohadilla de grasa, la falta de músculo entre las prominencias óseas que soportan el peso y la piel, la atrofia por desuso, la malnutrición, la anemia, las infecciones, la perdida del control vasomotor en una extremidad paralizada, la falta de la circulación, de todo ello se deriva que las úlceras por presión en sus distintos grados afectan a mas de un 12% de la población atendida refiere le revista desarrollo científico de enfermería que en un centro hospitalario en donde se encuentra que el 45.8% de todos los pacientes con úlceras por presión son generalmente ancianos entre los 76 y 80 años, crece de un 50% de estas lesiones se encuentran en estadios III y IV y con una antigüedad de 170 días de evolución tomando en cuenta que 3 de cada 4 úlceras por presión se originaron fuera del domicilio del paciente y que aparecen con mayor frecuencia (cerca del 70% de las úlceras) durante la primera y segunda semana posterior al ingreso a una comunidad hospitalaria. Del mismo modo el impacto económico es relevante ya que con estimaciones a la alta cifraría que el costo del tratamiento de úlceras por presión solo en un año es por encima de los 45 millones de pesos. Hace poco tiempo se han presentado resultados del primer estudio

suprainstitucional realizado en el estado Español donde ha sido analizada la prevalencia de las úlceras por presión a nivel de totalidad de los hospitales generales, centros de atención primaria y residencias de ancianos asistidos de la Rioja. Los datos obtenidos del estudio nos acercan a la entidad de este proceso ya que las úlceras por presión afectan a más de un 12% de la población atendida en un centro socio-sanitario u hospitalario en la comunidad. La extrapolación del estudio citado, cifraría un costo del tratamiento de las úlceras por presión en un año en este país por encima de 70,000 millones de pesetas y junto a esta presentación la certeza, como avalan numerosos estudios de que hasta el 95% de las úlceras por presión son prevenibles.¹

Sus consecuencias no solo son locales ya que al infectarse las úlceras se convierten en un foco séptico y pueden ser causa de muerte en los pacientes que las sufren además prolongan la estancia hospitalaria incrementan el coste de la misma y dan una imagen negativa a la institución que en su conjunto pueden atribuirse a la falta de calidad asistencial ya que este proceso se ha entendido durante demasiado tiempo como secundario por la escasa brillantez de su curación, en muchas ocasiones solo responsabilidad de la enfermera hasta el extremo de poder definirlo como patología “sumergida” al no parecer referenciada en muchos informes clínicos de alta de todo aquello se deriva que las investigaciones clínicas, la formación e información en áreas como la prevención o el tratamiento estén descuidadas.

El autor Javier Agreda menciona que las úlceras por presión pueden ser consideradas como una “epidemia debajo de las sábanas” con graves consecuencias en la salud global, que mina la calidad de vida del paciente, sus cuidadores y multiplica el riesgo de muerte de quien las padece hasta en seis veces.

En un hospital de tercer nivel la incidencia de úlceras por presión en sus distintos grados se elevan a un 14.8% tomando referencia los servicios de mayor incidencia como son: medicina interna sur con un 17.7%, neurocirugía con un 13.1%, cirugía general con un 10.8%, medicina interna norte con un 10.7%, oncológica con un 10%, ortopedia con un 10% y la unidad de cuidados intensivos con un 9% de los cuales el 14.9% son úlceras de primer grado, el 33.3% de segundo grado, el 33.3% de tercer grado y el 18.5% de cuarto grado razón por la cual surge el interés de realizar la siguiente investigación con la finalidad de evaluar los cuidados de enfermería en la

¹ J. Javier Soldevilla Agreda, Desarrollo Científico enfermería, vol 10 enero- febrero 2002 Pág. 16.

prevención de las úlceras por presión en el paciente adulto dentro de un hospital de tercer nivel en los servicios de neurocirugía, medicina interna norte, medicina interna sur en pacientes adultos con riesgo potencial de presentar úlceras por presión y en los pacientes que presenten úlceras por presión grado I y II considerando que las causas relacionadas con el personal de enfermería que provocan las úlceras por presión son la falta de movilización, la falta de curación, de higiene y protección de la piel y nutrición, utilizando como instrumento una guía de observación que consta de 106 reactivos dividido en 7 apartados de los cuales el primero son datos generales, el segundo es para valorar escalas de valoración de riesgo de padecer úlceras por presión contando con 2 reactivos, el tercero es para la movilización constando de 44 reactivos, el cuarto es para la curación de heridas que consta de 24 reactivos, el quinto es para la higiene de la piel con 17 reactivos, el sexto es para la protección de la piel contando con 5 reactivos y el séptimo es para la nutrición contando con 10 reactivos siendo un estudio prospectivo, descriptivo, transversal; el cual, para ser aplicada tuvo que realizarse primero una guía observacional contando con 106 reactivos de opción múltiple, se realizó un oficio para los servicios de cirugía general, oncología y ortopedia que fueron utilizados como prueba piloto, posteriormente se aplica la guía observacional a 60 pacientes con riesgo potencial de presentar úlceras por presión y los que se encuentran en estadio I y II de los días 30 de mayo al 13 de junio del 2005, una vez aplicados se codifican, se valida el instrumento por medio del programa SPSS V.9; se confiabiliza por medio del paquete estadístico alpha con una calificación de ,8448 posteriormente se aplican 150 instrumentos en los servicios de neurocirugía, medicina interna norte y medicina interna sur del 20 de junio al 4 de julio una vez aplicadas se analizan los datos y se realizan las tablas correspondientes. Llegando a la conclusión de que a pesar de los esfuerzos que realiza la enfermera día a día por brindar una atención integral al paciente no realizan los cuidados necesarios para la prevención de úlceras por presión en el adulto dentro de un hospital de tercer nivel considerando como posibles causas el exceso de trabajo de trabajo en algunos servicios, la falta de conocimiento e interés acerca de la prevención de úlceras por presión y en algunas ocasiones la falta de comunicación entre los servicios de apoyo como son clínica de curación de heridas y el área medica.

CAPITULO I CAMBIOS EN EL ADULTO.

1.1 PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.

Se refiere a las fuerzas inconscientes que motivan el comportamiento humano. Surgió en el siglo XIX, cuando el médico vienés Sigmund Freud desarrolló el psicoanálisis, es decir, un enfoque terapéutico que rastrea los conflictos inconscientes de las personas, los cuales provienen de la niñez y afectan sus comportamientos y emociones.

SIGMUND FREUD: TEORIA PSICOSEXUAL.

Freud pensaba que los primeros años de vida son decisivos en la formación de la personalidad, a medida que los niños desarrollan conflictos entre sus impulsos biológicos innatos relacionados con la sexualidad y las restricciones de la sociedad. Según Freud, estos conflictos se presentan en etapas invariables del desarrollo psicosexual.

Según la Teoría Psicosexual, tres son los componentes de la personalidad:

ID O ELLO

Se considera como la fuente de motivos y deseos; mediante él se satisface el principio del placer.

EGO

Representa la razón o el sentido común. Se rige por el principio de la realidad, mediante el cual se puede equilibrar la personalidad.

SUPEREGO

Incluye la conciencia e incorpora sistemas de valores y deberes aprobados por la sociedad.

ETAPA GENITAL (ADOLESCENCIA Y EDAD ADULTA).

Los cambios fisiológicos de la pubertad realimentan la libido, energía que estimula la sexualidad. Relaciones heterosexuales y exogámicas. Es la última etapa, antes de entrar a la edad adulta.

Identidad vs. Confusión de identidad (de la pubertad a la edad adulta temprana):

El adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo. Virtud: la fidelidad.

Intimidad vs. Aislamiento (edad adulta temprana):

La persona busca comprometerse con otros; si no tiene éxito, puede sufrir sentimientos de aislamiento y de introspección. Virtud: el amor.

Creatividad vs. Ensimismamiento (edad adulta intermedia):

Los adultos maduros están preocupados por establecer y guiar a la nueva generación; en caso contrario se sienten empobrecidos personalmente.

Virtud: preocupación por otros.

ERIK ERIKSON: TEORÍA PSICOSOCIAL.

Modifica y amplía la teoría freudiana. Erikson sostiene que la búsqueda de la identidad es el tema más importante a través de la vida. Pensaba que la teoría freudiana subestimaba la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad.

Erikson conceptuaba a la sociedad como una fuerza positiva que ayudaba a moldear el desarrollo del ego o el yo. La teoría del desarrollo psicosocial divide en ocho períodos de edad la vida humana. Cada etapa representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. Cada crisis es un momento crucial para la resolución de aspectos importantes; éstas se manifiestan en momentos determinados según el nivel de madurez de la persona.

Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis el ego continuará su desarrollo hasta la siguiente etapa; si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria, su presencia continua interferirá el desarrollo sano del ego. La solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que un rasgo positivo se equilibre con uno negativo.

Las etapas psicosociales son las siguientes:

Integridad vs. Desesperación (vejez):

Las personas mayores alcanzan el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite la aceptación de la muerte; en caso contrario caen en la desesperación. Virtud: la sabiduría.

JEAN BAKER MILLER: TEORÍA RELACIONAL.

Según esta teoría la personalidad se desarrolla a la par con los vínculos emocionales, no separada de ellos, desde la misma infancia.

Los inicios del concepto del YO no son los de una persona solitaria y estática que es ayudada por otra, sino los de una persona que interactúa con otras

Edad adulta temprana:

Por lo que respecta a las mujeres continúan la búsqueda de relaciones mutuas en su vida personal y laboral; escogen entre estudiar una carrera o trabajar.

Por su parte, los hombres jóvenes sienten que lo básico es establecerse por sí mismos en un trabajo o en una carrera; buscan relaciones íntimas pero la gran mayoría de las veces no les dan importancia.

Edad adulta intermedia:

Las mujeres continúan la búsqueda de la reciprocidad en las relaciones.

Muchos hombres consolidan actividades productivas; otros continúan en la búsqueda del autodesarrollo.

Edad adulta tardía:

En ambos casos, el restablecimiento de relaciones con la familia y la ampliación del mundo de los parientes es esencial para conservar la integridad durante la vejez.²

CAPITULO 2. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SISTEMA TEGUMENTARIO.

2.1 DEFINICION DE PIEL.

La piel es el órgano que consiste en tejidos estructuralmente unidos para la realización de actividades específicas. Es uno de los órganos más grandes del cuerpo en cuanto a su área de superficie.

² Campus. Uab.es/-2090174.Teoria del psicoanálisis.

Erikson conceptuaba a la sociedad como una fuerza positiva que ayudaba a moldear el desarrollo del ego o el yo. La teoría del desarrollo psicosocial divide en ocho períodos de edad la vida humana. Cada etapa representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. Cada crisis es un momento crucial para la resolución de aspectos importantes; éstas se manifiestan en momentos determinados según el nivel de madurez de la persona.

Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis el ego continuará su desarrollo hasta la siguiente etapa; si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria, su presencia continua interferirá el desarrollo sano del ego. La solución satisfactoria de cada una de las ocho crisis requiere que un rasgo positivo se equilibre con uno negativo.

Las etapas psicosociales son las siguientes:

Integridad vs. Desesperación (vejez):

Las personas mayores alcanzan el sentido de aceptación de la propia vida, lo cual permite la aceptación de la muerte; en caso contrario caen en la desesperación. Virtud: la sabiduría.

JEAN BAKER MILLER: TEORÍA RELACIONAL.

Según esta teoría la personalidad se desarrolla a la par con los vínculos emocionales, no separada de ellos, desde la misma infancia.

Los inicios del concepto del YO no son los de una persona solitaria y estática que es ayudada por otra, sino los de una persona que interactúa con otras

Edad adulta temprana:

Por lo que respecta a las mujeres continúan la búsqueda de relaciones mutuas en su vida personal y laboral; escogen entre estudiar una carrera o trabajar.

Por su parte, los hombres jóvenes sienten que lo básico es establecerse por sí mismos en un trabajo o en una carrera; buscan relaciones íntimas pero la gran mayoría de las veces no les dan importancia.

Edad adulta intermedia:

Las mujeres continúan la búsqueda de la reciprocidad en las relaciones.

Muchos hombres consolidan actividades productivas; otros continúan en la búsqueda del autodesarrollo.

Edad adulta tardía:

En ambos casos, el restablecimiento de relaciones con la familia y la ampliación del mundo de los parientes es esencial para conservar la integridad durante la vejez.²

CAPITULO 2. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL SISTEMA TEGUMENTARIO.

2.1 DEFINICION DE PIEL.

La piel es el órgano que consiste en tejidos estructuralmente unidos para la realización de actividades específicas. Es uno de los órganos más grandes del cuerpo en cuanto a su área de superficie.

² Campus. Uab.es/-2090174.Teoría del psicoanálisis.

En un adulto común y corriente, ocupa un área de superficie de aproximadamente 19,355 centímetros cuadrados de área de superficie, pesa alrededor de 2,700 kilogramos; es elástica, áspera y, en condiciones ordinarias, se regenera por si misma. La piel es casi totalmente impermeable, proporciona una barrera térmica estrechamente regulada y eficaz; participa en las funciones de evaporación del agua y regulación de la temperatura del cuerpo.

2.2 FUNCIONES DE LA PIEL.

1. MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL.

En respuesta a la temperatura ambiental alta o el ejercicio extenuante, la producción del sudor por parte de las glándulas sudoríparas ayuda a disminuir la temperatura corporal a lo normal.

2. PROTECCION.

La piel cubre al cuerpo y constituye una barrera física que protege a los tejidos subyacentes contra abrasión física, invasión bacteriana, deshidratación y luz ultravioleta.

3. PERCEPCION DE LOS ESTIMULOS.

La piel posee receptores y terminaciones nerviosas numerosas, que detectan estímulos relacionados con el tacto, temperatura, presión y dolor.

4. EXCRECION.

Además de desempeñar funciones en el mantenimiento de la temperatura corporal normal, la sudoración ayuda a la excreción de volúmenes pequeños de agua, sales y diversos compuestos orgánicos.

5. SINTESIS DE VITAMINA "D"

El término de vitamina D abarca un grupo de compuestos estrechamente relacionados, que se sintetizan de manera natural a partir de una sustancia precursora de la piel con la exposición a la luz ultravioleta,

6. INMUNIDAD.

Ciertas células de la epidermis desempeñan funciones en aumentar la inmunidad.

2.3 CAPAS DE LA PIEL.

Desde el punto de vista estructural, la piel consiste en dos partes principales. La externa, que es más delgada, y se compone de epitelio, recibe el nombre de epidermis. Esta se une a la otra parte, interna, de tejido conectivo y más gruesa, la dermis. Por debajo de la dermis, se encuentra una capa subcutánea, también llamada fascia (aponeurosis) superficial o hipodermis, que consiste en tejido areolar y adiposo.

EPIDERMIS.

La epidermis (del griego epi: sobre; derma: piel) o capa mas externa de la piel, esta compuesta de células epiteliales escamosas estratificadas y tiene cuatro tipos diferentes de células. Las más numerosas son los keratinocitos, células que experimentan la queratinización; las funciones de estas células es producir keratina,

que hace impermeable a la piel y protege a esta y a los tejidos subyacentes; así como participa en la inmunidad. Un segundo tipo de células de la epidermis son los melanocitos, cuya función es la producción de melanina, uno de los pigmentos a que se debe el color de la piel. El tercer tipo de células son las de Langerhans, que surgen de la médula ósea e invaden la epidermis y otros sitios en que hay epitelio escamoso estratificado que desempeña funciones en la inmunidad. Las células de Granstein, que son el cuarto tipo principal de células, también desempeñan funciones en la inmunidad. La epidermis se organiza en cuatro o cinco capas celulares, lo que depende de su localización en el cuerpo. En las partes en que es mayor la exposición a la fricción, como las palmas de las manos y las plantas de los pies la epidermis tiene cinco capas mientras que el resto posee solo cuatro capas. Los nombres de las cinco capas, desde la más profunda a la más superficial son las siguientes:

1. ESTRATO BASAL:

Esta capa única de células cuboides o cilíndricas presenta división celular continua. Al multiplicarse sus células, empujan las de las capas superiores hacia la superficie y en forma simultánea estas células dan origen a todas las capas externas de la epidermis. Sus núcleos degeneran y con ello mueren las células. A la larga, estas células se desprenden de la capa superior de la epidermis. El estrato basal a veces recibe el nombre de estrato germinativo, para indicar su función en la germinación de nuevas células.

2.-ESTRATO ESPINOSO:

Esta capa de la epidermis contiene ocho a diez hileras de células poliédricas estrechamente apiñadas. Las superficies de estas células suelen tener aspecto espinoso cuando se examinan al microscopio. Las capas más profundas de la epidermis de piel sin vello tienen terminaciones nerviosas sensibles al tacto, que se llaman discos táctiles (o de Merkel). En algunas clasificaciones esta capa se incluye con el estrato germinativo como la capa de Malpighi.

3.-ESTRATO GRANULOSO:

La tercera capa de la epidermis consiste en tres a cinco hileras de células aplanadas, que contienen gránulos de queratohialina, sustancia que se tiñe de color oscuro. Este compuesto participa en el primer paso de la formación de queratina, proteína impermeable presente en la capa superior de la epidermis. Los núcleos de las células del estrato granuloso están en diversas etapas de degeneración. Al desintegrarse sus núcleos, las células dejan de efectuar las funciones metabólicas vitales y mueren.

4.-ESTRATO LUCIDO:

Esta capa normalmente está presente solo en la piel gruesa de las palmas de las manos y las plantas de los pies, y no en la piel delgada. Consiste en varias hileras de células transparentes, planas, muertas o desvitalizadas que contienen macrogotas de una sustancia llamada eleidina. El nombre de la capa se deriva de que eleidina es una sustancia translúcida. La eleidina se forma a partir de la queratohialina y, a la larga, se transforma en queratina.

5.-ESTRATO CORNEO:

Es la capa más externa de la epidermis y consta de 25 a 30 hileras de células muertas llenas por completo de una proteína llamada queratina. En forma común se las llama

células queratinizadas, como constantemente se están desprendiendo, necesitan ser renovadas. El estrato corneo se compone de 20% de agua, comparado con el 70% de agua del estrato germinativo. El estrato corneo esta compuesto de las células aplanadas parecidas a escamas. Sirve como barrera física para las ondas de luz y de calor, microorganismos y la mayor parte de sustancias químicas. El espesor de esta capa es determinado por la cantidad de estimulación de la superficie mediante abrasión y peso que soporta por esto las palmas de las manos y las plantas de los pies se engruesan y se forman callos.

El proceso de queratinización, las células recién formadas en las capas basales se ven desplazadas hacia las capas mas superficiales. Al ocurrir dicho movimiento hacia la superficie, la queratina sustituye al citoplasma, el núcleo y otros organelos, y las células mueren. A la larga, las células queratinizadas se desprenden; las sustituyen células de las capas subyacentes, que a su vez se queratinizan. El proceso completo de formación de una célula en las capas basales, su ascenso a la superficie, su queratinización y su desprendimiento (descamación) requiere unas dos semanas.

DERMIS.

La dermis es la segunda capa de la piel, que consiste en tejido conectivo que incluye fibras colagenosas y elásticas. La dermis es muy gruesa en las palmas de las manos y las plantas de los pies, muy delgadas en los párpados, pene y escroto. Además, tiende a ser, en las caras dorsales y en las caras laterales de los miembros mas gruesa que en las internas.

La capa superior de la epidermis, a la que corresponde una quinta parte del espesor de la propia dermis, recibe el nombre de capa o región papilar. Su área de superficie aumenta notablemente gracias a las papilas dermicas. Estas se proyectan en las concavidades que hay entre los surcos de la superficie profunda de la epidermis e incluyen corpúsculos táctiles (Mayner), lo que implica que estas terminaciones nerviosas son sensibles al tacto.

La porción restante de la dermis es la capa o región reticular. La compone tejido conectivo denso e irregular, que contienen haces entrelazados de fibras elásticas gruesas y colagenosas. El nombre de región reticular se debe a que los haces de fibras colagenosas se entrelazan a la manera de una red. En los espacios que hay entre las fibras, están presentes un pequeño volumen de tejido adiposo, folículos pilosos, nervios, glándulas sudoríparas. La variación en el espesor reticular, entre otros factores, es una causa de las diferencias en el grosor de la piel.

La combinación de las fibras colagenosas elásticas en la capa reticular confiere resistencia, elasticidad y extensibilidad a la piel.

La capa subcutánea une la reticular a los órganos subyacentes, como huesos y músculos. Además, contiene terminaciones nerviosas, de corpúsculos laminados sensibles a la presión.³

³ Tortora J Gerard, Principios de anatomía y fisiología, 5ta edic. México, ed. Harla, 1990 pag 125.

CAPITULO 3

ULCERAS POR PRESION

3.1 DEFINICION.

Las úlceras por decúbito o por presión son zonas localizadas de necrosis de los tejidos que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido durante largos periodos de tiempo entre una prominencia ósea y una superficie externa.⁴

Las úlceras por decúbito son lesiones iatrogénicas de la piel y tejidos subyacentes provocadas por presión anormal y sostenida sobre planos óseos.

Las úlceras por presión también son denominadas como úlceras de decúbito, lesiones por presión, lesiones del encamado o lesiones por distorsión. La úlcera por presión se define como una lesión causada por una presión no mitigada (una fuerza de compresión descendente sobre una superficie corporal) que produce un traumatismo en los tejidos subyacentes.⁵

3.2 EPIDEMIOLOGIA.

Se presentan en un 3 a un 10% de los enfermos ingresados ya que aparecen con mayor frecuencia (70% de úlceras) durante la primera y segunda semanas de hospitalización.

Se presentan más en personas mayores de 65 años.

3.3 ETIOLOGIA.

Pueden aparecer úlceras de decúbito en cualquier posición mantenida constantemente. Las localizaciones más frecuentes de las úlceras son sacro, cóccix, tuberosidades isquiáticas, trocánteres mayores, codos, talones, escapulas hueso occipital, esternón, costillas, crestas ilíacas, rotulas, maléolos laterales y maléolos mediales. La presión no es el único factor implicado en la formación de úlceras, sino que actúa junto con alguno de los siguientes: fricción, cizallamiento, humedad, desnutrición, presencia de enfermedades subyacentes, temperatura elevada, infección o circulación incompetente. El tejido muscular es más sensible a la isquemia que la piel, de manera que los músculos profundos pueden estar necrosados antes de que se afecte la piel que los recubre.

Todos los factores de riesgo antes mencionados deben considerarse en la etiología de las úlceras de decúbito. La fricción es la acción de dos superficies moviéndose una sobre otra. En los pacientes hospitalizados o encamados, se puede producir fricción al tirar de las sábanas durante los cambios de postura. Esta acción puede erosionar el estrato corneo, con pérdida de la función de barrera. El cizallamiento es el desgarramiento o estiramiento del tejido que puede producirse al resbalar el paciente de la cama al estar sentado. Este deslizamiento hace que los tejidos externos se mantengan apegados a las sábanas mientras que los tejidos profundos se deslizan hacia abajo. Los tejidos estirados en direcciones opuestas producen estiramiento, obstrucción o desgarro del tejido.

⁴ P.Bordes Bardilla, Enfermería clínica vol 2, num. 5 pag 197.

⁵ Barbara Kocier, Fundamentos de enfermería, Tomo 1 y II, 5ta. Edic, España, ed. Mac Graw Hill, pag 834.

La humedad secundaria a incontinencia, heridas exudativas o diaforesis pueden macerar la piel. La piel macerada se erosiona con facilidad y permite el reblandecimiento del tejido conjuntivo. Los pacientes inmobilizados presentan un alto riesgo de ulceración, por lo que deben de ser cambiados de postura con frecuencia. Deben establecerse dispositivos para disminuir la presión. La desnutrición facilita la formación de úlceras de decúbito, ya que disminuye la tolerancia tisular. El aporte nutricional no solo está directamente relacionado con la calidad de los tejidos corporales, sino también con la cicatrización. Hay que controlar la ingesta nutricional del paciente y los niveles de albúmina sérica.

El aumento de temperatura debido a estados febriles o a fuentes exógenas, como lámparas solares, puede contribuir a la formación de úlceras de decúbito y a la tardía cicatrización. Los aumentos de temperatura incrementan la tasa metabólica y el consumo de oxígeno y nutrientes. Esta mayor demanda en un punto ya comprometido resulta perjudicial. La infección aumenta la tasa metabólica de forma similar a la elevación de la temperatura, por lo que tienen efectos similares sobre los tejidos.

Los compromisos circulatorios, como la vasculopatía periférica, aumentan el riesgo de desarrollar úlceras de decúbito debido a la menor oxigenación tisular. Otras enfermedades subyacentes, por ejemplo la diabetes mellitus, pueden aumentar el riesgo. Los pacientes con diabetes pueden tener mala circulación o neuropatías que aumentan el riesgo de ulceración. Los ancianos presentan un mayor riesgo de desarrollar úlceras de decúbito debido a los factores antes mencionados. Además, la piel del anciano posee menos tejido subcutáneo y fibras de elastina y colágeno y menor humedad. Todos estos factores contribuyen a la fragilidad cutánea y reducen la capacidad de la piel para aguantar la presión, la fricción y el cizallamiento.

3.4 FACTORES DE RIESGO

Múltiples factores contribuyen a la formación de las úlceras por presión: inmovilidad e inactividad, nutrición inadecuada, incontinencia urinaria y fecal, deterioro del estado mental, sensibilidad disminuida, calor corporal excesivo y edad avanzada.

INMOVILIDAD E INACTIVIDAD.

A pesar de que la presión es la causa principal de las úlceras por presión, la inmovilidad y la inactividad son también importantes factores de riesgo. La inmovilidad hace referencia a una alteración que sufre la persona en cuanto al control y la cantidad de movimiento. Generalmente, las personas se mueven cuando sienten molestias a causa de la presión ejercida en una zona del cuerpo. Las personas sanas raramente exceden su tolerancia a la presión. Sin embargo, la parálisis, la extrema debilidad o la movilidad causada por la presencia de una escayola o una tracción pueden impedir la capacidad de una persona para cambiar de posición de forma independiente y aliviar la presión, incluso si la persona puede percibir esta presión.

La inactividad hace referencia a una alteración en la capacidad de una persona para deambular de forma independiente. Algunos pacientes de edad avanzada otros que presentan problemas crónicos de salud, tales como enfermedades neuromusculares, cardíacas o respiratorias, tienen disminuidas su agilidad y la fuerza y no pueden deambular sin ayuda.

NUTRICIÓN INADECUADA.

Los factores nutricionales cruciales en la formación de úlceras por presión. Por lo general, una nutrición inadecuada prolongada causa pérdida de peso, atrofia muscular y la pérdida de tejido subcutáneo. Estos tres problemas reducen la cantidad de almohadillado entre la piel y huesos, por lo tanto se incrementa la formación de úlceras por presión. Mas específicamente, una ingesta inadecuada de proteínas, carbohidratos, líquidos y vitamina C contribuyen a la formación de úlceras por presión.

La hipoproteinemia (contenido anormalmente bajo de proteínas en la sangre), debido a una ingesta inadecuada o a pérdidas anómalas, conlleva a un balance de nitrógeno negativo, que predispone al cliente a edema postural. La presencia de edema hace a la piel más propensa a lesiones, al disminuir su elasticidad, flexibilidad y vitalidad. El edema aumenta la distancia entre los capilares y las células, reduciendo por lo tanto la difusión del oxígeno a las células titulares y el transporte de los metabolitos fuera de las células.

La ingesta inadecuada de carbohidratos origina bajos niveles de glucosa en sangre y la degradación de las proteínas titulares. La ingesta inadecuada de líquidos produce como resultado una piel seca, que presenta una tolerancia tisular disminuida y que es menos resistente a los traumatismos. La vitamina C ayuda a la absorción y a la utilización de hierro y es esencial para la formación del colágeno proteico; por tanto, una falta de vitamina C puede impedir la cicatrización del tejido dañado por la presión.

INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL.

La humedad debida a la incontinencia fomenta la maceración de la piel (tejido ablandado por la humedad y el empapamiento) y hace que la piel se erosione con más facilidad y este mas expuesta a las lesiones. Las enzimas digestivas de las heces también contribuyen a la excoriación de la piel. Cualquier acumulación de secreciones o excreciones es irritante para la piel, alberga microorganismos y hace que el individuo este predispuesto a las lesiones de la piel y a la infección.

DETERIORO DEL ESTADO MENTAL.

Los individuos con un nivel de conciencia disminuido, por ejemplo los que están inconscientes o fuertemente sedados con analgésicos, barbitúricos o tranquilizantes presentan riesgo en cuanto a la posibilidad de formación de úlceras por presión, porque estos son menos capaces de reconocer y responder al dolor asociado con la presión prolongada.

SENSIBILIDAD DISMINUIDA.

La parálisis u otras enfermedades neurológicas pueden causar una pérdida de sensibilidad en una zona del cuerpo. La pérdida de sensibilidad reduce la capacidad de la persona para percibir el calor y el frío perjudiciales, y para sentir el hormigueo que indican la pérdida de la circulación.

Esta pérdida hace que la persona este mas expuesta a las alteraciones cutáneas.

CALOR CORPORAL EXCESIVO.

El calor corporal es otro factor en el desarrollo de las úlceras por presión. Una temperatura corporal elevada aumenta el ritmo metabólico corporal, y por tanto incrementa la necesidad de oxígeno de las células. Esta necesidad aumentada es particularmente grave en las células de la zona sometida a presión, que ya tienen un

déficit de oxígeno. Por consiguiente, las infecciones graves con elevación de la temperatura corporal asociada pueden afectar a la capacidad corporal de hacer frente a los efectos de la compresión de los tejidos.

EDAD AVANZADA.

El proceso de envejecimiento ocasiona diversos cambios en la piel y sus estructuras de soporte, haciendo a la persona de edad avanzada más propensa al deterioro de la integridad cutánea, estos cambios incluyen lo siguiente:

- Pérdida de masa muscular
- Adelgazamiento generalizado de la epidermis.
- Disminución de la resistencia y la elasticidad de la piel debida a los cambios de las fibras de colágeno de la dermis.
- Disminución de la vascularización de la dermis debida a la reducción del número de células epiteliales y de vasos sanguíneos
- Reducción de la turgencia de la piel debida a la pérdida de las fibras elásticas.
- Aumento de la sequedad y la descamación debido a la disminución de la cantidad de grasa producida por las glándulas sebáceas.
- Disminución de la percepción del dolor debida a la reducción del número de los órganos terminales cutáneos responsables de la sensibilidad al tacto y a la presión.

3.5 FISIOPATOLOGIA.

El estadiaje de las úlceras de decúbito sigue las recomendaciones de la National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Development Conference.

-Estadio I: la lesión premonitoria de la ulceración cutánea consiste en un eritema de piel intacta que no se blanquea. En individuos con piel más oscura, la decoloración cutánea, la humedad, el edema, la induración o la dureza también pueden ser indicadores.

-Estadio II: pérdida parcial del espesor cutáneo que afecta a la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión, una ampolla o un cráter poco profundo.

-Estadio III: pérdida completa del espesor cutáneo que supone lesión o necrosis del tejido subcutáneo y que puede extenderse hacia la fascia subyacente sin atravesarla. La úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo que puede socavar el tejido adyacente.

-Estadio IV: pérdida completa del espesor cutáneo con extensa destrucción, necrosis tisular o lesión del músculo, el hueso o las estructuras de soporte.⁶

3.6 DIAGNOSTICO

El profesional de enfermería realiza un examen físico para valorar: a) los lugares de presión mas frecuentes, y b) las características de la úlcera por presión existente.

⁶ Patricia Gautlett Beare, Enfermería medico quirúrgica vol. II 3ra. Edic, España Edit. Hartcourt-Mosby pag 1771.

3.7 TRATAMIENTO

Reducir al mínimo la presión directa sobre la úlcera, cambiar de posición al paciente al menos cada dos horas, hacer una programación horaria, y registrar los cambios de posición en la historietta del paciente.

-Limpiar la úlcera por presión diariamente. El método de limpieza depende del estadio de la úlcera y del protocolo de la institución.

-Limpiar y curar utilizando la técnica de asepsia quirúrgica. Abstenerse de emplear antisépticos, como el alcohol, que son vasoconstrictores y disminuyen el flujo sanguíneo en la zona.

-Reducir la fricción aplicando una pequeña cantidad de almidón de maíz en la sabana de la cama.

-Reducir las fuerzas de cizallamiento manteniendo la cabecera de la cama a 30 grados, a no ser que este contraindicado por el estado del paciente.

-Si el paciente no puede mantener la úlcera por presión sin peso, utilizar dispositivos de alivio de la presión, como el colchón de superficie en forma de huevera.

-Enseñar al paciente a moverse, aunque solo sea ligeramente, para aliviar la presión.

-Fomentar la deambulación y el sentarse en una silla de ruedas, en la medida que lo permita el estado de salud del paciente.

-Proporcionar ejercicios de movilidad, en la medida que lo permita el estado del paciente.⁷

⁷ Idem. Barbara Kozier pag 838.

3.8 ESCALAS DE VALORACION DE RIESGO PARA PADECER ULCERAS POR PRESION.

3.8.1 ESCALA DE VALORACION DE ZONAS DE RIESGO POR PRESION DE NORTHON (SISTEMA DE PUNTUACION)

ESTADO FISICO GENERAL		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA	
Bueno	4	Alerta	4	Deambula	4	Total	4	Ausente	4
Regular	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Levemente limitada	3	Ocasional	3
Malo	2	Confuso	2	En silla	2	Muy limitada	2	Urinaria habitualmente	2
Muy malo	1	Letargo	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Doble	1

3.8.2 ESCALA DE BRAPARA PREDECIR EL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION.

NOMBRE PACIENTE _____ EVALUADOR _____

PERCEPCION SENSORIAL: Capacidad para reaccionar significativamente a las molestias relacionadas con la presión	1.TOTALMENTE LIMITADO: Insensible (no se queja, ni comprende) a los estímulos dolorosos, debido al nivel de conciencia disminuido o a la sedación ò capacidad limitada para sentir el dolor en la mayor parte de la superficie corporal.	2.MUY LIMITADO: Responde solo a los estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto a través de gemidos o desasosiego ò sufre un deterioro sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en mas de la mitad del cuerpo.	3.LIGERAMENTE LIMITADO: Responde a las órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar el malestar o la necesidad de ser cambiado de posición.	4.NO HAY NINGUN DETERIORO: Responde a las órdenes verbales. No sufre ningún déficit sensorial que pudiera limitar su capacidad para sentir o expresar el dolor o las molestias.				
---	---	---	---	--	--	--	--	--

HUMEDAD: Grado en que la piel esta expuesta a la humedad.	1.CONSTANTEM ENTE HUMEDA: La piel se mantiene constantemente húmeda por la transpiración orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2.HUMEDA: La piel esta húmeda con frecuencia, pero no siempre. Las ropas de la cama deben ser cambiadas una vez por turno.	3.HUMEDA A VECES: Algunas veces la piel esta húmeda, necesitando un cambio adicional de las ropas de cama aproximadamente una vez al día.	4.RARA VEZ HUMEDA: Por lo general la piel esta seca; la ropa de cama requiere ser cambiada a los intervalos habituales.				
ACTIVIDAD: Grado de actividad física.	1.POSTRADO EN CAMA: Confinado en cama.	2.MANTENIDO EN SILLA: Capacidad para caminar gravemente limitada o no existente. No puede sostener su propio peso o debe ser ayudado para sentarse en el sillón o la silla de ruedas.	3.CAMINA A VECES: Camina a veces durante al día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o en la silla.	4.CAMINA REGULARME NTE: Camina fuera de la habitación, al menos dos veces al día y dentro de la habitación, al menos cada 2 horas durante las horas en que esta despierto.				
MOVILIDAD: Capacidad para modificar y controlar la posición del cuerpo.	1.COMPLETAMENTE INMOVIL: No realiza ni siquiera ligeros cambios de posición del	2.MUY LIMITADA: A veces realiza ligeros cambios de posición del cuerpo a las extremidades, pero es incapaz de	3.LIGERAMENTE LIMITADA: Lleva acabo frecuentes cambios de posición del	4.NO EXISTEN LIMITACIONES: Realiza cambios de posición				

	cuerpo o las extremidades sin ayuda.	practicar cambios frecuentes o significativos independientemente .	cuerpo o las extremidades, aunque poco significativos, de forma independiente.	importantes y frecuentes sin ayuda.				
NUTRICION: Pautas habituales de ingesta de alimentos.	1.MUY DEFICIENTE: Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida que se le ofrece. Come 2 raciones o menos de proteínas (carne o productos lácteos) al día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético líquido o está en ayunas o mantenido con líquidos claros o I.V durante más de 5 días.	2PROBABLEMENTE INADECUADA: Pocas veces come una comida completa y por lo general come solamente la mitad de la comida que se le ofrece. La ingesta de proteínas incluye solamente tres raciones de carne o productos lácteos al día. A veces toma un suplemento dietético, o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.	3.ADECUADA: Come más de la mitad de la mayor parte de las comidas. Toma un total de 4 raciones de proteínas (carne, productos lácteos) cada día. A veces rechaza una comida, pero toma un suplemento si se le ofrece o es alimentado por sonda o está en régimen de nutrición parenteral, que probablemente cubre la mayor parte de sus necesidades nutricionales.	4.EXCELENTE : Come la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente toma 4 o más raciones de carne y productos lácteos. Algunas veces come entre las comidas. No precisa suplementos.				
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO.	1.PROBLEMA: Necesita ayuda de moderada a	2.PROBLEMA POTENCIAL: Se mueve	NO HAY PROBLEMA APARENTE:					

	máxima para moverse. La elevación completa para deslizarse sobre las sábanas es imposible. Con frecuencia se resbala hacia abajo en la cama o en la silla, por lo que precisa ser colocado de nuevo con máxima ayuda. La espasticidad, las contracturas o la agitación conducen a una fricción casi constante.	débilmente o precisa una ayuda mínima. Durante el movimiento la piel se roza en alguna zona contra las sábanas, la silla, las sujeciones u otros dispositivos. Mantiene una posición relativamente buena en la silla o en la cama, pero a veces se desliza hacia abajo.	Se mueve en la cama y en la silla de forma independiente y dispone de una fuerza muscular suficiente como para elevarse completamente durante la movilización. Mantiene una buena posición en la cama o en la silla en todo momento.					
TOTAL								

⁸ Idem. Barbara Kocier pag. 839

3.8.3 PUNTUACION Y CLASIFICACION DEL RIESGO DE ULCERA DE DECUBITO DE GOSNELL.

VARIABLE	1	2	3	4	5
ESTADO MENTAL: Valoración del nivel de respuesta al entorno.	ALERTA: Orientado en tiempo, espacio y persona. Respuesta a todos los estímulos, comprende explicaciones.	APATICO: Letárgico, olvidadizo, somnoliento y pasivo. Lento, deprimido. Capaz de obedecer órdenes simples. Posible desorientación temporal.	CONFUSION: Desorientación temporal, espacial y de persona, parcial o intermitente. Respuesta inespecífica a los estímulos. Agitación, agresividad, irritabilidad, ansiedad, puede requerir tranquilizantes o sedantes.	ESTUPOR: Desorientación total. No responde a su nombre, ordenes sencillas ni estímulos verbales.	INCONSCIENTE: Sin respuesta a estímulos dolorosos.
CONCIENCIA: Grado de control corporal de la micción y la defecación.	CONTROL NORMAL: Control total de orina y heces.	GENERALMENTE CONTROLADA: Incontinencia de orina o heces con frecuencia menor de 48 horas o con sonda foley e incontinencia de heces.	MINIMAMENTE CONTROLADA: Incontinencia de orina o heces, al menos una vez cada 24 horas.	AUSENCIA DE CONTROL: Incontinencia continua de orina y heces.	
MOVILIDAD: Grado de control de movimiento corporal.	COMPLETA: Capaz de controlar y mover todas las extremidades. Puede requerir el	LIMITACION LIGERA: Capaz de controlar y mover las cuatro extremidades, pero	MUY LIMITADA: No colabora con otra persona al iniciar movimientos para girar, levantarse	INMOVIL: No ayuda en los cambios de posición. Es incapaz de cambiar	

	empleo de un dispositivo, pero gira, se levanta, empuja, se equilibra y se sienta a voluntad.	con cierto grado de limitación. Requiere ayuda de otra persona para girar, empujar equilibrarse o sentarse, pero inicia los movimientos o pide ayuda para moverse.	empujar equilibrarse o sentarse (pueden existir contracturas y parálisis).	de posición sin ayuda. Depende totalmente de otros para el movimiento.	
ACTIVIDAD: Capacidad del individuo para caminar.	AMBULATORIO: Capaz de caminar sin ayuda. Se levanta de la cama sin ayuda. Empleando como ayuda un bastón o andador, puede caminar sin ayuda de otra persona.	CAMINA CON AYUDA: Capaz de caminar con ayuda de otra persona, muletas o bastones. Puede verse limitado por las escaleras.	CAMA-SILLON: Camina solo hasta el sillón, requiere asistencia para hacerlo o esta confinado a una silla de ruedas.	ENCAMADO: Confinado a la cama durante las 24 horas del día.	
NUTRICION: Proceso de alimentarse.	Come algún alimento de cada grupo básico de alimentos todos los días y la mayoría de la comida le es servida o se alimenta por sonda.	Rechaza ocasionalmente una comida o suele dejar al menos la mitad del alimento.	Rara vez toma una comida completa y solo unos bocados en cada comida.		

Para valorar el riesgo de que un paciente sufra úlceras por presión, el personal de enfermería debe conocer las causas de estas úlceras. Existen varias guías de valoración como: Gosnell, Braden, Northon. Factores comunes a la mayoría de ellas son la movilidad, actividad, situación mental, medicaciones que alteran el flujo sanguíneo o la capacidad cognoscitiva, continencia, estado nutricional, edad y enfermedades crónicas. Se valora al paciente y se le da una puntuación de 5 a 20. A más puntos, mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión. En la valoración hay que tener en cuenta otros datos descriptivos por ejemplo las constantes vitales.⁹

⁹ Idem. Patricia Gautlett Beare, pag. 1772.

CAPITULO 4. CUIDADOS AL PACIENTE CON RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESION Y LOS QUE PRESENTEN ULCERAS POR PRESION.

4.1 MO VILIZACION DEL PACIENTE.

4.1.1 CAMBIOS DE POSICION.

El cambio de posición de paciente debe de ser cada 2 horas, puede ser necesario disminuir el tiempo de permanencia en ciertas posiciones, o se puede encontrar que es posible prolongar la permanencia en otras a 2 horas y media o 3 horas.

SEDENTE.

DESCRIPCIÓN:

Paciente sentado en silla o cama con el tronco en posición vertical y extremidades inferiores apoyados sobre un plano resistente.

INDICACIONES:

- Exploración física de región anterior del cuerpo.
- Alimentación.
- Favorecer exhalación respiratoria adicional.
- Disminuir tensión muscular abdominal y lumbar.
- Aplicación de algunos tratamientos o intervenciones quirúrgicas e cabeza o cara.
- Descanso.

FOWLER.

DESCRIPCIÓN:

Paciente sentado en cama con elevación de la cabecera a 45° y ligera flexión de extremidades inferiores.

INDICACIONES:

- Similares a la anterior a excepción de la tercera indicación.
- Favorecer la respiración.

SEMIFOWLER.

DESCRIPCIÓN:

Paciente sentado en cama con elevación de la cabecera a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores.

INDICACIONES:

- Similares a la posición de fowler.

DECUBITO DORSAL O SUPINA.

DESCRIPCIÓN:

Paciente acostado sobre su región posterior, extremidades superiores a los lados del cuerpo y las inferiores ligeramente flexionadas.

INDICACIONES:

- Exploración física de región anterior del cuerpo.
- Relajación muscular.
- Aplicación de tratamiento específico en región anterior del cuerpo.
- En laparotomías.

DECUBITO VENTRAL O PRONA.

DESCRIPCIÓN:

Paciente acostado sobre región anterior del cuerpo, cabeza del lado, extremidades superiores en extensión a los lados del cuerpo y las inferiores en extensión.

INDICACIONES:

- Exploración de región posterior.
- Aplicación de tratamientos en región posterior del cuerpo.
- Recuperación posanestésica.

DECUBITO LATERAL.

DESCRIPCIÓN:

Paciente acostado sobre el lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior del lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra.

INDICACIONES.

- Favorecer la relajación muscular.
- Recuperación posanestésica.
- Aplicación de varios tratamientos.¹⁰

4.2 INSTRUMENTOS DE APOYO A LA DEAMBULACION.

4.2.1 MARCHA CON MULETAS.

Las muletas son apoyos artificiales para pacientes que necesitan de ayuda para caminar por enfermedades, lesiones o defectos al nacimiento.

Preparación para la marcha con muletas.

OBJETIVOS:

Desarrollar fuerza en la cintura escapular y las extremidades superiores que soportan el peso del paciente al caminar con muletas.

¹⁰ Susana Rosales Barrera Fundamentos de enfermería. 2da. Edic México 1999 ed. Manual moderno, pag 100.

Fortalecer y adicionar al paciente.

A. FORTALECIMIENTO DE LOS MÚSCULOS NECESARIOS PARA LA DEAMBULACIÓN

Indicar al paciente lo siguiente:

1.-PARA FORTALECER EL CUADRICEPS.

- a. Contraer el músculo cuadriceps mientras se intenta empujar el área poplitea contra el colchón y levantar el talón.
- b. Conservar la contractura del músculo hasta la cuenta de cinco.
- c. Relajar hasta la cuenta de cinco
- d. Repetir este ejercicio de 10 a 15 veces cada hora.

2.-PARA REFORZAR LOS GLÚTEOS.

- a. Contraer o juntar los glúteos entre si hasta la cuenta de cinco.
- b. Relajarlos por el periodo anterior
- c. Repetir 10 a 15 veces cada hora.

B. FORTALECIMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y DE LA CINTURA ESCAPULAR.

Indicar al paciente lo siguiente:

1. Flexionar y extender los brazos lentamente mientras sostiene los pesos por tracción; aumentar poco a poco el peso y numero de repeticiones por incrementar la fuerza y resistencia.
2. Empujarse hacia arriba estando acostado.
3. Apretar una pelota de caucho: aumenta la fuerza de presión.
4. Levantar La cabeza y los hombros de la cama; extender lasa manos hacia delante tan lejos como sea posible.
5. Sentarse en la cama o la silla.
 - a. Levantar de la silla el cuerpo empujando lasa manos contra el asiento de la silla (o el colchón).
 - b. Elevarlo fuera del asiento. Sostener. Relajar.

C. MEDICIÓN DE LAS MULETAS.

1. Cuando el paciente esta acostado (medida aproximada):
 - a. Pedir al paciente que se ponga el calzado que utilizara para caminar.
 - b. Medir desde el pliegue anterior de la axila hasta la planta del pie. Añadir 5 cm. o,
 - c. Restar 40 cm. de la estatura del paciente.
2. Cuando el paciente esta de pie, erecto:
 - a. Pararlo contra la pared con los pies ligeramente aparte y separados de la pared.
 - b. Marcar 5cm aun lado de la punta del dedo del pie.
 - c. Medir 15 cm. en línea recta delante de esta primera marca. Señalar este punto.

d. Medir desde 5cm debajo de la axila hasta la segunda marca. Esta medida es la longitud aproximada de la muleta.

D. POSICIÓN DE LAS MULETAS.

1. Indicar al paciente que use zapatos bien ajustados con suelas duras.
2. Las muletas deben tener copas grandes de caucho ajustada en la punta
3. Pedir al paciente que se levante de una silla sobre la pierna no afectada para equilibrarse.
4. Colocar al paciente contra la pared con su cabeza en posición neutral.
5. Posición en trípode: posición básica de la muleta para equilibrio y apoyo.

- a. Las muletas descansan unos 20 a 25 cm. al frente y a un lado de los dedos del paciente
- b. Los pacientes más altos requieren una base más amplia, en tanto que en los más bajos esta debe ser más estrecha.

6. Enseñar al paciente a apoyar el peso en sus manos; si se apoya en las axilas puede lesionar los nervios del plexo braquial y producir una "parálisis por muletas".

- a. El travesaño para la mano debe ajustarse para permitir una flexión del codo de 30 grados.
- b. Debe haber una separación de dos dedos de ancho entre el pliegue axilar y la pieza para el brazo.
- c. Un cojincillo de espuma y caucho en la pieza debajo del brazo aliviará la presión en la parte superior del mismo, y en la caja torácica.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE PARA CAMINAR CON MULETAS.

1. La marcha con muletas requiere de equilibrio, coordinación y un gran gasto de energía; todo esto puede adquirirse con práctica diligente y regular.
2. Practicar el equilibrio con las muletas estando recostado contra la pared.
3. Practicar los cambios de peso del cuerpo en diferentes posiciones, estando de pie con las muletas.
4. La elección de la marcha con muletas depende del tipo y gravedad de la incapacidad, estado físico del paciente, fuerza de los brazos y el tronco, el equilibrio del cuerpo o todos ellos.
5. Enseñar al paciente cuando menos dos marchas; una rápida que se utiliza para caminar de prisa y una más lenta para lugares con mucha gente.
6. Enseñarlo a caminar de una marcha a otra; ello alivia la fatiga, ya que se utiliza una combinación diferente de músculos.
7. Asegúrese de que el paciente apoya el peso en las manos; si lo hace en la axila, la presión de las muletas daña el plexo braquial y produce parálisis por muletas.

MARCHA CON MULETAS.

A. Marcha en cuatro puntos (marcha en muletas en cuatro puntos alternados).

1. Es una marcha lenta pero estable; el peso del paciente cambia constantemente.

2. La marcha en cuatro puntos solo puede ser utilizada por pacientes que pueden mover cada pierna por separado y sostener una cantidad considerable de peso en cada una de ellas.

Secuencia de muletas y pies.

- Muleta derecha.
- Pie izquierdo.
- Muleta izquierda.
- Pie derecho.

B. Marcha en dos puntos (marcha con muletas en dos puntos alternados)

1. Es una marcha más rápida, pero requiere mayor equilibrio ya que solo hay dos puntos de contacto con el piso.

Secuencia de muletas y pies.

1. Muleta derecha y pie izquierdo.
2. Muleta izquierda y pie derecho simultáneamente.

C. Marcha en tres puntos.

1. Esta es una marcha muy rápida pero requiere masa fuerza y equilibrio.

2. Los brazos del paciente deben ser bastantes fuertes para sostener todo el peso de su cuerpo. Secuencia de muletas y pies.

1. Ambas muletas y la extremidad inferior mas fácil se mueven hacia delante en forma simultanea.

2. En seguida se mueve hacia delante la extremidad inferior mas fuerte mientras se carga la mayor parte del peso del cuerpo sobre las extremidades.

D. Marcha con muletas en trípode.

1. El paciente conserva constantemente una posición en trípode.

2. Al iniciarla, ambas muletas se sostienen muy abiertas al frente mientras que los pies se conservan junto atrás.

3. Estas marchas son lentas y laboriosas.

Marcha con muletas en trípode alternada.

Secuencia de muletas y pies:

1. Muleta derecha.
2. Muleta izquierda.
3. Llevar al cuerpo y las piernas hacia delante.

Marcha con muletas en trípode simultaneas.

Secuencia de muletas y pies.

1. Ambas muletas.
2. Llevar el cuerpo y piernas hacia delante.

E. Marchas con muletas balanceándose.

1. En las marchas con muletas balanceándose, se levantan del suelo simultáneamente las dos piernas y se balancean hacia delante en tanto que el paciente se recarga en las muletas.

Marcha balanceándose.

Secuencia de muletas y pies:

1. Apoyar el peso sobre la pierna sana.
2. Adelantar ambas muletas al mismo tiempo.
3. Mientras se inclina hacia delante, balancear el cuerpo hasta una posición paralela a la de las muletas.

Marcha por balanceo.

Secuencia de muletas y pies.

1. Adelantar ambas muletas.
2. Elevar ambas piernas del suelo y balancearlas hacia delante para hacerlas avanzar la misma distancia que las muletas.
3. Adelantar otra vez las muletas; con rapidez para evitar la pérdida del equilibrio.

OTRA TÉCNICA PARA EL MANEJO DE MULETAS.

A. Para ponerse de pie

1. Moverse hacia delante, hacia el borde de la silla, con la pierna fuerte colocada ligeramente abajo del asiento.
2. tomar ambas muletas con la mano del lado de la extremidad afectada.
3. empujar hacia abajo con los travesaños mientras se levanta el cuerpo hasta la posición de pie

B. Para sentarse en una silla

1. tomar las muletas y los travesaños para control y encorvarse ligeramente hacia delante mientras se sienta

C. Para subir escaleras.

1. adelantar primero la pierna más fuerte hasta el siguiente escalón.
2. enseguida avanzar las muletas y la extremidad más débil.

D. Para bajar escaleras.

1. colocar los pies hacia delante tan lejos como sea posible del escalón.
2. adelantar las muletas hasta el escalón inferior. Primero se adelanta la pierna mas débil y enseguida la mas fuerte; esta ultima comparte con los brazos del paciente el trabajo de levantar y bajar el peso del cuerpo.

4.2.2 AMBULACION CON BASTON.

PROPÓSITOS.

El bastón se utiliza para equilibrio y apoyo:

1. para ayudar al paciente a examinar con mayor equilibrio y apoyo y menor fatiga.
2. para compensar las deficiencias de función que realiza normalmente el sistema esquelético neuromuscular.
3. para aliviar la presión en las articulaciones que soportan peso.
4. para proporcionar fuerzas al empujar o girar el cuerpo hacia delante o restringir el movimiento del paciente hacia delante cuando camina.

PRINCIPIOS BÁSICOS.

1. un bastón ajustable de aluminio, con casquillo de succión de caucho de 3.75cm en la punta para proporcionar tracción al caminar, da estabilidad óptima al paciente.
2. ajuste el bastón de tal forma que el mango se encuentre aproximadamente a la altura del trocánter mayor.

TÉCNICA PARA CAMINAR CON BASTÓN.

Indicar al paciente lo siguiente:

1. sostener el bastón en el lado opuesto a la extremidad afectada (es decir, el bastón debe utilizarse en el lado bueno).
2. adelantar el bastón al mismo tiempo que se mueve hacia delante la pierna afectada.
3. conservar el bastón muy cerca del cuerpo para evitar que se incline.
4. si el paciente es incapaz de usar bastón en la mano del lado opuesto, lo puede llevar en la del mismo lado y adelantarlos cuando se adelante la pierna afectada.
5. para subir y bajar escaleras:
 - a. subir con la extremidad no afectada.
 - b. colocar enseguida el bastón y la extremidad afectada en el escalón.
 - c. invertir este procedimiento para descender escaleras.
 - d. la pierna más fuerte sube primero y baja al último.¹¹

4.2.3 SILLA DE RUEDAS.

Los objetivos para la prescripción de la silla de ruedas son los siguientes:

Llevar al máximo la eficiencia de la movilidad independiente. El paciente debe ser capaz de moverse con facilidad en el medio circundante con un gasto aceptable de energía y un mínimo de ayuda durante el día.

Prevención/disminución a un mínimo de la deformación o lesión. El paciente debe estar ubicado y amortiguado de tal manera que se puedan prevenir las úlceras cutáneas, las contracturas, las deformidades articulares o las lesiones en las extremidades.

Llevar al máximo la independencia funcional. La silla de ruedas debe proporcionar una posición estable y disminuir al mínimo el tono o movimiento anormal de manera que el funcionamiento de la cabeza y de la extremidad

¹¹ Idem. Barbara Kozier pag. 69.

puedan ser óptimos y de esta manera se puede acceder a otros dispositivos de adaptación.

Proyección de una imagen corporal saludable, atractiva y vital. Una silla de ruedas forma parte del hábito de un discapacitado. Por consiguiente, su aspecto debe ser tan agradable y atractivo como sea posible.

Disminución al mínimo del costo del equipo de corto y largo plazo. Se deben considerar los costos de compra, reparación, mantenimiento y reemplazo y la alternativa menos onerosa que resulte funcional y estéticamente apropiada, prestando particular atención a la durabilidad y a los costos de reparación y reemplazo.

La elección de una silla de ruedas estará determinada por el tamaño y el peso del paciente, su tipo y nivel de actividad y el grado de discapacidad. La prescripción de una silla de ruedas debe estar a cargo del equipo de rehabilitación de una manera interdisciplinaria de acuerdo con la complejidad de las necesidades del paciente. El terapeuta físico o el ocupacional con frecuencia realizarán la mayor parte de la evaluación y de la determinación de las especificaciones, con los aportes del médico, la enfermera, el especialista en rehabilitación vocacional y los trabajadores sociales, cuando resulte apropiado. Debido a que el médico es quien debe asumir la totalidad de la responsabilidad de la prescripción de la silla de ruedas, es indispensable que conozca sus funciones y sus aspectos mecánicos, estéticos y económicos.¹²

4.3 EJERCICIOS PASIVOS.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

1.-Ejercicios cada cuatro horas por 10 tiempos durante su hospitalización en las siguientes partes del cuerpo.

CABEZA.

-Apertura de la articulación temporomandibular (ATM): abrir la boca

-Propulsión: proyección hacia fuera de la barbilla.

-Movimiento lateral: mover la mandíbula de lado a lado.

CUELLO.

-Flexión: mover la cabeza desde la posición erguida en la línea media hacia delante, de forma que la barbilla se apoye en el tórax.

-Extensión: movimiento de la cabeza desde la posición flexionada a la posición erguida.

-Flexión lateral: mover la cabeza lateralmente hacia el hombro izquierdo y derecho con la mirada al frente.

-Rotación: girar la cara a derecha e izquierda todo lo posible.

HOMBRO.

-Flexión: elevar brazo desde el lateral del cuerpo hacia delante y arriba hasta la posición al lado de la cabeza.

¹² Frederic Kottke M. Medicina física y rehabilitación 4ta. Edic. Madrid 1993 Ed. Panamericana pag. 568.

- Extensión: mover el brazo desde la posición vertical al lado de la cabeza hacia delante y abajo hasta la posición en reposo al lado del cuerpo.
- Hiperextensión: mover cada brazo desde la posición lateral del reposo hacia atrás del cuerpo.
- Abducción: mover cada brazo desde la posición en reposo hasta una posición lateral por encima de la cabeza con la palma de la mano dirigida hacia fuera
- Aducción (anterior): mover cada brazo desde la posición al lado de la cabeza hacia abajo lateralmente y cruzando por delante el cuerpo todo lo posible.
- Aducción (posterior): mover cada brazo desde la posición al lado de la cabeza hacia abajo, lateralmente y por detrás del cuerpo, todo lo posible.
- Flexión horizontal: extender cada brazo lateralmente a la altura del hombro y moverlo por delante del cuerpo en un plano horizontal, todo lo posible.
- Extensión horizontal: extender cada brazo lateralmente a la altura del hombro y moverlo por un plano horizontal hacia detrás del cuerpo todo lo posible.
- Circunducción: mover cada brazo hacia delante, arriba, atrás y abajo describiendo un círculo completo.
- Rotación externa: con cada brazo manteniendo al lado, a nivel del hombro, con el codo flexionado en ángulo recto y los dedos apuntando hacia abajo, mover el brazo hacia arriba de forma que los dedos señalen hacia arriba.
- Rotación interna: cada brazo manteniendo al lado, al nivel del hombro, con el codo flexionado en ángulo recto y los dedos apuntando hacia arriba, mover el brazo hacia delante y debajo de forma que los dedos señalen hacia abajo.

CODO:

- Flexión: mover el antebrazo hacia arriba de forma que la mano toque el hombro.
- Extensión: mover el antebrazo hacia delante y abajo, enderezando el brazo.
- Rotación para supinación: girar cada mano y antebrazo de forma que la palma de la mano mire hacia arriba; y para pronación mire hacia abajo.

MUÑECA:

- Flexión: mover los dedos de cada mano hacia la cara interna del antebrazo.
- Extensión: enderezar cada mano hasta el mismo plano que el brazo.
- Hiperextensión: doblar los dedos hacia atrás todo lo posible.
- Flexión radical (abducción): doblar cada muñeca lateralmente hacia al lado del pulgar con la mano en supinación.
- Flexión cubital (aducción): doblar cada muñeca lateralmente hacia el lado del quinto dedo de la mano en supinación.

MANOS Y DEDOS:

- Flexión: cerrar el puño con cada mano.
- Extensión: enderezar los dedos de cada mano.
- Hiperextensión: doblar los dedos de cada mano hacia atrás todo lo posible.
- Abducción: separar los dedos de la mano.
- Aducción: juntar los dedos de la mano.

DEDO PULGAR:

- Flexión: mover el pulgar de cada mano a través de la palma hacia el quinto dedo.
- Extensión: separar el pulgar de la mano.

- Abducción: extender el pulgar lateral.
- Aduccion: juntar el pulgar a la mano.
- Oposición: tocar con el pulgar la punta de cada dedo de la misma mano. Los movimientos realizados con el pulgar son abducción, rotación y flexión.

TOBILLO.

- Extensión: señala hacia abajo con los dedos del pie.
- Flexión (dorsiflexion): señalar hacia abajo con los dedos del pie.
- Eversion: girar la planta del pie lateralmente.
- Inversión: girar la planta del pie medianamente.
- Flexión: curva hacia abajo las articulaciones de los dedos de los pies.
- Extensión: enderezar los dedos de cada pie.
- Abducción: separar los dedos de los pies.
- Aduccion: juntar los dedos de los pies.

FUNDAMENTACION:

1.-Los ejercicios pasivos mantienen la movilidad articular, mejoran el tono muscular y la función cardiovascular dependiendo de la intensidad de la duración de estos. Los ejercicios de rango completo de movilidad pasivos conservan la movilidad articular y evitan contracturas.¹³

4.4 CURACION DE LAS HERIDAS.

La limpieza de las heridas tradicionalmente ha implicado la eliminación de los restos (por ejemplo; materiales extraños; exceso de resto de tejido, tejidos necrosados, bacterias y otros microorganismos). En tiempos pasados, se utilizaban soluciones antimicrobianas, tales como la povidona yodatada, el peroxido de hidrogeno al 3%, el alcohol al 70% y la solución de Dakin, estas soluciones se utilizaban habitualmente. Sin embargo, se ha documentado que estas soluciones tienen un efecto cáustico sobre el tejido de granulación y la piel. La elección del agente limpiador y del método a emplear depende en gran medida del protocolo de investigación.

4.4.1 RECOMENDACIONES PARA LA LIMPIEZA DE LAS HERIDAS.

-Para limpiar o irrigar las heridas emplee soluciones fisiológicas, tales como la solución salina isotónica o la solución lactato de Ringer. Si se utilizan soluciones antimicrobianas, asegúrese que estas estén bien diluidas.

-Cuando sea posible, caliente la solución hasta que alcance la temperatura corporal antes de utilizarla. Esto previene el descenso de la temperatura de herida, lo cual enlentece el proceso de cicatrización.

-Si una herida esta muy contaminada con materiales extraños bacterias, restos de tejido, o tejidos necroticos, limpie la herida cada vez que cambie el aposito. Los cuerpos extraños y los tejidos desvitalizados actúan como foco de infección y pueden demorar la cicatrización.

¹³ Idem. Barbara Kozier pag 967

-Evite la limpieza de una herida si esta limpia, si presenta poco exudado y si muestra un tejido de granulación en buen estado. Una limpieza innecesaria puede retrasar la cicatrización al traumatizar los nuevos tejidos producidos, que son muy delicados, o por la disminución de temperatura de la superficie de la herida y por la eliminación del exudado que en si mismo puede tener propiedades bactericidas.

-Utilice las gasas. Evite utilizar bolas de algodón u otros productos que desprendan fibras sobre la superficie de la herida. Las fibras se incrustan en el tejido de granulación y pueden actuar como focos de infección además estas pueden estimular las reacciones frente a cuerpo extraño lo cual prolongaría la fase inflamatoria de la cicatrización y la demoraría.

-Considerar la posibilidad de limpiar las heridas superficiales no infectadas mediante la irrigación con suero fisiológico en lugar de utilizar medios mecánicos. La presión hidráulica del chorro de líquido de una irrigación desaloja los restos contaminados, reduce la colonización bacteriana y es menos irritante.

-Para mantener la humedad de la herida absténgase de secarla después de la limpieza.¹⁴

4.4.2 PRINCIPIOS BASICOS PARA LA CURACION DE UNA HERIDA.

1. Limpiar en primer lugar la piel y en una dirección hacia fuera de la herida en contraposición a limpiar la herida primero y luego la piel circundante.
2. Limpie desde el centro de la lesión hacia la periferia ya que la zona más contaminada es la más cercana a la piel y al exterior.
3. Limpie del centro de la herida hacia fuera utilizando pasadas circulares evitando la transmisión de microorganismos de una zona contaminada a otra.
4. Un principio fundamental en la limpieza de una herida es limpiar de limpio a sucio y de lo distal a lo proximal ya que de hacer lo contrario se produce la diseminación de los microorganismos hacia la zona limpia de la herida.
5. Realizar la limpieza por arrastre mecánico ya que se desaloja los restos contaminados, reduce la colonización bacteriana y es menos irritante.

4.4.3 TECNICA DE LAVADO DE MANOS.

CONCEPTO.

Es el procedimiento que se realiza mediante el uso de agua y jabón para eliminar la flora bacteriana por medio de la fricción y el arrastre mecánico de las sustancias y partículas que se adhieren a la piel de las manos.

¹⁴ Idem Barbara Kozier pag. 1432

OBJETIVOS.

- Evitar las infecciones cruzadas.
- Obtener protección individual.

AMBITO DE APLICACIÓN.

Servicios de consulta externa, urgencias y todas las áreas de hospitalización.

POLITICA DE OPERACIÓN.

Proteger y favorecer la disminución de infecciones cruzadas.

EQUIPO Y MATERIAL.

- Jabón.
- Agua disponible.
- Recipiente con solución desinfectante.
- Cepillo de manos.
- Toallas desechables.

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

LAVADO RUTINARIO EN EL SERVICIO.

- Abrir la llave del agua y mojarse las manos.
- Tomar el jabón y friccionar las manos y los antebrazos.
- Enjuagar el jabón y colocarlo en su sitio.
- Enjuagarse las manos perfectamente y volverse a enjabonar, si es necesario.
- Secarse las manos con una toalla desechable.
- Cerrar la llave de agua con la misma toalla y desecharla.

LAVADO ESPECIAL.

- Abrir la llave del agua y mojarse las manos.
- Tomar el cepillo de la solución desinfectante y enjabonarlo.
- Enjuagar el jabón y regresarlo a su sitio.

- Cepillar los espacios interdigitales minuciosamente y poner cuidado especial debajo de las uñas.
- Continuar con el dorso y la palma de la mano, hasta el nivel de la muñeca.
- Enjuagar el cepillo y repetir el procedimiento en la otra mano.
- Volver a enjuagar el cepillo y colocarlo en la solución desinfectante.
- Secarse las manos con una toalla desechable.
- Cerrar la llave con la misma toalla y desecharla.

RECOMENDACIONES.

- El lavado de manos especial se efectuara cuando se manejen pacientes con enfermedades transmisibles.
- Lubricar la piel de las manos, después de cada lavado.
- Hacer la limpieza y revisión del equipo en cada turno y cambiar la solución desinfectante, cada vez que sea necesario. ¹⁵

4.4.4 COLOCACION DE CUBREBOCAS.

- 1.-Asegúrese de que la mascarilla le cubra la boca y la nariz, por que el aire circula dentro y fuera de ambas.
- 2.-Si la mascarilla tiene una tira metálica, ajuste esta firmemente sobre el puente de la nariz. Una fijación segura evita tanto el escape y la inhalación de microorganismos alrededor de los bordes de la mascarilla como que se empañen las gafas.
- 3.-Si se llevan gafas, fije el borde superior de la mascarilla por debajo de las gafas. El mantener el borde de la mascarilla debajo de las gafas evita que estas se empañen.
- 4.-Evite hablar innecesariamente y, si le es posible, estornudar o toser cuando cuida un cliente de alto riesgo.
- 5.-Póngase la mascarilla solo una vez, y no lleve ninguna mascarilla durante mas tiempo del que recomienda el fabricante, o una vez que esta húmeda. Una mascarilla solo debe de usarse una vez, por que se torna ineficaz cuando esta húmeda.
- 6.-Cuando se quite una mascarilla con cintas, primero desate las cintas inferiores de la mascarilla, esto impide que la parte superior de la mascarilla caiga sobre el pecho.

¹⁵ Idem Susana Rosales. pag.29.

7.-Tire la mascarilla desechable en un contenedor de basura.

8.-Lávese las manos si se han contaminado al tocar accidentalmente la parte contaminada de la mascarilla. ¹⁶

4.4.5 TECNICA DE COLOCACION DE GUANTES.

Concepto: Son las maniobras que se realizan para cubrir las manos con guantes de hule estériles en caso de asepsia estricta.

Objetivo: Manejar material y equipo estéril.

Material: Un par de guantes estériles.

Técnica:

PASOS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
1.-Abrir la "cartera" y con la mano derecha tomar su parte externa (doblez del puño), el guante de la mano izquierda.	-los guantes sometidos a esterilización quedan libres de microorganismos patógenos y no patógenos.
2.-introducir la mano izquierda en el guante, y con la otra tirar del borde del dobléz del puño.	-las bacterias que normalmente viven en la piel se encuentran dentro de los folículos pilosos y las glándulas sebáceas. -una superficie limpia contamina a una estéril.
3.-tomar el guante derecho introduciendo los dedos de la mano izquierda ya enguantada por debajo del dobléz del puño y calzarse la mano derecha.	-la piel sana e integra es la primera línea de defensa contra agentes patógenos.
4.-ajustar ambos guantes y acomodar los dedos.	-la epidermis funciona como una barrera para mantener las sustancias extrañas fuera del organismo y prevenir la pérdida de agua de este.

¹⁶ Idem. Barbara Kozier pag. 729.

Precauciones:

- Que las manos estén limpias y secas.
- Entalcarse las manos, especialmente en tiempos de calor.
- Quitar el talco excedente con una gasa estéril.
- Mantener las manos a nivel de la cintura.¹⁷

4.4.6 TECNICA DE CURACION DE UNA HERIDA.

OBJETIVOS:

- Promover la cicatrización de la herida por primera intención.
- Evitar las infecciones.
- Valorar el proceso de cicatrización.
- Proteger a la herida de los traumatismos mecánicos.

EQUIPO NECESARIO:

- Toalla de baño.
- Bolsa impermeable.
- Cubrebocas.
- Acetona u otra solución (si es necesario para despegar el adhesivo).
- Guantes desechables.
- Guantes estériles.
- Paño.
- Gasas.
- Recipiente para la solución de limpieza.
- Solución para limpiar (solución fisiológica).
- Dos pares de pinzas (de disección o hemostasia).
- Apositos de gasa y apositos quirúrgicos.
- Abatelenguas.

¹⁷ Idem. Susana Rosales. pag. 68.

-Cinta adhesiva o sujeciones.

PROCEDIMIENTO:

1. Preparación del cliente y organización del material.

-Consiga ayuda para cambiar un aposito en un paciente inquieto o desorientado. La persona podría moverse o contaminar el campo estéril o la herida.

-Ayude al cliente a colocarse en una posición cómoda en el cual la herida puede estar fácilmente expuesta. Exponga tan solo la zona de la herida, y utilice una toalla de baño para cubrir al cliente si fuera necesario. Una exposición excesiva es molesta en el plano físico y en el psíquico en la mayor parte de las personas.

-Hágale un doblez en forma de vuelta a la bolsa impermeable destinada a desechar los apositos sucios y colóquela al alcance de la mano. Puede ser fijada con tela adhesiva a las ropas de la cama o a la mesilla lateral. Al hacer un dobles ayuda a mantener el exterior de la bolsa libre de la contaminación por los apositos sucios y previene la contaminación de las manos de la enfermera o de las puntas de los instrumentos estériles cuando se desechan los apositos o las gasas. La colocación de la bolsa al alcance de la mano evita que la enfermera pase por encima del campo estéril o de la herida y evita el riesgo de la contaminación de la herida.

-Pongase un cubrebocas con el fin de prevenir la contaminación de las heridas por el rociado de gotitas procedentes de las vías aéreas de la enfermera.

2. Retire las sujeciones y las telas adhesivas.

-Si se han utilizado sujeciones retirelas y pongalas a un lado. Desprenda las telas adhesivas si se han utilizado.

-Si se ha utilizado la tela adhesiva retirela sujetando la piel hacia abajo y tirando de la tela adhesiva suave pero firmemente hacia la herida, la tela adhesiva es despegada tirando hacia la herida para impedir las tensiones en la herida.

-Si es necesario; utilice un disolvente para despegar la tela adhesiva el humedecer la tela adhesiva con acetona o un disolvente similar disminuyen las molestias que se producen al desprenderlo, especialmente de las zonas con mucho pelo.

3. Retirada y eliminación de los apositos sucios de la forma adecuada.

-Pongase guantes desechables limpios y retire el aposito estéril.

-Levante el aposito exterior de manera que la zona interior este alejada de la cara del cliente. El aspecto y el olor de los exudados pueden ser desagradables para el cliente.

-Coloque los apositos sucios en la bolsa impermeable sin tocar la parte exterior de la misma.

-Retire los apositos interiores.

-Valore la zona, el tipo, color consistencia de las secreciones de la herida.

-Deseche los apositos sucios de las herida quítese los guantes, deséchelos en la bolsa impermeable y lavase las manos.

4. Preparación de los materiales estériles.

-Habrà el equipo de curaci3n estéril utilizando la t3cnica de asepsia quirúrgica.

-Coloque el paño estéril al lado de la herida.

-Abra la soluci3n de limpieza estéril y vierta un poco sobre las gasas en un recipiente de plàstico.

-Pongase los guantes estériles.

5. Limpieza de la herida si esta indicado.

-Limpie la herida utilizando sus manos enguantadas con las pinzas y las gasas humedecidas en la soluci3n de limpieza.

-Si utiliza unas pinzas, mantenga las puntas de las pinzas mäs bajas que las asas en todo momento. Esto evite que se contaminen por el líquido que se desliza hacia las asas y la muñeca de la enfermera y luego otra vez hacia la punta.

-Utilice los principios de limpieza de una herida.

-Utilice una torunda diferente para cada una de las pasadas, y deseche cada una de las torundas despu3s de haberlas utilizado. Esto previene la introducci3n de microorganismos a otras zonas de la herida.

-Seque la piel de alrededor con torundas de gasa seca, en la medida que sea necesario. No seque la herida directamente. La humedad facilita la cicatrizaci3n de la herida.

-Coloque una gasa alrededor de la herida.

-Coloque los apositos estériles sobre la herida en caso de ser utilizado.

-Quítese los guantes y deséchelos.

-Sujete el aposito con tela adhesiva.¹⁸

4.4.7 DESBRIDAMIENTO.

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrotico bien sea como escara negra, amarilla. , Dé carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

La elección del método de desbridamiento vendrá determinada por la situación global del paciente (valoración especial en enfermos con trastornos de la coagulación, enfermos en fase terminal de su enfermedad, etc.) y las características del tejido a desbridar

DESBRIDAMIENTO ENZIMATICO.

El desbridamiento enzimático es un método mas a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección, o en combinación con el.

Existen diversos productos enzimáticos (proteoliticos, fibrinolíticos) que han sido utilizados como agentes de detersión química de los tejidos necroticos, especialmente entre ellos la colagenasa. Disponemos de evidencias científicas que indican esta, favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación. Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periulceral mediante una pasta de zinc, silicona, etc., al igual que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción, que puede hacerse aplicando unas gotas de suero fisiológico.

DESBRIDAMIENTO AUTOLITICO.

El desbridamiento autolitico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda. La mayor hidratación del lecho de la ulcera, la fibrinolisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados, son los fundamentos de su acción desbridadota.

Esta formula de desbridamiento es mas selectiva y atraumatica, no requiriendo de habilidades clínicas específicas y siendo generalmente bien aceptado por el paciente. Presenta una acción más lenta en el tiempo.

Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general y los hidrogeles en estructura amorfa de manera específica (especialmente ante la existencia de tejido esfacelado) son productos con capacidad de producir desbridamiento autolitico.¹⁹

4.4.8 VALORACION DE LAS HERIDAS TRATADAS.

Los profesionales de enfermería valoran las heridas mediante la inspección visual, la palpación y el sentido del olfato, observan el aspecto de la herida y de cualquier secreción, tumefacción y dolor:

Valoración de las heridas de acuerdo a:

¹⁸ Idem. Barbara Kozier pag. 1439.

¹⁹ Desarrollo científico de enfermería, vol 10 enero-febrero 2002 México D.F pag. 18.

ASPECTO.

Inspeccione el color de la herida y de la zona circundante y aproxime los bordes de la misma.

TAMAÑO.

Observe el tamaño y la localización de la dehiscencia, en caso de haberla. En las heridas que cicatrizan por segunda intención, mida la longitud, la anchura y la profundidad en centímetros.

SECRESIONES.

Observe la localización, el color la consistencia, el olor y el grado de saturación de los apósitos. Anote el número de gasas saturadas o el diámetro del líquido drenado.

TUMEFACCION.

Palpe los bordes de la herida, utilizando guantes estériles, para determinar la tensión y la rigidez de los tejidos; la tumefacción de mínima a moderada es normal en las primeras etapas de la cicatrización de las heridas.

DOLOR.

Un dolor persistente o la aparición brusca de un dolor intenso pueden ser indicativos de hemorragia interna o de infección.²⁰

4.4.9 APOSITOS UTILIZADOS PARA EL MANEJO DE ULCERAS POR PRESION GRADO II.

APOSITOS HIDROCOLOIDES.

Los apósitos hidrocoloides están formados por ingredientes absorbentes (carboximetilcelulosa, pectina o gelatina). Al igual que los hidrogeles pueden absorber desde mínimas a moderadas cantidades de exudado. Pueden aplicarse en heridas agudas o crónicas de espesor parcial o completo.

Algunas láminas de hidrocoloides son opacas, lo que dificulta la valoración de las heridas; otras son transparentes o translúcidas.

Dado que son oclusivos los apósitos hidrocoloides resultan impermeables al agua, al oxígeno o a las bacterias. Es posible que esto ayude a facilitar la angiogénesis y la granulación. Igualmente causan una disminución del pH de la superficie de la herida; y el entorno ácido puede inhibir el crecimiento bacteriano.

Los hidrocoloides, al igual que los hidrogeles, pueden ayudar a granular o a epitelizar una herida limpia y a estimular el desbridamiento autolítico de las heridas que van acompañadas de tejido neurótico. No obstante, debido a su naturaleza oclusiva, los hidrocoloides no pueden utilizarse si la herida o la piel circundante están infectadas.

Los hidrocoloides vienen preparados en tres formas: las pastas, polvos, y en láminas.

²⁰ Idem. Barbara Kozier pag. 1429.

Por lo general, las pastas de hidrocoloides van en tubos y los polvos en paquetes. Estos deberán ser utilizados como rellenos de las heridas evitando que sobresalgan por encima del nivel de la piel circundante y deberán cubrirse con un apósito secundario, por ejemplo un apósito hidrocoloide en lámina.

Los apósitos hidrocoloides en láminas se encuentran disponibles en grosores diversos y en formas precortadas para zonas corporales determinadas, como por ejemplo el sacro, los codos y los talones.

Estos apósitos resultan muy cómodos para el cuerpo del paciente, se adhieren bien a las zonas de alta fricción, como el sacro y los talones. Todos los apósitos hidrocoloides en láminas cuentan con una película transparente que tiene la propiedad de impermeabilizar el producto.

Los apósitos hidrocoloides absorben el exudado y la hinchazón de la herida o la disuelven. Al retirar suavemente el apósito hidrocoloide, es posible que se encuentre un residuo de gel en el lecho de la herida, este deberá ser limpiado suavemente con un agente limpiador, antes de realizar la valoración de la herida.

ADVERTENCIAS SOBRE LOS HIDROCOLOIDES.

-Podría percibirse un olor insoportable distinto, que a su vez podría deberse a la descomposición del producto, no a la infección.

-Los hidrocoloides se adhieren mejor a temperatura corporal. Para asegurar una colocación adecuada, presione el apósito con la mano después de aplicarlo sobre la herida.

-Dado que los hidrocoloides en láminas son adhesivos, es posible que cuando retire el apósito arranque la piel del paciente.

-Los apósitos hidrocoloides con bordes gruesos pueden enrollarse o adherirse a la ropa de la cama, lo que contribuye a que disminuya el tiempo de la colocación del apósito. Por lo general, los apósitos con bordes más delgados se adhieren mejor a la piel circundante, sin enrollarse.²¹

APOSITOS DE HIDROGEL.

Los apósitos de hidrogel son productos cuya base por lo general es agua o glicerina. Dado que por lo general, son claros o transparentes, permiten controlar la herida sin retirar el apósito.

Los hidrogeles se utilizan para mantener el entorno húmedo de una herida limpia, con buen aspecto, y que esta en fase de granulación, y que esta en fase de granulación y para facilitar un desbridamiento autolítico de las heridas con tejido necrótico, por ejemplo, una escara. Este tipo de apósito puede utilizarse en úlceras por presión en desgarramientos cutáneos, en heridas quirúrgicas y en quemaduras causadas por irradiación terapéutica.

Los hidrogeles son productos que contienen hasta un 95% de agua, absorben cantidades pequeñas de exudado, por lo cual deben reservarse para heridas con exudado mínimo o moderado.

Existen 3 formas: amorfos, gasa impregnada y en sábana.

²¹ Cathy Thomas Hess Nursing 2000 octubre vol 18 numero 4 Mexico pag 46

Los hidrogeles amorfos vienen presentados en tubos, en paquetes con hojas, y en botellas con pulverizador. El hidrogel varía en grosor y viscosidad. Dado que el gel puede causar maceración, evite su aplicación sobre la piel circundante a la herida.

Una gasa impregnada de hidrogel, que a su vez es hidrogel amorfo impregnado en una gasa, puede utilizarse para llenar el espacio muerto de una gran herida. Los hidrogeles en sabana consisten en gel colocado sobre una fina malla de fibra delgada. El apósito puede solapar la piel intacta y generalmente no lesionada. Hay disponibles hidrogeles en sabana con bordes adhesivos y sin ellos y se pueden cortar para adaptarlos al tamaño de la herida. En el caso de que el hidrogel no sea adhesivo será necesario colocar un apósito secundario. Algunos hidrogeles en sabana tienen una película de plástico en ambos lados; elimine el trozo de plástico antes de colocar el apósito sobre el lecho de la herida.

Es probable que los hidrogeles en sabana no sean adecuados para heridas infectadas.²²

COLOCACION DE APOSITOS EN UNA HERIDA.

Los apósitos se utilizan con los siguientes objetivos:

- Para proteger a la herida de las lesiones mecánicas.
- Para proteger a la herida de la contaminación bacteriana.
- Para proporcionar o mantener un elevado grado de humedad en la herida.
- Para proporcionar aislamiento térmico.
- Para absorber los exudados y desbridar una herida.
- Para inmovilizar la zona de la herida y por lo tanto facilitar la zona de la cicatrización y prevenir las lesiones.
- Para proporcionar bienestar psicológico.

SUJECION DE LOS APOSITOS.

La enfermera fija el apósito con tela adhesiva sobre la herida, asegurándose que el apósito cubre la herida en su totalidad y que no se desprende. El tipo correcto de cinta adhesiva debe ser elegido con esta finalidad. Los adhesivos elásticos pueden proporcionar compresión; la tela adhesiva antialérgico se utiliza cuando un cliente es alérgico cuando un paciente es alérgico a otros tipos de cintas adhesivas. La enfermera sigue estos pasos:

1. Coloca la tela adhesiva de manera que el apósito no pueda doblarse y dejar expuesta la herida pone tiras a los extremos del apósito y también pone tramos regulares en el centro.

²² Cathy Thomas Hess, Nursing febrero vol. 18 numero 2 pag. 44

2. Se asegura de que las tiras de tela adhesiva son lo bastante largas y anchas como para que se adhieran a lo largo de varios centímetros de la piel en cada uno de los lados del aposito, pero no tan largas o tan anchas como para que las tiras adhesivas se suelten con los movimientos.

3. Coloca la tela adhesiva en la dirección apuesta a los movimientos del cuerpo por ejemplo a través de una articulación o pliegue, no a lo largo.²³

4.5 HIGIENE DE LA PIEL.

4.5.1 BAÑO DE REGADERA.

CONCEPTO:

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente.

OBJETIVOS:

- Eliminar las células muertas, las secreciones, el sudor y el polvo.
- Reanimar y favorecer el estado emotivo del paciente.
- Permitir a la piel realizar sus funciones protectoras.
- Favorecer la apariencia exterior.

EQUIPO Y MATERIAL:

Toallas, facial y de baño, jabonera con jabón, bata y pijama, sandalias de hule, silla o banco y tapete de caucho (antiderrapante).

TÉCNICA:

PASOS	FUNDAMENTACION
1.-Explicar el procedimiento al paciente y llevarlo al cuarto de baño.	
2.-llevar el material y equipo al baño, colocar el tapete de caucho en el piso y sobre este la silla o banco.	
3.-abrir las llaves de agua fría y caliente para regular el flujo y la temperatura al agrado del paciente.	-Las altas temperaturas de agua produce quemaduras que pueden ir desde el 1º al 3er grado. -El agua muy caliente debilita con facilidad al paciente. -El agua caliente hace que los músculos se relajen, favoreciendo la presencia de lipotimia.

²³ Idem. Barbara Kozier pag. 1434.

4.-ayudar al paciente a desvestirse y a sentarse en la silla, en caso de que se requiera.	
5.-permanecer cerca del baño para prestar ayuda al paciente, en caso necesario.	
6.-al terminar el paciente de bañarse, ayudarlo a vestirse y trasladarlo a su unidad correspondiente.	

24

4.5.2 BAÑO DE ESPONJA.

CONCEPTO:

Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le esta permitido bañarse en regadera o tina.

OBJETIVOS:

- Eliminar las células muertas, las secreciones, el sudor y el polvo.
- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Lograr comodidad y bien estar.

EQUIPO Y MATERIAL:

Dos recipientes, uno con agua fría u otro con agua caliente; lavamanos o lebrillo.

Un recipiente para agua sucia; una jabonera con jabón; una o dos toallas grandes; dos toallas faciales o paños; torundas de algodón; un camisón o pijama; aplicadores; juego de ropa para cama; talco, loción o alcohol y un recipiente para ropa sucia o tanico.

TÉCNICA:

PASOS	FUNDAMENTACION
1.- Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.	
2.- Explicar el procedimiento al paciente y ofrecerle el cómodo u orinal.	- Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansados.
3.- Cerrar puerta, ventanas cortinas o colocar un biombo si es necesario.	- La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los individuos. - Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23 °C, contribuye al bienestar físico del paciente. - Las corrientes bruscas de aire

²⁴ Idem. Susana Rosales, pag. 272

	influyen en la aparición de problemas respiratorios.
4.- Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarlo con paño húmedo, al igual que la silla.	- El orden y la reducción del número de microorganismos, aumentan la seguridad del medio.
5.- Trasladar el equipo a la unidad clínica, colocando los artículos para baño en la mesa de noche o mes puente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va a usar.	- La integración y colocación ordenada del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía. - Al moverse y sacudir la ropa sucia, se esparcen microorganismos patógenos por el aire.
6.- Aflojar la ropa de cama, iniciando por la cabecera del lado contrario del que se encuentra el buró y retirar la ropa que cubre al paciente excepto la sabana móvil.	
7.- Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental.	- El mal aliento disminuye al retirar los depósitos de placa dentó bacteriana blanda y sarro.
8.- Colocar al paciente en posición decúbito dorsal y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.	-El trabajar lo mas cerca del objeto o paciente, reduce el esfuerzo de los músculos y como consecuencia la fatiga.
9.- Colocar una toalla por el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros. Si no hay cojín, se improvisa una tela ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior, se introduce en la cubeta que estará colocada sobre una silla o en el banco de altura.	- El uso del cojín de Nelly o hule protege la ropa de la cama asegurando una corriente constante de agua.
10.- Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín de Kelly o hule.	
11.- Proteger los conductos auditivos externos con torundas.	-El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.
12.- Verter agua de la jarra sobre el cabello del paciente.	- La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante. - La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente. - La respuesta fisiológica al calor o frío aplica externamente, depende de la actividad vasomotora normal.

	<ul style="list-style-type: none"> - A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor.
13.- Aplicar jabón o shampoo, friccionar con la yema de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario.	<ul style="list-style-type: none"> - Las sustancias tensoactivas o surfactantes producen espuma. - Cada cabello se mantiene flexible por virtud de las glándulas sebáceas que secretan sebo en el folículo, cerca de la superficie de la piel. -El jabón saponifica las grasas. -El estado físico del paciente determina las condiciones del cabello. -La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.
14.-Enjuagar constantemente, dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de la gravedad.	<ul style="list-style-type: none"> -El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismos. -La gravedad de la fuerza de atracción ejercida por la tierra.
15.-Retirar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente, retirando simultáneamente el cojín o hule y depositarlo en la cubeta.	<ul style="list-style-type: none"> -El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones.
16.-Afeitarse la cara del paciente si es varón, de ser necesario.	<ul style="list-style-type: none"> -El agua a temperatura caliente reblandece los tejidos y facilita el afeitado.
17.-Colocar una toalla facial sobre el tórax y asear ojos, narinas y oídos con hisopos.	<ul style="list-style-type: none"> -El jabón irrita la piel y las mucosas. -El agua y jabón eliminan el polvo, la grasa y las células superficiales que se descaman constantemente en la piel. -La acumulación de secreciones propias de cavidades, ocasionan alteraciones visuales, de audición y olfatorias, así como infecciones.
18.-Con un paño húmedo proceder a lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primeramente del lado distal y luego del proximal. Secar la cara con la toalla facial y aplicar loción o crema.	<ul style="list-style-type: none"> -El exceso de alcalinidad del jabón libera la grasa protectora de la piel. -Una temperatura de 46 a 49 °C. del agua para el baño no lesiona la piel. -Las lociones o cremas mantienen la piel suave y libre de excoiraciones y grietas por la falta de grasa.
19.-Colocar la toalla afelpada debajo del brazo distal y proceder a lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar en la axila. De preferencia el aseo de manos se realiza dentro	<ul style="list-style-type: none"> -La piel contiene abundante nervios cutáneos sensitivos para la percepción del dolor, el tacto, el calor y el frío. -El sudor, la secreción de glándulas sebáceas el polvo atmosférico, constituyen un medio favorable para

del lavamanos o librillo, enjuagando al chorro de agua.	la proliferación de microorganismos.
20.-Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.	-Los espacios subungueales son fuente de infección.
21.-Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen, cubriéndole con una toalla y asear con hisopo la cicatriz umbilical. Colocar camisión limpio sobre tórax y abdomen.	-Una piel sana e intacta es resistente a varios agentes químicos nocivos.
22.-Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camisión sin atarlo o abotonarlo por detrás.	-Una epidermis sana depende de un cuerpo sano.
23.-Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas iniciando por lo distal, pidiendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar y secar muslos y piernas.	
24.-Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseo sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro de agua; sacarlos y cubrirlos con la toalla simultáneamente al retiro del lavamanos y librillo.	24-El pediluvio alivia la congestión de los órganos profundos o de las partes distantes del cuerpo. -Un cuerpo sumergido en el agua, desaloja un volumen igual a su peso. -La fricción y el masaje favorecen la circulación sanguínea.
25.-Secar los pies haciendo ligeramente presión.	-Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y continuamente la humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias, hongos, etcétera.
26.-Secar espacios interdigitales y cortar uñas si es necesario.	-Las uñas son placas corneas de queratina que se desarrollan continuamente desde las células de la epidermis.
27.-Dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.	-El masaje activa la tensión muscular y disminuye, el dolor y el malestar general. -El movimiento favorece un mejor retorno venoso.
28.-A pacientes varones, proporcionar un aposito para que se asee sus genitales si esta en condiciones de hacerlo o en caso contrario realizar el aseo. Lavar las manos del paciente si este realizo su aseo.	-Algunas sustancias lesionan las mucosas. -Las terminaciones nerviosas se hacen más sensitivas cuando aumenta el calor.

29.-Si es paciente del sexo femenino, darle posición ginecológica y colocarle el cómodo, cuidando de proteger los muslos con sabana "móvil".	-Las mucosas sanas e intactas son impermeables a varios microorganismos.
30.-Colocar apositos o gasas en pliegues inguinales.	
31.-Colocarse guantes y hacer la limpieza de vulva con pinza, torundas, jabón liquido y agua a temperatura corporal, con movimientos de arriba abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestíbulo perineal y por ultimo región anal; con movimientos circulares enjuagar cuantas veces sea necesario.	31-El revestimiento epitelial de la vagina esta lubricado por moco y se acidifica mediante la fermentación de la flora vaginal normal. -el pH de las secreciones vaginales es ligeramente ácido.
32.-Secar genitales en igual orden en que se asearon. Retirar la sabana "móvil".	-La humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias.
33.-Colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que este trabajando, colocar una toalla sobre la cama a nivel de espalda y región glútea. Proceder a asear parte posterior de cuello, espalad y región glútea.	-Una piel "enrojecida" puede ser el comienzo de úlceras por presión.
34.-Secar perfectamente la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco según el caso, partiendo del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccígea hacia los glúteos.	-Los movimientos aumentan la circulación sanguínea. -las fricciones producen un efecto relajante.
35.-Sujetar el camisón o bien, colocar el saco de la pijama.	-La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable. -la presión prolongada sobre una parte del cuerpo determina la formación de úlceras.
36.-Colocar aposito, pantaleta o pantalón de pijama, según el caso y dejar cómodo al paciente.	-Una cama con las sábanas bien estiradas produce bienestar al paciente.
37.-proceder al tendido de la cama con paciente.	-Un cabello limpio produce bienestar. -Las glándulas sebáceas se encuentran en la mayor parte de la piel pero son más numerosas en el cuero cabelludo y en la cara.
38.-Peinar y terminar su arreglo personal en el caso de que el paciente no pueda hacerlo.	-Un equipo en óptimas condiciones favorece un uso correcto. La evaluación integral del paciente es

		de especial importancia cuando tiene una piel delicada y sensible.
39.-Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse nuevamente.		
40.-Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.		

4.5.3 CUIDADO PERINEO-GENITALES

OBJETIVOS:

- Eliminar las secreciones y olores perianales normales.
- Prevenir infección.
- Promover el bienestar del paciente.

FACTORES A VALORAR:

Presencia de irritación, excoriación, inflamación, en tumefacción; secreción excesiva, olor, dolor, o molestias; presencia de incontinencia urinaria o fecal; cirugía rectal o perineal reciente; presencia de un catéter permanente; practicas de higiene perineogenital; capacidades de autocuidado.

EQUIPO:

Cuidados del perineogenital realizado en combinaron con el baño de cama

- Toalla de baño
- Sabana de baño
- Guantes desechables
- Bañera llena hasta los dos tercios con agua de 43 a 46° C
- Jabón
- Manopla o esponja
- Pomada protectora según necesidad

CUIDADOS PERINEOGENITALES ESPECIALES:

- Toalla de baño
- Sabana de baño
- Guantes desechables

- Torundas o bastoncillos de algodón
- Botella, jarra o envase lleno de agua templada o de la solución prescrita.
- Cuña para el agua del enjuagado.
- Bolsas impermeables o envases para las torundas de algodón usadas
- Compresa perineal

INTERVENCIÓN

1.- Prepare al usuario.

- Ofrezca al paciente una explicación adecuada teniendo una sensibilidad especial hacia la vergüenza que pueda sentir.
- Averigüe si el paciente siente alguna molestia en la zona perineogenital.
- Darle la sabana encimera hacia los pies de la cama, y pliegue el camisón hacia arriba, para exponer la zona genital.
- Coloque una toalla de baño bajo las caderas del cliente de manera que el extremo inferior pueda utilizarse para secar el perineo anterior, mientras que el extremo superior pueda secar la zona rectal.

2.- Colocar y cubrir al paciente y limpiar la parte superior interna de los muslos.

PARA MUJERES.

- Coloque a la mujer descansando sobre la espalda, con las rodillas flexionadas y bien separadas (en abducción).
- Cúbrale el cuerpo y las piernas con la sabana de baño. Envuelva las piernas plegando las esquinas inferiores de la sabana del baño bajo la zona interior de las piernas. La exposición mínima reduce la vergüenza y ayuda a proporcionar calor. Lleve la parte central de la base de la manta hacia arriba sobre la zona pubica.
- Pongase guantes, lave y seque la parte superior interna de los muslos.

PARA HOMBRES.

- Coloque al hombre en posición decúbito supino con las rodillas ligeramente flexionadas y las caderas en una ligera rotación externa.
- Pongase guantes, lave, seque la parte superior interna de los muslos.

3.- Inspeccionar la zona perineal.

- Observe algunas zonas específicas de inflamación, escoriación o tumefacción, especialmente entre los labios en las mujeres y los pliegues escrotales en los hombres.
- Observe también el drenaje o secreciones excesivas en los orificios y la presencia de olores.

4.- Lavar y secar la zona periogenital.

PARA MUJERES.

-Limpie los labios mayores. Después separe los labios y limpie los pliegues entre los labios mayores y menores. Las secreciones que tienden a acumularse entre los labios menores facilitan el crecimiento bacteriano.

-Utilice distintos cuartos de la toalla de limpieza para cada pasada, y limpie desde el pubis hacia el recto. Para las mujeres con menstruación y los pacientes con catéter permanente utilice torundas con algodón y gasa. Usar una torunda limpia para cada pasada. Al utilizar distintos cuartos de la toalla o nuevas torundas de algodón o gasas previene la transmisión de microorganismos de una zona a otra. Limpiar desde la zona de menor contaminación (el pubis) hacia la de mayor (recto).

-Enjuague bien la zona. Coloque al paciente sobre una cuña, y vierta un jarro de agua templada sobre la zona. Seque el perineo concienzudamente, prestando una atención especial a los pliegues entre los labios. La humedad favorece el crecimiento de muchos microorganismos.

PARA HOMBRES.

-Lave y seque el pene, haciendo pasadas firmes, al manipular con firmeza puede prevenir la erección

-Si el cliente no está circuncidado, retraiga el prepucio (pliegue) y descubra el glande (extremidad distal del pene) para limpiarlo. Recoloque el prepucio después de limpiar el glande. Retraer el prepucio necesario para retirar el esmegma que se acumula bajo el pliegue y favorece el crecimiento bacteriano.

-Lave y seque el escroto. Los pliegues posteriores del escroto pueden ser limpiados junto con los glúteos. El escroto tiende a estar más sucio que el pene por su proximidad con el recto; por esto, se limpia habitualmente después del pene.

5.- inspeccionar la integridad de los orificios perineales.

-Inspeccione especialmente alrededor de la uretra en pacientes con catéteres permanentes. Un catéter puede causar escoriaciones alrededor de la uretra.

-Aplique pomada protectora si es necesario.

6.- limpiar entre los glúteos.

-Ayude al paciente a girarse sobre un lado de espaldas a usted.

-Preste una atención especial a la zona anal, y a los pliegues posteriores del escroto en los hombres. Limpie el ano con papel higiénico antes de lavarlo, si es necesario.

-Seque bien la zona.

-Aplique pomada protectora, como vaselina si es preciso.

-Para las mujeres en posparto, o con la menstruación aplicar la compresa perineal de adelante hacia atrás si es necesario. Esto previene la contaminación de la vagina y de la uretra por la zona anal.

7.- documentar cualquier dato de la valoración (enrojecimiento, tumefacción, secreción).²⁵

²⁵ Idem. Barbara Kozier pag. 29

4.5.4 TENDIDO DE CAMA.

Es el procedimiento que se realiza para preparar la cama clínica en diferentes situaciones.

OBJETIVOS:

- Ofrecer seguridad desde el punto de vista bacteriológico.
- Proporcionar bienestar físico.
- Facilitar la movilización del paciente.
- Fomentar hábitos higiénicos en el paciente.

EQUIPO:

Colcha o cubrecama, cobertor si es necesario, dos sabanas grandes, sabana clínica, hule clínico, 1 o 2 fundas para cojín y tánico para ropa sucia.

4.5.4.1 CAMA ABIERTA.

TÉCNICA:

PASOS	FUNDAMENTACION
1. - Integrar el equipo y colocarlo en orden inverso al que se va a usar sobre la silla de la unidad del paciente, previa colocación de almohada.	-Un ambiente agradable y limpio favorece la adaptación del individuo a un medio ambiente extraño. -La integración y colocación ordenada del equipo, previa realización del procedimiento, evita o disminuye perdida de tiempo y energía. -en el medio ambiente existen agentes patógenos.
2. –Colocar la sabana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarla hacia el nivel del extremo inferior de este.	-Los pliegues y costuras de la ropa de la cama incrementa la aparición de úlceras por presión.
3. –Fijar la sabana en la esquina externa superior del colchón mediante una cartera.	-La acción de asegurar la ropa en situación inamovible, evita la formación de úlceras por presión.
4. –Colocar el hule clínico sobre tercio medio del colchón y sobre este la sabana clínica, procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule.	-La utilización de auxiliares en la movilización del paciente favorece el empleo mínimo de esfuerzo.
5. –Introducir los extremos sobrantes de las tres piezas colocadas por debajo del colchón.	
6. –Pasar al lado contrario de la cama y llevar a cabo los pasos anteriores utilizados para fijar la	

ropa.		
7. –Llevar el borde superior de la colcha por debajo del cobertor y hacer la “cortesía” con el extremo superior de la sabana.		
8. –Deslizar estas piezas hacia el tercio inferior del colchón en forma de acordeón.		
9. – Colocar almohada y mesa puente o de noche en sitios correspondientes.		

4.5.4.2 CAMBIO DE ROPA DE CAMA CON PACIENTE.

- 1.- Integrar el equipo y colocarlo en orden inverso al que se va a usar, sobre la silla de la unidad clínica, previa colocación de almohada.
- 2.- Retirar mesa puente o de noche y colocar la silla hacia la piecera de la cama.
- 3.- Aflojar toda la ropa de cama por el lado contrario al que se encuentra el buró o la mesa de noche.
- 4.- Retirar pieza por pieza doblándolas o enrollándolas según sea el caso y colocarlas ya sea en el tanico o sobre el respaldo de la silla si es que van a cambiarse por piezas limpias. Nunca depositar la ropa de cama en el piso.
- 5.- Colocar la sabana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarla hacia el nivel del extremo inferior de este.
- 6.- Fijar la sabana en la esquina externa superior del colchón mediante una cartera.
- 7.- Colocar el hule clínico sobre tercio medio del colchón y sobre este la sabana clínica, procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule.
- 8.- Introducir los extremos sobrantes de las tres piezas colocadas por debajo del colchón.
- 9.- Pasar al lado contrario de la cama y llevar a cabo los pasos anteriores utilizados para fijar la ropa.
- 10.- Llevar el borde superior de la colcha por debajo del cobertor y hacer la “cortesía” con el extremo superior de la sabana.
- 11.- Deslizar estas piezas hacia el tercio inferior del colchón en forma de acordeón.

12.- Colocar almohada y mesa puente o de noche en sitios correspondientes.²⁶

4.5.5 AUXILIARES EN LA ASISTENCIA DE LA ELIMINACION VESICAL Y FECAL.

Existen dos tipos principales de cuñas, la cuña regular de fondo alto y la cuña deslizante o de fractura.

La cuña deslizante tiene un fondo bajo y se utiliza para clientes incapaces de elevar las nalgas debido a problemas físicos o a que el tratamiento contraindica dicho movimiento.

Los clientes mujeres utilizan una cuña tanto para orinar como para defecar; los clientes hombres utilizan una cuña para defecar y un orinal para orinar. Un orinal es un receptáculo solo para la orina. Existen varios diseños disponibles: uno se utiliza para hombres y otro para mujeres.

En ocasiones se utiliza una silla orinal en vez de una cuña cuando el cliente puede levantarse pero no puede ir al aseo. Una silla orinal es como un sillón con un asiento abierto a modo de retrete y un receptáculo por debajo para recoger la orina y las heces. El receptáculo puede estar específicamente diseñado para la silla o simplemente ser una cuña colocada bajo el asiento. Una silla orinal puede tener ruedas y ser completamente móvil. Algunas tienen asiento plano adicional, que permite su uso como silla normal.

4.5.6 INCONTINENCIA FECAL.

La incontinencia fecal se refiere a la pérdida de la capacidad voluntaria de controlar la descarga fecal y gaseosa a través del esfínter anal. La incontinencia puede producirse en momentos determinados, como después de las comidas, o se puede producir irregularmente. Se describen dos tipos de incontinencia fecal: parcial y mayor. La incontinencia parcial es la incapacidad para controlar el flato o para evitar escapes menores. La incontinencia mayor es la incapacidad para controlar las heces de consistencia normal (Hanauer 1988).

La incontinencia fecal generalmente se asocia con la alteración del funcionamiento del esfínter anal o de su inervación, como en algunas enfermedades neuromusculares, traumatismos de la médula espinal y tumores del músculo del esfínter anal externo. Se estima que el 60% de las personas mayores puede verse afectado por incontinencia fecal en algún momento (Hanauer 1988).

La incontinencia fecal es un problema que produce estrés emocional y que, como consecuencia puede llevar al aislamiento social. Las personas afectadas se confinan en sus hogares o, si están hospitalizadas, en su habitación para minimizar la vergüenza asociada al manchado. Las heces de la incontinencia son ácidas y contienen enzimas digestivas que son muy irritantes para la piel. Por lo consiguiente, el área aproximada tiende a lesionarse.²⁷

²⁶ Idem. Susana Rosales. Pag. 243.

²⁷ Idem Barbara Kozier pag 1263

4.5.7 TECNICA DE COLOCACION DE PAÑAL.

CONCEPTO.

Son las maniobras que se efectúan para mantener seco y cómodo al paciente.

OBJETIVOS.

- Brindar seguridad al paciente.
- Evitar eritemas y lesiones en la piel.
- Proteger los órganos genitales y la región glútea del paciente.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Mesa pasteur.
- Recipiente con agua tibia.
- Pasta lassar o lubricante.
- Abatelenguas.
- Paño limpio.
- Fijaciones para pañal.
- Sesto de basura.

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

- Lavarse las manos, preparar el equipo y trasladarlo cerca del paciente.
- Bajar el barandal de la cama.
- Retirar el pañal sucio.
- Observar las características de la evacuación, si la hay y depositar el pañal en el sesto de basura.
- Humedecer una parte del paño con agua tibia del recipiente; limpiar la región anal e inguinal y retirar el residuo de la evacuación en caso que la hubiere.
- Secar al paciente sin frotar la piel, con la parte seca del paño, haciendo solamente movimiento de presión.
- Aplicar pasta lassar o lubricante con un Abatelenguas si existe irritación en la piel.
- Colocar el pañal limpio al paciente y fijarlo de las laterales con fijaciones para pañal o con tela adhesiva.
- Dejar cómodo al paciente.
- Subir al barandal.
- Recoger el equipo, darle los cuidados necesarios y realizar los registros correspondientes.²⁸

4.5.8 INCONTINENCIA URINARIA.

La incontinencia urinaria, es decir la emisión involuntaria de orina, puede presentarse en diferentes condiciones temporales y permanentes. La incapacidad para controlar la micción es un problema que conduce con frecuencia a la aparición de tensión emocional y puede alterar de manera severa los patrones de socialización de la persona si no se soluciona, ya sea por parte de la persona involucrada o de otros, de manera que la persona se sienta cómoda en su área física y emocional y aceptada por su grupo social.

²⁸ Idem Susana Rosales. pag. 73.

La incontinencia urinaria se presenta con más frecuencia en las personas de más de 65 años de edad. Se han identificado diferentes tipos de incontinencia.

ETIOLOGIA.

Las cinco causas principales de la incontinencia urinaria:

La confusión cerebral constituye un evento común en la vejez; en muchos casos los ancianos son incontinentes debido a la falta de conciencia de la necesidad de evacuar la vejiga. Este tipo de incontinencia no se asocia con ningún problema patológico definitivo en el nivel cerebral. El embotamiento cerebral se presenta también en las personas muy enfermas, quienes están tan graves que su pensamiento se nubla. Estas personas pueden no ser capaces de pensar o pueden no tener la energía para ejercer un control voluntario.

Este caso es similar al de las personas comatosas que son incontinentes debido a la pérdida de la capacidad para controlar de forma voluntaria la apertura del esfínter externo. Tan pronto como la orina se libera hasta la uretra posterior, la vejiga se contrae y evacua. Esta es la razón por la cual la micción se presenta a veces durante la anestesia.

Las infecciones localizadas en cualquier parte del tracto urinario pueden producir incontinencia debido a que las bacterias en la orina causan irritación de la mucosa de la vejiga y estimulan de manera anormal el reflejo uretrovesical.

Las alteraciones de las vías del sistema nervioso central pueden presentarse debido a enfermedades como la embolia, la hemorragia, los tumores, la meningitis o las lesiones traumáticas del cerebro. El adecuado control voluntario (cortical o cerebral) de la función de la vejiga desaparece en estas situaciones. La incontinencia de urgencia puede presentarse como resultado de la incapacidad de los centros superiores para inhibir la terminación del reflujo uretrovesical.

La alteración del reflejo uretrovesical puede ser el resultado de diferentes lesiones en la medula espinal o daños causados a los nervios periféricos de la vejiga. Esta forma de incontinencia puede observarse en personas con malformaciones. Lesiones o tumores de la medula espinal, y en pacientes que presentan compresión de la medula debido a fracturas vertebrales, hernias discales, tumores metastáticos o edema postoperatorio de la medula espinal. En estos casos, el paciente presenta una vejiga neurogenica y puede tener incontinencia refleja o por rebosamiento. De cualquier forma, el paciente no tiene forma de saber cuando va a presentarse la evacuación.

El daño de los tejidos de los esfínteres de la vejiga por instrumentación, cirugía o accidentes, cicatrización posterior a infecciones uretrales, lesiones que involucran al esfínter o relajación de las estructuras perineales pueden causar también incontinencia urinaria. Esta última causa de la incontinencia se produce a veces después de los partos. El problema es de naturaleza local y no involucra al sistema nervioso.

FISIOPATOLOGIA.

Las personas que presentan incontinencia urinaria presentan a menudo problemas desconcertantes para su manejo. Las soluciones exigen la comprensión de las bases fisiológicas de la incontinencia.

Para lograr la continencia urinaria se necesita el control de la vejiga y el esfínter. Dicho control exige la acción muscular voluntaria coordinada por un reflejo uretrovesical normal. A medida que la vejiga se llena, la presión dentro de esta aumenta de forma gradual. El músculo detrusor (la pared del vejiga conformada por tres capas) responde relajándose para acomodar un mayor volumen de líquidos. Cuando se llega a un punto determinado de llenado, por lo general entre 150 y 200 ml de orina, los receptores parasimpáticos de distensión localizados en la pared de la vejiga son estimulados. Los estímulos se transmiten a través de las fibras aferentes del arco reflejo hacia el centro reflejo de la micción. Luego, estos impulsos viajan por las fibras aferentes del arco reflejo hacia la vejiga, haciendo que esta se contraiga por acción del músculo detrusor. El esfínter interno, que por lo común se encuentra cerrado, se abre de forma recíproca y la orina penetra a la uretra posterior.

La subsecuente relajación del esfínter externo y de los músculos perineales permite la evacuación del contenido de la vejiga. La terminación de este arco reflejo puede interrumpirse y posponerse la micción mediante la liberación de impulsos inhibitorios provenientes del centro cortical, lo cual produce la contracción voluntaria del esfínter externo. Si existe algún fallo en una parte cualquiera de esta función compleja, puede aparecer una incontinencia urinaria.

DIAGNOSTICO.

Lo normal es que la vejiga contenga muy poca o ninguna orina después de una evacuación; sin embargo, algunos estados patológicos inhiben el vaciamiento completo de la vejiga. Algunas situaciones comunes en las que puede presentarse micción incompleta son la hipertrofia prostática benigna, la estenosis uretral y las interrupciones de la inervación de la vejiga. La orina que permanece en la vejiga después de una micción se denomina orina residual. Los volúmenes urinarios residuales de 50 ml o menos indican un funcionamiento casi normal o en evolución hacia la normalidad de la vejiga.

El examen cistométrico tiene como objetivo de evaluar el tono de la vejiga. En general, el examen se utiliza cuando hay incontinencia o cuando existe evidencia de una disfunción neurológica de la vejiga.

La electromiografía puede utilizarse para evaluar el tono del esfínter y el estado de las vías nerviosas.

TRATAMIENTO.

El control de la incontinencia urinaria depende en esencia de su causa. Las medidas utilizadas pueden ser la cirugía, el tratamiento de las situaciones asociadas, programas de reentrenamiento de la vejiga o el uso de mecanismos de drenaje.²⁹

4.5.9 CUIDADOS AL PACIENTE CON SONDA FOLEY.

-Disponga de un programa establecido de control de la infección.

-No cateterice a los pacientes más que en caso de necesidad, siguiendo una técnica aséptica y con un equipo estéril.

²⁹ Barbara C. Long enfermería médico quirúrgica 3ra edic. México D.F 1998 ed. Hartcut pag. 1042.

- Mantenga un sistema de drenaje cerrado estéril.
- No desconecte el catéter y el tubo de drenaje a menos que sea absolutamente necesario.
- Retire el catéter lo antes posible.
- Asegurese de que no hay obstrucciones en el drenaje. Compruebe que no hay pliegues en el tubo, que el paciente no esta tumbado sobre el y que no esta obstruido por moco o sangre.
- Compruebe que no hay presión sobre el catéter o el tubo, que el catéter este bien fijado con esparadrapo al muslo o el abdomen, y que el tubo esta sujeto de forma adecuada a la ropa de la cama.³⁰

4.6 PROTECCION DE LA PIEL

4.6.1 LUBRICACION DE LA PIEL.

4.6.1.1 TIPOS DE LUBRICANTES.

CREMAS

- Son formas farmacéuticas constituidas por dos fases, una lipófila y otra acuosa
- Tienen consistencia blanda y flujo newtoniano o pseudoplástico por su alto contenido acuoso.
- La crema fluyen fácilmente.

PLASTIBASE

Pertenece a un grupo de mucha difusión en los últimos tiempos constituido por bases grasas formadas por mezclas de hidrocarburos cuyo peso medio es del orden de 1300. Plastibase es el nombre comercial de una de estas mezclas constituida por cinco partes de polietileno (P.M. 21000) y 95 partes de parafina líquida.

Por sus propiedades es igual a la vaselina, pero a diferencia de esta última su consistencia permanece prácticamente invariable entre 15 y 60°C y no se modifica apreciablemente cuando se le adiciona una proporción elevada de sólidos. Su manipulación es, en consecuencia, más cómoda, particularmente en la producción a gran escala.

Libera los medicamentos mejor que la vaselina.

SILICONAS

Según el grado de polimerización, se obtienen desde líquidos fluidos hasta sólidos consistentes.

Las siliconas tienen cuatro propiedades básicas que las hacen extraordinariamente útiles desde el punto de vista farmacéutico y dermatológico:

³⁰ Idem Barbara Kozier pag. 1323

Hidrofobia: son extremadamente hidrorrepelentes

Gran inercia química (gran estabilidad)

Inocuidad y muy buena aceptación en la piel

Forman películas adherentes y finas sobre la piel.

En farmacia se usan las de consistencia fluida y se emplean adicionadas a otros excipientes, a los que les dan adherencia y capacidad oclusiva.

Forman parte de la fase oleosa de cremas emulsión, cuando se evapora el agua, recubren la piel en forma de película fina, emoliente y protectora y de oclusividad moderada debido al ínfimo espesor de la capa.

También se emplean en cremas hidrorrepelentes

CERAS

Son excipientes más polares que cualquiera de los anteriores. La más usada es la de abejas, lavada y purificada, llamada cera blanca, que se presenta en forma de laminillas o grumos esféricos.

Componentes:

-Ésteres de ácidos y alcoholes de elevado peso molecular (70%). Ésteres de ácidos saturados C14-20, y alcoholes de número par de átomos de carbono de entre C14 y 32.

-Ácidos libres (10-20%) C 14 a 30

-Hidrocarburos (10-20%) saturados.

El agua que incorporan es liberada fácilmente dando sensación refrescante.

Se usan mezcladas con parafinas líquidas o semisólidas, con aceites vegetales.

Forman los "ceratos" cuando el porcentaje de ceras es superior al 25 %.

Cuando tienen un contenido de glicerina superior al 50 % constituyen un glicerolado.

Glicéridos naturales y semisintéticos

Se usan aceite de oliva, de almendra y de cacahuete.

Constituidos por triglicéridos, en pequeña cantidad tienen ácidos grasos libres.

Se usan para reducir la consistencia de las pomadas añadidas a otros excipientes, como las ceras o las bases de absorción. Son bien tolerados, por eso se usan en pomadas que deben absorberse.

El miristato de isopropilo y el oleato de etilo tienen propiedades intermedias entre los aceites y las de los excipientes grasos propiamente dichos.

2.-Bases de absorción anhidras

Vehículos hidrófobos adicionados de emulgentes.

Son excipientes sin agua.

Se usan solas, como preparados emolientes pero que no tienen la marcada capacidad oclusiva de los excipientes grasos, pero mantienen un grado conveniente de hidratación en la piel.

Esta capacidad de absorber se establece, mediante el llamado Índice de agua que es la cantidad de agua que puede ser retenida de manera estable por 100 gramos de base a la temperatura ambiente (20 °C).

Las sustancias hidrófobas usadas para su elaboración son las vaselinas, las parafinas a las que se adicionan, como emulgentes, lanolina o sus derivados, o emulgentes sintéticos.

LANOLINA Y DERIVADOS

La lanolina constituye, por sí misma, una base de absorción. Es parecida por su constitución a las ceras pero más hidrófila.

Componentes:

Ésteres de ácidos y alcoholes de elevado PM (90-95%). Los ácidos grasos son cadena lineal C10 a 26 y también los hidroxiaácidos C12 a 20. Los alcoholes que forman los ésteres son alifáticos, esteroides y triterpénicos.

Ácidos y alcoholes libre 4 %

Hidrocarburos 4 %.

Contiene normalmente un 25 – 35 % de agua, sin embargo puede incorporar mayores cantidades de agua debido a la presencia de alcoholes grasos, que actúan como emulgentes, entre ellos el colesterol libre, cuya capacidad de incorporación de agua es muy elevada.

Es altamente compatible con la piel por la similitud de su composición con la de los lípidos cutáneos.

Inconvenientes: inestable, tacto desagradable y alto punto de fusión. Por eso, raramente se usa aislada, sino en combinación con otras sustancias o en forma de sus derivados (“alcoholes de lana”).

Con frecuencia se acude a la utilización de mezclas vaselina-lanolina con el fin de combinar la capacidad absorbente de la lanolina (acción a nivel dérmico) con la oclusividad de la vaselina (acción a nivel epidérmico). Estas bases de absorción, por sí mismas, previenen la evaporación y mantienen la hidratación del estrato córneo, favoreciendo en general la penetración de los fármacos.

VASELINAS Y PARAFINAS.

La vaselina y las parafinas líquida y sólida se obtienen mediante tratamiento adecuado de determinadas fracciones del petróleo bruto.

Sinonimias:

Vaselina líquida o parafina líquida o petrolato líquido

Vaselina blanca, semisólida o filante = parafina blanda o petrolato

Vaselina sólida es la parafina sólida (pf 45 – 65 °C)

La más usada es la blanca o filante.

Dentro de la vaselina líquida podemos encontrar una fluida y otra espesa según la densidad de la misma

Punto de fusión de la parafina blanca 28-45 °C.

La vaselina constituye un sistema de dos fases con estructura de gel.

Fase líquida: parafinas + isoparafinas líquidas + hidrocarburos olefínicos

Fase sólida: componente cristalino (n-parafina) + BBcomponente microcristalino (isoparafinas).

La plasticidad y la tixotropía características de una vaselina de alto valor farmacéutico sólo se presentan si existe una relación bien equilibrada entre parafinas cristalinas y microcristalinas por una parte y parafinas líquidas por otra.

La ductilidad (carácter filante) es atribuible a la porción microcristalina de isoparafinas y parafinas cíclicas.

El punto de fusión de las vaselinas oscila entre 38 y 60 grados, lo que garantiza una óptima extensibilidad sobre la piel.

Debido a su gran inercia química es compatible con la mayoría de los medicamentos y es muy estable.

Inconvenientes: difícil de eliminar, mancha la ropa.

Todas las vaselinas son altamente oclusivas y a menudo se emplean como emolientes, sólo para mantener una textura suave de la piel y favorecer el correcto desarrollo y formación del estrato córneo.

Las líquidas se usan para rebajar la consistencia de vehículos, las sólidas para aumentarlo, adicionadas a otros excipientes grasos.

ACEITES.

Los aceites naturales, son preparados con una fórmula balanceada en el que participan productos que cumplen diversas funciones, algunos agregan propiedades vitamínicas, otros suavizan la piel, algunos cicatrizan y desinfectan y otros mantienen la piel elástica dándole humedad y ayudando a su regeneración.

En la búsqueda mundial de la utilización productos naturales, los aceites están ganando mercado sobre las cremas y otros productos, al mantener la elasticidad de la piel evitando así su sequedad y ayudando así a evitar las arrugas de la misma, el origen vegetal de los mismos los hacen un gran atractivo para el consumidor.

Los aceites vegetales se obtienen a través de la extracción de plantas naturales, estas extracciones se hacen a veces de las hojas, otras de las flores, algunos de ellos son arbustos otros son árboles que crecen y se cosechan en diversas situaciones dadas por el tipo de tierra, régimen de climas y la naturaleza propia de la planta.

La historia de la utilización de aceites naturales es milenaria, algunos utilizados por placer gracias a su textura y aroma, otros con una función mas medicinal o curativa. Hoy el mundo actual los ha vuelto a descubrir, su utilización se va expandiendo en los más diversos tipos de productos y este crecimiento va en aumento gracias al conocimiento y resultados de estos aceites.

PROPIEDADES:

A continuación se encuentra una lista de algunos de los aceites naturales con sus propiedades según diversos estudios publicados.

Aceite de Aloe Vera: Rico en aminoácidos, vitamínico y suavizante de heridas y quemaduras.

Aceite de Romero: Vitamínico, buen regenerador de células y estimulante.

Caléndula: Gran poder astringente y curativo.

Aceite de Lavanda: Importante rejuvenecedor de células y rico en vitaminas.

Aceite de Almendras: Muy buen nutritivo para la piel, abundante en minerales como el calcio, fósforo y potasio.

Aceite de Enebro: Buen estimulante, regenerador y vitamínico.

Aceite de Hammamelis: Tónico y excelente suavizante, activa la circulación, abundante contenido de taninos y vaso constrictor.

Aceite de Joroba: Humecta la piel dándole tersura, la mantiene elástica gracias a su propiedad de restringir la salida del agua.

Aceite de Germen de Trigo: Conocido vitamínico y regenerador de la piel.

Aceite de Damasco: Muy buen suavizante y humectante de piel.³¹

4.6.2 DISPOSITIVOS DE SOPORTE.

Existen tres tipos de superficie de soporte que pueden ser utilizadas para aliviar la presión. El colchón superpuesto se coloca encima de un colchón de cama estándar. Un ejemplo es el colchón de forma de huevera. Un colchón sustitutorio es un colchón que reemplaza al colchón normal; la mayor parte de estos están hechos de combinaciones de esponja y gel. Las camas especiales sustituyen a las camas hospitalarias. Estas proporcionan el alivio de la presión, eliminan el cizallamiento y la fricción, y disminuyen la humedad.

Como ejemplo tenemos las camas de pérdida alta de aire, las camas de pérdida baja de aire, y las camas que proporcionan terapia cenesésica. Las camas ceneséticas proporcionan movilización pasiva continua o terapia de fluctuación, que tienen como objetivo contrarrestar los efectos de la inmovilidad de un cliente.

Cuando un paciente está confinado en cama o en una silla, pueden usarse dispositivos de alivio de presión, como una almohada hecha de esponja, gel, aire, o una combinación de estos. Cuando el paciente está sentado, el peso debe distribuirse sobre la superficie total de asiento, de manera que la presión no se centre tan solo en una zona. Para proteger los talones de un paciente que está en cama pueden utilizarse soportes como cuñas o almohadones para elevar los talones completamente fuera de la cama.

DISPOSITIVO	DESCRIPCION/COMENTARIOS.
1.-Almohadillas de gel flotante.	-Almohadillas de polivinilo, silicona o silastic rellenas de una sustancia gelatinosa parecida a la grasa.
2.-Pieles de cordero (naturales o artificiales)	-Algunos fabricantes producen protectores combinados de pieles naturales y sintéticas; los protectores

³¹ www.esmas/mujer/piel/32728.hotmail.Lubricantes de la piel

	artificiales es menos probable que es estropeen al lavarlos, pero pueden traspasar mas calor al paciente que las pieles naturales.
3.-Almohadas y cuñas (esponja, gel, aire, esponja y liquido.	-Pueden elevar una parte del cuerpo (p. Ej., los talones) fuera de la superficie de la cama.
4.-Protectores de talones (botas de piel de cordero, férulas almohadillas, cuñas de esponja.	-Reducen la presión sobre los talones cuando el paciente esta en la cama.
5.-Colchones con la superficie en forma de huevera.	-Colchones de esponja de poliuretano que se asemejan a las hueveras; algunos modelos son inflamables.
6.-Colchones de esponja.	-La esponja se amolda al cuerpo.
7.-Colchones de presión alternante.	-Compuestos de una serie de celdas en las que alternativamente se aumentan y disminuyen la presión; se utiliza una bomba.
8.-Camas de agua.	-Colchones especiales rellenos de agua; controlan la temperatura del agua.
9.-Camas de aire fluidificado (camas de perdida alta del aire estático).	-El aire forzado a presión y a una temperatura controlada circula por dentro de los millones de los minúsculos glóbulos recubiertos de silicona, produciendo un movimiento similar al de los fluidos. Proporcionando un soporte uniforme a los contornos corporales. Disminuye la maceración de la piel por sus efectos secantes. Las humedades del paciente traspasan las sábanas de la cama y empapan los glóbulos. El flujo del aire obliga a los glóbulos a separarse del cuerpo del paciente y rápidamente secan la sabana. La principal desventaja es que no se puede elevar la cabecera de la cama.
10.-Camas de perdida baja del aire estático.	-Consiste en muchas almohadillas rellenas de aire y divididas en cuatro o cinco secciones. Controles separados permiten que se hinchen cada una de las secciones a un nivel diferente de firmeza; por tanto la presión puede disminuirse en las prominencias óseas, pero puede aumentarse debajo de otras superficies corporales para darles soporte.
11.-Camas de pérdida baja del aire activa o de segunda generación.	-Son como las de aire estático, pero además pulsa o alternan el aire de un

	lado a otro suavemente, estimulando por tanto la circulación sanguínea capilar y facilitando la movilización de las secreciones pulmonares.
--	---

32

4.7 TIPOS DE ALIMENTACION.

4.7.1 ALIMENTACIÓN POR VÍA BUCAL.

CONCEPTO.

Conjunto de cuidados al paciente durante su alimentación por vía bucal.

OBJETIVOS:

- Proporcionar aquellos nutrimentos necesarios para mantener o recuperar la salud y prevenir enfermedades con complicaciones.
- Enseñar hábitos alimentarios

EQUIPO:

- Charola con dieta indicada
- Equipo para el aseo de manos

TECNICA:

PASOS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
1.- dar facilidad al paciente para la selección de alimentos, si su estado general y los reglamentos de la institución lo permiten.	-La enseñanza en relación al buen funcionamiento del aparato gastrointestinal tiene como base una dieta equilibrada, nutritiva y variada que sea compatible con los gustos del paciente.
2.- enviar al paciente al comedor si no existe contraindicación.	-Un ambiente social y emotivo favorece la nutrición.
3.- ofrecer ambiente limpio, tranquilo y agradable.	-Un ambiente terapéutico permite la satisfacción o solución de necesidades humanas. -Algunos tipos de microorganismos son capaces de producir infecciones.
4.- indicar u ofrecer facilidades al paciente para que lave sus manos.	-Las sensaciones orgánicas desagradables causan inquietud, tensión emocional o aumento de la irritabilidad de los estímulos. -La resistencia individual hacia las impresiones depende en parte del cuidado adecuado de la piel.
5.- colocar al paciente en posición	-La alineación cercana a la posición

³² Idem Barbara Kozier pag.843.

adecuada para su alimentación en base a sus condiciones físicas.	anatómica impide el esfuerzo o la tensión muscular innecesarios.
6.- vigilar que la dieta del paciente sea la indicada, además de considerar aroma, temperatura y aspecto.	<p>-La energía que posee un sujeto es la capacidad de este para realizar un trabajo.</p> <p>-La identificación y relación paciente-dieta, evita problemas o complicaciones al primero.</p> <p>-La alteración en la interrelación de necesidades humanas causa reacciones recíprocas en áreas funcionales.</p> <p>-Los órganos perceptores informan al organismo acerca del medio ambiente.</p>
7.- acercar los alimentos y utensilios necesarios para dar de comer al paciente.	<p>-La autoalimentación altera la nutrición.</p> <p>-La enfermedad y la hospitalización rompen los modelos de comportamiento previamente establecidos.</p> <p>-La identificación y aceptación de capacidades, limitaciones, sentimientos o actitudes, incrementan el sentimiento de seguridad y bienestar.</p>
8.- ayudar a comer al paciente si este se encuentra imposibilitado física y mentalmente.	<p>-Existen padecimientos o razones médicas que impiden o limitan la participación del paciente en su alimentación.</p> <p>-La comprensión del comportamiento humano en estados de salud o enfermedad contribuyen positivamente en el tratamiento del paciente.</p> <p>-La interacción y comunicación efectivas, contribuyen en el logro y conservación del equilibrio psicológico.</p>
9.- observar las reacciones del paciente.	<p>-El número de papilas gustativas funcionales disminuye con la edad.</p> <p>-El organismo humano responde física y psicológicamente a situaciones o experiencias perturbadoras.</p> <p>-La atención integral efectiva al paciente requiere de análisis e interpretación de datos observados.</p>
10.- orientar al paciente durante la alimentación sobre hábitos	-La interacción del personal de enfermería, paciente o familiares, es

alimentarios.	factor básico para determinar las formas en que deben satisfacerse o solucionarse las necesidades.
11.- retirar la charola y utensilios, colocar al paciente en posición indicada por el medico o por el paciente y dejar limpia y ordenada la unidad.	-Una posición cómoda y la limitación de actividad física después de la comida evitan nauseas, vómitos o regurgitación. -La falta de limpieza, orden y malos hábitos alimentarios alteran el funcionamiento digestivo.
12.- informar y registrar las reacciones del paciente presentadas durante la alimentación.	-Las costumbres locales familiares, religiosas, opiniones personales y situación económica influyen en la aceptación o en el rechazo de algunos alimentos. -Estados patológicos o alteraciones psíquicas influyen en la alimentación y en la nutrición. -Los estímulos físicos o emocionales alteran el funcionamiento digestivo.

4.7.2 ALIMENTACION ENTERAL.

CONCEPTO:

Procedimiento que permite introducir alimentación líquida a cavidad gástrica mediante una sonda nasogastrica.

OBJETIVO

Mantener el estado nutricional del paciente.

EQUIPO

Charola con equipo para intubación nasogastrica si es necesario, alimentación prescrita (comercial o preparada), triple y frasco vacío de 1000 ml. Con equipo de venoclisis y jeringa asepto de 50 ml.

TÉCNICA:

PASOS	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
1.- solicitar la formula prescrita	La temperatura de la formula corresponde a la temperatura corporal y no produce coagulación de los alimentos. La mayor parte de los microorganismos patógenos son mesofílicos. El agua caliente coagula las proteínas y estimula el desarrollo

	<p>microbiano.</p> <p>La dietoterapia consiste en adaptar, complementar o sustituir nutrimentos para cubrir las necesidades adicionales originadas por procesos patológicos.</p>
2.- colocar al paciente en posición sedente	<p>La relajación del cardias por la presencia e una sonda puede originar incapacidad para utilizar los mecanismos normales para prevenir la aspiración de líquidos.</p>
3.- vaciar la formula en un recipiente adecuado según técnica, previa adaptación a la sonda.	<p>La alimentación por sonda requiere de la introducción de alimentos líquidos por medio de una jeringa asepto.</p> <p>La gastroclisis requiere de la introducción de alimentos líquidos por medio de una jeringa asepto.</p> <p>La gastroclisis requiere de la introducción de alimentos líquidos gota a gota a la cavidad gástrica por medio de una sonda.</p> <p>A mayor altura mayor presión.</p> <p>Por acción de la gravedad los líquidos tienden a ir hacia abajo.</p>
4.- regular el flujo de la alimentación hasta su termino indicado	<p>Una cantidad de 200 a 300 ml. de formula liquida por gastroclisis pasa de 20 a 45 minutos.</p> <p>El flujo rápido ocasiona una sensación desagradable en nasofaringe y quizá hiperperistaltismo.</p> <p>La aparición de molestias abdominales u obstrucción determina la suspensión de la alimentación.</p> <p>La homogeneización de la mezcla evita obstrucciones en la sonda.</p>

<p>5.- introducir por sonda aproximadamente 20 ml. de agua al terminar de pasar la cantidad de alimento prescrita.</p>	<p>El ingreso de aire al estomago reduce distensión abdominal. La introducción de agua en la sonda evita su obstrucción y la mantiene limpia constantemente.</p>
<p>6.- retirar jeringa asepto o pinzar tubo de derivación del frasco, obturar la luz de la sonda nasogastrica y fijarla cubriendo su extremo con gasa</p>	<p>- Una sonda mal ajustada favorece regreso de contenido gástrico. La utilización de material aséptico mantiene la limpieza de la zona. La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estomago</p>
<p>7.- dejar cómodo y limpio al paciente y evitarle movimientos bruscos</p>	<p>El reposo posterior al procedimiento ayuda a prevenir la aspiración de contenido gástrico o vomito. El liquido tarda de 40 a 60 minutos en dejar la cavidad gástrica. La movilización del paciente encamado favorece la circulación en línea y aumenta el peristaltismo intestinal.</p>

4.7.3 NUTRICION PARENTERAL.

Es preciso efectuar control continuo meticuloso del paciente durante la nutrición parenteral total para evitar complicaciones y detectar efectos producidos por el cambio significativo de los líquidos, electrolitos, glucosa, aminoácidos, vitaminas y minerales.

Muchos de los problemas se magnifican por que los pacientes que reciben nutrición parenteral suelen estar enfermos, malnutridos y en ocasiones tienen supresión inmunitaria, por que los catéteres se dejan en un sitio durante largos periodos de tiempo, los intralipidos que se emplean en el tratamiento NPT favorecen el crecimiento de gran variedad de microorganismos por tanto el control de las infecciones es primordial durante este periodo de tratamiento.

EQUIPO:

-La solución para NPT que se haya ordenado.

INTERVENCION:

1. Se obtienen los datos de valoración basal.

MANERA DE INICIAR LA CANALIZACION:

2. Se retira la solución ordenada para NPT del refrigerador, una hora antes de emplearla: se verifican los ingredientes y la velocidad de administración según ordenes del expediente.

FUNDAMENTO: Si se introduce a la vena una solución fría puede ocasionar dolor, hipotermia, espasmo y constricción venosa.

3. Se examina la solución para determinar si esta transparente y libre de partículas y asegurarse que el recipiente no esta agrietado.

4. Tras colocar en forma correcta el catéter para NPT y confirmar su posición por placa radiográfica, se cambia el recipiente de la solución por otro de solución salina normal o dextrosa.

CONTROL CONTINUO DE LA SOLUCION.

5. Examínense El tubo del catéter para detectar fugas y obstrucciones.

6. Examínese el sitio de inserción del catéter para detectar signos de infiltración: por ejemplo, inflamación.

FUNDAMENTO: La infiltración de la solución NPT puede causar necrosis de los tejidos y gangrena de la dermis y epidermis.

7. Se observa al paciente para detectar signos de trombosis o tromboflebitis en el sitio de inserción del catéter (edema, enrojecimiento) y a lo largo del curso de la vena (dolor, inflamación del brazo, el cuello o la cara).

La tromboflebitis purulenta ocasiona secreciones purulentas que se observan en el sitio de inserción al aplicar una leve presión. Si se observa cualquier signo de este tipo se notifica al medico quien puede ordenar que se retire el catéter y se inicie una canalización con heparina en algún sitio venoso periférico.

8. Se vigilan los signos vitales cada cuatro horas. Si se observa fiebre o signos vitales anormales, se notifica al medico.

FUNDAMENTO: La elevación de temperatura es una de las primeras indicaciones de sepsis relacionada con el catéter.

9. Se examina la curación cada cuatro horas para ver si esta intacta y limpia o si hay sangrado. Se cambia por lo menos cada 48 horas o con mayor frecuencia si esta húmeda o floja siguiendo las normas de la institución.

10. Se cambia la nutrición cada 24 horas o según las normas de la institución.

11. Se sigue siempre técnica aséptica quirúrgica estricta al cambiar tubos soluciones y al realizar la curación.

12. Se verifican siempre las normas de la institución y los procedimientos antes de efectuar mediciones de presión venosa central, tomar muestras de sangre, introducir otras soluciones o inyectar medicamentos.

13. Antes de suministrar cualquier solución para NPT se verifica la fecha de caducidad la mayoría de las soluciones debe emplearse a las 24 horas de su preparación al menos que se haya refrigerado.

14. Se controla en forma continua y cuidadosa la velocidad de goteo y los resultados de las pruebas de laboratorio, para detectar complicaciones, como hiperglicemia o desequilibrio de electrolitos. Si se emplea una bomba para la canalización la velocidad es mas uniforme.

15. Se colocan muestras de orina de micciones dobles por lo menos cada 6 horas o según las normas de la institución, para determinar la densidad específica y los niveles de glucosa y acetona. Si la densidad específica es anormal, se notifica al medico, quien puede alterar los constituyentes de la alimentación parenteral. Además se la debe notificar si el nivel de glucosa se eleva al 2%.

Puede ordenar insulina suplementaria para que sea administrada por vía subcutánea o se añada directamente a la solución de NPT al prepararla.

16. Se registran los ingresos y egresos diarios de líquidos y el consumo de calorías como datos basales. De esta manera se pueden reponer de manera mas precisa las deficiencias de líquidos y electrolitos.

17. Se pesa al paciente a diario a la misma hora y con las mismas prendas. Un aumento de mas de 0.5 kilogramos por día indica exceso de liquido y debe reportarse.

18. Se controlan en forma continua los resultados de la prueba de laboratorio y reportar las observaciones anormales al medico.

-Asegurese de que se mantiene el drenaje por gravedad. Compruebe que no hay bucles del tubo por debajo de su punto de entrada en el recipiente de drenaje y de que este se encuentra por debajo del nivel de la vejiga del paciente.

-Observe el flujo de la orina cada 2 a 3, y registre color, olor y cualquier componente anormal de la misma. Si hay coágulos sanguíneos, compruebe el estado del catéter con mayor frecuencia, para ver si se ha obstruido.³³

³³ Idem Susana Rosales pag. 282

CAPITULO 5. ESTADO DEL ARTE

5.1 COMO UTILIZAR LOS APOSITOS DE ALGINATO.

Son apositos que absorben cantidades moderadas o abundantes de exudado. Los apositos de alginato, disponibles en hojas y libras no tejidas son productos fibrosos derivados de las algas marinas. Su principal componente, el ácido alginico, se convierte en sales de calcio (que a su vez son insolubles en agua) y sales de sodio (que son hidrosolubles).

Cuando se trata con alginato una herida con moderado o abundante exudado se forma una suave masa gelatinosa. El alginato, que puede absorber hasta 20 veces su peso en exudado, puede utilizarse en el caso de heridas infectadas y no infectadas. Dado que el alginato es altamente absorbente, no debe ser utilizado en heridas secas o en heridas con exudado mínimo ya que podría deshidratar la herida y retrasar la cicatrización.

MODO DE USO:

Coloque un aposito de alginato en el lecho de la herida como aposito principal; después añada un aposito secundario para sostener el alginato en su sitio y mantener el entorno de la herida húmedo. La elección adecuada del aposito secundario es tan importante como la elección correcta del aposito principal.

Las gasas o espumas de vaselina fijan el alginato y lo mantienen húmedo. Si la herida esta infectada, el aposito secundario debería ser no oclusivo, de forma que fuera posible controlar la herida.

Cuando utilice un aposito secundario, realice una valoración de la hidratación del aposito de alginato al retirarlo. Si el alginato ha absorbido el exudado de la herida como debería ser, este tendrá un aspecto gelatinoso. Pero si resulta difícil retirar el alginato, o material fibroso se adhiere a la base de la herida esto significa que la herida esta humada. Elija un aposito secundario para mantener la hidratación como por ejemplo gasas o espumas impregnadas o haga una nueva valoración respecto al uso de un alginato o de otro tipo de aposito como principal.

Debido al enorme numero de productos existentes en el mercado destinados al cuidado de las heridas, es esencial conocer las ventajas y desventajas de cada uno de los apositos. Con una elección adecuada del aposito disminuirá al numero de cambios de aposito, ahorrara tiempo de enfermería y contendrá los costes sin perjudicar los cambios del paciente.³⁴

³⁴ Cathy Thomas, Nursing 2000, octubre vol.18 no. 8 pag. 43

5.2 COMO UTILIZAR LA ESTIMULACION ELECTRICA PARA CURAR LAS HERIDAS.

La estimulación eléctrica puede ayudar a curar las heridas el incrementar la densidad y la perfusion capilar, mejorando su oxigenación y fomentando la granulación y la actividad de los fibroblastos.

La estimulación eléctrica puede aplicarse de dos formas. El primer método, un electrodo (de polaridad positiva o negativa) se aplica a un material conductor estéril, como una gasa humedecida con suero fisiológico aplicada sobre una herida. La superficie conductora del otro electrodo se aplica cerca, sobre piel integra y seca.

El segundo método implica poner las superficies conductoras de igual polaridad sobre la piel integra y seca a ambos lados de la herida, rodeándola. Un tercer electrodo, de polaridad opuesta se sitúa cerca en contacto con la piel (integra y seca).

En ambos métodos la frecuencia de impulsos se programa a cien pulsaciones y el voltaje se programa para descargar corriente que produce sensación de hormigueo de intensidad moderada, pero confortable (en la piel se mantiene su sensibilidad) o provoca una contracción muscular visible (en la piel insensible, como en el caso de pacientes con lesiones medulares) el voltaje requerido suele estar entre los 50 y 150 voltios.

La polaridad del electrodo o electrodos situados sobre o alrededor de la herida depende de sus necesidades clínicas. Para promover la autólisis se utiliza polaridad positiva para atraer a los neutrofilos y los macrófagos cargados negativamente. Para promover el desarrollo del tejido de granulación se utiliza la polaridad negativa, ya que actúa positivamente en las úlceras por presión diabéticas, varicosas y arteriales. El tratamiento esta contraindicado en paciente que presentan carcinomas celulares basales o escamosos en la herida o en su periferia, y en heridas con osteomielitis que no responden al tratamiento con antibióticos sistémicos. Este tratamiento también se debe evitar en caso de que la lesión contenga residuos de yodo o de plata yodatada, en caso de que el paciente sea portador de marcapasos o cuando la herida este situada sobre la región precordial.

En general la terapia de estimulación eléctrica se aplica de la misma manera sin tener en cuenta el tipo de herida. Sin embargo, podría necesitar cambiar la polaridad del electrodo y la dosis corriente aplicada a medida que se cura la herida.³⁵

³⁵ Cathy Thomas, Nursing 2003, agosto-septiembre, vol. 21, no. 7 pag. 51

HIPOTESIS.

H1 Las causas relacionadas con el personal de enfermería que provocan las úlceras por presión son la falta de movilización, la falta de curación, de higiene y protección de la piel y nutrición.

H0 Las causas relacionadas con el personal de enfermería que provocan las úlceras por presión no son la falta de movilización, de curación, de higiene y protección de la piel y nutrición.

MATERIAL Y METODO.

***MATERIAL**

*UNIVERSO: hospital de tercer nivel

*POBLACION:

servicios (Neurocirugía, Medicina. Interna sur y norte).

*MUESTRA:

Pacientes adultos con riesgo potencial de presentar úlceras por presión y los pacientes que presenten úlceras por presión estadio I y II de los 3 servicios .

*CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN:

*Todos los pacientes adultos con riesgo potencial de presentar úlceras por presión.

*Los pacientes que presenten úlceras por presión grado I.

*Los pacientes que presenten úlceras por presión grado II.

*Todas las enfermeras que cuenten con pacientes adultos con riesgo potencial de presentar úlceras por presión.

*Todas las enfermeras que cuenten con pacientes que presenten úlceras por presión grado I.

*Todas las enfermeras que cuenten con pacientes que presenten úlceras por presión grado II.

EXCLUSIÓN:

*Pacientes con úlceras por presión que presenten úlceras por presión en fase III y I.

*Pacientes con úlceras por presión que presenten úlceras por presión en fase III y II.

*Todas la enfermeras que cuenten con pacientes con úlceras por presión que presenten úlceras por presión en fase IV y I.

*Todas las enfermeras que cuente con pacientes con úlceras por presión que presenten úlceras por presión en fase IV y II.

*Pacientes que no se encuentren en los servicios mencionados.

*Pacientes que presenten úlceras por presión que no entren en la clasificación de acuerdo a la edad, (adolescentes).

ELIMINACIÓN:

*Enfermeras que no quieran participar

*Pacientes que no quieran participar en la muestra.

*Pacientes que se han ido de alta por mejoría.

*Pacientes que han sido dados de alta por defunción.

*Pacientes que han sido trasladados a otro servicio no contemplado en la muestra.

*TIPO DE ESTUDIO:

Prospectivo, por que es información recabada posteriormente al protocolo de investigación.

Descriptivo por que se va a estudiar a una sola población, en este caso el Hospital de tercer nivel.

Transversal por que solo se va a aplicar una sola vez a los pacientes y al personal de enfermería.

* **METODO.**

I. ETAPA DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Sé realizo una guía de observación, cuidados de enfermería para la prevención de úlceras por presión en el paciente adulto, con los siguientes apartados, objetivo, datos generales, instrucción de llenado, y consta de 106 reactivos de opción múltiple, con 106 reactivos dividido en 7 apartados de los cuales el primero son datos generales, el segundo es para valorar escalas de valoración de riesgo de padecer úlceras por presión contando con 2 reactivos, el tercero es para la movilización constando de 44 reactivos, el cuarto es para la curación de heridas que consta de 24 reactivos, el quinto es para la higiene de la piel con 17 reactivos, el sexto es para la protección de la piel contando con 5 reactivos y el séptimo es para la nutrición contando con 10 reactivos; todos los reactivos dirigidos a la prevención de las úlceras por presión.

II. ETAPA PRUEBA PILOTO.

Se realizo un oficio para los servicios que participaron los cuales fueron los servicios de oncología, cirugía general y ortopedia.

Esta guía observacional se aplico en los servicios de ortopedia, oncológica y cirugía general, se observaron los cuidados preventivos que realiza la enfermera en los pacientes con riesgo potencial de presentar úlceras por presión y los que se encuentran en estadio I y II, de los días 30 de mayo al 13 de junio en el turno matutino donde fueron 60 guías observacionales, aplicadas por las tituladas de la investigación.

Una vez aplicada los 60 instrumentos se prosigue a la codificación de los cuestionarios posteriormente a la validación del instrumento por medio del programa SPSS V.9, se confiabiliza el instrumento por medio del paquete estadístico alpha ,8448 quedando en las mismas condiciones.

III. ETAPA. VALIDACION Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

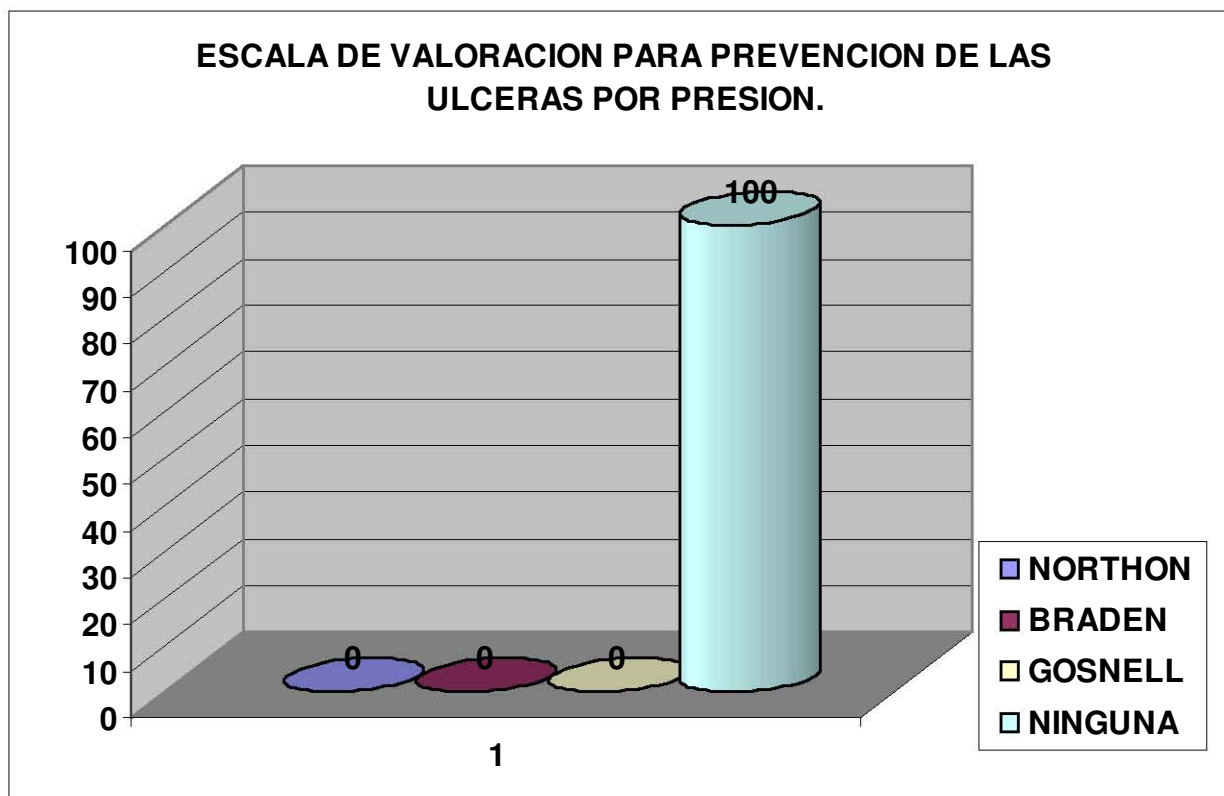
Se prosigue a aplicar, 150 instrumentos a pacientes con enfermeras que presentaron riesgo potencial de presentar úlceras por presión y a los que presentaron úlceras por presión grado I y II; este instrumento consto de 106 reactivos dividido en 7 apartados de los cuales el primero son datos generales, el segundo es para valorar escalas de valoración de riesgo de padecer úlceras por presión contando con 2 reactivos, el tercero es para la movilización constando de 44 reactivos, el cuarto es para la curación de heridas que consta de 24 reactivos, el quinto es para la higiene de la piel con 17 reactivos, el sexto es para la protección de la piel contando con 5 reactivos y el séptimo es para la nutrición contando con 10 reactivos en los servicios de medicina interna sur, medicina interna norte y neurocirugía del 20 de junio al 4 de julio, durante el turno matutino por las tituladas de la investigación.

IV. FASE. ANÁLISIS DE RESULTADOS

una vez aplicados los 150 instrumentos se realiza el vaciado de datos en el programa SPSS V.9,

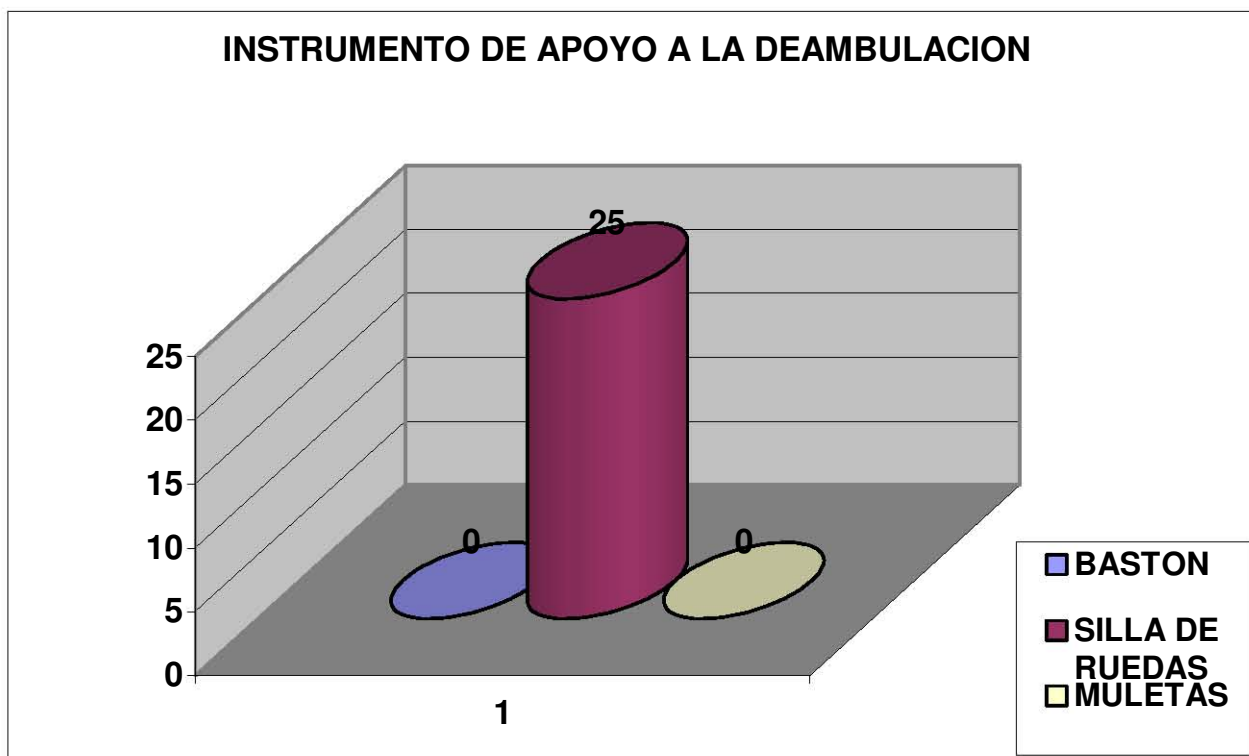
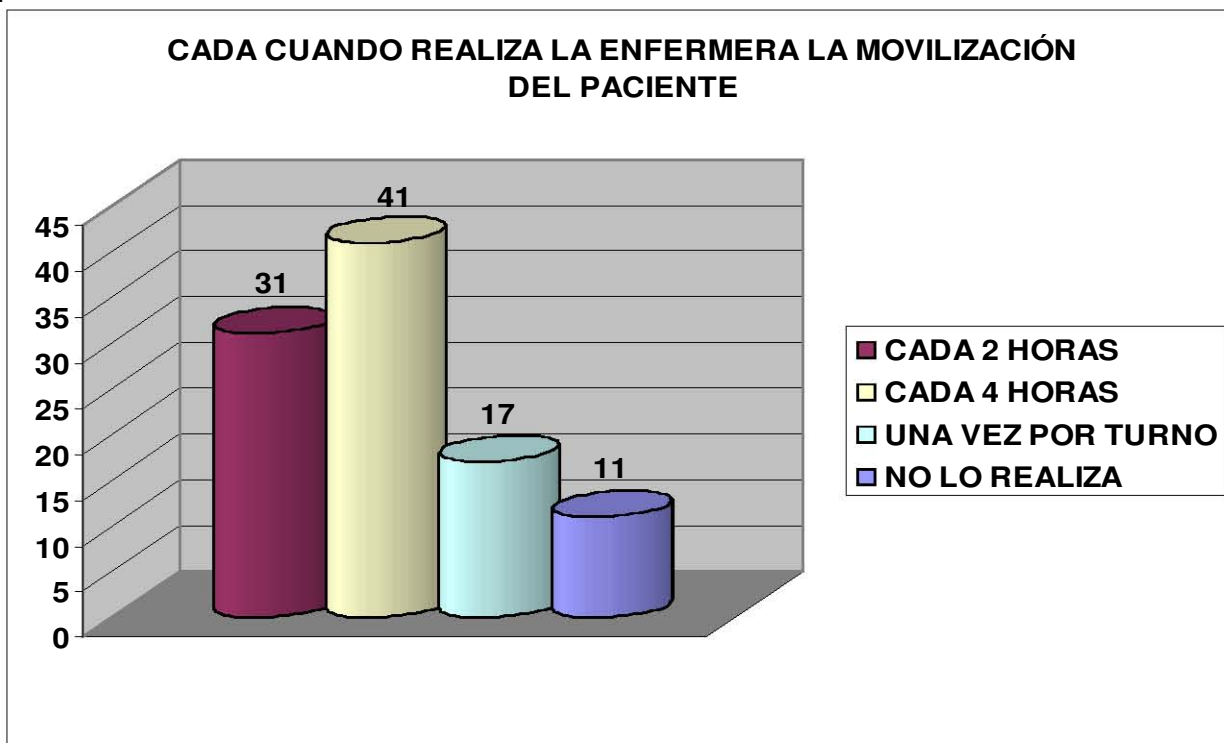
RESULTADOS.

Se aplicaron 150 guías observacionales a una muestra de 150 pacientes, en los servicios de neurocirugía, medicina interna norte y sur en el turno matutino del 20 de junio al 4 de julio de 2005, en el turno matutino dentro de un hospital de tercer nivel de los cuales se arrojaron los siguientes resultados:



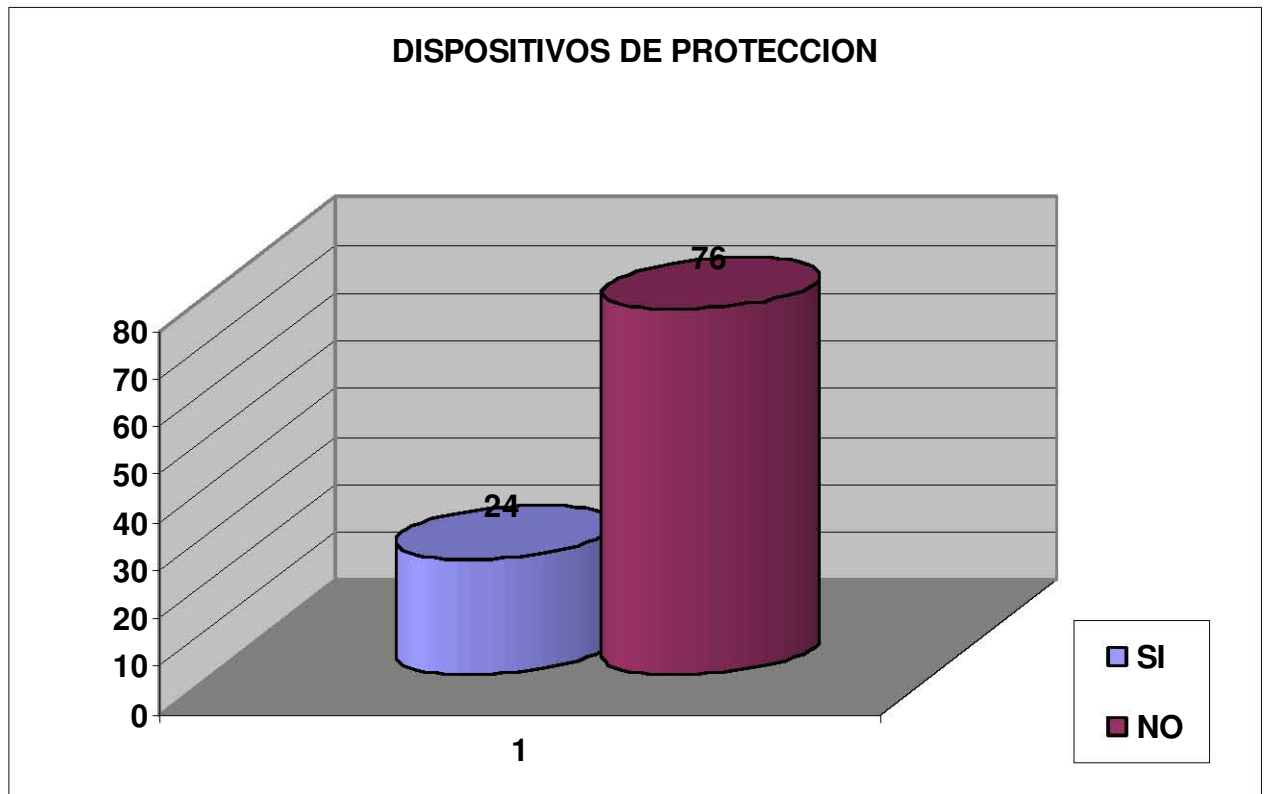
El 100% de las enfermeras utilizan alguna escala de valoración para la prevención de úlceras por presión.

En el 41% de los pacientes observados la enfermera realiza la movilización del paciente cada 4 horas

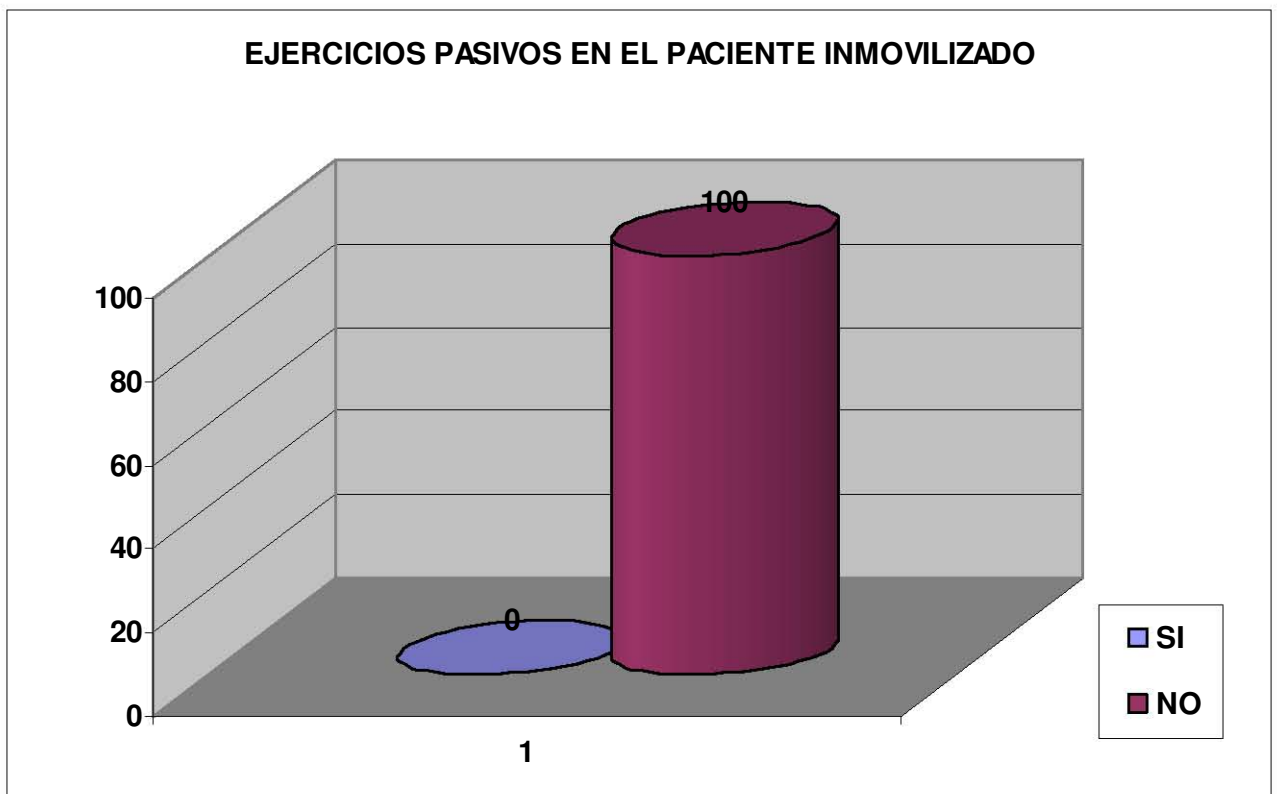


De un 100% en solo en el 25% de los pacientes es utilizado algún instrumento de apoyo a la deambulaci3n en este caso la silla de ruedas

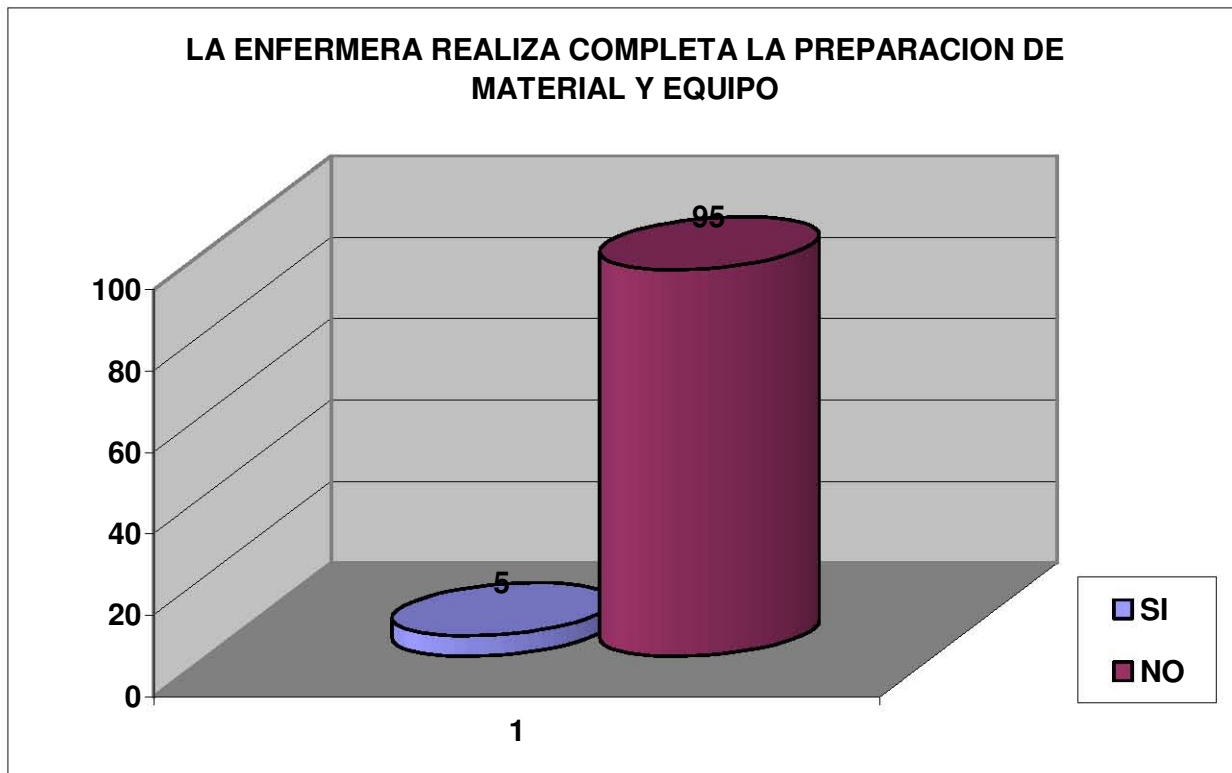
En el 88% de los pacientes no se le es colocado algún dispositivo de protección.



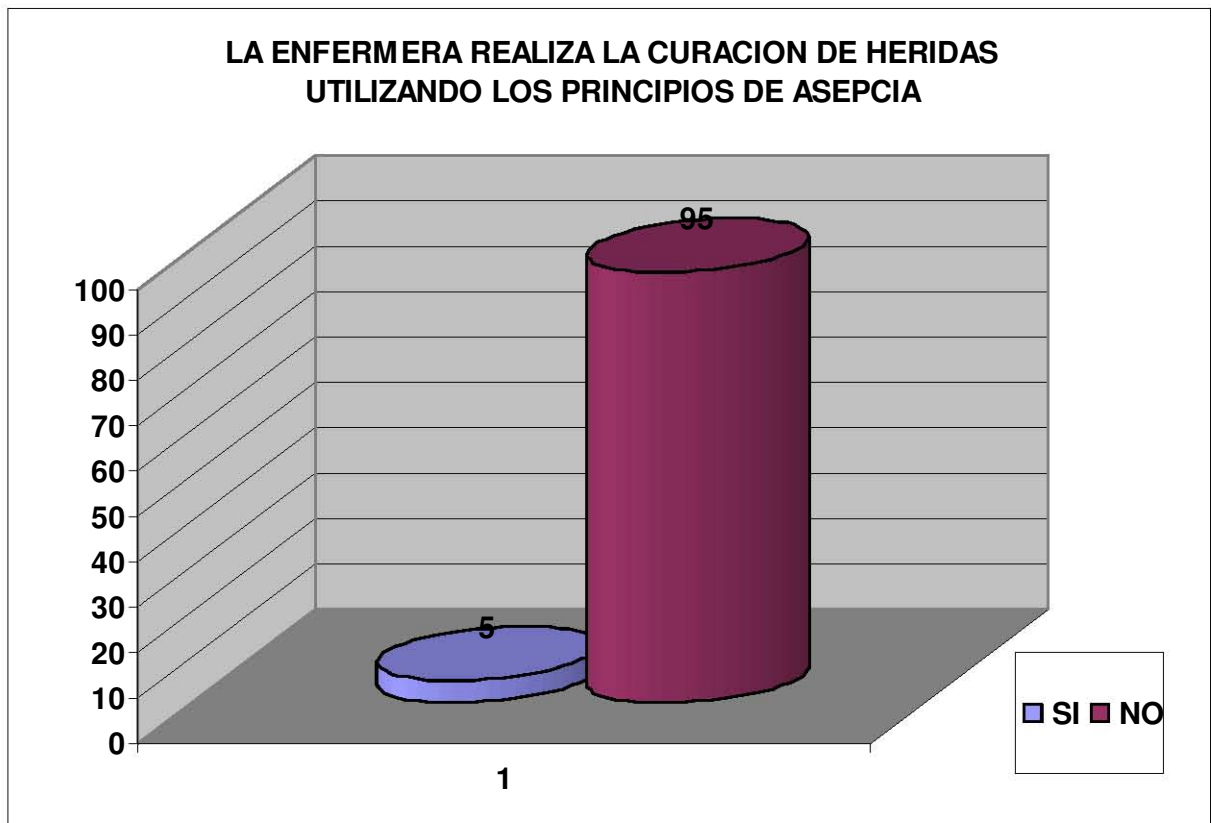
En el 100% de los pacientes no se le es realizado algún tipo de ejercicio pasivo por parte de la enfermera



En el 95% de los pacientes la enfermera no realiza la preparación completa de material y equipo.

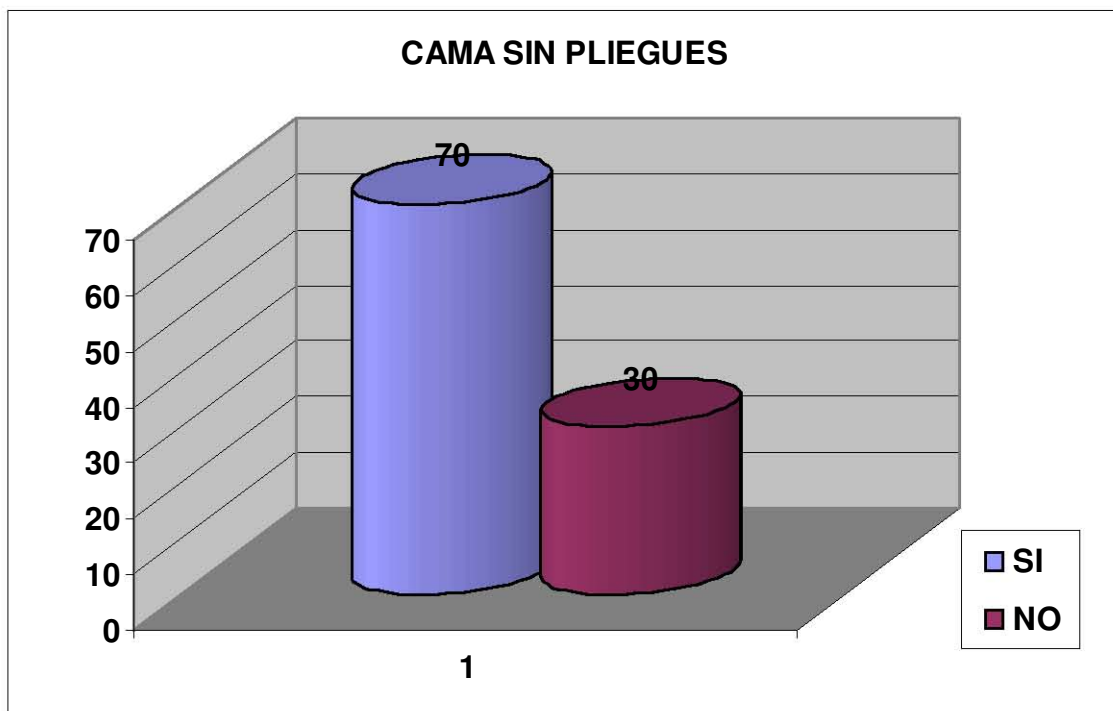


En el 95% de los pacientes la enfermera no realiza la curación de heridas utilizando los principios de asepsia.

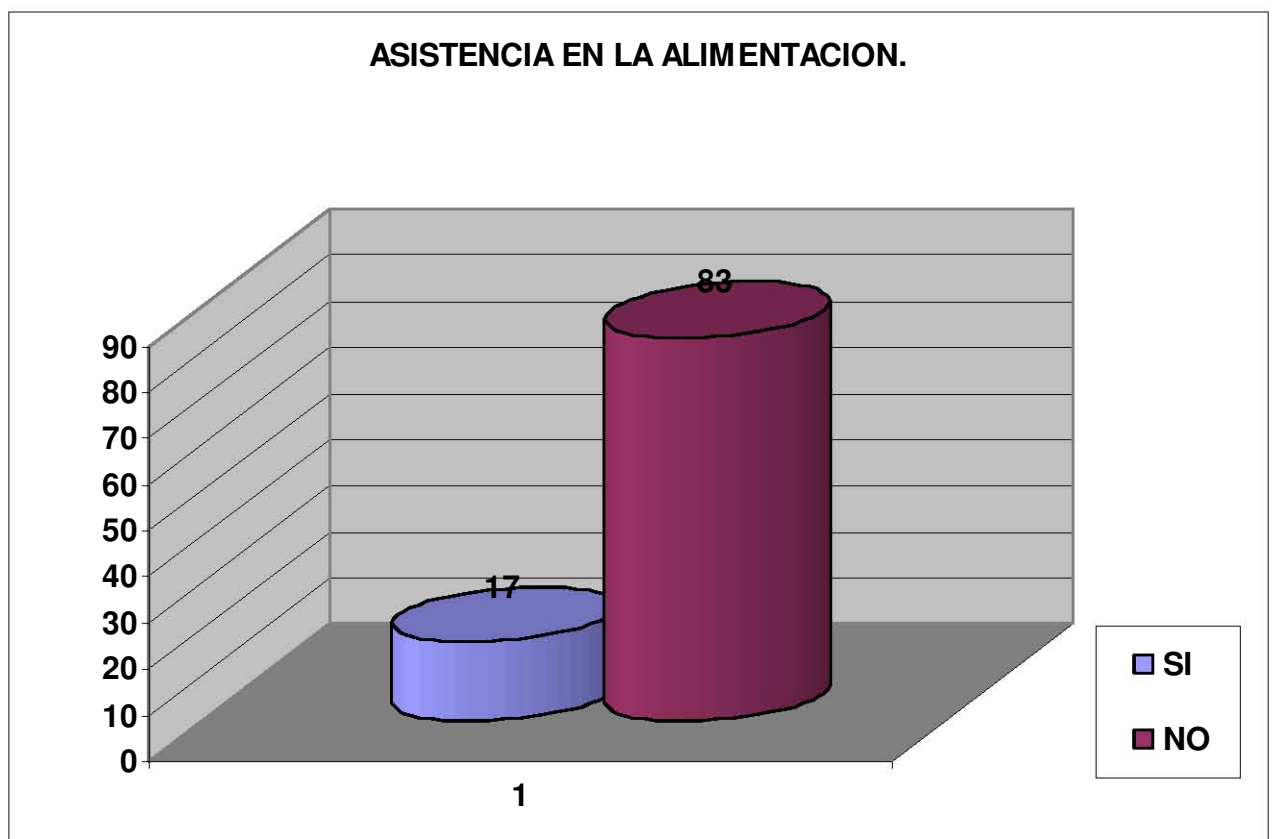
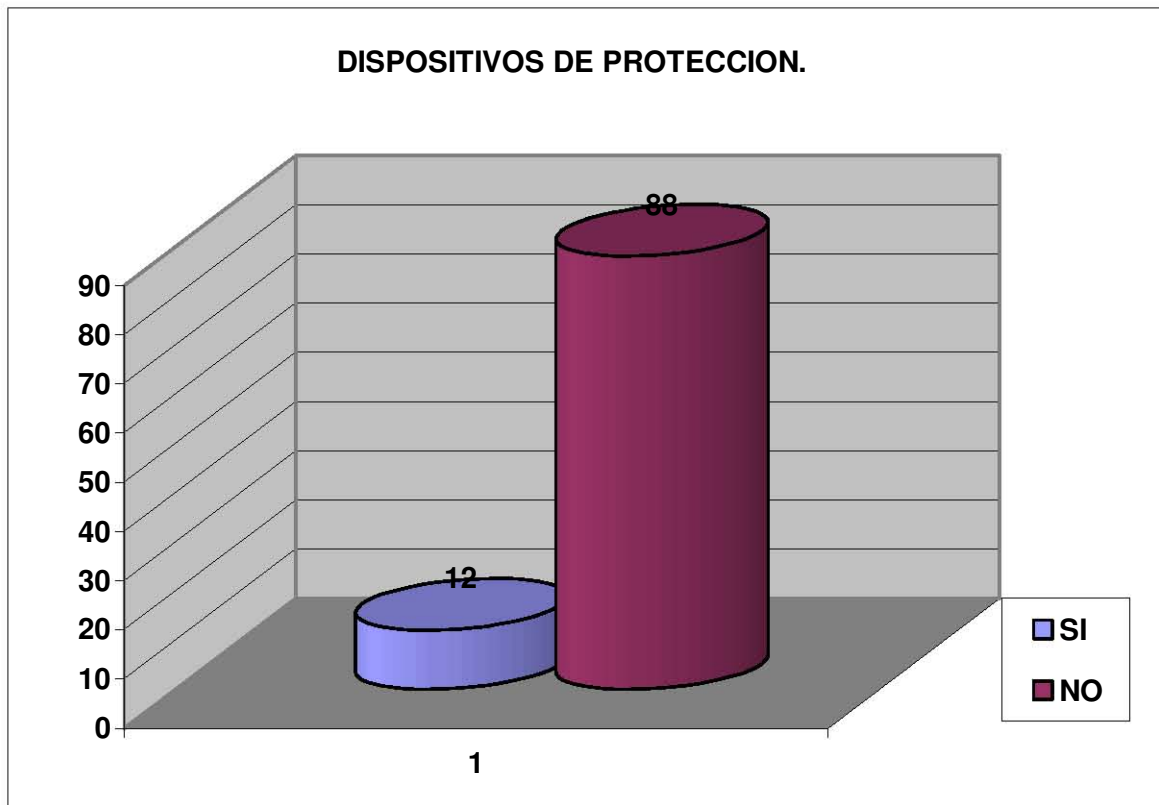


En el 47% de los pacientes la enfermera no realiza el secado de pliegues después del baño

Al 30% de los pacientes se le es realizado el tendido de cama con pliegues.



En el 88% de los pacientes no le es colocado algún dispositivo de protección



Al 83% de los pacientes no se les es asistido en la alimentación por parte del personal de enfermería

DISCUSION DE RESULTADOS.

Se realizo una comparación de datos en relación a una tesis encontrada en los archivos de la Universidad Autónoma de México la cual lleva por titulo como influyen las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes seniles hospitalizados en el centro medico Naval y hospital general de zona numero 8 del IMSS de enero a septiembre de 1995; la cual tenia como objetivo identificar las acciones que previenen las úlceras por presión, determinar la frecuencia con que se secarán los pacientes seniles inmovilizados y detectar la actitud del personal de enfermería hacia los pacientes seniles inmovilizados en las cuales se realizaron dos tipos de instrumento el primero una guía Observacional con una muestra de 120 pacientes con una edad promedio de 69 años y un cuestionario el cual fue aplicado a las enfermeras que en ese momento se hacían cargo de los pacientes de los cuales se encontró que en datos importantes como es el baño a pacientes al 42% de estos se les realizo baño diario y al 47% cada tercer día lo que quiere decir que en relación a la limpieza de pacientes en un hospital de tercer nivel se encuentra en situaciones similares. En relación con el secado de pliegues las enfermeras que llevan a cabo esta actividad a pacientes seniles con úlceras por presión fue en un 83% y al otro 17% no se le daba cuidado lo cual muestra una notable desventaja en relación al personal de esta institución. Al 81% de los pacientes ulcerados se les realiza la protección de prominencias óseas y al 19% queda totalmente desprotegidos, lo cual habla de una mayor atención en la protección de la piel en dichas instituciones en relación a esta institución. Se encuentra que el 47% de los pacientes se movilizan entre 1 y 4 horas aproximadamente mientras que en un 53% se mueven entre 5 y 8 horas, lo cual es favorable darnos cuenta que dentro de esta institución se lleva acabo una mayor movilización en el paciente con riesgo de padecer úlceras por presión y los pacientes que presentan dichas úlceras.

Todos estos porcentajes sobresalen ya que la enfermera es parte fundamental en la realización de dichos cuidados preventivos y curativos y posiblemente la enfermera no se de cuenta que su comportamiento laboral trae como resultado satisfacciones o insatisfacciones en el paciente ya que esto aumenta los días

estancia dentro de un hospital, deteriora la calidad de atención y afecta directamente a la economía del paciente.

CONCLUSIONES.

Se utilizó una guía de observación con 106 reactivos de opción múltiple la cual fue aplicada a 150 pacientes adultos dentro de los servicios de medicina interna norte, medicina interna sur y neurocirugía los cuales fueron seleccionados por presentar riesgo potencial de presentar úlceras por presión, por presentar dichas úlceras por presión en grado I y II y se encontró que en el caso de estos dos tipos de pacientes no se conoce y maneja algún tipo de escala para valorar las úlceras por presión.

Posteriormente se valoró la movilización en el paciente con movilidad parcial e inmovilidad total y se encontró que en un alto porcentaje de los pacientes no se realiza la movilización y que en los pacientes que se realiza la movilización una vez por turno es por que cuentan tienen inmovilidad total y en los pacientes que se realiza la movilización cada 4 horas y cada 2 horas es por que cuentan con una movilidad parcial

En el caso de utilización de instrumentos para auxiliar al paciente a la deambulación se observa que el instrumento de apoyo que utiliza la enfermera dentro de la institución es la silla de ruedas y en algunas ocasiones cuando no es utilizado algún tipo de instrumento es por que en el caso de los pacientes inmóviles.

En el caso del manejo de algún dispositivo de protección para la piel se observó que en minoría las enfermeras si utilizan algún dispositivo de protección ya que comúnmente no se coloca algún tipo de dispositivo ya sea el caso de colchón de agua, colchón de aire o utilización de cojines y almohadas, tomando como referencia que el dispositivo de protección mas utilizado es el colchón a agua.

En la realización de ejercicios pasivos y activos por parte del personal de enfermería en el paciente parcialmente inmóvil y con movilidad total se observó que no se es realizado algún tipo de estos ejercicios.

estancia dentro de un hospital, deteriora la calidad de atención y afecta directamente a la economía del paciente.

CONCLUSIONES.

Se utilizó una guía de observación con 106 reactivos de opción múltiple la cual fue aplicada a 150 pacientes adultos dentro de los servicios de medicina interna norte, medicina interna sur y neurocirugía los cuales fueron seleccionados por presentar riesgo potencial de presentar úlceras por presión, por presentar dichas úlceras por presión en grado I y II y se encontró que en el caso de estos dos tipos de pacientes no se conoce y maneja algún tipo de escala para valorar las úlceras por presión.

Posteriormente se valoró la movilización en el paciente con movilidad parcial e inmovilidad total y se encontró que en un alto porcentaje de los pacientes no se realiza la movilización y que en los pacientes que se realiza la movilización una vez por turno es por que cuentan tienen inmovilidad total y en los pacientes que se realiza la movilización cada 4 horas y cada 2 horas es por que cuentan con una movilidad parcial

En el caso de utilización de instrumentos para auxiliar al paciente a la deambulación se observa que el instrumento de apoyo que utiliza la enfermera dentro de la institución es la silla de ruedas y en algunas ocasiones cuando no es utilizado algún tipo de instrumento es por que en el caso de los pacientes inmóviles.

En el caso del manejo de algún dispositivo de protección para la piel se observó que en minoría las enfermeras si utilizan algún dispositivo de protección ya que comúnmente no se coloca algún tipo de dispositivo ya sea el caso de colchón de agua, colchón de aire o utilización de cojines y almohadas, tomando como referencia que el dispositivo de protección mas utilizado es el colchón a agua.

En la realización de ejercicios pasivos y activos por parte del personal de enfermería en el paciente parcialmente inmóvil y con movilidad total se observó que no se es realizado algún tipo de estos ejercicios.

En el caso de la curación de heridas tenemos que solo una cantidad mínima de los pacientes cuenta con atención adecuada para el tratamiento y curación de las úlceras por presión ya que los pacientes a los que se les realiza este procedimiento es por que las enfermeras que realizan este procedimiento son las enfermeras encargadas de la clínica de curación de heridas.

Se valoro también el secado de la piel después del baño y se observo que en poco mas de la mitad de los pacientes si se realiza el baño lo que es un poco preocupante ya que un factor desencadenante para presentar las úlceras por presión es la humedad pero en estos casos muchas de las veces estos pacientes son asistidos por los familiares y esto se deja a responsabilidad del mismo.

Posteriormente se valoro el tendido de cama sin pliegues observándose que en la mayoría de los pacientes si se realiza el tendido de cama de manera adecuada.

En el caso de la aplicación de algún dispositivo de protección por parte de enfermería tenemos que en una cantidad mínima de los pacientes si se aplica algún tipo de dispositivo de protección ya sea protectores de talones y codos, zapatos de piel de cordero y cojines o almohadas siendo mas notable el uso de cojines y almohadas para protección del paciente.

En el caso de la asistencia a la alimentación por parte del personal de enfermería en un mínimo porcentaje los pacientes se les es asistido y el otro restante no se les asiste ya sea por que el paciente cuenta con un familiar.

Entre las posibles causas que pudimos encontrar son que:

La enfermera no maneja algún tipo de escalas de valoración por la falta de promoción e interés en el cuidado de las úlceras por presión ya que en México no existe alguna institución donde se pueda capacitar al personal sobre este tema y por que a veces la información con la que se cuenta en el hospital no es revisada por iniciativa propia.

En el caso de la movilización la carga de trabajo que se presenta en algunos servicios no le permite a la enfermera brindar la movilización en el paciente cada 2 horas.

La falta de utilización de dispositivos de soporte es por que el hospital no cuenta con los recursos suficientes como para abastecer a cada uno de los pacientes con el dispositivo que necesita y a los pacientes que se les ha colocado es por que los familiares han facilitado dicho material.

La falta de conocimiento y promoción por el personal de enfermería condiciona la no realización de ejercicios pasivos.

Se ha observado que a los pacientes que no se les realiza la curación de úlceras por presión es por que no han detectado la presencia de dichas úlceras, por falta de iniciativa y por que en el caso de las úlceras por presión grado I no se esta indicada la curación de la úlcera por presión.

RECOMENDACIONES

Se considera que es importante la participación por parte del personal de los servicios de rehabilitación y clínica de curación de herida, ya que su acción contribuye de manera directa en el manejo preventivo de las UPP, así como también se considera importante que el dar educación y orientación continua sobre los cuidados preventivos de las úlceras por presión por lo consiguiente consentizar al personal de enfermería acerca de la magnitud de esta complicación lo cual le brinda a la enfermera los elementos necesarios para llevar a cabo un adecuado diagnostico en el paciente y así proporcionar cuidados preventivos en el paciente con riesgo de úlceras por presión.

BIBLIOGRAFIA.

- DESARROLLO CIENTIFICO DE ENFERMERIA, volumen 10 # 1, Enero-Febrero, 2002.
- ENFERMERIA CLINICA, volumen 2, # 5, Ed. Doyma, Septiembre-October, 1992.
- ENFERMERIA CLINICA, volumen 2 # 3, Ed. Doyma, Mayo-Junio, 1992.
- CATHY THOMAS HESS, Nursing 2000 octubre vol 18 numero 4 Mexico
- CATHY THOMAS HESS, Nursing febrero vol. 18 numero 2.
- TORTORA J GERARD, Principios de anatomía y fisiología, 5ta edic. México, ed. Harla, 1990.
- P.BORDES BARDILLA, Enfermería clinica vol 2, num. 5.
- BARBARA KOZIER, Fundamentos de enfermería, Tomo I y II, 5ta. Edic, España, ed. Mac Graw Hill.
- PATRICIA GAUTLETT BEARE, Enfermería medico quirúrgica vol. II 3ra. Edic, España Edit. Hartcourt-Mosby
- SUSANA ROSALES BARRERA, Fundamentos de enfermería. 2da. Edic México 1999 ed. Manual moderno.
- FREDERIC KOTTKE M. Medicina física y rehabilitación 4ta. Edic. Madrid 1993 Ed. Panamericana.
- BARBARA C. LONG, Enfermería medico quirúrgica 3ra edic. México D.F 1998 ed. Hartcout.

ANEXO. 1

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA EN ENFERMERIA

GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE ADULTO.

OBJETIVO: Identificar las actividades de enfermería que previenen las úlceras por presión en el paciente adulto dentro del Hospital Juárez.

FECHA: _____ HORA: _____ OBSERVADOR: _____

NOMBRE DEL SERVICIO: _____ NUMERO DE CAMA: _____ EDAD: _____

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

GRADO DE MOVILIDAD: _____

ESTADIO ULCERA POR PRESION: _____

INDICACIONES: Lea la pregunta y marque con una "X" la opción que considere acorde a la situación presentada durante la observación.

ESCALAS DE VALORACION DE RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESION.

1.- ¿La enfermera utiliza alguna escala para valorar el riesgo de padecer úlceras por presión?	Si			no
2.- Cual escala utiliza?	a)Northon	B)Braden	c)Gosnell	d)ninguna

MOVILIZACION.

3.- ¿Cada cuando la enfermera realiza la movilización en el paciente grado I y II?	a) cada 2 horas	b) una vez por tuno	c)cada 4 horas	d) No lo realiza
4.- ¿La enfermera coloca al paciente en posición semifowler, fowler, considerando el sitio de lesión por ulcera por presión?	si			no
5.- ¿En posición decúbito lateral?	si			no
6.- ¿En posición decúbito ventral?	si			no
7.- ¿En posición decúbito dorsal?	si			no
8.- ¿En posición sedente?	si			no
9.- ¿En caso de que el paciente cuente con un instrumento de apoyo a la deambulacion es utilizado por la enfermera?	si			no
10.- ¿Cual es el instrumento de apoyo que utiliza?	a) muletas	b) silla de ruedas	c) bastón	d) no utiliza
11.- Cuándo el paciente requiere de instrumento de apoyo y no cuenta con el la enfermera:	a) lo solicita	b) le indica al paciente que lo consiga	c) lo pide prestado	d) toma actitud pasiva
12.- ¿Cuándo el paciente requiere del uso de un instrumento de apoyo la enfermera se auxilia de otra persona?	si			no
13.- Cuando el paciente requiere el uso de bastón la enfermera le informa:	a) bien	b) mal	c) regular	d) no lo hace
14.- Durante su turno cuantas veces lo usa	a)1 vez	b) 2 veces	c)3 veces	d) no lo usa

15.- Cuando el paciente requiere el uso de silla de ruedas la enfermera le informa:	a) bien	b) mal	c) regular	d) no lo hace
16.- Durante su turno cuantas veces la usa	a)1 vez	b) 2 veces	c)3 veces	d) no lo usa
17.- Cuando el paciente requiere el uso de muletas la enfermera le informa:	a) bien	b) mal	c) regular	d) no lo hace
18.- Durante su turno cuantas veces la usa	a)1 vez	b) 2 veces	c)3 veces	d) no lo usa
19.- ¿Cuando el paciente presenta alguna limitación en el movimiento la enfermera coloca algún dispositivo de protección?	si			no
20.- ¿Cual es el que utiliza?	a)colchón de agua	b) colchón de aire	c) cojines, almohadas.	d) no utiliza
21.- En caso de que el hospital no cuente con dicho dispositivo la enfermera:	a) lo solicita al familiar	b) lo solicita	c) lo pide prestado	d) toma actitud pasiva
22.- En el paciente inmovilizado la enfermera realiza apertura de la articulación temporomandibular cada 4 horas.	si			no
23.- El cierre de la articulación temporomandibular.	si			no
24.- La flexión del cuello.	si			no
25.- La extensión del cuello.	si			no
26.- La flexión lateral del cuello.	si			no
27.- La rotación del cuello.	si			no
28.- La flexión de los hombros.	si			no
29.- La extensión de los hombros.	si			no
30.- La hiperextensión de los hombros.	si			no
31.- La abducción y aducción de los hombros.	si			no
32.- La flexión horizontal y extensión horizontal de los hombros.	si			no
33.- La rotación interna y externa de los hombros.	si			no
34.- La flexión y extensión de los codos.	si			no
35.- La rotación para supinación de los codos.	si			no
36.- La flexión y extensión de la muñeca.	si			no
37.- La hiperextensión de la muñeca.	si			no
38.- La flexión radial y cubital de la muñeca.	si			no
39.- La flexión y extensión de manos y dedos.	si			no
40.- La Hiperextensión de manos y dedos.	si			no
41.- La Abducción y aducción de manos y dedos.	si			no
42.- La flexión y extensión de dedos pulgares.	si			no
43.- La abducción y aducción de dedos pulgares.	si			no
44.- La oposición de dedos pulgares.	si			no
45.- La flexión y extensión de los tobillos.	si			no
46.- La enfermera realiza la eversión e inversión de los tobillos.	si			no
47.- La abducción y aducción de los tobillos.	si			no

CURACION DE HERIDAS.

48.- ¿La enfermera le informa al paciente el procedimiento que se realiza para la curación de su herida?	si			no
49.- ¿La enfermera realiza completa la preparación de: riñón, campo, solución fisiológica, guantes, cubre bocas, gasas, apósitos sencillos, apósitos especiales, tijeras y pinzas.	si			no
50.- ¿Realiza el lavado de manos?	si			no
51.-Al realizarlo se lava dorso, palmas, espacios interdigitales , uñas, nudillos y antebrazos	si			no
52.- ¿Se coloca cubrebocas para la curación de la herida?	si			no
53.- ¿Se coloca guantes estériles?	si			no

54.- ¿Realiza la colocación del campo estéril?	si			no
55.- ¿Qué tipo de solución utiliza para realizar la curación de las úlceras por presión grado I y II	a) jabón	b) isodine	c) fisiológ	d) no utiliza
56.- La enfermera realiza la curación de heridas utilizando el principio de asepsia de adentro hacia fuera de la lesión.	si			no
57.-Del centro ala periferia de la lesión.	si			no
58.- Con movimientos circulares en la lesión.	si			no
59.- De limpio a sucio de la lesión.	si			no
60.-De lo distal a lo proximal de la lesión.	si			no
61.-Por arrastre mecánico.	si			no
62.- La enfermera realiza el desbridamiento de la herida si esta lo amerita	si			no
63.- Que tipo de desbridamiento realiza:	a) manual	b) enzimático	c) autolitico	d) ninguno
64.- ¿La enfermera valora el aspecto de la herida?	si			no
65.- ¿El tamaño de la herida?	si			no
66.- ¿La presencia y características de las secreciones de la herida?	si			no
67.- ¿La presencia de tumefacción en la herida?	si			no
68.- ¿La presencia de dolor en la herida?	si			no
69.- ¿La enfermera utiliza algún aposito especial para la curación de úlceras por presión grado I y II?	si			no
70.- ¿Qué aposito utiliza?	a)hidrocoloides	b)hidrogeles	c) alginatos	d) ninguno
71.- ¿La enfermera realiza la colocación del aposito tomándolo por los bordes sin contaminarlo observando que quede libra de pliegues y realiza las fijaciones necesarios para conservar su duración de acuerdo al tiempo indicado?	si			no
72.- ¿Cada cuando realiza la enfermera la curación de úlceras por presión?	a) Una vez por turno	b) una vez al día	c) 2 veces al día	d) no la realiza

HIGIENE DE LA PIEL.

73.- ¿En caso de que el paciente pueda deambular la enfermera realiza baño de regadera?	si			no
74.- ¿Cada cuando lo realiza	a) una vez al día	b) cada tercer día	c)una por semana	d) no lo realiza
75.- ¿En caso de que el paciente este inmovilizado la enfermera realiza baño de esponja?	si			no
76.- Cada cuando lo realiza	a) una vez al día	b) cada tercer día	c)una por semana	d) no lo realiza
77.-¿La enfermera realiza el baño de esponja comenzando por la cabeza, posteriormente extremidades superiores, extremidades inferiores, genitales, espalda y región glútea utilizando el jabón y agua indispensable para el procedimiento y al mismo tiempo de manera rápida evitando así la hipotermia en el paciente?	si			no
78.- ¿Después del baño la enfermera realiza perfectamente el secado de pliegues, axilas y surcos submamaros?	si			no
79.- La enfermera realiza el tendido de cama abierta	si			no
80.- ¿Realiza completo el cambio de sábanas?	si			no
81.- ¿Cada cuando lo realiza?	a) diario	b) cada tercer día	c)una vez por semana	d) cuando sea necesario
82.- ¿Mantiene la cama sin pliegues?	si			no
83.- ¿En caso de que el paciente pueda mover las extremidades la enfermera mantiene el orinal a su alcance?	si			no

84.- ¿El paciente utiliza sonda foley a causa de su inmovilidad?	si			No
85.- ¿La enferma observa que la sonda vesical se encuentre instalada correctamente?	si			No
86.- ¿Verifica que no tenga fugas la sonda y la bolsa recolectora de orina?	si			No
87.- ¿El paciente utiliza pañal a causa de su inmovilidad?	si			No
88.- ¿En caso de que el paciente utilice pañal la enfermera realiza el cambio de pañal?	si			No
89.- ¿Cada cuando lo realiza?	a) una vez por turno	b) cuantas veces sea necesario	c) una vez al día	c) no lo realiza
90.- ¿Al realizar el cambio de pañal la enfermera se realiza lavado de manos quita el pañal sucio, observa la características de la evacuación, retira el residuo de la evacuación si lo hubiere, coloca el pañal al paciente, lo fija y lo deja cómodo	si			no

PROTECCION DE LA PIEL.

91.- ¿En el paciente inmovilizado la enfermera lubrica la piel de hombros, espalda y glúteos?	si			No
92.- ¿Cada cuando realiza la lubricación?	a) al momento del baño	b) cada cuatro horas	c) una vez por turno	d) no lo realiza.
93.- ¿Qué hidratante utiliza para la lubricación de las piel	a) aceite	b) cremas libres de alcohol	c) vaselina	d) no utiliza
94.- ¿Para protección de la piel la enfermera utiliza algún dispositivo de protección para la piel y prominencias óseas	si			No
95.- ¿Cuál?	a) protectores de talones y codos	b) zapatos de piel de cordero	c) cojines, almohadas.	d) no utiliza

NUTRICION.

96.- ¿Que tipo de alimentación requiere el paciente?	a) oral	b) enteral	c) parenteral	d) ayuno
97.- ¿La enfermera coloca en posición semifowler al paciente para su alimentación?	si			No
98.- ¿La enfermera solicita la dieta indicada?	si			No
99.- ¿Vigila que la dieta sea la indicada?	si			No
100.- ¿Acerca los alimentos y utensilios necesarios para dar de comer al paciente?	si			No
101.- ¿En caso de que el paciente se encuentre imposibilitado física o psíquicamente lo asiste en la alimentación?	si			No
102.- ¿En caso de que el paciente requiera de alimentación enteral solicita la formula prescrita?	si			No
103.- ¿Realiza la aspiración de residuo gástrico, coloca al paciente en posición semifowler y regula el flujo de la alimentación?	si			No
104.- ¿En caso de que el paciente requiera alimentación parenteral solicita la formula prescrita?	si			No
105.- ¿Coloca la nutrición parenteral, regula el goteo y deja cómodo al paciente?	si			No
106.- ¿Deja cómodo y limpio al paciente al termino de la dieta?	si			No

ANEXO. 2

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA EN ENFERMERIA**

GUIA DE OBSERVACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE ADULTO.

OBJETIVO: Identificar las actividades de enfermería que previenen las úlceras por presión en el paciente adulto dentro del Hospital Juárez.

NOMBRE DEL SERVICIO (SERVICIO)

- 1= NEUROCIRUGIA
- 2= MEDICINA INTERNA SUR
- 3= MEDICINA INTERNA NORTE

DIAGNOSTICO (DIAGNOST)

- 1= PROBLEMAS NEUROLOGICOS
- 2= PROBLEMAS RENALES
- 3= PROBLEMAS CARDIOVASCULARES
- 4= PROBLEMAS INFECTOCONTAGIOSOS
- 5= PROBLEMAS PULMONERES
- 6= PROBLEMAS HEMATO-ONCOLOGICOS
- 7= OTRAS PATOLOGIAS

GRADO DE MOVILIDAD (MOVILID)

- 0= INMOVIL
- 1= PARCIAL

ESTADIO DE LA ULCERA (ESTADIO)

- 0= NO PRESENTA
- 1= ESTADIO I
- 2= ESTADIO II
- 3= ESTADIO I Y II.

ESCALAS

1.- ¿La enfermera utiliza alguna escala para valorar el riesgo de padecer úlceras por presión? (ESCESION)

- 0= INCORRECTO
- 1= CORRECTO

2.- Cual escala utiliza? (ESCAUTIL)

- 0= NIGUNA
- 1= NORTHON
- 2= BRADEN
- 3= GOSNELL

✚ MOVILIDAD

3.- ¿Cada cuando la enfermera realiza la movilización en el paciente grado I y II? (MOVIGRAD)

- 0= NO LO REALIZA
- 1= CADA 2 HORAS
- 2= UNA VEZ POR TURNO
- 3= CADA 4 HORAS

4.- ¿La enfermera coloca al paciente en posición semifowler, fowler, considerando el sitio de lesión por ulcera por presión? (SEMIFOSI)

- 0= INCORRECTO
- 1= CORRECTO

5.- ¿En posición decúbito lateral? (DELATERA)

- 0= INCORRECTO
- 1= CORRECTO

6.- ¿En posición decúbito ventral? (DEVENTRA)

- 0= INCORRECTO
- 1= CORRECTO

7.- ¿En posición decúbito dorsal? (DEDORSAL)

- 0= INCORRECTO
- 1= CORRECTO

8.- ¿En posición sedente? (DESEDENT)

- 0= INCORRECTO
- 1= CORRECTO

9.- ¿En caso de que el paciente cuente con un instrumento de apoyo a la deambulacion es utilizado por la enfermera? (INSDEAMB)

- 0= INCORRECTO

1=CORRECTO

10.- ¿Cual es el instrumento de apoyo que utiliza? (INSDEAPO)

0=NO UTILIZA

1=MULETAS

2=SILLA DE RUEDAS

3=BASTON

11.-Cuándo el paciente requiere de instrumento de apoyo y no cuenta con el la enfermera: (INSCUENT)

0=TOMA UNA ACTITUD PASIVA

1=LO SOLICITA

2=LE INDICA AL PACIENTE QUE LO CONSIGA

3=LO PIDE PRESTADO.

12.- ¿Cuándo el paciente requiere del uso de un instrumento de apoyo la enfermera se auxilia de otra persona? (INSAUXIL)

0=INCORRECTO

1=CORRECTO

13.- ¿Cuando el paciente requiere el uso de bastón la enfermera le informa: (REQBASTO)

0=NO LO HACE

1=BIEN

2=MAL

3=REGULAR

14.-¿Durante su turno cuantas veces lo usa? (TURNOUSA)

0=NO LO USA

1=1 VEZ

2=2 VECES

3=3 VECES

15.-Cuando el paciente requiere el uso de silla de ruedas la enfermera le informa: (REQSILLA)

0=NO LO HACE

1=BIEN

2=MAL

3=REGULAR

16.- ¿Durante su turno cuantas veces la usa? (TUROSA)

0=NO LO USA
1=1 VEZ
2=2 VECES
3=3 VECES

17.-Cuando el paciente requiere el uso de muletas la enfermera le informa:
(REQMULET)

0=NO LO HACE
1=BIEN
2=MAL
3=REGULAR

18.-¿Durante su turno cuantas veces la usa? (VECES)

0=NO LO USA
1=1 VEZ
2=2 VECES
3=3 VECES

19.- ¿Cuando el paciente presenta alguna limitación en el movimiento la enfermera coloca algún dispositivo de protección? (DISPOPRO)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

20.-¿Cual es el que utiliza? (CUALUTIL)

0=NO UTILIZA
1=COLCHON DE AGUA
2=COLCHON DE AIRE
3=COJINES Y ALMOHADAS.

21.-En caso de que el hospital no cuente con dicho dispositivo la enfermera:
(DISPOSIT)

0=TOMA UNA ACTITUD PASIVA
1=LO SOLICITA AL FAMILIAR
2=LO SOLICITA
3=LO PIDE PRESTADO.

22.-¿En el paciente inmovilizado la enfermera realiza apertura de la articulación temporomandibular cada 4 horas? (APERARTI)

0=INCORRECTO

1=CORRECTO

23.-El cierre de la articulación temporomandibular. (CIERARTI)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

24.-La flexión del cuello. (FLEXICUE)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

25.-La extensión del cuello. (EXTECUEL)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

26.- La flexión lateral del cuello. (FLEXILATE)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

27.-La rotación del cuello. (ROTACUEL)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

28.-La flexión de los hombros. (FLEXIHOM)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

29.-La extensión de los hombros. (EXTENHOM)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

30.- La hiperextensión de los hombros. (HIPERHOM)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

31.- La abducción y aducción de los hombros. (ABDUCHOM)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

32.- La flexión horizontal y extensión horizontal de los hombros. (HORIZOHO)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

33.- La rotación interna y externa de los hombros. (ROTACHOM)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

34.- La flexión y extensión de los codos. (FLEXICOD)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

35.- La rotación para supinación de los codos. (ROTACODO)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

36.- La flexión y extensión de la muñeca. (FLEXIMUE)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

37.- La hiperextensión de la muñeca. (HIPERMUE)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

38.- La flexión radial y cubital de la muñeca. (FLEXIRAD)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

39.- La flexión y extensión de manos y dedos. (FLEXIMAN)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

40.- La Hiperextensión de manos y dedos. (HIPERMAN)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

41.- La Abducción y aducción de manos y dedos.(ABDUMANO)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

42.- La flexión y extensión de dedos pulgares. (FLEXIDED)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

43.- La abducción y aducción de dedos pulgares.(ABDUPULG)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

44.- La oposición de dedos pulgares.(OPOPULGA)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

45.- La flexión y extensión de los tobillos.(FLEXITOB)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

46.- La enfermera realiza la eversión e inversión de los tobillos. (EVERTOBI)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

47.- La abducción y aducción de los tobillos.(ABDUTOBI)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

CURACION DE HERIDAS

48.- ¿La enfermera le informa al paciente el procedimiento que se realiza para la curación de su herida? (PROCEREA)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

49.- ¿La enfermera realiza completa la preparación de: riñón, campo, solución fisiológica, guantes, cubre bocas, gasas, apósitos sencillos, apósitos especiales,

tijeras y pinzas. (MATERIAL)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

50.- ¿Realiza el lavado de manos? (LAVADOMA)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

51.-Al realizarlo se lava dorso, palmas, espacios interdigitales, uñas, nudillos y antebrazos. (LAVAUÑAS)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

52.- ¿Se coloca cubrebocas para la curación de la herida? (CUBREBOC)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

53.-¿Se coloca guantes estériles? (COGUANTE)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

54.-¿ Realiza la colocación del campo estéril? (CAMPOES)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

55.- ¿Qué tipo de solución utiliza para realizar la curación de las úlceras por presión grado I y II? (SOLUCION)

O=NO UTILIZA
1=JABON
2=ISODINE
3=FISIOLOGICA

56.- La enfermera realiza la curación de heridas utilizando el principio de asepsia de adentro hacia fuera de la lesión. (ADENTROF)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

57.-Del centro ala periferia de la lesión. (PERIFERI)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

58.- Con movimientos circulares en la lesión. (CIRCULAR)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

59.- De limpio a sucio de la lesión. (LIMPIOSU)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

60.-De lo distal a lo proximal de la lesión. (PROXIMAL)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

61.-Por arrastre mecánico. (ARRASTRE)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

62.- La enfermera realiza el desbridamiento de la herida si esta lo amerita (DESBRIDA)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

63.- Que tipo de desbridamiento realiza: (TIPODEBI)

O=NINGUNO
1=MANUAL
2=ENZIMATICO
3=AUTOLITICO

64.- ¿La enfermera valora el aspecto de la herida? (LASPECTO)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

65.- ¿El tamaño de la herida? (TAMAÑODE)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

66.- ¿La presencia y características de las secreciones de la herida? (SECRECIO)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

67.- ¿La presencia de tumefacción en la herida? (DETUMEFA)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

68.- ¿La presencia de dolor en la herida? (DOLORHER)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

69.- ¿La enfermera utiliza algún aposito especial para la curación de úlceras por presión grado I y II? (APOSESPE)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

70.- ¿Qué aposito utiliza? (APOSUTIL)

0=NINGUNO
1=HIDROCOLOIDES
2=HIDROGEL
3=ALGINATOS

71.- ¿La enfermera realiza la colocación del aposito tomándolo por los bordes sin contaminarlo observando que quede libre de pliegues y realiza las fijaciones necesarios para conservar su duración de acuerdo al tiempo indicado? (COLOAPOS)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

72.- ¿Cada cuando realiza la enfermera la curación de úlceras por presión? (CADACUAN)

0=NO LO REALIZA
1=UNA VEZ POR TURNO
2=UNA VEZ AL DIA
3=DOS VECES AL DIA

HIGIENE DE LA PIEL

73.- ¿En caso de que el paciente pueda deambular la enfermera realiza baño de

regadera? (BAÑOREGA)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

74.- ¿Cada cuando lo realiza? (CUANREAL)

0=NO LO REALIZA
1=UNA VEZ AL DIA
2=CADA TERCER DIA
3=UNA VEZ POR SEMANA

75.- ¿En caso de que el paciente este inmovilizado la enfermera realiza baño de esponja? (BAÑOESPO)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

76.- Cada cuando lo realiza (CACUREAL)

0=NO LO REALIZA
1=UNA VEZ AL DIA
2=CADA TERCER DIA
3=UNA VEZ POR SEMANA

77.-¿La enfermera realiza el baño de esponja comenzando por la cabeza, posteriormente extremidades superiores, extremidades inferiores, genitales, espalda y región glútea utilizando el jabón y agua indispensable para el procedimiento y al mismo tiempo de manera rápida evitando así la hipotermia en el paciente? (BAÑOCABE)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

78.- ¿Después del baño la enfermera realiza perfectamente el secado de pliegues, axilas y surcos submamaros? (SECADODE)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

79.- La enfermera realiza el tendido de cama abierta (CAMABIER)

0=INCORRECTO
1=CORRECTO

80.- ¿Realiza completo el cambio de sábanas? (CAMBIODE)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

81.- ¿Cada cuando lo realiza? (DACUANDO)

O=NO LO REALIZA
1=UNA VEZ AL DIA
2=CADA TERCER DIA
3=UNA VEZ POR SEMANA

82.- ¿Mantiene la cama sin pliegues? (PLIEGUES)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

83.- ¿En caso de que el paciente pueda mover las extremidades la enfermera mantiene el orinal a su alcance? (ELORINAL)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

84.- ¿El paciente utiliza sonda foley a causa de su inmovilidad? (SONDAFOL)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

85.- ¿La enferma observa que la sonda vesical se encuentre instalada correctamente? (SONDAVES)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

86.- ¿Verifica que no tenga fugas la sonda y la bolsa recolectora de orina? (FUGASBOL)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

87.- ¿El paciente utiliza pañal a causa de su inmovilidad? (PAÑALCAU)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

88.- ¿En caso de que el paciente utilizó pañal la enfermera realiza el cambio de pañal? (PAÑALCAM)

O=INCORRECTO

1=CORRECTO

89.- ¿Cada cuando lo realiza? (CADAREAL)

0=NO LO REALIZA

1=UNA POR TURNO

2=CUANTAS VECES SEA NECESARIO

3=UNA VEZ AL DIA

90.- ¿Al realizar el cambio de pañal la enfermera se realiza lavado de manos quita el pañal sucio, observa la características de la evacuación, retira el residuo de la evacuación si lo hubiere, coloca el pañal al paciente, lo fija y lo deja cómodo. (QUITASUC)

0=INCORRECTO

1=CORRECTO

PROTECCION DE LA PIEL

91.- ¿En el paciente inmovilizado la enfermera lubrica la piel de hombros, espalda y glúteos? (SESPALDA)

0=INCORRECTO

1=CORRECTO

92.- ¿Cada cuando realiza la lubricación? (LUBRICAC)

0=NO LO REALIZA

1=AL MOMENTO DEL BAÑO

3=CADA CUATRO HORAS

4=UNA VEZ POR TURNO

93.- ¿Qué hidratante utiliza para la lubricación de las piel (HIDRATAN)

0=NO UTILIZA

1=ACEITE

2=CREMAS LIBRES DE ALCOHOL

3=VASELINA

94.- ¿Para protección de la piel la enfermera utiliza algún dispositivo de protección para la piel y prominencias óseas? (DISPOSEA)

0=INCORRECTO

1=CORRECTO

95.- ¿Cuál? (CUAL)

O=NO UTILIZA
1=PROTECTORES DE TALONES Y CODOS
2=ZAPATOS DE PIEL DE CORDERO
3= COJINES Y ALMOHADAS

NUTRICION

96.- ¿Que tipo de alimentación requiere el paciente? (TIPOALIM)

O=AYUNO
1=ORAL
2=ENTERAL
3= PARENTERAL

97.- ¿La enfermera coloca en posición semifowler al paciente para su alimentación? (SEMIALIM)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

98.- ¿La enfermera solicita la dieta indicada? (SOLIDIET)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

99.- ¿Vigila que la dieta sea la indicada? (VIGIDIET)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

100.- ¿Acerca los alimentos y utensilios necesarios para dar de comer al paciente? (UTENSILI)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

101.- ¿En caso de que el paciente se encuentre imposibilitado física o psíquicamente lo asiste en la alimentación? (IMPOSIBILI)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

102.- ¿En caso de que el paciente requiera de alimentación enteral solicita la formula prescrita? (ALIMENTE)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

103.- ¿Realiza la aspiración de residuo gástrico, coloca al paciente en posición semifowler y regula el flujo de la alimentación? (RESIALIM)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

104.- ¿En caso de que el paciente requiera alimentación parenteral solicita la formula prescrita? (PARENTER)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

105.- ¿Coloca la nutrición parenteral, regula el goteo y deja cómodo al paciente? (NUTRIPAR)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

106.- ¿Deja cómodo y limpio al paciente al termino de la dieta? (LIMPIOAL)

O=INCORRECTO
1=CORRECTO

ANEXO. 3

LA ENFERMERA UTILIZA ALGUNA ESCALA PARA VALORAR EL RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESION

		LA ENFERMERA UTILIZA ALGUNA ESCALA PARA VALORAR EL RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESION	Total
		INCORRECTO	
NOMBRE DEL SERVICIO	MEDICINA INTERNA NORTE	45	45
	MEDICINA INTERNA SUR	50	50
	NEUROCIRUGIA	55	55
Total		150	150

CUAL ESCALA UTILIZA

		CUAL ESCALA	Total

		UTILIZA		
		INGUNA	NORTHON	
NOMBRE DEL SERVICIO	MEDICINA INTERNA NORTE	45		45
	MEDICINA INTERNA SUR	50		50
	NEUROCIRUGIA	54	1	55
Total		149	1	150

GRADO DE MOVILIDAD * ESTADIO DE LA ULCERA Crosstabulation

Count

		ESTADIO DE LA ULCERA				Total
		NO PRESENTA	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO I Y II	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL PARCIAL	59	21	13	19	112
		31	3	2	2	38
Total		90	24	15	21	150

GRADO DE MOVILIDAD * CADA CUANDO LA ENFERMERA REALIZA LA MOVILIZACION EN EL PACIENTE GRADO I Y II

Crosstab

Count

		CADA CUANDO LA ENFERMERA REALIZA LA MOVILIZACION EN EL PACIENTE GRADO I Y II				Total
		NO LO REALIZA	CADA 2 HORAS	UNA VEZ POR TURNO	CADA 4 HORAS	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL INMOVIL		25		13	38
		16	21	26	49	112
Total		16	46	26	62	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN POSICION DECUBITO VENTRAL

Crosstab

Count

		EN POSICION DECUBITO VENTRAL		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	24	14	38
	INMOVIL	107	5	112
Total		131	19	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN POSICION DECUBITO DORSAL

Crosstab

Count

		EN POSICION DECUBITO DORSAL		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	13	25	38
	INMOVIL	79	33	112
Total		92	58	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN POSICION SEDENTE

Crosstab

Count

		EN POSICION SEDENTE		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	19	19	38
	INMOVIL	98	14	112
Total		117	33	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL PACIENTE CUENTE CON UN INSTRUMENTO DE APOYO A LA DEAMBULACION ES UTILIZADO POR LA ENFERMERA

Crosstab

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE CUENTE CON UN INSTRUMENTO DE APOYO A LA DEAMBULACION ES UTILIZADO POR LA ENFERMERA		Total
		INCORRECTO		
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL INMOVIL	38	112	150
Total		150	150	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUAL ES EL INSTRUMENTO DE APOYO QUE UTILIZA

Crosstab

Count

		CUAL ES EL INSTRUMENTO DE APOYO QUE UTILIZA		Total
		NO UTILIZA	MULETAS	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL INMOVIL	38	1	112
Total		149	1	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DE INSTRUMENTO DE APOYO Y NO CUENTA CON EL LA

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DE INSTRUMENTO DE APOYO Y NO CUENTA CON EL LA ENFERMERA		Total
		TOMA UNA ACTITUD PASIVA	LO SOLICITA	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	23	15	38
	INMOVIL	79	33	112
Total		102	48	150

ENFE

RMERA

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DEL USO DE UN INSTRUMENTO DE APOYO LA ENFERMERA SE AUXILIA DE OTRA PERSONA

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DEL USO DE UN INSTRUMENTO DE APOYO LA ENFERMERA SE AUXILIA DE OTRA PERSONA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	13	25	38
	INMOVIL	54	58	112
Total		67	83	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE BASTON LA ENFERMERA LE INFORMA

Crosstab

Count		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE BASTON LA ENFERMERA LE INFORMA	
		NO LO HACE	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LO USA

Crosstab

Count		DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LO USA	
		NO LO USA	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

**GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL
USO DE SILLA DE RUEDAS LA ENFERMERA LE
INFORMA**

Crosstab

Count		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE SILLA DE RUEDAS LA ENFERMERA LE INFORMA		Total
		NO LO HACE		
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL		38	38
	INMOVIL		112	112
Total			150	150

**GRADO DE MOVILIDAD * DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES
LA USA**

Crosstab

Count		DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LA USA		Total
		NO LO USA	UNA VEZ	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	14	24	38
	INMOVIL	99	13	112
Total		113	37	150

**GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL
USO DE MULETAS LA ENFERMERA LE INFORMA**

Crosstab

Count		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE MULETAS LA ENFERMERA LE INFORMA	
		NO LO HACE	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LA USA

Crosstab

Count		DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LA USA	
		NO LO USA	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA LIMITACION EN EL MOVIMIENTO LA ENFERMERA COLOCA ALGUN DISPOSITIVO DE PROTECCION

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA LIMITACION EN EL MOVIMIENTO LA ENFERMERA COLOCA ALGUN DISPOSITIVO DE PROTECCION		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL INMOVIL	33	5	38
		81	31	112
Total		114	36	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUAL ES EL QUE UTILIZA

Crosstab

Count

		CUAL ES EL QUE UTILIZA			Total
		NO UTILIZA	COLCHON DE AIRE	COJINES Y ALMOHADAS	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL INMOVIL	33	5		38
		80	28	4	112
Total		113	33	4	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL HOSPITAL NO CUENTE CON DICHO DISPOSITIVO LA ENFERMERA

Crosstab

Count

		EN CASO DE QUE EL HOSPITAL NO CUENTE CON DICHO DISPOSITIVO LA ENFERMERA			Total
		TOMA UNA ACTITUD PASIVA	LO SOLICITA AL FAMILIAR	LO SOLICITA	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL INMOVIL	28	7	3	38
		74	30	8	112
Total		102	37	11	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN EL PACIENTE INMOVILIZADO LA ENFERMERA REALIZA APERTURA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CADA 4 HORAS

Crosstab

Count

		EN EL PACIENTE INMOVILIZADO LA ENFERMERA REALIZA APERTURA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CADA 4 HORAS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	37	1	38
	INMOVIL	111	1	112
Total		148	2	150

GRADO DE MOVILIDAD * EL CIERRE DE LA ARTICULACION TEMPOROMADIBULAR

Crosstab

Count

		EL CIERRE DE LA ARTICULACION TEMPOROMADIBULAR		Total
		INCORRECTO		
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38		38
	INMOVIL	112		112
Total		150		150

GRADO DE MOVILIDAD * LA FLEXION DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA FLEXION DEL CUELLO	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA EXTENSION DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA EXTENSION DEL CUELLO	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA FLEXION LATERAL DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA FLEXION LATERAL DEL CUELLO	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA ROTACION DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA ROTACION DEL CUELLO	Total
		INCORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA FLEXION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count

		LA FLEXION DE LOS HOMBROS	Total
		INCORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA EXTENSION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count

		LA EXTENSION DE LOS HOMBROS	Total
		INCORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA HIPEREXTENSION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count

		LA HIPEREXTENSION DE LOS HOMBROS	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA ABDUCCION Y ADUCCION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count

		LA ABDUCCION Y ADUCCION DE LOS HOMBROS	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * CADA CUANDO LA ENFERMERA REALIZA LA MOVILIZACION EN EL PACIENTE GRADO I Y II

Crosstab

Count

		CADA CUANDO LA ENFERMERA REALIZA LA MOVILIZACION EN EL PACIENTE GRADO I Y II			Total
		NO LO REALIZA	CADA 2 HORAS	UNA VEZ POR TURNO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL		25		38
	INMOVIL	16	21	26	112
Total		16	46	26	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN POSICION DECUBITO VENTRAL

Crosstab

Count

		EN POSICION DECUBITO VENTRAL		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	24	14	38
	INMOVIL	107	5	112
Total		131	19	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN POSICION DECUBITO DORSAL

Crosstab

Count

		EN POSICION DECUBITO DORSAL		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	13	25	38
	INMOVIL	79	33	112
Total		92	58	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN POSICION SEDENTE

Crosstab

Count

		EN POSICION SEDENTE		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	19	19	38
	INMOVIL	98	14	112
Total		117	33	150

RADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL PACIENTE CUENTE CON UN INSTRUMENTO DE APOYO A LA DEAMBULACION ES UTILIZADO POR LA ENFERMERA

Crosstab

Count		EN CASO DE QUE EL PACIENTE CUENTE CON UN INSTRUMENTO DE APOYO A LA DEAMBULACION ES UTILIZADO POR LA ENFERMERA	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUAL ES EL INSTRUMENTO DE APOYO QUE UTILIZA

Crosstab

Count		CUAL ES EL INSTRUMENTO DE APOYO QUE UTILIZA	
		NO UTILIZA	MULETAS
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	
	INMOVIL	111	1
Total		149	1

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DE INSTRUMENTO DE APOYO Y NO CUENTA CON EL LA ENFERMERA

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DE INSTRUMENTO DE APOYO Y NO CUENTA CON EL LA ENFERMERA		Total
		TOMA UNA ACTITUD PASIVA	LO SOLICITA	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	23	15	38
	INMOVIL	79	33	112
Total		102	48	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DEL USO DE UN INSTRUMENTO DE APOYO LA ENFERMERA SE AUXILIA DE OTRA PERSONA

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE DEL USO DE UN INSTRUMENTO DE APOYO LA ENFERMERA SE AUXILIA DE OTRA PERSONA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	13	25	38
	INMOVIL	54	58	112
Total		67	83	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE BASTON LA ENFERMERA LE INFORMA

Crosstab

Count		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE BASTON LA ENFERMERA LE INFORMA	
		NO LO HACE	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LO USA

Crosstab

Count		DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LO USA	
		NO LO USA	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE SILLA DE RUEDAS LA ENFERMERA LE INFORMA

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE SILLA DE RUEDAS LA ENFERMERA LE INFORMA		Total
		NO LO HACE		
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL		38	38
	INMOVIL		112	112
Total			150	150

GRADO DE MOVILIDAD * DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LA USA

Crosstab

Count

		DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LA USA		Total
		NO LO USA	UNA VEZ	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	14	24	38
	INMOVIL	99	13	112
Total		113	37	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE MULETAS LA ENFERMERA LE INFORMA

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE REQUIERE EL USO DE MULETAS LA ENFERMERA LE INFORMA	
		NO LO HACE	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LA USA

Crosstab

Count

		DURANTE SU TURNO CUANTAS VECES LA USA	
		NO LO USA	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

**GRADO DE MOVILIDAD * CUANDO EL PACIENTE PRESENTA
ALGUNA LIMITACION EN EL MOVIMIENTO LA ENFERMERA
COLOCA ALGUN DISPOSITIVO DE PROTECCION**

Crosstab

Count

		CUANDO EL PACIENTE PRESENTA ALGUNA LIMITACION EN EL MOVIMIENTO LA ENFERMERA COLOCA ALGUN DISPOSITIVO DE PROTECCION		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	33	5	38
	INMOVIL	81	31	112
Total		114	36	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUAL ES EL QUE UTILIZA

Crosstab

Count

		CUAL ES EL QUE UTILIZA			Total
		NO UTILIZA	COLCHON DE AIRE	COJINES Y ALMOHADAS	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	33	5		38
	INMOVIL	80	28	4	112
Total		113	33	4	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL HOSPITAL NO CUENTE CON DICHO DISPOSITIVO LA ENFERMERA

Crosstab

Count

		EN CASO DE QUE EL HOSPITAL NO CUENTE CON DICHO DISPOSITIVO LA ENFERMERA			Total
		TOMA UNA ACTITUD PASIVA	LO SOLICITA AL FAMILIAR	LO SOLICITA	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	28	7	3	38
	INMOVIL	74	30	8	112
Total		102	37	11	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN EL PACIENTE INMOVILIZADO LA ENFERMERA REALIZA APERTURA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CADA 4 HORAS

Crosstab

Count

		EN EL PACIENTE INMOVILIZADO LA ENFERMERA REALIZA APERTURA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CADA 4 HORAS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	37	1	38
	INMOVIL	111	1	112
Total		148	2	150

GRADO DE MOVILIDAD * EL CIERRE DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Crosstab

Count

		EL CIERRE DE LA ARTICULACION TEMPOROMADIBULAR	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA FLEXION DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA FLEXION DEL CUELLO	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA EXTENSION DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA EXTENSION DEL CUELLO	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA FLEXION LATERAL DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA FLEXION LATERAL DEL CUELLO	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA ROTACION DEL CUELLO

Crosstab

Count

		LA ROTACION DEL CUELLO	
		INCORRECTO	Total
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA FLEXION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count

		LA FLEXION DE LOS HOMBROS	Total
		INCORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA EXTENSION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count

		LA EXTENSION DE LOS HOMBROS	Total
		INCORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA HIPEREXTENSION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count

		LA HIPEREX TENSION DE LOS HOMBRO S	Total
		INCORR ECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38	38
	INMOVIL	112	112
Total		150	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA ABDUCCION Y ADUCCION DE LOS HOMBROS

Crosstab

Count		LA ABDUCCION Y ADUCCION DE LOS HOMBROS		Total
		INCORRECTO		
GRADO DE MOVILIDAD	PARCIAL	38		38
	INMOVIL	112		112
Total		150		150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA LE INFORMA AL PACIENTE QUE SE REALIZA LA CURACION DE SU HERIDA

Crosstab

Count		LA ENFERMERA LE INFORMA AL PACIENTE QUE SE REALIZA LA CURACION DE SU HERIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

**ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA REALIZA COMPLETA
LA PREPARACION DE: RIÑON, CAMPO, SOLUCION
FISIOLOGICA, GUANTES, CUBREBOCAS, GASAS, APOSITOS
SENCILLOS, APOSITOS ESPECIALES, TIJERAS Y PINZAS**

Crosstab

Count		LA ENFERMERA REALIZA COMPLETA LA PREPARACION DE: RIÑON, CAMPO, SOLUCION FISIOLOGICA, GUANTES, CUBREBOCAS, GASAS, APOSITOS SENCILLOS, APOSITOS ESPECIALES, TIJERAS Y PINZAS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * REALIZA EL LAVADO DE MANOS

Crosstab

Count		REALIZA EL LAVADO DE MANOS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

**ESTADIO DE LA ULCERA * AL REALIZARLO SE LAVA DORSO,
PALMAS, ESPACIOS INTERDIGITALES, UÑAS, NUDILLOS Y
ANTEBRAZO**

Crosstab

Count		AL REALIZARLO SE LAVA DORSO, PALMAS, ESPACIOS INTERDIGITALES, UÑAS, NUDILLOS Y ANTEBRAZO		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

**ESTADIO DE LA ULCERA * SE COLOCA CUBREBOCAS PARA LA
CURACION DE LA HERIDA**

Crosstab

Count		SE COLOCA CUBREBOCAS PARA LA CURACION DE LA HERIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * SE COLOCA GANTES ESTERILES

Crosstab

Count

		SE COLOCA GUANTES ESTERILES		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * REALIZA LA COLOCACION DEL CAMPO ESTERIL

Crosstab

Count

		REALIZA LA COLOCACION DEL CAMPO ESTERIL		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * QUE TIPO DE SOLUCION UTILIZA PARA REALIZAR LA CURACION DE LAS ULCERAS POR PRESION GRADO I Y II

Crosstab

Count

		QUE TIPO DE SOLUCION UTILIZA PARA REALIZAR LA CURACION DE LAS ULCERAS POR PRESION GRADO I Y II			Total
		NO UTILIZA	JABON	ISODINE	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18		3	21
	ESTADIO II	11	1	3	15
	ESTADIO I	24			24
	NO PRESENTA	90			90
Total		143	1	6	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA REALIZA LA CURACION DE HERIDAS UTILIZANDO EL PRINCIPIO DE ASEPSIA DE ADENTRO HACIA AFUERA DE LA

LESION

Crosstab

Count

		LA ENFERMERA REALIZA LA CURACION DE HERIDAS UTILIZANDO EL PRINCIPIO DE ASEPSIA DE ADENTRO HACIA AFUERA DE LA LESION		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * DEL CENTRO A LA PERIFERIA DE LA LESION

Crosstab

Count

		DEL CENTRO A LA PERIFERIA DE LA LESION		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * CON MOVIMIENTOS CIRCULARES EN LA LESION

Crosstab

Count

		CON MOVIMIENTOS CIRCULARES EN LA LESION		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * DE LIMPIO A SUCIO DE LA LESION

Crosstab

Count		DE LIMPIO A SUCIO DE LA LESION		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * DE LO DISTAL A LO PROXIMAL DE LA LESION

Crosstab

Count		DE LO DISTAL A LO PROXIMAL DE LA LESION		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * POR ARRASTRE MECANICO

Crosstab

Count		POR ARRASTRE MECANICO		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	19	2	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		144	6	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA REALIZA EL DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA SI ESTA LO AMERITA

Crosstab

Count

		LA ENFERMERA REALIZA EL DESBRIDAMIENTO DE LA HERIDA SI ESTA LO AMERITA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * QUE TIPO DE DEBRIDAMIENTO REALIZA

Crosstab

Count

		QUE TIPO DE DEBRIDAMIENTO REALIZA		Total
		NINGUNO	MANUAL	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA VALORA EL ASPECTO DE LA HERIDA

Crosstab

Count

		LA ENFERMERA VALORA EL ASPECTO DE LA HERIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * EL TAMAÑO DE LA HERIDA

Crosstab

Count

		EL TAMAÑO DE LA HERIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA PRESENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS SECRESIONES DE LA HERIDA

Crosstab

Count

		LA PRESENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS SECRESIONES DE LA HERIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA PRESENCIA DE TUMEFACCION EN LA HERIDA

Crosstab

Count

		LA PRESENCIA DE TUMEFACCION EN LA HERIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA PRESENCIA DE DOLOR EN LA HERIDA

Crosstab

Count

		LA PRESENCIA DE DOLOR EN LA HERIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA UTILIZA ALGUN APOSITO ESPECIAL PARA LA CURACION DE ULCERAS POR PRESION GRADO I Y II

Crosstab

Count

		LA ENFERMERA UTILIZA ALGUN APOSITO ESPECIAL PARA LA CURACION DE ULCERAS POR PRESION GRADO I Y II		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	13	2	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		145	5	150

ESTADIO DE LA ULCERA * QUE APOSITO UTILIZA

Crosstab

Count

		QUE APOSITO UTILIZA		Total
		NINGUNO	HIDROCO LOIDES	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	13	2	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		145	5	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA REALIZA LA COLOCACION DEL APOSITO TOMANDOLO POR LOS BORDES SIN CONTAMINARLO OBSERVANDO QUE QUEDE LIBRE DE PLIEGUES Y REALIZA LAS FIJACIONES NECESARIAS PARA CONSERVAR SU DURACION DE ACUERDO ALTIEMPO INDICADO

Crosstab

Count		LA ENFERMERA REALIZA LA COLOCACION DEL APOSITO TOMANDOLO POR LOS BORDES SIN CONTAMINARLO OBSERVANDO QUE QUEDE LIBRE DE PLIEGUES Y REALIZA LAS FIJACIONES NECESARIAS PARA CONSERVAR SU DURACION DE ACUERDO ALTIEMPO INDICADO		
		INCORRECTO	CORRECTO	Total
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	13	2	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		145	5	150

ESTADIO DE LA ULCERA * CADA CUANDO RELIZA LA ENFERMERA LA CURACION DE ULCERAS POR PRESION

Crosstab

Count

		CADA CUANDO RELIZA LA ENFERMERA LA CURACION DE ULCERAS POR PRESION		Total
		NO LO REALIZA	UNA VEZ AL DIA	
ESTADIO DE LA ULCERA	ESTADIO I Y II	18	3	21
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I	24		24
	NO PRESENTA	90		90
Total		143	7	150

**GRADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL PACIENTE
PUEDA DEAMBULAR LA ENFERMERA REALIZA BAÑO DE
REGADERA Crosstabulation**

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE PUEDA DEAMBULAR LA ENFERMERA REALIZA BAÑO DE REGADERA		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL PARCIAL	105 19	7 19	112 38
Total		124	26	150

**GRADO DE MOVILIDAD * CADA CUANDO LO REALIZA
Crosstabulation**

Count

		CADA CUANDO LO REALIZA		Total
		NO LO REALIZA	UNA VEZ AL DIA	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL PARCIAL	105 19	7 19	112 38
Total		124	26	150

**GRADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL PACIENTE ESTE
INMOVILIZADO LA ENFERMERA REALIZA BAÑO DE ESPONJA
Crosstabulation**

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE ESTE INMOVILIZADO LA ENFERMERA REALIZA BAÑO DE ESPONJA		Total
		INCORR ECTO	CORREC TO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL PARCIAL	40 32	72 6	112 38
Total		72	78	150

GRADO DE MOVILIDAD * CADA CUANDO LO REALIZA
Crosstabulation

Count

		CADA CUANDO LO REALIZA		Total
		NO LO REALIZA	UNA VEZ AL DIA	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	40	72	112
	PARCIAL	32	6	38
Total		72	78	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA ENFERMERA REALIZA EL BAÑO DE ESPONJA COMENZANDO POR LA CABEZA, POSTERIORMENTE EXTREMIDADES SUPERIORES, EXTREMIDADES INFERIORES, GENITALES, ESPALDA Y REGION GLUTEA UTILIZANDO EL AGUA Y JABON INDISPENSABLE PARA EL PROCEDIMIENTO DE MANERA RAPIDA
Crosstabulation

Count

		LA ENFERMERA REALIZA EL BAÑO DE ESPONJA COMENZANDO POR LA CABEZA, POSTERIORMENTE EXTREMIDADES SUPERIORES, EXTREMIDADES INFERIORES, GENITALES, ESPALDA Y REGION GLUTEA UTILIZANDO EL AGUA Y JABON INDISPENSABLE PARA EL PROCEDIMIENTO DE MANERA RAPIDA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	39	73	112
	PARCIAL	32	6	38
Total		71	79	150

**GRADO DE MOVILIDAD * DESPUES DEL BAÑO LA ENFERMERA
REALIZA PERFECTAMENTE AL SECADO DE PLIEGUES, AXILAS
Y SURCOS SUBMAMARIOS Crosstabulation**

Count

		DESPUES DEL BAÑO LA ENFERMERA REALIZA PERFECTAMENTE AL SECADO DE PLIEGUES, AXILAS Y SURCOS SUBMAMARIOS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	41	71	112
	PARCIAL	29	9	38
Total		70	80	150

**GRADO DE MOVILIDAD * LA ENFERMERA REALIZA
EL TENDIDO DE CAMA ABIERTA Crosstabulation**

Count

		LA ENFERMERA REALIZA EL TENDIDO DE CAMA ABIERTA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL		112	112
	PARCIAL		38	38
Total			150	150

**GRADO DE MOVILIDAD * REALIZA COMPLETO EL CAMBIO DE
SABANAS Crosstabulation**

Count

		REALIZA COMPLETO EL CAMBIO DE SABANAS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	2	110	112
	PARCIAL		38	38
Total		2	148	150

GRADO DE MOVILIDAD * CADA CUANDO LO REALIZA Crosstabulation

Count

		CADA CUANDO LO REALIZA		Total
		UNA VEZ AL DIA		
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	112		112
	PARCIAL	38		38
Total		150		150

GRADO DE MOVILIDAD * MANTIENE LA CAMA SIN PLIEGUES Crosstabulation

Count

		MANTIENE LA CAMA SIN PLIEGUES		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	33	79	112
	PARCIAL	12	26	38
Total		45	105	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL PACIENTE PUEDA MOVER LAS EXTREMIDADES LA ENFERMERA MANTIENE EL ORINAL A SU ALCANCE Crosstabulation

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE PUEDA MOVER LAS EXTREMIDADES LA ENFERMERA MANTIENE EL ORINAL A SU ALCANCE		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	78	34	112
	PARCIAL	28	10	38
Total		106	44	150

GRADO DE MOVILIDAD * EL PACIENTE UTILIZA SONDA FOLEY A CAUSA DE SU INMOVILIDAD Crosstabulation

Count

		EL PACIENTE UTILIZA SONDA FOLEY A CAUSA DE SU INMOVILIDAD		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	55	57	112
	PARCIAL	33	5	38
Total		88	62	150

GRADO DE MOVILIDAD * LA ENFERMERA OBSERVA QUE LA SONDA VESICAL SE ENCUENTRE INSTALADA CORRECTAMENTE Crosstabulation

Count

		LA ENFERMERA OBSERVA QUE LA SONDA VESICAL SE ENCUENTRE INSTALADA CORRECTAMENTE		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	97	15	112
	PARCIAL	36	2	38
Total		133	17	150

GRADO DE MOVILIDAD * VERIFICA QUE NO TENGA FUGAS LA SONDA Y LA BOLSA RECOLECTORA DE ORINA Crosstabulation

Count

		VERIFICA QUE NO TENGA FUGAS LA SONDA Y LA BOLSA RECOLECTORA DE ORINA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	101	11	112
	PARCIAL	35	3	38
Total		136	14	150

GRADO DE MOVILIDAD * EL PACIENTE UTILIZA PAÑAL A CAUSA DE SU INMOVILIDAD Crosstabulation

Count

		EL PACIENTE UTILIZA PAÑAL A CAUSA DE SU INMOVILIDAD		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL PARCIAL	53 23	59 15	112 38
Total		76	74	150

GRADO DE MOVILIDAD * EN CASO DE QUE EL PACIENTE UTILICE PAÑAL LA ENFERMERA REALIZA EL CAMBIO DE PAÑAL Crosstabulation

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE UTILICE PAÑAL LA ENFERMERA REALIZA EL CAMBIO DE PAÑAL			Total
		INCORRECTO	CORRECTO	2,00	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL PARCIAL	51 23	61 14	2 1	112 38
Total		74	75	1	150

GRADO DE MOVILIDAD * CADA CUANDO LO REALIZA Crosstabulation

Count

		CADA CUANDO LO REALIZA				Total
		NO LO REALIZA	UNA VEZ POR TURNO	CUANTAS VECES SEA NECESARIO	UNA VEZ AL DIA	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL PARCIAL	52 23	54 10	6 3	2 2	112 38
Total		75	64	9	2	150

**GRADO DE MOVILIDAD * AL REALIZAR EL CAMBIO DE PAÑAL
LA ENFERMERA SE REALIZA EL LAVADO DE MANOS QUITA EL
PAÑAL SUCIO OBSERVA LAS CARACTERISTICAS DE LA
EVACUACION, RETIRA EL RESIDUO DE LA EVACUACION SI LO
HUBIERE, COLOCA EL PAÑAL AL PACIENTE, LO FIJA Y LO
DEJA COMODO Crosstabulation**

Count

		AL REALIZAR EL CAMBIO DE PAÑAL LA ENFERMERA SE REALIZA EL LAVADO DE MANOS QUITA EL PAÑAL SUCIO OBSERVA LAS CARACTERISTICAS DE LA EVACUACION, RETIRA EL RESIDUO DE LA EVACUACION SI LO HUBIERE, COLOCA EL PAÑAL AL PACIENTE, LO FIJA Y LO DEJA COMODO		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	52	60	112
	PARCIAL	23	15	38
Total		75	75	150

**GRADO DE MOVILIDAD * EN EL PACIENTE INMOVILIZADO LA
ENFERMERA LIBRICA LA PIEL DE HOMBROS, ESPALDA Y
GLUTEOS Crosstabulation**

Count

		EN EL PACIENTE INMOVILIZADO LA ENFERMERA LIBRICA LA PIEL DE HOMBROS, ESPALDA Y GLUTEOS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	70	42	112
	PARCIAL	10	28	38
Total		80	70	150

GRADO DE MOVILIDAD * CADA CUANDO REALIZA LA LUBRICACION Crosstabulation

Count

		CADA CUANDO REALIZA LA LUBRICACION				Total
		NO LA REALIZA	AL MOMENTO DEL BAÑO	CADA CUATRO HORAS	UNA VEZ POR TURNO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	70	32	2	8	112
	PARCIAL	10	27	1		38
Total		80	59	3	8	150

GRADO DE MOVILIDAD * QUE HIDRATANTE UTILIZA PARA LA LUBRICACION DE LA PIEL Crosstabulation

Count

		QUE HIDRATANTE UTILIZA PARA LA LUBRICACION DE LA PIEL				Total
		NO UTILIZA	ACEITE	CREMAS LIBRES DE ALCOHOL	VASELINA	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	70	4	35	3	112
	PARCIAL	11	2	24	1	38
Total		81	6	59	4	150

GRADO DE MOVILIDAD * PARA PROTECCION DE LA PIEL LA ENFERMERA UTILIZA ALGUN DISPOSITIVO DE PROTECCION PARA LA PIEL Y PROMINENCIAS OSEAS Crosstabulation

Count

		PARA PROTECCION DE LA PIEL LA ENFERMERA UTILIZA ALGUN DISPOSITIVO DE PROTECCION PARA LA PIEL Y PROMINENCIAS OSEAS		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	96	16	112
	PARCIAL	36	2	38
Total		132	18	150

GRADO DE MOVILIDAD * CUAL Crosstabulation

Count

		CUAL			Total
		NO UTILIZA	PROTECTOR DE TALONES Y CODOS	COJINES Y ALMOHADAS	
GRADO DE MOVILIDAD	INMOVIL	96	2	14	112
	PARCIAL	36		2	38
Total		132	2	16	150

ESTADIO DE LA ULCERA * QUE TIPO DE ALIMENTACION REQUIERE EL PACIENTE Crosstabulation

Count

		QUE TIPO DE ALIMENTACION REQUIERE EL PACIENTE			Total
		AYUNO	ORAL	ENTERAL	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	10	73	7	90
	ESTADIO I	7	14	3	24
	ESTADIO II		4	11	15
	ESTADIO I Y II	4	8	9	21
Total		21	99	30	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA COLOCA EN POSICION SEMIFOWLER AL PACIENTE PARA SU ALIMENTACION Crosstabulation

Count

		LA ENFERMERA COLOCA EN POSICION SEMIFOWLER AL PACIENTE PARA SU ALIMENTACION		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	17	73	90
	ESTADIO I	10	14	24
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I Y II	13	8	21
Total		51	99	150

ESTADIO DE LA ULCERA * LA ENFERMERA SOLICITA LA DIETA INDICADA Crosstabulation

Count

		LA ENFERMERA SOLICITA LA DIETA INDICADA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	17	73	90
	ESTADIO I	10	14	24
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I Y II	13	8	21
Total		51	99	150

ESTADIO DE LA ULCERA * VIGILA QUE LA DIETA SEA LA INDICADA Crosstabulation

Count

		VIGILA QUE LA DIETA SEA LA INDICADA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	17	73	90
	ESTADIO I	10	14	24
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I Y II	13	8	21
Total		51	99	150

ESTADIO DE LA ULCERA * ACERCA LOS ALIMENTOS Y UTENSILIOS NECESARIOS PARA DAR DE COMER AL PACIENTE Crosstabulation

Count

		ACERCA LOS ALIMENTOS Y UTENSILIOS NECESARIOS PARA DAR DE COMER AL PACIENTE		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	51	39	90
	ESTADIO I	18	6	24
	ESTADIO II	11	4	15
	ESTADIO I Y II	19	2	21
Total		99	51	150

**ESTADIO DE LA ULCERA * EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE
ENCUENTRE IMPOSIBILITADO FISICA O PSIQUICAMENTE LO
ASISTE EN LA ALIMENTACION Crosstabulation**

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE IMPOSIBILITADO FISICA O PSIQUICAMENTE LO ASISTE EN LA ALIMENTACION		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	73	17	90
	ESTADIO I	21	3	24
	ESTADIO II	12	3	15
	ESTADIO I Y II	19	2	21
Total		125	25	150

**ESTADIO DE LA ULCERA * EN CASO DE QUE EL PACIENTE
REQUIERA DE ALIMENTACION ENTERAL SOLICITA LA FORMULA
PRESCRITA Crosstabulation**

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE REQUIERA DE ALIMENTACION ENTERAL SOLICITA LA FORMULA PRESCRITA		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	83	7	90
	ESTADIO I	21	3	24
	ESTADIO II	4	11	15
	ESTADIO I Y II	12	9	21
Total		120	30	150

ESTADIO DE LA ULCERA * REALIZA LA ASPIRACION DE RESIDUO GASTRICO, COLOCA AL PACIENTE EN POSICION SEMIFOWLER Y REGULA EL FLUJO DE LA ALIMENTACION Crosstabulation

Count

		REALIZA LA ASPIRACION DE RESIDUO GASTRICO, COLOCA AL PACIENTE EN POSICION SEMIFOWLER Y REGULA EL FLUJO DE LA ALIMENTACION		Total
		INCORRECTO	CORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	83	7	90
	ESTADIO I	21	3	24
	ESTADIO II	4	11	15
	ESTADIO I Y II	12	9	21
Total		120	30	150

ESTADIO DE LA ULCERA * EN CASO DE QUE EL PACIENTE REQUIERA ALIMENTACION PARENTERAL SOLICITA LA FORMULA PRESCRITA Crosstabulation

Count

		EN CASO DE QUE EL PACIENTE REQUIERA ALIMENTACION PARENTERAL SOLICITA LA FORMULA PRESCRITA	Total
		INCORRECTO	
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	90	90
	ESTADIO I	24	24
	ESTADIO II	15	15
	ESTADIO I Y II	21	21
Total		150	150

**ESTADIO DE LA ULCERA * COLOCA LA NUTRICION
PARENTERAL, REGULA EL GOTEY Y DEJA COMODO
AL PACIENTE Crosstabulation**

Count

		COLOCA LA NUTRICI ON PARENT ERAL, REGULA EL GOTEO Y DEJA COMODO AL PACIENT E	
		INCORR ECTO	Total
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	90	90
	ESTADIO I	24	24
	ESTADIO II	15	15
	ESTADIO I Y II	21	21
Total		150	150

**ESTADIO DE LA ULCERA * DEJA COMODO Y LIMPIO AL PACIENTE
AL TERMINO DE LA DIETA Crosstabulation**

Count

		DEJA COMODO Y LIMPIO AL PACIENTE AL TERMINO DE LA DIETA		
		INCORR ECTO	CORREC TO	Total
ESTADIO DE LA ULCERA	NO PRESENTA	32	58	90
	ESTADIO I	10	14	24
	ESTADIO II	1	14	15
	ESTADIO I Y II	7	14	21
Total		50	100	150

