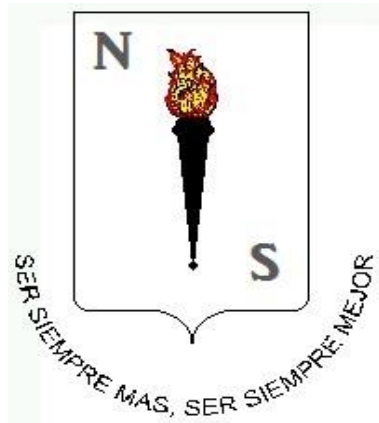


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS
**LABOR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE ULCERAS POR
PRESIÓN**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
ROSA LILIA CAMPOS DE LA CRUZ

ASESORA DE TESIS:
LIC.EN ENF.MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PREDRERO.

MORELIA, MICHOACÁN. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

A mis padres, saturnino campos y estela De la cruz Guzmán por haberme brindado su apoyo incondicional, humanista y espiritual en todo momento durante toda mi formación académica. A ellos es el triunfo y para ellos es todo mi agradecimiento.

Me permito hacer mención que en el trascurso de mi carrera experimente tropiezos, triunfos y ahora que me encuentro en final de otra etapa de mi vida, dedico todas mis victoria a quienes confiaron en mí, y no solo eso, me dieron la oportunidad de estudiar en una institución de esta, como lo es la escuela de nuestra señora de la salud.

A todos mis profesores y compañeros que contribuyeron de manera directa e indirecta en mi formación personal y profesional durante toda mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada quiero agradecer a DIOS por haberme permitido culminar este proyecto de vida que el mismo eligió para mí y terminar con bien el presente trabajo.

A mis padres a quienes agradezco de forma especial por llenar mi vida de ilusiones, bendiciones y sabios consejos, quienes me impulsaron a iniciar mi superación personal. Por contar con su apoyo, tanto moral y económico para hacer de mi vida lo que hoy soy.

A mis hermanos por haberme brindado su apoyo y orientación para reafirmar y fortalecer mis objetivos con base a sus experiencias.

A la Dra. Yanitzia Álvarez reyes por su paciencia y orientación para la realización del presente trabajo.

Al hospital de nuestra señora de la salud por haberme brindado su campo laboral para mi enseñanza y practica así como los recursos para llevara a cabo la realización del presente trabajo.

A mis compañeros y amigos que me apoyaron en momentos de dificultad.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS.....	13
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
HIPOTESIS	14
TEORIA DE FLORENCE NIGHTINGALE	15
1.2 DESARROLLO DEL TRABAJO TEÓRICO.....	15
1.2.1 CONCEPTOS DE LA DISCIPLINA SEGÚN LA TEORIA FLORENCE	15
METODOLOGÍA.....	16
CRITERIOS.....	16
1.3 CRITERIO DE INCLUCIÓN.....	16
1.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	16
LIMITES.....	16
MARCO TEORICO	17
CAPITULO I: EL CUIDADO	17
RECUERDO ANATOMICO Y FISIOLÓGICO:.....	18
LA PIEL:.....	18
1.4 DEFINICIÓN:	18
1.1.3BASE DE CONOCIMIENTO CIENTIFICO:	20
1.5 TEGUMENTO NORMAL:.....	20
LA EPIDERMIS:.....	20
2. MOVILIDAD-INMOVILIDAD.....	21
2.1BASE DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO.	21
2.3EFECTOS SISTEMICOS.	22

1CAMBIOS METABÓLICOS.....	22
2.3.2CAMBIOS MUSCULO ESQUELÉTICOS:.....	23
2.4CAMBIOS LIGADOS AL DESARROLLO.....	25
ADULTOS.....	25
ANCIANOS.....	25
2.4.3RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL ANCIANO.....	26
2.5PROCESO EN LA ATENCION DEL ALINEAMIENTO CORPORAL DE LA MOVILIDAD.....	27
2.5.1VALORACION:.....	27
2.5.2MOVILIDAD.....	27
2.6.3: INMOVILIDAD.....	27
2.7PLAN DE CUIDADOS.....	28
2.7.1PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	28
2.7.2VALORACIÓN.....	28
2.8PLANIFICACION Y EJECUCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE UPP:.....	30
2.8.1EVALUACION:.....	31
2.9 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:.....	32
3. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA.....	32
3.1 PREVENCIÓN EN Y TRATAMIENTO DE (UPP).....	32
4. MEDIDAS GENERALES PARA LA REALIZACION DE LA CURA.....	33
5. MANEJO DE LA INFECCION:.....	35
5.1 MANEJO DEL EXUDADO ABUNDANTE:.....	36
6. MANEJO DE LA NECROSIS/ENFACELOS.....	36
6.1TIPOS DE TEJIDO DESBRIDAMIENTO.....	36
TEJIDO DESVITALIZADO:.....	36
7. NORMAS BASICAS PARA LA OBTENCION DE UNA MUESTRA DE EXUDADO DE UNA UPP.....	38
7.1DESCRIPCION CUTANEA:.....	38

7.2 FROTIS DE LA LESIÓN MEDIANTE HISOPO:.....	39
8. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UPP EN CUIDADOS PALIATIVOS:.....	40
CAPITULO II: ULCERAS POR PRESIÓN.	41
2.1 DEFINICION:.....	42
HISTORIA:.....	42
CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGIA:	43
2.2 EPIDEMIOLOGÍA	43
ETIOLOGÍA.....	43
2.3 FISIOPATOLOGÍA:	44
FACTORES DE RIESGO:	44
1.6 DETERIORO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL:.....	45
1.6.1 DETERIORO DE LA FUNCIÓN MOTORA:	45
CLINICA.....	45
CRONOPATOLOGIA. Clasificación	46
VALORACIÓN CLÍNICA.....	48
VALORACIÓN DEL PACIENTE.....	48
2. VALORACIÓN DE LA LESIÓN.....	48
COMPLICACIONES:	50
1.7 COMPLICACIONES PRIMARIAS:	50
1.7.1 COMPLICACIONES SECUNDARIAS:.....	51
CAPITULO III: INSTRUMENTACION ESTADISTICA:.....	52
CAPITULO IV: ETICA DE ESTUDIO:	73
CAPITULO IV: CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA.....	73
DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA	76
LEY GENERAL DE SALUD	77
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	78
CONSENTIMIENTO INFORMADO	79
CONCLUSIÓN.....	82

1.7.2 ANEXO 2: CUESTIONARIO.....	85
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD	85
GLOSARIO:.....	88
BIBLIOGRAFÍA:.....	89

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se presenta un contenido breve acerca del tema a estudiar, es decir, de la labor de enfermería en el cuidado de las úlceras por presión en el cual se describirán los cuidados basados en un plan de enfermería cuyo principal objetivo es la prevención, manejo y el cuidado adecuado de las úlceras según su estadio en el que se presentan, puesto que cada una de ellas requiere un cuidado específico para si mismo obtener la salud de la persona.

La piel es el órgano mas externo de los seres humanos, teniendo la particularidad de renovarse a sí misma, erigiéndose en una barrera defensiva que nos aísla y al mismo tiempo nos relaciona con el medio exterior. Cumple con funciones muy importantes: actúa de receptor sensorial, regula la temperatura corporal, colabora en reacciones de tipo inmunológico, de ahí su integridad sea fundamentalmente para la existencia de los seres vivos.

Las úlceras por presión constituyen un problema mayor en el ámbito social y hospitalario, desarrollándose por lo general en forma secundaria a otras patologías afectando a todas las personas en sus diferentes edades pero principalmente a las personas de edad adulta quienes permanecen inmóviles o postrados en una cama durante largos periodos de tiempo en que engloba días, meses, años durante su ingreso hospitalario o después de ella.

Es frecuente encontrar en este grupo un deterioro instalado y progresivo del estado nutricional debido a todos los cambios anatómicos y fisiológicos que en ellos se presenta los cuales llevan a cierto grado de desnutrición, perdida de la funcionalidad normal de órganos vitales.

La falta de movilización y la desnutrición son las causas más frecuentes ante la presencia de úlceras por decúbito, generando de esta manera un circulo vicioso el cual se debe tener en cuenta que estos pacientes por lo general tienen dificultades para consumir los alimentos por si solos requiriendo así asistencia, lo que implica un riesgo mayor en cuanto a la satisfacción de la necesidad nutricional y a esto unimos los factores ambientales que contribuyen.

El objetivo principal de esta investigación es conocer la labor de enfermería en el cuidado de las úlceras por presión para lo cual es necesario conocer las directrices generales para cumplir el objetivo planteado y así poder llevarlas a cabo en el transcurso de nuestra práctica cotidiana.

Es necesario mencionar también que dicha investigación se llevara en el hospital de nuestra señora de la salud el cual se basara en un cuestionario aplicado a las alumnas y evaluar el conocimiento con el que cuentan acerca de las úlceras por presión puesto que este dato es de gran importancia para llevara a cabo el mejoramiento de las salud de las personas. Por lo tanto se contara con la información necesaria para atender de forma oportuna, necesaria y adecuada a las afecciones según su grado de afectación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta enfermería. Debido a las diversas complicaciones que se presentan en un paciente que presenta dicha afección. Si a esto unimos el elevado coste económico y asistencial que estas conllevan una vez que se producen, es entonces que el papel de la enfermera no solo se encuentra durante la labor asistencial sino que está en nuestras manos el poder crear y usar todas las herramientas disponibles para una mejor prevención y tratamiento de estas. Las úlceras por presión son una de las complicaciones graves, que pueden llevar al paciente a una difícil recuperación de tejidos y hasta la muerte del mismo y por ende la movilidad somática adecuada lo cual lleva al usuario a tener un estilo de vida deficiente.

De allí que el personal de enfermería debe poner principal énfasis en la prevención oportuna y en el cuidado adecuado cuando estas están presentes para así mismo evitar sus complicaciones.

Las úlceras por presión (UPP) Constituyen un problema para las personas en los centros de cuidados especializados y en la comunidad puesto que muchas veces los familiares desconocen las medidas que se deben llevar a cabo para prevenir las úlceras por presión o simplemente no cuentan con los conocimientos necesarios para llevar a cabo los procedimientos que disminuya el riesgo de complicaciones mas graves acerca de las úlceras. Es por ello que el personal de enfermería debe estar enterado y actualizado acerca de las estrategias de prevención y los procedimientos correctos así como de los tratamientos que se llevan a cabo para poder realizar las técnicas correctas y poder obtener una recuperación más eficaz del paciente y por ende evitar una complicación irreversible, Mediante la prevención y tratamiento precoz basada en la labor de enfermería es posible obtener la recuperación y por consiguiente la disminución de las complicaciones.

Por lo anterior se hace alusión y planteamiento a la siguiente cuestión;

¿Cuál es la labor de la enfermera en pacientes con úlceras por presión?

JUSTIFICACIÓN

La justificación del presente trabajo de investigación se basa en que, en la actualidad se presentan diversas afecciones que lleva al paciente a una complicación grave de salud como lo son las úlceras por presión cuya pérdida de tejidos lleva a la incapacidad de movimientos físicos. Resulta bastante interesante conocer las labores de enfermería en la prevención, cuidado y tratamiento oportuno ante dichas afecciones para llevar a cabo una acción dirigida y específica a cada uno de los pacientes durante la práctica.

En este proyecto el cuidado es una de las principales herramientas del profesional de enfermería debido a que las úlceras por presión constituye un área de cuidado. Para esto se requiere conocer la clasificación, las directrices así como el tratamiento adecuado y oportuno ante dicha afección. Los pacientes que presentan úlceras por presión son muy susceptibles a la entrada de diversos agentes extraños a su organismo atacando así de manera específica en los tejidos afectados lo que sin duda traerá una complicación mas lo que resulta un foco de alerta para el personal de salud para que realización adecuada de técnicas asépticas para reducir su proliferación.

El profesional de enfermería podrá compartir sus conocimientos a las generaciones futuras orientándolas hacia una base científica que sustente cada una de las prácticas en cualquier ámbito en donde se desenvuelve con el fin de establecer la salud de la mejor forma posible.

OBJETIVOS.

1.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer la labor de la enfermería en el cuidado de las Úlceras por presión, así como hacer alusión sobre este padecimiento, indagando sobre las causas y consecuencias, que conlleva esta enfermedad.

1.1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir las Úlceras por presión definiendo un concepto.
- Mencionar los cuidados enfermeros en la prevención y tratamiento de las UPP.
- Destacar las directrices generales para la prevención de las Úlceras por presión.
- Explicar los cuidados de Enfermería en las úlceras una vez instauradas.

HIPOTESIS

La hipótesis que se plantea en el desarrollo del siguiente trabajo, es tener presente los conocimientos necesarios acerca de las úlceras por presión y evitar que se produzcan y si estas ya están presentes, llevar a cabo los cuidados y tratamientos necesarios para evitar su complicación.

TEORIA DE FLORENCE NIGHTINGALE

Durante la guerra de Crimea (1853-1854), proporcionó atención de enfermera profesional a los soldados británicos heridos, acompañada de 34 enfermeras, mujeres jóvenes de clase media con cierta educación general básica. Tuvo que resolver los problemas que existían en el entorno. La falta de higiene y la suciedad.

1.2 DESARROLLO DEL TRABAJO TEÓRICO

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte (Murray y Zenther, 1975). Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente.

1.2.1 CONCEPTOS DE LA DISCIPLINA SEGÚN LA TEORIA FLORENCE

Enfermería, Persona, entorno y Salud. (Fitzpatrick y Whall), describen el concepto de entorno según Nightingale como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales.

METODOLOGÍA

Esta investigación es cuali-cuantitativo, pura debido a las interrogantes que este documento se plantean, es simplificada y delimitada cuyas preguntas de investigación son concretas y específicas. Partiendo así de una pregunta de investigación de forma general, una posible hipótesis, y un marco teórico basado en una bibliografía y fuentes de información documental de tiempo de estudio transversal, que será aplicada en un área de conocimiento social debido a las problemáticas que dentro de esta se presenta.

CRITERIOS

1.3 CRITERIO DE INCLUCIÓN

Los estudiantes de enfermería de tercero y cuarto año, enfermeras tituladas del turno matutino.

1.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Las enfermeras del turno vespertino, nocturno, médicos residentes encargados de otros servicios.

1.3.1.1 CRITERIOS DE ELIMINACION

Algunas de las respuestas obtenidas en la siguiente investigación serán eliminadas debido a la falta de honestidad, congruencia y tiempo por parte del entrevistado al contestar las preguntas planteadas.

LIMITES

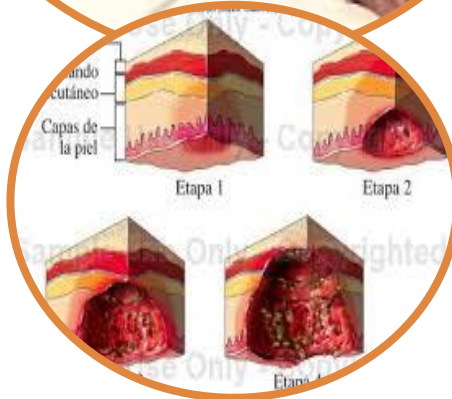
Espacio: hospital de nuestra señora de la salud

Lugar: Medicina interna mujeres, clínica privada

Tiempo: 25 de julio del 2016-31 de mayo del 2017.

MARCO TEORICO

CAPITULO I: EL CUIDADO



RECUERDO ANATOMICO Y FISIOLOGICO:

LA PIEL:

1.4 DEFINICIÓN:

También llamado membrana cutánea como el órgano más importante tanto en la superficie como en peso. Abarca una superficie de alrededor de 2m cuadrados y pesa 4.5-5 kg aproximadamente. El 16%de peso corporal total. Su espesor varía entre 0.5mm en los parpados hasta 4mm en el talón. Sin embargo, en gran parte del cuerpo mide 1-2mm, (derrickson,11 edición).

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al que recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el calor, la luz, lesiones e infecciones, la piel también cumple estas funciones:

- Regula la temperatura corporal.
- Almacena agua y grasa.
- Es un órgano sensorial.
- Evita la pérdida de agua.
- Previene la entrada de bacterias.

Desde el punto de vista estructural, la piel consta de dos partes principales; la superficie, porción más fina compuesta por tejido epitelial es la **epidermis**. Por una parte profunda y gruesa de tejido conectivo es la **dermis**. Debajo de la dermis pero sin formar parte de la piel, está el tejido celular subcutáneo. Llamado hipodermis cada una de ellas desempeña distintas funciones:

EPIDERMIS	<p>La epidermis es la capa externa delgada de la piel compuesta por las tres partes siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estrato córneo (capa córnea). Esta capa consiste en queratinocitos completamente maduros que contienen proteínas fibrosas (queratinas). La capa más externa se renueva constantemente. El estrato córneo previene la entrada de la mayoría de las sustancias extrañas y la pérdida de fluidos corporales. ➤ Queratinocitos (células escamosas). Esta capa, que se encuentra debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos (células escamosas), que maduran y forman el estrato córneo. ➤ Capa basal. La capa basal es la capa más profunda de la epidermis que contiene células basales. Las células basales se dividen continuamente, formando nuevos queratinocitos que reemplazan a los antiguos que se desprenden de la superficie cutánea.
DERMIS	<p>La dermis es la capa media de la piel. La dermis está compuesta por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vasos sanguíneos. ➤ Vasos linfáticos. ➤ Folículos pilosos. ➤ Glándulas sudoríparas. ➤ Fibras de colágeno. ➤ Fibroblastos. ➤ Nervios. <p>La dermis se mantiene unida por una proteína denominada colágeno, compuesta por fibroblastos. En esta capa se encuentran los receptores del dolor y del tacto.</p>
Capa subcutánea	<p>La capa subcutánea es la capa más profunda de la piel. Está compuesta por una red de células de colágeno y grasa, que ayuda a conservar el calor corporal y protege el cuerpo contra lesiones, puesto que amortigua los impactos.</p>

Fuente: tomado del libro Tortora Derrickson principios de anatomía y fisiología 11 edición)

La piel o sistema tegumentario es el órgano corporal más grande. Constituye el peso total del cuerpo (Wysocki, 1995). El tegumento es una barrera protectora contra los microorganismos causantes de enfermedad, es un órgano sensorial de dolor, temperatura, tacto, y puede sintetizar la vitamina D. Las heridas del tegumento constituyen un riesgo para la salud y desencadenan una respuesta de cicatrización. El conocimiento de los patrones de cicatrización normal ayuda a la enfermera a reconocer las alteraciones que requieren una alteración.

1.1.3 BASE DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO:

1.5 TEGUMENTO NORMAL:

En relación con la cicatrización de heridas, el tegumento tiene 2 capas principales: la epidermis y la dermis. Estas 2 capas están separadas por una membrana basal, que con frecuencia recibe el nombre de la unión de la dermis-epidermis.

LA EPIDERMIS: Está formada por varias capas. El estrato corneo está formado por la capa delgada más externa de la epidermis. Está formado por células planas, muertas, queratinizadas. Las células se forman en la capa epidérmica, el estrato basal. Las células del estrato basal se dividen, proliferan y emigran hasta la superficie epidérmica. Una vez que las células alcanzan el estrato corneo, se aplanan y mueren.

Este movimiento constante garantiza el remplazo de las células desprendidas de la superficie durante la descamación normal. El delgado estrato corneo protege las células y los tejidos subyacentes de la deshidratación e impide la entrada de determinados productos químicos. Sin embargo, el estrato corneo permite la evaporización de agua de la piel y la absorción de determinados medicamentos aplicados por vía tópica.

LA DERMIS: Es la capa interna de la piel, que proporciona una fuerza tensora, apoyo mecánico y protección de los músculos, los huesos y los órganos subyacentes. Se distingue de la epidermis por el hecho de que contiene esencialmente tejido conjuntivo y pocas células Cutáneas.

Está compuesto por colágeno (una proteína dura y fibrosa, vasos sanguíneos y nervios. Los fibroblastos, responsables de la formación de colágeno, son las únicas células diferenciadas de la dermis.

La epidermis realiza la función de recubrir las heridas y restablecer las barreras contra los microorganismos invasores. La dermis responde para restablecer la integridad estructural (colágeno) y las propiedades físicas de la piel. Aunque una herida que pueda cerrar por la capa epidérmica superficial, el cliente sigue corriendo el riesgo de sufrir una infección, alteración circulatoria y destrucción de tejidos, si la dermis subyacente no consigue cicatrizar. (POTTER PERRY)

2. MOVILIDAD-INMOVILIDAD.

2.1 BASE DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO.

La enfermera debe conocer de qué forma la movilidad y la inmovilidad afecta a los sistemas corporales y las facetas psicosociales y el desarrollo de los clientes. La movilidad hace referencia a la capacidad de la persona de moverse libremente.

La movilidad y la inmovilidad a la incapacidad se comprenden mejor si se toman como los dos extremos de un continuo, en el que hay muchos grados intermedios de movilidad parcial. Algunos clientes oscilan hacia adelante y hacia atrás a lo largo de este continuo, pero para otros clientes la movilidad es absoluta y será así definitivamente. Los términos de reposo en cama y alteración de la movilidad física se emplean con frecuencia al hablar de la continua movilidad- inmovilidad con los clientes.

El reposo en cama que hace que el cliente permanezca en cama por razones terapéuticas. El reposo en cama tiene múltiples interpretaciones entre los profesionales de la salud. Se indica reposo en cama a una gran diversidad de procesos que afecta a los clientes. La duración de reposo en cama depende de la enfermedad o lesión que ha sufrido el cliente y de su estado de salud previo

Las alteraciones de la actividad física pueden ser el resultado de la preinscripción de la reducción del movimiento en forma de reposo en cama, de la restricción de movimientos por efecto de aparatos externos, de la disminución voluntaria del movimiento o de una alteración de la función motora o de la esquelética. (Mclane, 1997).

2.3 EFECTOS SISTEMICOS.

Todos los sistemas del organismo trabajan con mayor eficacia con cierto grado de movimiento. Se ha demostrado que el ejercicio produce resultados positivos en los principales sistemas del cuerpo. Por tanto, cuando se produce un deterioro de la movilidad, todos los sistemas corporales están sometidos a un riesgo de deterioro. La gravedad de este deterioro depende de la salud global del cliente, del grado y duración de la inmovilidad y de la edad.

1 CAMBIOS METABÓLICOS.

Los cambios de la movilidad influyen sobre el sistema endocrino, la reabsorción de calcio y el funcionalismo del aparato gastrointestinal. El sistema endocrino, formado por glándulas secretoras de hormonas, contribuye a mantener y regular funciones vitales como: 1) la respuesta a las estrés; y las lesiones; 2) el crecimiento y el desarrollo; 3) la reproducción; 4) la homeostasis iónica, y 5) el metabolismo energético.

Cuando se produce una lesión o un estrés, el sistema endocrino dispara una serie de respuestas dirigidas a mantener la tensión arterial y preservar la vida. El ser humano vive en un entorno externo que cambia de manera constante, pero los tejidos y células viven en un entorno interno que debe permanecer constante.

El sistema endocrino participa en la regulación de este entorno interno a través del mantenimiento del balance entre sodio, potasio, agua y equilibrio ácido-base. Finalmente el sistema endocrino actúa como regulador del metabolismo energético. La tasa metabólica (TMB) aumenta mediante la acción de la hormona tiroidea y se proporciona a las células gracias a la acción integrada de las hormonas gastrointestinales y pancreáticas (Price y Wilson, 1997)

La inmovilidad interrumpe las funciones metabólicas normales, incluyendo el descenso de la tasa metabólica; altera el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, produce desequilibrio en la composición de líquidos, electrolitos y calcio, y genera trastornos gastrointestinales como la disminución del apetito y de la perístasis, sin embargo en presencia de un proceso infeccioso, los clientes inmovilizados pueden tener un aumento de la TMB como resultado de la fiebre o curación de una herida. La fiebre y la reparación de la heridas aumentan los requerimientos celulares de oxígeno (McCance y Huether, 1998).

El déficit calórico proteico es característico de los clientes con disminución de del apetito secundario a la inmovilidad. En el organismo, las proteínas son constantemente sintetizadas y degradadas en aminoácidos, que se utilizan para formar otras proteínas. Los aminoácidos no utilizados se eliminan.

El organismo puede sintetizar ciertos aminoácidos no esenciales, pero depende de la ingesta proteica para obtener los 8 aminoácidos esenciales. Cuando se excreta más nitrógeno (el producto final del metabolismo de los aminoácidos) del que se ingiere con las proteínas, se dice que el balance nitrogenado del organismo es negativo, y el resultado del catabolismo tisular es la pérdida del peso, la disminución de la masa muscular y la debilidad. La pérdida de las proteínas lleva a la pérdida de músculo.

2.3.2 CAMBIOS MUSCULO ESQUELÉTICOS:

Los efectos de la inmovilización sobre el sistema músculo esquelético pueden llegar a un deterioro permanente de la movilidad. La restricción puede generar pérdida de la resistencia, fuerza y masa musculares. Otros efectos de la restricción de la movilidad que afectan al sistema músculo esquelético son la alteración en el metabolismo del calcio y las alteraciones en la movilidad articular.

2.3.4 EFECTOS MUSCULARES:

Debido al catabolismo proteico, el cliente pierde su masa corporal neta, formada parcialmente por músculo. Por tanto, la reducción de la masa muscular es capaz de mantener la actividad sin que aumente la fatiga. La masa muscular disminuye por causas metabólicas o por falta de uso. A medida que la

inmovilidad continua y los músculos no son sometidos a ejercicios, la masa sigue disminuyendo. El descenso de la movilidad y la atrofia muscular, o pérdida de tejido muscular, pueden ser una consecuencia de la inmovilización.

2.3.5 CAMBIOS EN LOS TEGUMENTOS:

El efecto directo de la presión sobre la piel en la piel se ve agravado por los cambios metabólicos que acompañan esta situación. Los clientes de edad o aquellos que han sufrido una parálisis presentan mayor riesgo de padecer úlceras por presión. Cualquier interrupción en la piel es difícil de resolver en el cliente inmovilizado. Prevenir una úlcera por presión es mucho más barato que tratarla (Helme 1994)

Las úlceras se caracterizan inicialmente por inflamación, y suelen aparecer sobre las prominencias Óseas. La isquemia aparece cuando la presión sobre la piel es mayor que la presión en el interior de los vasos sanguíneos periféricos que irrigan la piel. El metabolismo tisular depende de la llegada de oxígeno y nutrientes al organismo gracias a la irrigación sanguínea, así como de la eliminación de los productos de desecho. Cualquier factor que interfiera con este proceso afecta el metabolismo celular y, como resultado, a la función o a la vida de la célula.

La presión influye sobre el metabolismo celular al disminuir o interrumpir el flujo de la sangre. Cuando un cliente permanece tendido en la cama o sentado en una silla, el peso del cuerpo descansa sobre prominencias Óseas. Cuando mayor sea la presión aplicada, más prolongado será el periodo de isquemia y, por tanto mayor será el riesgo que la piel se ulcere.

El cliente inmovilizado requiere un cuidado enfermero continuo. Debido a los riesgos físicos, no puede permitirse que el cliente duerma 8 horas seguidas sin cambiar de posición y tomar otras medidas enfermeras. El cliente que debe hacer reposo en cama y que pueda cambiar de posición durante el sueño no requiere del cuidado físico continuo de la enfermera dirigido a reducir los riesgos de inmovilidad. A menos de que en la noche se requieran otras actividades terapéuticas, el plan de cuidados para el cliente fisiológicamente estable que debe hacer reposo en cama debe permitir el sueño sin interrupciones.

La movilidad prolongada o el reposo en cama pueden influir sobre el abandono de las actividades habituales. El cliente puede adoptar un papel pasivo o de rechazo. El cliente pasivo permite a la enfermera que le atienda, pero no está interesado a aumentar su grado de independencia ni en implicarse en el cuidado. Al comenzar a cuidar a un cliente inmovilizado, la enfermera debe valorar los mecanismos normales de afrontamiento del cliente. La enfermera diseñará un plan de cuidados que permita que el cliente no abandone estas habilidades de afrontamiento o que le ayude a desarrollar otras nuevas.

2.4 CAMBIOS LIGADOS AL DESARROLLO.

En clientes más jóvenes o muy mayores, con la inmovilidad tienden a aparecer más cambios ligados al desarrollo. El joven o el adulto de edad mediana inmovilizado que haya gozado previamente de buena salud experimenta poco, o ningún, cambio de desarrollo. Sin embargo, hay excepciones, y debe hacerse una valoración completa de las implicaciones para el desarrollo.

ADULTOS. Un adulto que mantiene una postura y alineamiento corporal correctos se siente bien, tiene buen aspecto y suele tener confianza en sí mismo. El adulto sano también tiene suficiente desarrollo musculoesquelético y coordinación como para llevar a cabo sus actividades. Cuando se produce un periodo de inmovilización prolongada, todos los sistemas fisiológicos están sometidos a riesgo.

ANCIANOS. En el anciano se produce una pérdida progresiva de masa ósea. Algunas de las causas posibles de esta pérdida son la disminución de la actividad física, los cambios hormonales y la resorción ósea renal. La consecuencia es que los huesos son más débiles. El anciano camina flexionando y más lentamente, sus pasos son más cortos y la coordinación es menor. El equilibrio se altera y el riesgo de caídas y lesiones es mayor. Los resultados de una caída no son las lesiones inmediatas sino también la hospitalización, la pérdida de independencia y los efectos psicológicos (Rawsky, 1998).

El anciano puede experimentar cambios funcionales secundarios a la hospitalización y la alteración de su capacidad de movimiento. La inmovilización del anciano puede aumentar su dependencia física de los demás y acelerar las pérdidas funcionales. La inmovilización en un anciano puede ser el resultado en ancianos, de una enfermedad degenerativa, una lesión neurológica o una lesión crónica.

2.4.1 ENFERMEDADES CONCOMITANTES:

Las múltiples enfermedades que acompañan a menudo a estos enfermos van a dificultar seriamente la cura de las úlceras, por lo que, un buen control. Sobre éstas, en la medida de lo posible, nos va a ayudar siempre a su curación.

2.4.2 DOLOR EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:

No todos los pacientes experimentan dolor. Su valoración es difícil sobre todo si hay deterioro cognitivo; además puede tener otros componentes, como ansiedad, miedo, tristeza, agitación, que hay que valorar y tratar si es preciso. El dolor que se produce durante los cambios de apósito es el más frecuente. Cuando no es tratado, perjudica la cicatrización de la herida y repercute sobre la calidad de vida del paciente. (Guía de úlceras Claudia Arango)

2.4.3 RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL ANCIANO.

Para muchos ancianos, la hospitalización tiene como resultado un declive funcional, a pesar de la cura o recuperación de la causa o motivo de su ingreso. La hospitalización puede provocar complicaciones no relacionadas con el problema que motivo al ingreso o su tratamiento específico, y ello por razones perfectamente explicables y evitables.

El envejecimiento normal suele asociarse con cambios funcionales, como la disminución de la fuerza muscular y de la capacidad aeróbica; la inestabilidad vasomotora; la reducción de la densidad ósea; la disminución de la ventilación pulmonar; la alteración de la conciencia sensitiva, del apetito y de la sed, y una incontinencia urinaria.

La hospitalización y el reposo en cama imponen otros factores, como la inmovilidad forzosa, la reducción del volumen plasmático, la aceleración de la pérdida de hueso, el aumento del espacio muerto y la privación sensoria.

Cualquiera de estos factores puede transportar a un anciano vulnerable a un estado declive irreversible. Las relaciones entre enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud debe reflejar la importancia del cuidado interdisciplinario y de la puesta en práctica de los objetivos compartidos. (POTTER PERRY)

2.5 PROCESO EN LA ATENCION DEL ALINEAMIENTO CORPORAL DE LA MOVILIDAD.

El uso del proceso enfermero, la aplicación crítica de los conocimientos de anatomía y fisiología y la experiencia previa con otros clientes permiten a la enfermera desarrollar planes de cuidados.

2.5.1 VALORACION:

La valoración de la enfermera se presenta en dos secciones: movilidad e inmovilidad. Ambas áreas se valoran durante una exploración física.

2.5.2 MOVILIDAD.

La valoración de la movilidad del cliente se centra en la marcha, el ejercicio y la tolerancia a la actividad física y el alineamiento corporal. Cuando no esté segura de las capacidades del cliente, la enfermera debe empezar a valorar sus movilidad cuando permanece son apoyos y pueda conseguir una movilidad máxima de acuerdo a su grado de tolerancia. En general la enfermera debe empezar a valorar los movimientos mientras el cliente esta tendido, para a continuación valorar cuando estas sentado en la cama, cuando pasa a una silla y cuando finalmente camina. Esta secuencia aumenta la seguridad del cliente.

2.6.3: INMOVILIDAD.

La enfermera valora los riesgos asociados con la inmovilidad en este tipo de cliente con una exploración de la cabeza a los pies, además la valoración de la enfermera debe centrarse en ciertas áreas fisiológicas, así como en los aspectos psicológicos y de desarrollo. (POTTER PERRY)

2.7 PLAN DE CUIDADOS

2.7.1 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La prevención ha de ser considerada como la actividad prioritaria de los cuidados de lograr que no desarrollen UPP, sin olvidar que las medidas preventivas se deben continuar aplicando una vez desarrollada la lesión, para ello el proceso de curación y a intervalos regulares.

2.7.2 VALORACIÓN

Realizar una valoración del riesgo a todos los pacientes con un déficit de movilidad o actividad (Escala de Braden).

- Valorar al paciente en el momento del ingreso, tras un hecho clínico relevante o un cambio en su estado y a intervalos regulares.
- Considerar en la valoración del riesgo las siguientes variables clínicas: la movilidad, la incontinencia, el estado nutricional y el estado neurológico del paciente.
- Clasificar a los pacientes según las siguientes categorías: pacientes con riesgo moderado o con alto riesgo (escala de braden)
- Hacer una valoración de la piel de los pacientes "con riesgo" como mínimo una vez al día y tras un cambio situacional del paciente.
- Examinar especialmente la prominencia Óseas.
- Documentar cualquier cambio que se detecte en la piel.
- Hacer una valoración nutricional de los pacientes "con riesgo" en el momento de su ingreso monitorización. (Silvia González)

El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar:

- Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.
- Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel.
- Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío).
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.

- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

Cargas mecánicas:

La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con 3. Superficies de apoyo A los pacientes con riesgo de desarrollar UPP debe colocársele un dispositivo de apoyo que disminuya la

Presión. Existen dos tipos:

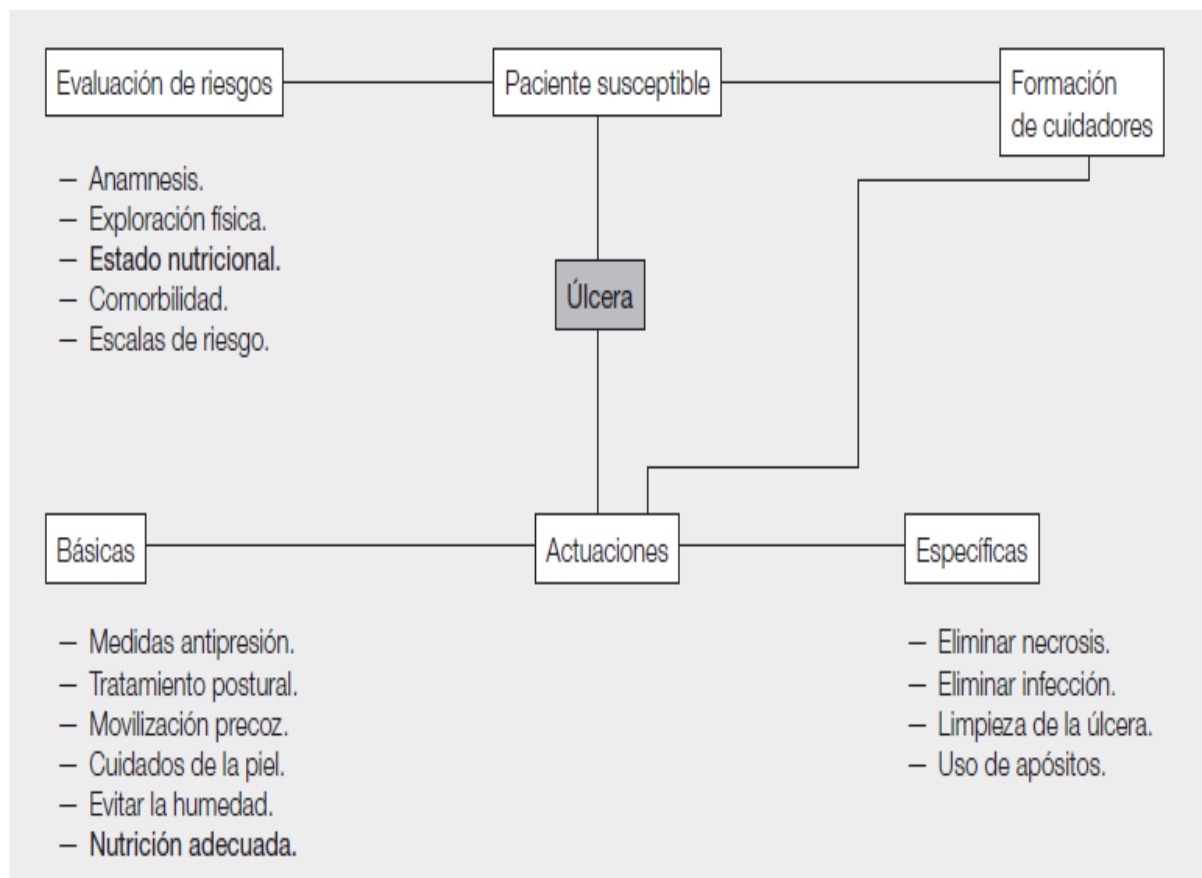
- Estáticas: hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- Dinámicas: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado.

Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de las UPP. Se tomaría en consideración una superficie dinámica ante dos situaciones:

Tocar fondo: cuando la superficie estática comprimida mide menos de 2,5 cm.

Paciente con alto riesgo de UPP y con hiperemia reactiva en una prominencia ósea, a pesar del uso de una superficie estática de apoyo.

Figura 9. Abordaje de un paciente con UPP



2.8 PLANIFICACION Y EJECUCION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE UPP:

Nutrición: la ingesta oral del paciente, administrando suplementos nutricionales, si fuera necesario, para mantener una ingesta calórica optima.

- Calorías: 30-35 Kcal /kg/día
- Proteínas: 1.25-1.50 gr/kg/día
- Considerar otras medidas alternativas si la ingesta oral fuera insuficiente.
- Potenciar una adecuada ingesta hídrica

Eliminación: Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.

- Lavar la piel del paciente si se encuentra expuesta a la presencia de fluidos corporales a otro tipo de contaminantes.

- Utilizar jabones neutros.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados que aumentan la tonicidad cutánea y mejoren la circulación.
- Colocar colector urinario, pañal absorbente o sonda vesical en última estancia.
- Utilizar los sistemas adecuados para el control de drenajes provisional o permanente.

Actividad/reposo: Realizar cambios posturales alternando las áreas más expuestas a la presión.

- Establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de prominencias óseas
- evitar ejercer presión sobre prominencias Oseas.
- Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie
- contacto entre las prominencias óseas y las superficies de apoyo.
- No realizar masajes sobre las prominencias óseas.
- utilizar dispositivos de apoyo tipo .flotador.

Seguridad /protección: Utilizar dispositivos de elevación como grúas o lonas eléctricas cuando se mueve al paciente disminuyendo de este las zonas de fricción.

- Utilizar apósitos (hidrocoloides) para reducir la fricción.
- Colocar a los pacientes con riesgo bajo superficies estáticas como los colchones de silicona o colchones visco elásticos
- Colocar a los pacientes .con riesgo moderado o alto sobre superficies dinámicas de apoyo de baja presión, tales como colchones de aire de presión alternamente
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

2.8.1EVALUACION:

El paciente al que se le ha aplicado dicho plan de cuidados no durante su ingreso (a nivel individual) Una vez puesta en marcha la guía de cuidados, se debería haber disminuido la re valencia (indica el número de individuos con

lesiones por presión lo cual puede verse influida por factores externo y especial de incidencia (número de nuevas UPP desarrolladas) puesto que esta última

El único indicador que se puede utilizar como indicador de calidad (A nivel global). Se recomienda que los sistemas de gestión de salud del paciente utilicen un instrumento de medida constante del estadio de las lesiones por presión que permitan medir con precisión las incidencias de las mismas (a nivel global). Por último se recomienda calcular la tasa de incidencia cuando se implanten nuevas directrices y cuando haya transcurrido un tiempo tras su implantación nivel global. (Guía de úlceras Claudia Arango)

2.9 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:

El tratamiento de las UPP va a estar determinado por el estadiaje o grado de los mismos de otras variables como exudado, presencia de signos infección, tejido existente en el lecho de la lesión, estado de la piel perilesional y dolor. Los cuidados de enfermería para tratarlas dependerás de estos. De igual forma se deberán tomar en cuenta las siguientes características individuales de cada paciente, que nos permitirá establecer un plan de cuidados específico e individual que se adapte a las necesidades del mismo.

De forma genética como ya se mencionó en el apartado anterior, los cuidados, al tratamiento de las UPP deben englobar básicamente todas las actividades descritas para la prevención de las mismas, así como las establecidas para cada situación en concreto, con el fin de mejorar, curar y evitar empeoramiento de las lesiones presentes. (Guía de úlceras Claudia Arango)

3. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA

3.1 PREVENCIÓN EN Y TRATAMIENTO DE (UPP)

Además de continuar con los cuidados de enfermería mencionados en el apartado de Prevención, debemos aplicar los siguientes cuidados específicos del paciente que ha desarrollado la lesión:

Auto percepción: Fomentar la participación del paciente en la medida del posible y en la planificación y realización de los cuidados.

Apoyar emocionalmente y facilitar la adquisición de habilidades cognitivas psicomotoras.

Confort: Valorar regularmente la eficacia de las medidas analgésicas farmacológicas y no farmacológicas establecidas.

- Administrar analgesia de rescate antes de la cura si precisara según pauta.
- Eliminar o controlar la fuente del dolor, favorece el manejo del dolor.

4. MEDIDAS GENERALES PARA LA REALIZACION DE LA CURA.

1) elegir la posición más adecuada del paciente para la realización de la cura de la lesión.

2) Retirar el apósito (si lo tuviera) mediante una técnica no agresiva.

3) limpieza de lesión.

a. limpiar las UPP con suero salino fisiológico o agua destilada utilizando la técnica de arrastre. Si existe tejido de granulación o esta epitelizando se debe limpiar con toques para no dañar el tejido.

b. utilizar la mínima fuerza mecánica y suficiente presión de lavado para mejorar la limpieza del lecho de la UPP.

c. considerar el lavado en espiral para las UPP que contengan grandes exudados, encéfalos o tejido necrótico.

d. no secar la herida, solo la zona perilesional, para evitar traumatismos por fricción que hacen que la herida sea más susceptible de infecciones.

e. solo puede aceptarse el uso de antisépticos (povidona yodada) antes de un desbridamiento quirúrgico y al realizar técnicas diagnosticas invasivas.

4) realizar curas en condiciones de asepsia.

5) Valorar la piel perilesional e identificar problemas como maceración, descamación eritema, prurito, dolor, vesículas y edemas.

6) valorar la lesión y elegir tratamiento adecuado.

ESTADIO I: El cuidado local de una UPP se ha de basar en:

- Aliviar la presión
- Utilización de ácidos grasos hipereroxigenados (AGHO) para mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular (1 aplicación 3 veces al día).
- Uso de medidas locales en el alivio de la presión. Apósitos que cumplan con los siguientes requisitos: efectivos en el manejo de la presión (apósito hidrocoloide) que permita la visualización de la zona lesional al menos una vez al día, que no dañe la piel sana y que sea compatible con la utilización de productos tópicos para el cuidado de la piel.

ESTADIO II: Un plan básico de cuidados locales de la UPP de estadio II debe ir orientado a mejorar la resistencia de la piel, minimizar el efecto de la anoxia tisular y favorecer el tejido de epitelización. Se recomienda la utilización de:

- Hidrogel para favorecer la regeneración tisular en UPP no exudativa.
- Alginato de calcio en UPP exudativa.
- Apósito hidropolimérico.

ESTADIO III Y IV: Las evidencias científicas demuestran la afectividad clínica de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Un apósito ideal debe proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, manejar la exudación para mantener húmedo el lecho de la lesión, prevenir la maceración de la piel perilesional, evitar la desecación del lecho de la herida, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles y ser de fácil aplicación y retirada. Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.

- Para evitar que se formen absceso o se “cierre en falso” la lesión será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes.
- las cavidades y tuneliza iones con productos basados en principio de cura húmeda (hidrogel) en lesiones no exudativas y con alginato de calcio en lesiones exudativas.

El tratamiento de la UPP de estadio III Y IV estaría determinado por la presencia o no de infección, exudado y/o necrosis/ esfacelos. (Guía de úlceras Claudia Arango)

5. MANEJO DE LA INFECCION:

Todas las UPP de estadio II o mas están contaminadas por bacterias al haberse perdido de la piel, lo cual no quiere decir que estén infectadas. En la mayor parte de los casos de limpieza y desbridamiento correcto impide que la colonización bacteriana progrese a infección. Los síntomas clásicos de infección local de la ulcera cutánea son:

- Inflamación (eritema, edema, calor, tumoración), Dolor, Olor, Exudado purulento.

Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y desbridamiento. Eliminar los espacios muertos de la UPP, rellenando parcialmente con hidrogel (entre la mitad y las tres cuartas partes) de todas las cavidades y tunelizaciones en lesiones no exudativas y con alginato de calcio en lesiones exudativas.

Si transcurrida una semana la UPP no evoluciona favorablemente se utiliza un apósito de plata, el cual es efectivo en la carga bacteriana o bien aplicar durante un periodo máximo de dos semanas, un antibiótico local como sulfadiazida urgente (flama cine).

También debe sospecharse infección en heridas que parecen limpias pero no responden tras 2-4 semanas de tratamiento. Una infección local sin

control puede llevarnos a situaciones más graves como osteomielitis, celulitis o septicemia.

Si la lesión no responde al tratamiento local deberá realizarse cultivos bacterianos preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular. La recogida de exudado mediante frotis solo detecta contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección. Una vez identificado el germen, se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión. (Guía de úlceras Claudia Arango)

5.1 MANEJO DEL EXUDADO ABUNDANTE:

El exudado abundante es una UPP influye de forma negativa en la evolución de la herida, produciendo maceración de la piel perilesional e impidiendo la correcta cicatrización de la misma. en estos casos es recomendable el uso de:

- Apósitos de alginato de calcio
- Apósito hidropolimero

6. MANEJO DE LA NECROSIS/ENFACELOS.

6.1 TIPOS DE TEJIDO DESBRIDAMIENTO

TEJIDO DESVITALIZADO:

El tejido desvitalizado, también llamado tejido necrótico, contiene células muertas y detritus celulares que son la consecuencia de la destrucción de tejidos. Existen varios términos que pueden utilizarse en la descripción de estos restos de tejidos desvitalizados en función de su apariencia.

Hablamos de tejido necrótico en general ante tejidos de color negro o marrón oscuro. Denominaremos escara, a una placa definida generalmente de color parduzco o negro, solida, seca que aumenta en dureza conforme se va desencadenando. los esfacelos son restos de material fibrinoso de color amarillo-verdosos o blanco-grisáceo con consistencia blanda.

En la clínica existen estadios intermedios entre los esfacelos y la placa necrótica que suele coexistir en una misma herida.

La presencia de tejido desvitalizado y/o necrosado constituye un obstáculo para que el proceso de cicatrización se desarrolle de una manera adecuada y óptima.

Además de representar una barrera mecánica que puede retardar el proceso de cicatrización, favorece el crecimiento bacteriano al ser un medio de cultivo ideal para la flora bacteriana, aumenta el riesgo de infección, aumenta las demandas linfocíticas, puede carnificarse el proceso inflamatorio e impide el drenaje natural de la herida por lo que se favorece que los procesos supurativos dessequen los tejidos.

Auto lítico: Mediante la utilización de cualquier producto capaz de producir condiciones de cura húmeda (hidrogeles, apósitos hidroreguladores)

Enzimática: Mediante la aplicación de productos enzimáticos del tipo de colágeno. Si existe placa necrótica seca realizar cortes con bisturí para facilitar la actuación de hidrogeles o colágeno.

Quirúrgico: Es el método más conveniente para retirar el tejido desvitalizado. Implica la utilización de bisturí y tijeras. Recortar por planos y en diferentes sesiones empezando por el área central. Para prevenir el dolor se aconseja algún antilógico tópico (gel de lidocaína al 2%). Si aparece sangrado se aplica compresión directa o apósitos hemostáticos durante las 8 a 24 horas siguientes al desbridamiento, cambios después por apósitos húmedos realizaremos la técnica con instrumental estéril.

Estos tres métodos no son compatibles entre sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados. Si no existe necesidad urgente de extirpación del tejido desvitalizado utilizaremos técnicas de desbridamiento autolítico o enzimático, el quirúrgico se realizara solo si hay necesidad. Las úlceras de talón con necrosis seca no precisan ser desbridadas sino tiene edemas, eritema, fluctuación o drenaje. (Guía de úlceras Claudia Arango)

7. NORMAS BASICAS PARA LA OBTENCION DE UNA MUESTRA DE EXUDADO DE UNA UPP.

El diagnostico de la infección asociada a UPP deben ser fundamentalmente clínico. La mayor parte de las lesiones con signos de infección local no complicada se resolverán a través de limpieza y desbridamiento de la herida, no siendo necesario de forma sistemática el realizar cultivo de ese exudado.

Si esta situación progresara en el tiempo, persistiendo los signos bacteriológicos con exudado purulento, ante el riesgo o evidente de celulitis, osteomielitis o bacteriemia, será preciso y urgente filiar el organismo responsable, discriminando otros presentes como colonizaciones y contaminantes.

Toda la información diagnóstica que el laboratorio de microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida.

Aspiración percutánea: Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y heridas superficiales, especialmente de bacterias anaerobias.

Material necesario:

- Gasas estériles
- Alcohol al 70%
- Povidona yodada al 10%
- Jeringa estéril
- Aguja intramuscular
- Medio de transporte para bacterias aerobias- anaerobias.

7.1 DESCRIPCION CUTANEA:

1. desinfectar la piel perilesional de forma concéntrica, con povidona yodada al 10, dejando secar entre 1-3 minutos.

2. limpiar de forma concéntrica esa zona con alcohol al 70%. Realizar una punción- aspiración con la jeringa y aguja manteniendo una inclinación aproximada de 45° y aproximándose al nivel de la pared de la lesión. El volumen óptimo de aspirado se establece entre 1ml y 5ml.

3. el proceso no supurados, preparar la jeringa con medio mililitro de suero fisiológico o agua estéril y aspirar. Es importante anotar en la petición la cantidad d suero añadido.

4. la punción se realiza a través de la piel integra de la zona perilesional, seleccionando el lado d la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos.

5. desinfectar la superficie de goma del medio de transporte con povidona yodada al 10% y dejar secar un minuto antes d introducir el contenido.

6. Introducir el contenido en un vial con medio de transporte para muestras líquidas de gérmenes aerobios y anaerobios. Resguardar los viales de la luz y mantener entre 2º y 25º.

7.2 FROTIS DE LA LESIÓN MEDIANTE HISOPO:

Todas las UPP están colonizadas por bacterias. No deberán usarse para cultivo, muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida por que pueden detectar solo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnostico. Permiten recoger una escasa cantidad de muestra que fácilmente se deseca por la deshidratación del medio. Las muestras así recogidas deben obtenerse solo cuando no se puede recoger la muestra mediante los otros métodos. (GNEAUPP)

Material necesario:

- Solución fisiológica
- Jeringa y aguja estériles
- Torundas con medio de transporte tipo Stuart-aimies

7.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1. Si fuera preciso, proceder a realizar desbridamiento quirúrgico de la lesión. Meticulosamente la herida con solución fisiológica.

2. gire l hisopo sobre sus dedos realizando movimientos rotatorios de izquierda y derecha y de derecha a izquierda. Abarca al menos diez puntos distintos.

3. utilice un hisopo estéril. 4. recorra con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente. 5. coloque el hisopo dentro del tubo con medio transporte.

7.2.2 BIOPSIA TISULAR:

ES un procedimiento de elección y alta efectividad diagnóstica. Se tomarán muestras de tejidos por escisión quirúrgica de zonas que manifiesten signos de infección. Las muestras líquidas se obtendrán por aspiración con jeringa y aguja. (GNEAUPP)

8. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UPP EN CUIDADOS PALIATIVOS:

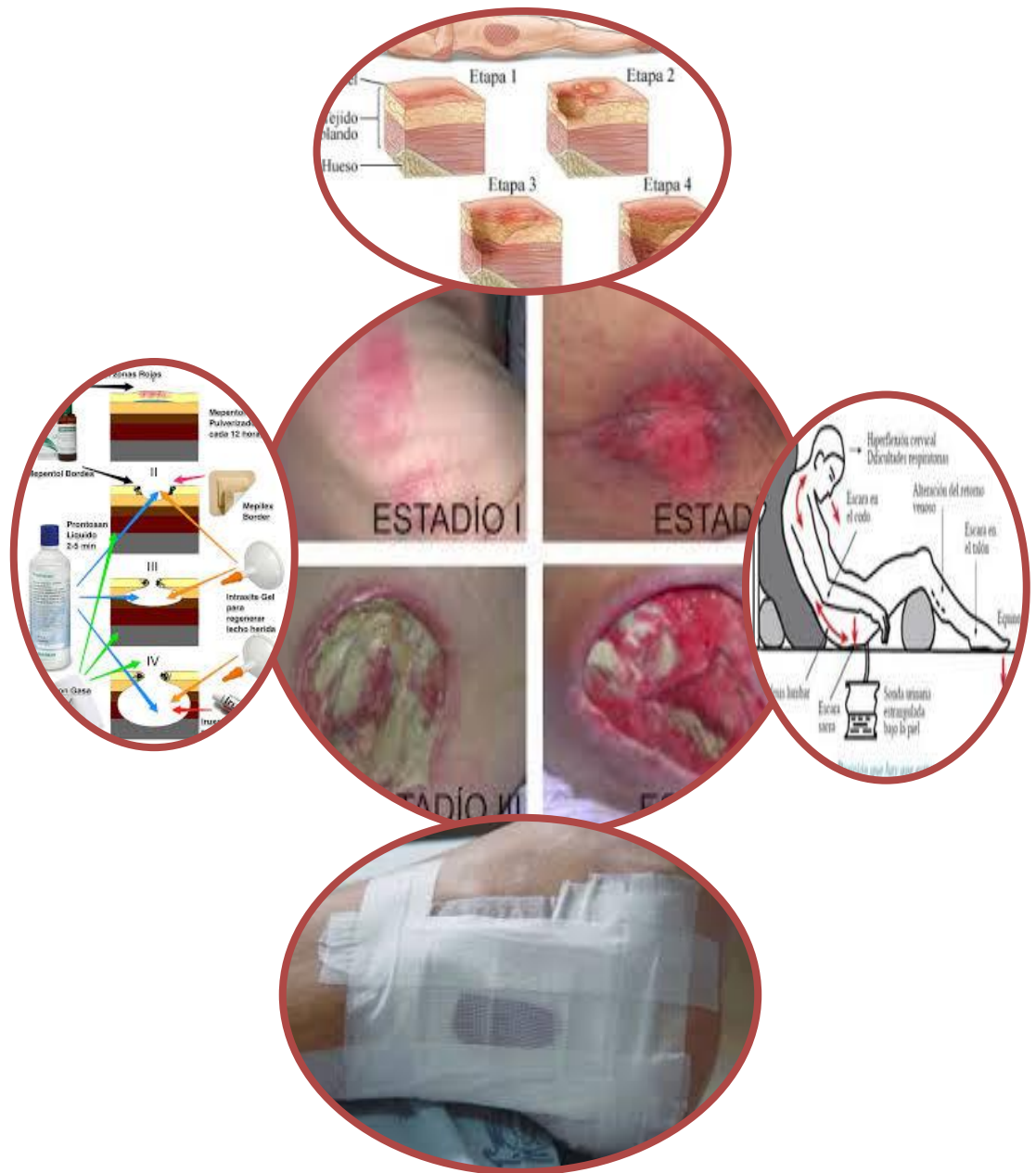
Cuando el paciente se encuentra en la fase final de su enfermedad, debido a diversas causas como la inmovilidad, las alteraciones nutricionales, la deshidratación, o el propio proceso de deterioro general, presenta un riesgo muy alto de aparición de UPP, por lo que en estos casos son muy importantes las medidas de prevención adecuadas que impidan la aparición de las mismas.

Si el paciente ya presenta UPP, las actividades a realizar vendrán determinadas por el estado general del paciente, su calidad de vida y su pronóstico, siempre teniendo en cuenta la filosofía paliativa de cuidar a una persona proporcionándole el máximo confort y evitando las molestias posibles.

Para ello nos planteamos:

- No culpabilizar al entorno de cuidados de la aparición de las lesiones.
- Plantear objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando técnicas agresivas (desbridamiento)
- Mantener limpia y protegida la herida para evitar infección.
- Selección apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar las molestias del procedimiento.
- Mejorar el bienestar del paciente:
- Evitar el dolor mediante la administración de analgesia y dosis de rescate en el momento de la cura, si esta fuera dolorosa.
- Control de olor mediante apósitos de carbón activado, etc.(guía de úlceras Claudia Salazar)

CAPITULO II: ULCERAS POR PRESIÓN.



CAPITULO II: ULCERAS.

2.1 DEFINICION:

Úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. (Claudia Arango guía de úlceras)

Es Aquella lesión de la piel y tejido subyacente provocada por la restricción del flujo sanguíneo causado por la presión prolongada, fricción, cizalla o una combinación de las mismas entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él. Generalmente se localizan sobre protuberancias óseas. Las áreas de más riesgo son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas. (Otilia González el complejo hospitalario)

HISTORIA:

Son muchas de las teorías que desde siglo XVIII han anunciado acerca de las etiologías de las úlceras por presión.

Brown-sequard 1853 junto con sir james paget 1857 fueron los primeros en adjudicar la etiología de estas lesiones a la presión.

Charcot 1879 pensaba que la ulceración era el resultado de la liberación de un factor nervioso que producía necrosis tisular. Posteriormente Munro 1940 consideraba, en la misma línea, que la ulceración era secuela de la lesión nerviosa, con lo cual no se debe tratar, dadas las pocas posibilidades de éxito.

A partir de la segunda guerra mundial comenzó el tratamiento quirúrgico de estas lesiones, impulsando por el desarrollo de los antibióticos, que permitían emprender con mayor garantía de éxito o cierre de heridas potencialmente contaminadas. Davis 1938 comienza a utilizar colgajos con método de relleno de defectos y coway 1951 refiere mejores resultados con la realización de

ostectomias de las prominencia osea subyacente, especialmente en la región isquiática.

Las técnicas quirúrgicas más recientes van dirigidas a aportar colgajos de piel sensible a regiones desnervadas, para prevenir gran parte de las recurrencias postoperatorias.(Bertha higashida Hirose, ciencias de la salud)

CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGIA:

La práctica de la epidemiología como auxiliar de la medicina, empezó con el estudio y control de las enfermedades infecciosas que se presentan de manera intempestiva y afectaban a grandes grupos humanos. Antes de que se conociera la etiología de estas enfermedades o se tuviera una idea de que eran causadas por organismos vivos microscópicos. .(Bertha higashida Hirose, ciencias de la salud)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 9,5% en el primer mes de estancia, y hasta el 20,4% a los dos años.

Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. Por tanto, el mejor cuidado de las UPP es su prevención, estimándose que al menos el 95% de las mismas son evitables.(Claudia Arango guía de úlceras)

ETIOLOGÍA

Sir James Paget 1873 fue uno de los primeros en adjudicar la etiología de las úlceras por decúbito a la presión. Anteriormente, (Brown-Sequard 1853) había manifestado su creencia de que la presión y la humedad eran factores

etiológicos clave, después de comprobar que la curación de las úlceras por presión. (Bertha Higashida Hirose, ciencias de la salud.

2.3 FISIOPATOLOGÍA:

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis.

En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales (1). Los principales factores que contribuyen al desarrollo

De las UPP son:

Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa.

Representa el factor de riesgo más importante.

Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

De pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro. (Claudia Arango en su guía úlceras por presión.

FACTORES DE RIESGO:

Existen diversidad de factores que pueden predisponer a la formación de úlceras por presión. Estos factores pueden estar directamente relacionados con la enfermedad, como una reducción del estado de conciencia; relacionados con

los efectos consecutivos a una enfermedad, como una reducción en la percepción sensorial a consecuencia de un accidente cerebro vascular.

1.6 DETERIORO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL:

Los clientes con una alteración de la percepción sensorial del dolor y la presión, tienen un mayor riesgo de padecer alteraciones en la integridad cutánea que los clientes con una percepción normal.

1.6.1 DETERIORO DE LA FUNCIÓN MOTORA:

CLINICA

A pesar de que consiste la tendencia de considerar las úlceras por presión solo desde el punto de vista de su cronicidad como ya se ha descrito al principio, existe el principio de fase aguda. Esta puede adoptar la forma de un eritema y pasar por estadio de inflamación, ampolla, cianosis y comienzo de necrosis tisular.

Una úlcera con comienzo incipientes se puede confundir con un absceso agudo y efectuar con ella una incisión para drenar un pus inexistente. De este modo queda expuesto la grasa necrótica, que puede sobre infectarse , con la consiguiente destrucción adicional de tejido adicional necrótico.

En formas crónicas hay destrucción tisular profunda, que va desde la piel y la grasa, a través de fascias, músculos y membrana sinovial, hasta la misma articulación. Puede asociarse a osteítis o osteomielitis con destrucción del hueso. En los casos muy avanzados pueden verse luxaciones y fracturas patológicas. Una úlcera de larga duración que ha pasado por repetido periodos de duración y destrucción, puede notar un notable crecimiento de epitelio cicatricial denso.

Los productos de la invasión bacteriana y de la destrucción de los tejidos forman una descarga purulenta y mal oliente que en si es destructiva para el nuevo epitelio .el carácter del exudado purulento, es decir, su consistencia y color depende del germen infectante. Los microorganismos importantes más habituales son; estafilococos, estreptococos, pseudomonaaeruginosa, escherichiacoli y proteusmirabilis. A veces, es útil la administraciones

antibióticos sistémicos seleccionados según el cultivo previo, pero su valor es cuestionable en viejas úlceras crónicas con fuerte cicatrización y vasos trombosados, factores que impiden el acceso de antibiótico hasta la úlcera.

El proceso supurativo puede recorrer una gran distancia entre planos faciales y establecer trayectos sinusales ramificados, pudiendo llegar a penetrar en cavidades articulares por destrucción de la capsula.

Pueden aparecer también complicaciones genitourinarias, septicemia y muerte. También se ha descrito una alta incidencia de amiloidosis secundaria, hasta el 40%, en pacientes con úlceras de larga evolución, que puede conducir a insuficiencia renal secundaria. Con respecto a las localizaciones, las úlceras más comunes son las sacras, las isquiáticas y las trocantericas. Siguen en frecuencia las úlceras calcáneas y maleolares. Suelen ser localizados menos habituales la cresta tibial, la espina iliaca, anterosuperior, el codo, la región occipital o el reborde costal, también debajo de aparatos de inmovilización mal colocados. (B.W.DU GAS cuarta edición)

CRONOPATOLOGIA. Clasificación

Las úlceras por presión sufren una serie de cambios morfológicos en su proceso de aparición y resolución, existiendo múltiples clasificaciones en grado o estadios. En general, se diferencian una serie de fases que se siguen cronológicamente.

Eritema: Esta fase se caracteriza por una macula eritematosa bien delimitada, de color rojo brillante, oscuro o púrpura, que puede asociarse a otros signos inflamatorios, como induración, dolor y calor local. El sustrato es una vasodilatación fisiológica como respuesta a la isquemia local. La epidermis está indemne. Este estado de eritema es aún reversible cuando se elimina la presión, recuperando la piel su aspecto normal al cabo de algunas semanas.

Flictena: La progresión del daño tisular conduce a la aparición de pequeñas erosiones epidérmicas que pueden llegar a afectar a la dermis pero no a los tejidos subcutáneos. Se forman ampollas semejantes a las de las que maduran del segundo grado, que tienen una localización superficial.

Placa de necrosis y detersión: En esta fase del daño tisular llega al tejido subcutáneo, aunque la presencia de una escara gruesa de color negruzco puede ocultar la profundidad de la ulcera. Cuando se pretende dicha escara y los esfacelos tisulares, se puede observar la presencia de tejido adiposo, músculos, ligamentos, tendones o incluso periostio en el fondo de la ulcera. En los límites del defecto existen zonas desvitalizadas profundas, generalmente por debajo de un plano muscular, que también se ve eliminada espontáneamente, de forma progresiva, dejando como resultado una prolongación lateral y en profundidad de la pérdida de la sustancia que se denomina saca ulceroso.

En una fase posterior pueden aparecer fistulas profundas que indica la presencia de osteomielitis. Granulación y epidermización: una vez que se ha eliminado más o menos espontáneamente todo el espesor del tejido necrótico, aparece casi el mismo tiempo un tejido de granulación a partir de las células epiteliales vasculares de la zona. Macroscópicamente se caracteriza por una serie de mamelones de color rojo intenso que tapizan la superficie de la ulceración.

Después de la aparición de tejido de granulación comienza la reparación espontanea con la proliferación del epitelio marginal de la ulcera. Los bordes de la ulcera presentan una progresiva contracción y reduce paulatinamente el tamaño de la lesión, apareciendo una zona granulada algo más pequeña en la placa primitiva de necrosis, que puede evolucionar hacia una zona cicatricial que la rodea y una zona de ulceración con una entrada del saco ulceroso.

Se calcula que hasta el 84 % de las úlceras están contaminadas por bacterias, dicha flora va variando según las distintas fases. Así, en la fase de necrosis los cultivos suelen ser estériles o con predominio de gérmenes grampositivos. Al final de la fase de necrosis y durante la fase de detersión aparecen gérmenes gran negativos, que son los encargados del desbridamiento de la ulcera.(DR. Armando Vargas D.DR.Veronica patricia palacios)

VALORACIÓN CLÍNICA

Es esencialmente interdisciplinaria, desempeñando el personal de enfermería un papel primordial.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención.

Este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce

Algún cambio en el nivel de actividad o movilidad. La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar UPP. La escala de Braden tiene una sensibilidad del 83-100% y una especificidad del 64-77%; la escala de Norton tiene una sensibilidad del 73-92% y una especificidad del 61-94%

2. VALORACIÓN DE LA LESIÓN

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesaria una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:

a) Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.

b) Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo.

Estadio I: eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.

Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas. Estadio III: pérdida total del grosor de la piel.

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayectos sinuosos (1).

En todos, retirar el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

c) Área: registrar el diámetro de las lesiones circulares y las longitudes perpendiculares mayores de las lesiones irregulares.

d) Profundidad:

Grado I: afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente

Grado II: afecta toda la piel hasta la grasa subcutánea.

Grado III: llega hasta la fascias profundas.

Grado IV: la necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso.

e) Secreción de la úlcera: estimar la cantidad, identificar el grado de olor y purulencia.

f) Tejido existente en el lecho úlcera: si existe tejido de epitelización, de granulación, esfacelado y/o necrótico, y tunelizaciones o fístulas.

g) Estado de la piel perilesional: diferenciar la celulitis del eritema circunferencial que rodea la mayoría de las heridas en vías de cicatrización; buscar dolor, calor y enrojecimiento.

h) Presencia o ausencia de dolor relacionado con la lesión. (Claudia Arango guía de úlceras)

Tabla 1. Escala de Norton				
Estado físico	Estado mental	movilidad	actividad	incontinencia
4.bueno	4. alerta	4. completa	4. deambula	4.no
3. aceptable	3. apático	3. algo limitada	3. con ayuda	3. ocasional
2. deficiente	2. confuso	2. muy limitada	2. silla de ruedas	2. habitual
1.Muy deficiente	1. estupor	1. inmóvil	1. encamado	1.doble incontinencia

COMPLICACIONES:

Pueden dividirse en primarias y secundarias:

1.7 COMPLICACIONES PRIMARIAS:

a) Locales: originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida. Los patógenos más frecuentes son gérmenes gran negativos, anaerobios y staphilococcus aureus meticilin resistente. La osteomielitis se debe sospechar ante úlceras de evolución tórpida, sepsis, leucocitosis sin otra causa o VSG mayor o igual a 120 mm/h. Otra de las complicaciones que puede condicionar el manejo y tratamiento es el dolor.

b) Sistémicas: entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amilo dosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento.

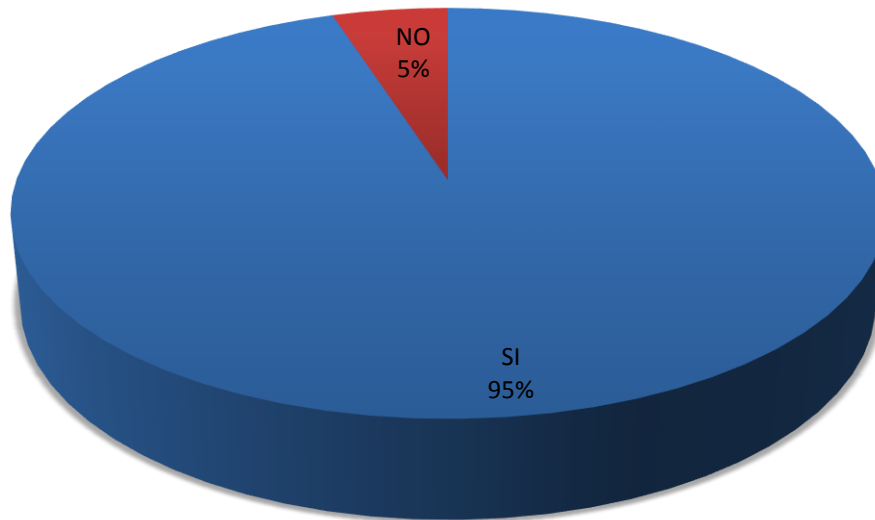
1.7.1 COMPLICACIONES SECUNDARIAS:

Algunas son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia. Los problemas médicos.

El uso de ropa de cama para mover al paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento. Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda. Los pacientes sentados deben cambiar el lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismos. Si no fuera así, se debe hacer sistemáticamente cada hora. El uso de flotadores o similares para sentarse está contraindicado. (Claudia Arango guía úlceras)

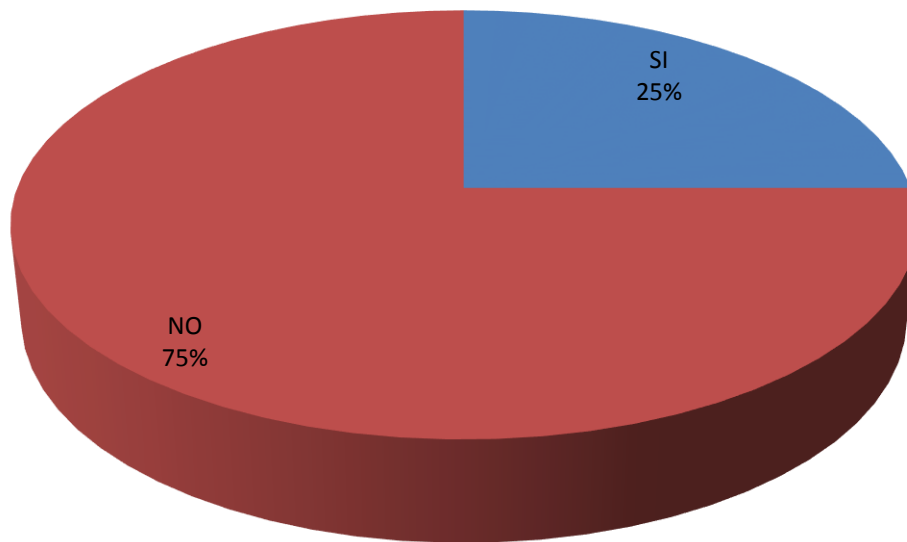
CAPITULO III: INSTRUMENTACION ESTADISTICA:

1.¿usted conoce los cuidados de enfermeria en pacientes con ulceras



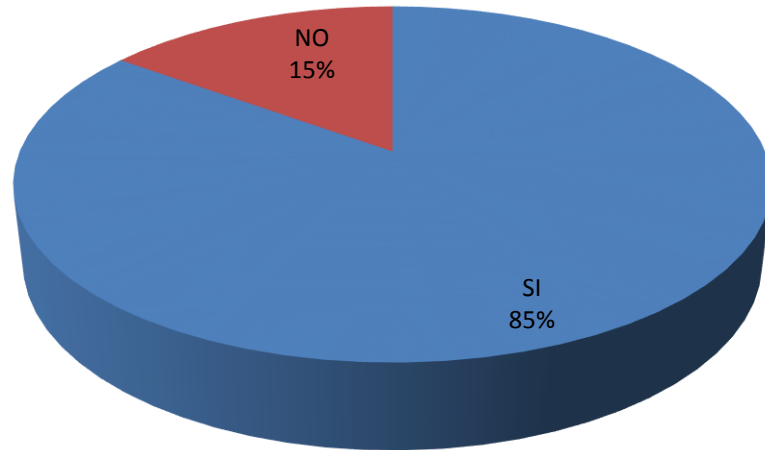
En esta interrogante se valoro si las estudiante de enfermería cuenta con los conocimientos acerca de los cuidados en pacientes con ulceras por presión del cual se obtuvo como resultado un 95% que si solo un 5% no. Lo cual nos permite seguir en nuestra investigación partiendo así de los conocimientos ya establecidos de las estudiantes.

2.¿conoce usted la clasificacion de ulceras por presion?



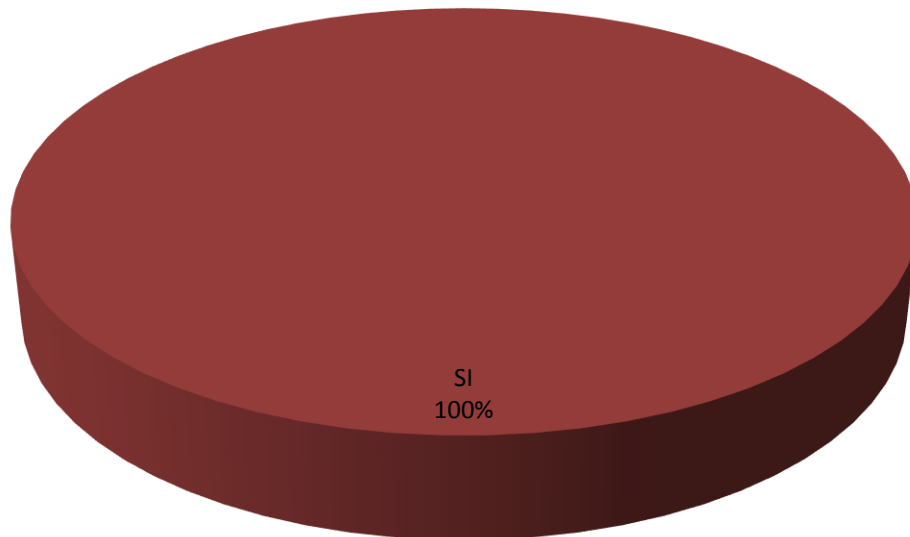
Es necesario conocer la clasificación de las úlceras por presión para llevar a cabo el tratamiento adecuado. En la interrogante aplicada arrojó un 75% de la ausencia de la información es por el que no se lleva a cabo el tratamiento correcto para su cura.

3.¿conoce cual es su rol para la prevencion de ulceras por presion?



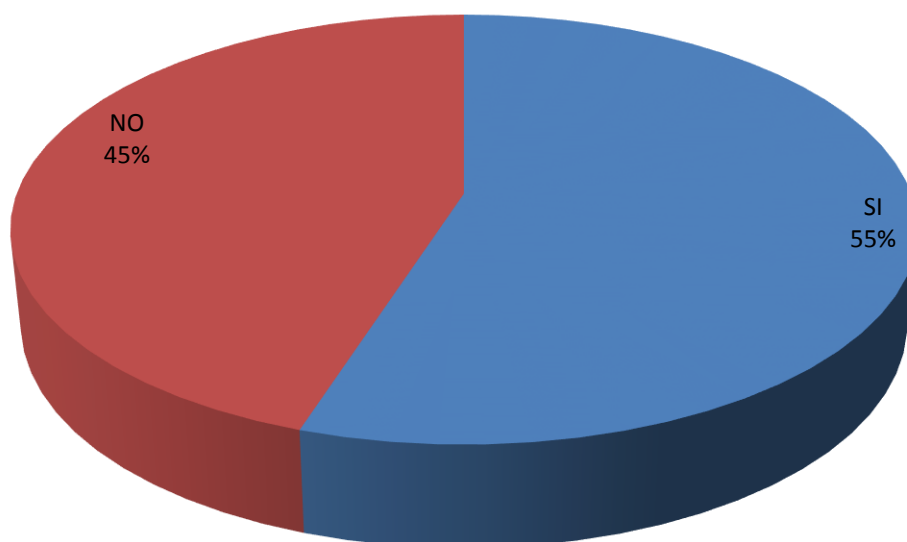
En esta interrogante se obtiene y visualiza un resultado favorable para la investigación debido a al alto índice de resultados positivos que se obtienen acerca del rol de enfermería para la prevención de ulceras por presión.

4.¿cree usted oportuno realizar cuidados de enfermeria para la prevencion de ulceras por presion



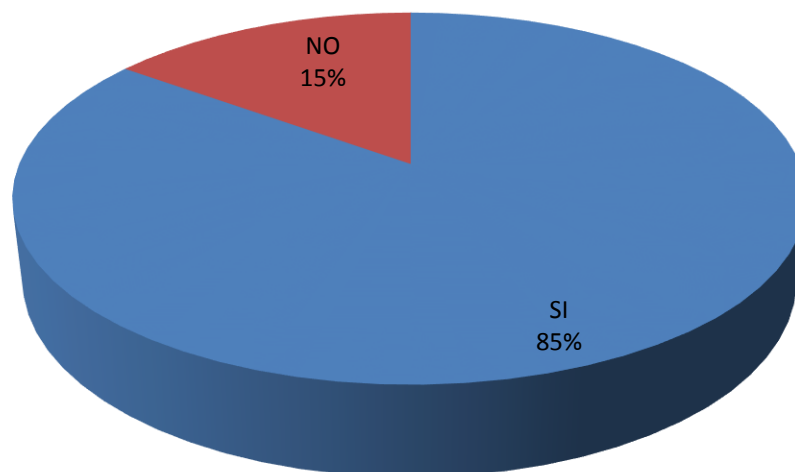
La prevención es uno de los temas importantes para la complicación de cualquier patología es por el que se aplico la interrogante acerca de la importancia de la aplicación de cuidados para prevenir ulceras por presión se obtuvo un porcentaje de un 100% por parte de los encuestados.

5.¿conoce el cuidado de enfermería cuando las úlceras se encuentran instauradas?



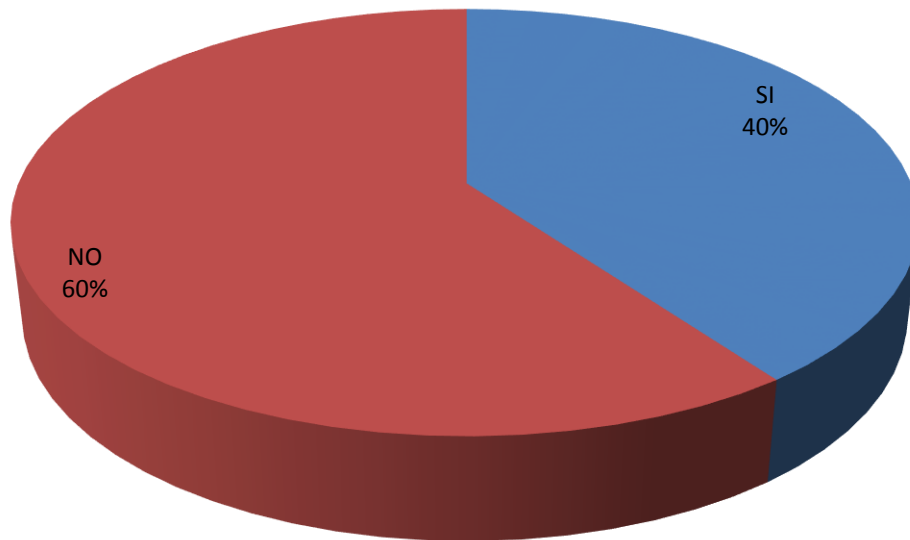
Se pretende saber si las estudiantes de enfermería cuenta con información acerca de los cuidados en las úlceras ya instauradas del cual se obtiene como resultado del 55% de las personas encuestadas si conoce los cuidados que se deben brindar y un 9% de las personas encuestadas no conoce los cuidados que se deben brindar teniendo como diferencia un 45% de las personas que si conocen.

6.¿usted realiza un cuidado especifico cuando un usuario presenta ulceras por presion?



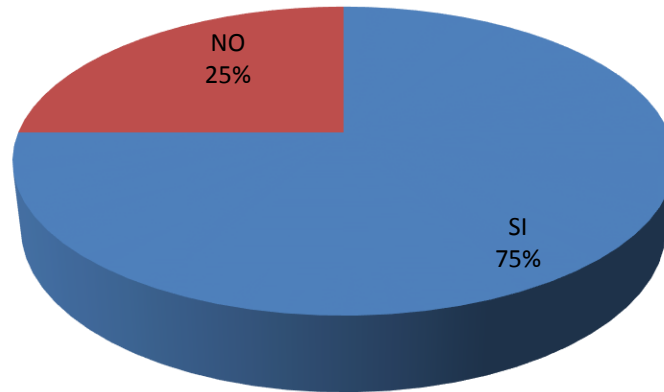
El cuidado brindado en cada uno de los padecimientos tiene una diferencia en el quehacer enfermeril para ello se aplica la interrogante acerca del cuidado especifico que se realiza en las ulceras por presión por lo que se obtiene como resultado un 85% que si realizan los cuidados especificos para las ulceras por presión y solo un 15% de las personas encuestadas mencionan que no. Se obtiene como información importante algunos cuidados específicos que las personas encuestadas realizan para evitar que la ulcera se extienda; higiene estricta, curación y ventilación, cambio de posiciones cada hora, y la aplicación oportuna de un tratamiento farmacológico.

7.¿conoce el tratamiento de las úlceras por presión?



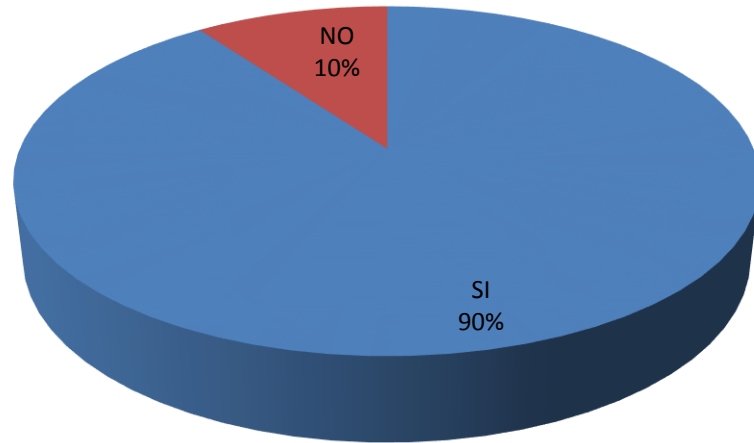
En la interrogante se pretende saber si las personas encuestadas conocen el tratamiento para las úlceras por presión del cual se arrojó como resultado que solo un 60% de las personas encuestadas conocen el tratamiento para las úlceras por presión y un 40% no conoce el tratamiento, lo que lleva a poner un énfasis principal ante este resultado.

8.¿conoce la complicacion de las ulceras por presion?



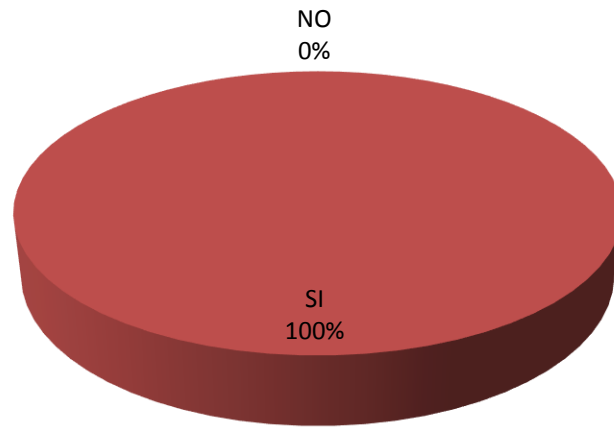
Las complicaciones son una de las principales características que se pretende evitar sin embargo las medidas y cuidados realizados no son suficientes para que estas aparezcan es por ello que se realiza la interrogante acerca del conocimiento de las complicaciones que se presentan cuando no se realiza un cuidado y medida adecuada para así mismo concientizar a que las personas realicen los cuidados de forma adecuadas.

9.¿cree usted que la alimentacion deficiente es un factor que contribuye a la aparicion de ulceras por presion?



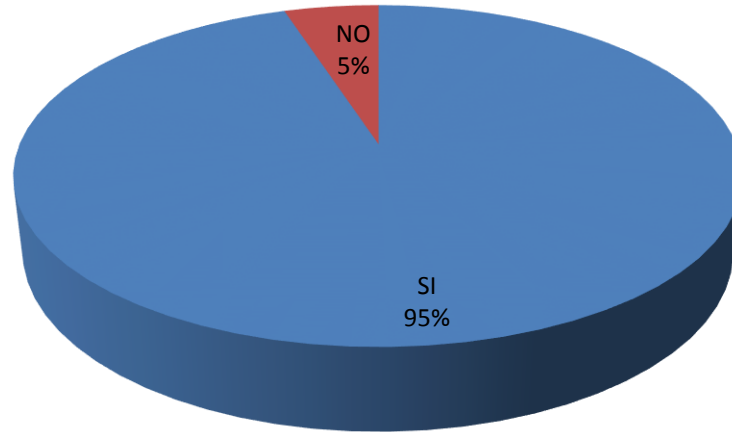
Una idea errónea es pensar que la alimentación deficiente no contribuye a la aparición de úlceras por presión sin embargo en la interrogante aplicada a las estudiantes de enfermería se confirmó que la alimentación deficiente si es uno de los factores que contribuye a la aparición de las úlceras por presión aunque es necesario mencionar que un 10% responde que no.

10 .¿cree usted que el reposo permanente en cama es un factor principal que contribuye a la aparicion de ulceras por presion?



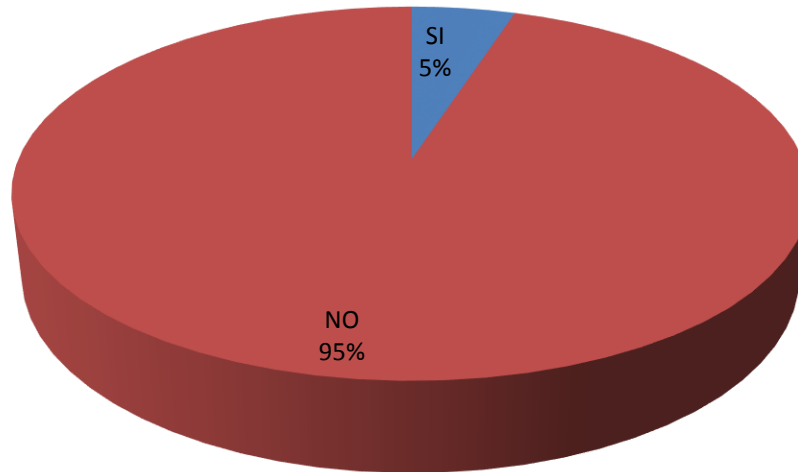
De la interrogante se obtuvo como resultado un alto porcentaje de afirmación que el reposo en cama es uno de los factores principales que contribuyen a la aparición de las ulceras por presión de los cual se muestra en la grafica un 100%.

11¿conoce las medidas de higiene al realizar el cuidado de enfermeria en las ulceras por presion?



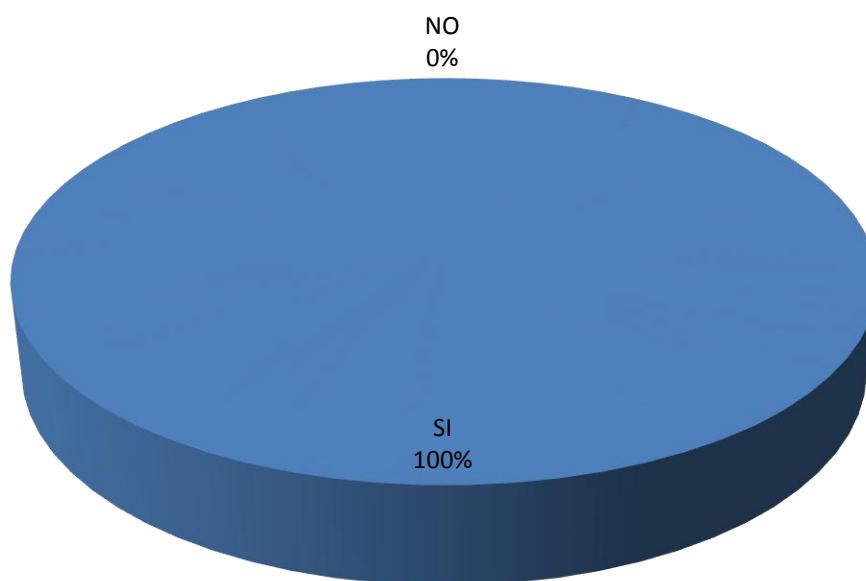
En la interrogante acerca de las medidas de higiene se pretende saber si las personas encuestadas llevan a cabo las medidas de higiene en el cuidado de las ulceras por presión para lo que se obtiene como resultado que un 95% si conoce los cuidados de higiene y solo un 5%.por lo tanto este resultado es favorable para llevara a cabo los cuidados necesarios para las ulceras por presión.

12.¿cree usted que las úlceras se presentan únicamente en personas adultas?



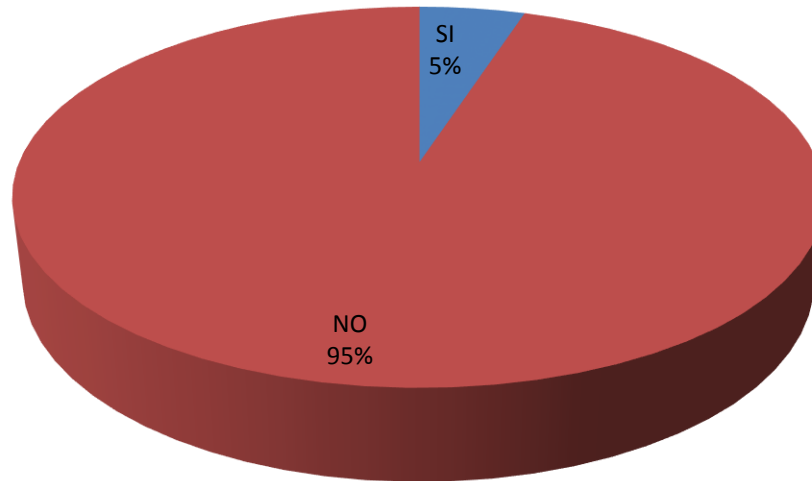
La interrogante que se aplicó se arrojaron los siguientes datos un 95% responde que las úlceras por presión solo se presentan en personas adultas y solo un 5% menciona que no. lo que nos hace pensar en que no se cuenta con la información necesaria acerca de los factores contribuyentes para la aparición de úlceras por presión debido a que estas pueden aparecer en edades diversas.

13.¿cree necesario conocer el tratamiento de úlceras por presión?



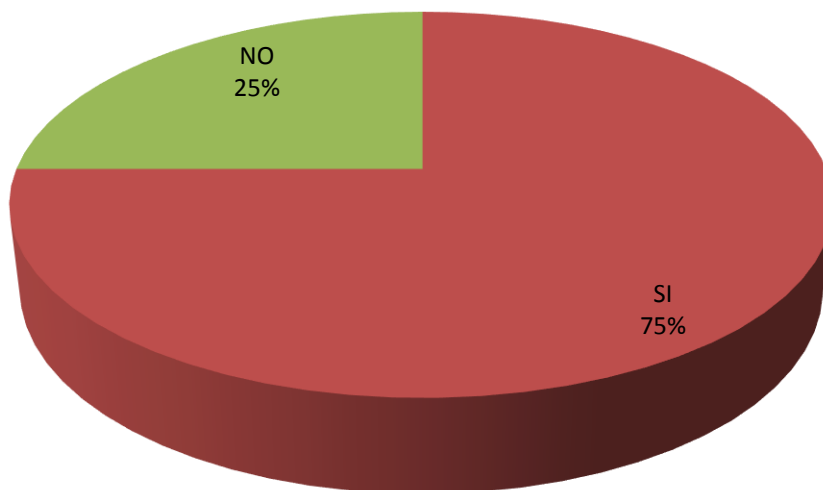
En la interrogante aplicada se obtiene como resultado un interés máximo de cada uno de las estudiantes encuestadas para conocer el tratamiento de las úlceras por presión plasmándose así un 100% de interés por parte de las personas encuestadas.

14¿cree usted que las úlceras por presión se cicatrizan por si solas



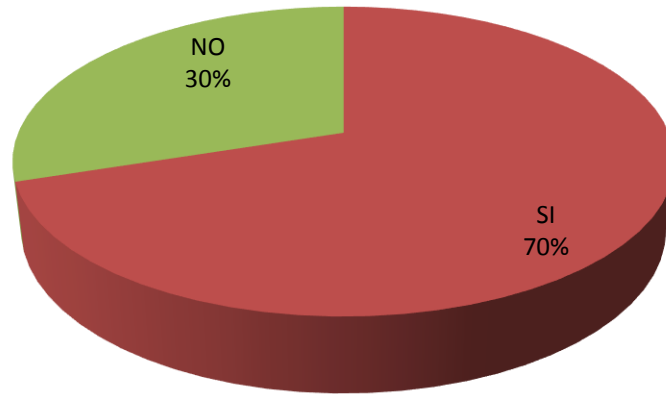
En la interrogante aplicada se obtiene como resultado un 95% de las personas encuestadas responde que las úlceras no cicatrizan por si solas debido la lesión grave que en ellas se presenta y solo un 5% responde que si cicatrizan por si solas, sin embargo es necesario mencionar que la cicatrización depende del grado de lesión.

15.¿cree recomendable un injerto de piel en pacientes con úlceras por presión?



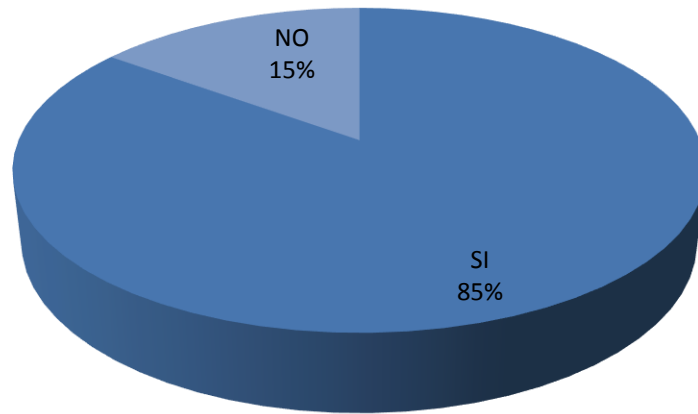
Un injerto de piel permite una buena cicatrización de la lesión cuando esta es de un grado mayor. Con esta interrogante se confirma la gran importancia de un injerto de piel en las lesiones profundas dando como resultados que un 75% responde que si es idóneo un injerto, y solo un 25% menciona que no es necesario un injerto de piel sin dejar de mencionar que las respuestas arrojadas son debido a que los criterios de las estudiantes encuestadas se menciona que el injerto se debe realizar para obtener una cicatrización favorable con un previo lavado quirúrgico, limpieza adecuada del sitio de la lesión, y con la aplicación de tratamientos para la afección en cambio las personas que contestaron que no, mencionan que solo es necesario llevar a cabo una higiene adecuada, cambio frecuentes de posición, mantener el estado de salud del paciente para que estas no evolucionen.

16¿conoce las posiciones adecuadas para los pacientes con úlceras por presión?



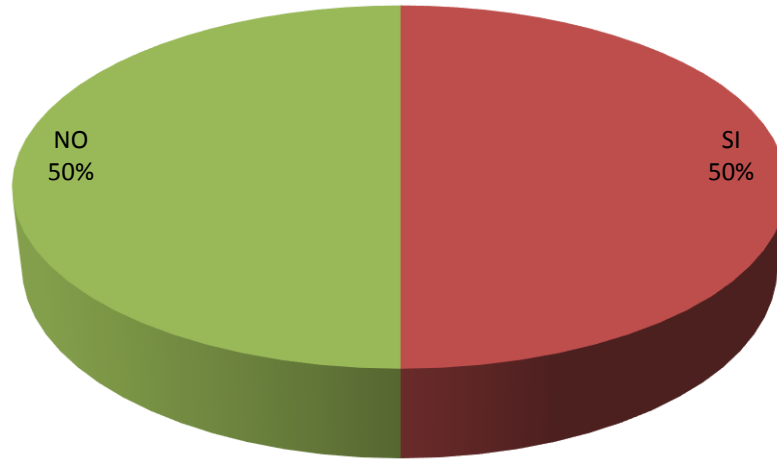
En la interrogante se cuestiono acerca de las posiciones adecuadas para la prevención de úlceras por presión y del cual se obtuvo como resultado que un 70% si conoce las posiciones adecuadas para prevenir las úlceras por presión y solo un 30% de las personas encuestadas no las conocen.

17.¿usted realiza una accion especifica para la curacion de ulceras por presion en cada uno de sus pacientes?



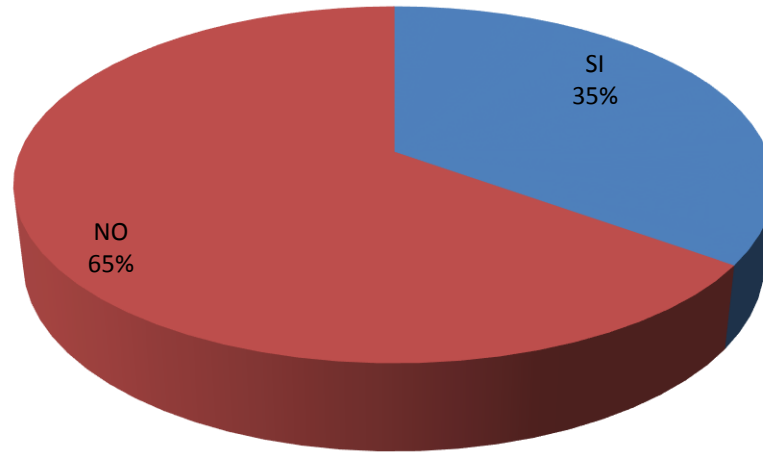
Las patologías así como las afecciones necesitan de una acciones específica para lograr alcanzar su curación es por ello que se realizo la interrogante acerca de la acción que cada una de las encuestadas realizan cuando se presenta una ulcera por presión del cual se obtuvo como resultado que un 85% si realiza acciones especificas para la prevención, y curación de la misma y solo un 15% no realiza acciones especificas por la falta de conocimientos y material y tratamiento necesario.

18.¿usted utiliza algun tratamiento especifico cuando se presentana las ulceras?



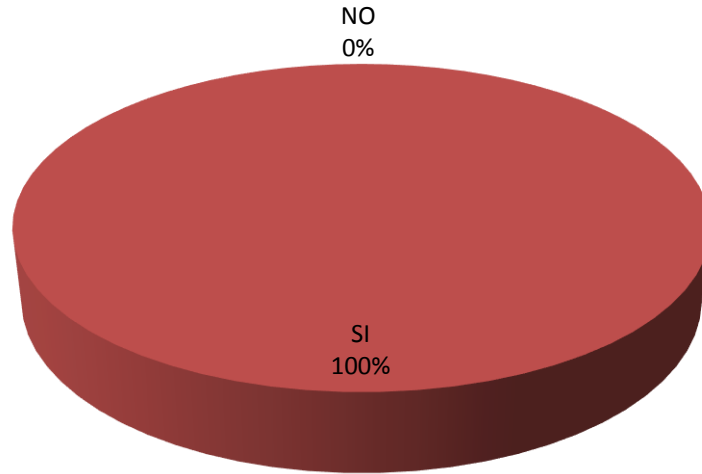
En las respuestas de la siguiente interrogante se arrojó como resultado que un 10% de las personas encuestadas si aplican un tratamiento especifico cuando se presentan las ulceras y un 10 de las personas no aplican un tratamiento especifico en las ulceras por presión lo que sin duda aumenta la gravedad de as ulceras por presión en los pacientes.

19..¿conoce las directrices para la prevencion de ulceras por presion?



Conocer las directrices para la prevención de úlceras por presión es una de las principales características del rol de enfermería en la prevención de las úlceras por presión, por lo cual se realiza la interrogante para valorar si se conocen las directrices de los cual se obtuvo como resultado que solo un 7% de las personas encuestadas conocen las directrices y un 13% no las conoce por lo que concluimos que existe información deficiente acerca de la atención para dicha afección.

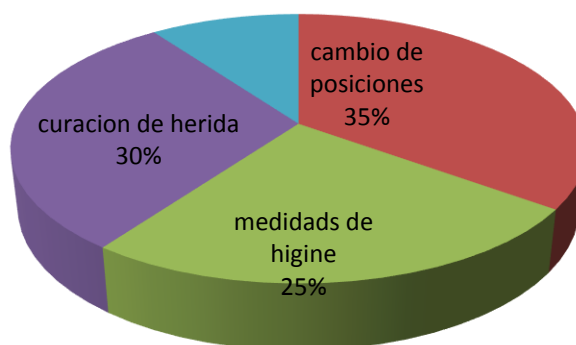
20.¿cree usted importante contar con informacion acerca de la atencion de las ulceras profundas?



El interés por parte de las personas que brindan salud es de suma importancia para que se lleven a cabo los cuidados necesarios para la prevención, cura y rehabilitación de diversas patologías, así como afecciones. Es por ello que se aplicó la interrogante. Por lo que se obtuvo como resultado un 100% de las personas encuestadas confirman que si es necesario.

21.¿durante su practica cotidiana cuales son las medidas que realiza cuando las ulceras son profundas?

aplicar
tratamientos
paliativos
10%



Con la interrogante aplicada se arrojaron respuestas muy importantes para la investigación puesto que estas permiten profundizar en la información con la que cuentan las estudiantes de enfermería, enfocado en su práctica clínica, Si, dejar de mencionar las otras medidas que arrojó dicha interrogante como; la cirugía, la colocación de instrumentos tales como donas, terapia back lo que sin duda trae como conclusión que las estudiantes han tenido experiencia directa con dichos instrumentos en un menor porcentaje, pero que es de gran ayuda para cada uno de los pacientes que presentan dichas afecciones.

CAPITULO IV: ETICA DE ESTUDIO:

CAPITULO IV: CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de auto cuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III:

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales¹.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTICULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud².

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Elaboración del protocolo.	*	*								
Elaboración del marco teórico	*	*	*							
Elaboración de instrumentos				*						
Prueba del instrumento					*	*				
Recopilación de información							*			
Análisis y ordenación de datos.								*		
Elaboración del informe final									*	
Exposición de los trabajos y datos.										*
Publicación del artículo.										*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA: labor de enfermería en el cuidados de úlceras por presión

Responsable: E.L.E.O Rosa Lilia campos de la cruz

Asesora: M.P. Yanitzia Álvarez Reyes

En la escuela de enfermería de nuestra señora de la salud en la Licenciatura en Enfermería se está realizando un estudio sobre la “Labor de enfermería en el Cuidado de úlceras por presión”, cuyo objetivo es Conocer la labor de Enfermería en el cuidado de las Úlceras por presión. La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento. La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

Firma de la participante:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán XX de Abril del 2009

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma de la Responsable

Testigo

Testigo

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Facultad de Enfermería se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación “labor de enfermería en el cuidado de úlceras por presión” para lo cual se requiere información sobre el número total de xxxxx. Este estudio se llevará a cabo por la alumna: del 8vo. Semestre, asesorados por la M.P. Yanitzia Álvarez Reyes.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

L. E. Martha Alcaraz Ortega

Directora académica

CONCLUSIÓN

Es necesario conocer cada uno de los cuidados de enfermería en las úlceras por presión para poder brindar un cuidado específico y general de dichas afecciones puesto que el avance científico avanza cada vez más es por ello que el personal de salud debe actualizarse en los diversos ámbitos en el que se desenvuelve, por el simple hecho de tratar con vidas humanas y haber elegido una carrera humanista como lo es enfermería.

Para poder brindar una atención integral y holística es indispensable conocer las labores de enfermería generales y específicos basados en un plan de cuidados en el cual se conozcan las directrices principales para cumplir nuestros objetivos.

Para ello fue necesario conocer los factores que contribuyen a la aparición de las úlceras por presión, los cuales resultan poco importantes para el personal de salud debido a que muchas veces el personal de enfermería solo se enfoca aun cuidado asistencial para la curación de la enfermedad dejando a un lado las afecciones que se añaden a las patologías, como lo son las úlceras por presión.

Cabe mencionar que uno de los principales objetivos que se planteo dentro de esta investigación es conocer la labor de enfermería en el cuidado de las úlceras por presión, destacando así las directrices generales para la prevención, tratamiento y curación de las úlceras por presión.

para cumplir este objetivo fue necesario conocer el estadio de las úlceras y de ahí partir hacia el cuidado específico y general para cada una de las heridas, puesto que cada herida requiere de un tratamiento específico debido a su grado de afectación y las medidas llevadas a cabo puedan resultar positivas ante este.

Es necesario mencionar también que dentro de esta investigación se mencionan diversos factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras por presión, de las cuales las principales son la edad, alimentación, la inmovilidad y añadidos a estos la falta de higiene en la piel.

Es aquí donde el profesional de enfermería no solo debe enfocarse a la enfermedad del usuario sino también a evitar las causas que se añaden a estos.

Para lograr esto se han descrito diversas medidas preventivas que deben llevarse a cabo bajo un plan jerárquico y estandarizado así como las medidas de higiene, cambios posturales, y la aplicación del tratamiento adecuado para cada una de las lesiones según su grado de afectación.

Las lesiones se pueden llegar a complicarse si no se lleva a cabo un cuidado específico lo que sin duda nos permite resaltar que no siempre se cuenta con la información correcta para la aplicación de un cuidado específico para cada lesión, puesto que cada una de las lesiones requiere un tratamiento farmacológico, los cuales tienen un alto costo económico y otros requieren un tratamiento quirúrgico según la profundidad en la que ha sido afectados.

Es necesario mencionar que las úlceras por presión se presentan en todas las edades y en ciertas regiones específicas del cuerpo como son sacras, coxis y otras estructuras óseas, pero se presentan más en las personas adultas, lo cual es un foco principal para el equipo de salud para llevar a cabo las medidas de prevención en determinada edad con mayor exactitud.

Fue necesario llevar a cabo el seguimiento de esta investigación planteando una serie de interrogantes que fueron aplicados a las alumnas del hospital de nuestra señora de la salud para valorar la información con la que cuentan y así poder llevar a cabo la investigación que sin duda será fructífera para cada uno de los usuarios que presenten dicha afección por el simple hecho de que el profesional de enfermería es quien está en constante contacto con cada uno de los usuarios es por ello que la importancia de que las alumnas adquieran dicho conocimiento es mayor.

Dentro de las interrogantes aplicadas en esta investigación se arrojaron diversas respuestas que han sido de suma importancia para la investigación puesto que estos permitieron darle un seguimiento más estructurado a la investigación confirmando así la hipótesis planteada.

Dentro de los resultados obtenidos las estudiantes no cuentan con la información acerca de las directrices exactas para emplear un plan estratégico así como las medidas necesarias enfocadas a cumplir los objetivos ya mencionados, sin embargo es necesario mencionar que se cuenta con la disponibilidad debido al dato arrojado en una de las interrogantes la inquietud que poseen para aprender acerca del tema debido a que el materia que se necesita en la curación de las úlceras no es ajeno a su experiencia.

Se han encontrado múltiples avances acerca de este tema es por ello que el personal de enfermería no debe desistir a abandonar el campo de la investigación para así mismo poderlos emplear en nuestra práctica cotidiana, brindando así un mejor estilo de vida a cada uno de los usuarios por el simple hecho de haber elegido una carrera tan humanista como lo es enfermería. la cual su base fundamental es el cuidado basado en la teoría científica. Enfocar los cuidados enfermeros en la prevención y tratamiento de las úlceras

Los objetivos de acuerdo a la investigación dice que es necesario indagar acerca de las causas y consecuencias que implica esta afección sin olvidar mencionar el elevado costo económico que dentro de estos se presenta.

Por lo tanto la hipótesis se cumple debido a que es necesario contar con información necesaria acerca de las úlceras por presión para así brindar un cuidado específico y general y poder así brindar una mejor calidad de vida evitar las complicaciones que estas generan si no se brinda un cuidado adecuado y oportuno y así poder también aplicar los tratamientos necesarios para reducir un gasto posterior a su complicación.

ANEXOS:

ANEXO 1: GUIÓN METODOLÓGICO:

TEMA:	PREGUNTA:	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES:	OBJETIVOS:	HIPÓTESIS:
LABOR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.	¿Cuál es la labor de enfermería en el cuidado de úlceras por presión?	Independiente: La prevención, el cuidado. Dependiente úlceras.	<i>Prevención:</i> Es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. <i>Cuidado:</i> Es una actividad realizada por personas que se ocupan al cuidado de la vida, de la enfermedad, de la muerte y del medio ambiente. <i>Úlceras:</i> son toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con forma crateriforme.	General: Conocer la labor de Enfermería en el cuidado de las Úlceras por presión. Específicos: Describir las Úlceras por presión. Destacar las directrices generales para la prevención de las Úlceras por presión Explicar los cuidados de Enfermería en las úlceras una vez instauradas	Tener presente los conocimientos acerca de las úlceras por presión y evitar que se produzcan y si estas ya están presentes poder llevar a cabo los cuidados y tratamiento necesario para evitar su complicación

1.7.2 ANEXO 2: CUESTIONARIO.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
LABOR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

CONOCER LA LABOR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

1.-¿conoce usted los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión?

Si No

2. ¿conoce usted las clasificación de las úlceras por presión?

Si No

3.- ¿conoce cuál es su rol para la prevención de úlceras por presión?

Si No

4¿cree usted oportuno realizar cuidados de enfermería para la prevención de úlceras por presión?

Si No

5.-¿conoce el cuidado de enfermería cuando las úlceras se encuentran instauradas?

Si No

6.-¿usted realiza un cuidado especifico cuando un usuario presenta úlceras por presión?

Si No

Mencione cuales:

7.- ¿conoce el tratamiento de las úlceras por presión?

Si No

8.-¿conoce la complicación de las úlceras por presión?

Si

No

9.-¿cree usted que la alimentación deficiente es un factor que contribuye a la aparición de úlceras por presión?

Si

No

10.-¿cree usted que el reposo permanente en cama es un factor principal que contribuye a la aparición de úlceras por presión?

Si

No

11.-¿conoce las medidas de higiene al realizar el cuidado de enfermería en las úlceras por presión ?

Si

No

12.-¿cree usted que las úlceras se presentan únicamente en personas adultas?

Si

No

13.-¿cree necesario conocer el tratamiento de úlceras por presión?

Si

No

14.-¿cree usted que las úlceras por presión se cicatrizan por si solas?

Si

No

15.-¿según su criterio cree recomendable un injerto de piel en pacientes de úlceras por presión ?

Si

No

Explique por qué:

16.¿conoce las posiciones adecuadas para los pacientes con úlceras por presión?

Si

No

17.-¿usted realiza una acción específica para la curación de úlceras por presión cuando estas se presentan en sus pacientes?

Si

No

18.-¿usted utiliza algún tratamiento específico cuando se presentan las úlceras por presión?

Si

No

19.-¿conoce las directrices para la prevención de úlceras por presión?

Si

No

20.-¿cree usted importante contar con información acerca de la atención de las úlceras por presión?

Si

NO

21.¿durante su práctica cotidiana cuales son las medidas que lleva a cabo cuando la úlcera es profunda?

Menciónelos:

GLOSARIO:

Cicatrización: es un proceso biológico mediante el cual los tejidos vivos reparan sus heridas dejando -para el caso de las heridas cutáneas.

Colágeno: Es una proteína dura y fibrosa, vasos sanguíneos y nervios

Conocimiento: facultad del ser humano para comprender por medio de la razón, naturaleza, cualidades y relación de las cosas.

Cuidado: es un servicio en el cual se involucra la enfermera y va dirigido hacia las personas para lograr el mantenimiento y la restauración.

Eritema: Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas

Herida: interrupción de continuidad de piel.

Hiporexia: disminución del apetito

Infeción: (del latín infecto) es la acción y efecto de infectar o infectarse. Este concepto clínico se refiere a la colonización de un organismo.

Inmovilidad: Disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras

Metabolismo: Conjunto de los cambios químicos y biológicos que se producen continuamente en las células vivas de un organismo.

Necrosis: del latín necrosis, que a su vez deriva de un vocablo griego, la necrosis es la degeneración de un tejido por la muerte de sus células.

Prevención: abarca la detección de enfermedades, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y protección específica de enfermedades

Paciente: todo aquel que recibe, utiliza o se beneficia con productos o actividades que realiza la empresa.

Procedimiento: describe el método y la secuencia de acciones además del buen funcionamiento de los sistemas.

Úlcera: Llaga o lesión que aparece en la piel o en el tejido de las mucosas a causa de una pérdida de sustancia y que no tiende a la cicatrización

BIBLIOGRAFÍA:

Tratados de medicina interna (HARVEY JOHNS MCKUSIK OWENS ROSS)

Semiología general (TIBURCIO PADILLA)

Medicina interna (JAY H.STEIN)
Desequilibrios hidroeléctricos y ácidos básicos(FELIPE MOTA HERNÁNDEZ, JOSÉ CARLOS PEÑA)
Dermatología (MANZUR - DÍAZ ALMEIDA – CORTÉ)
Medicina Clínica (8 Al 17)(HARRISON)
Apuntes sobre el soporte nutricional en atención primaria (GIL CANALDA INMACULADA)
Fundamentos de enfermería volumen IV (POTTER/ PERRY)
TORTORA DERICKSON 11 EDICION.
Tratados de medicina interna (HARVEY JOHNS MCKUSIK OWENS ROSS)
Semiología general (TIBURCIO PADILLA)
Medicina interna (JAY H.STEIN).
Desequilibrios hidroelectroliticos y ácidos (FELIPE MOTA HERNANDEZ, JOSE CARLOS PEÑA)
El paciente anciano (RUIZ PEREZ CANTERA. 1998)
Caso clínico del anciano(J J BASTAN CORTES)
C.JIMENEZ ROJAS.
Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. (Sualy Ruiz Morera)
Medicina interna (J.RODES TEIXIDOR,J GUARDIA MASSO)
Enciclopedia de la enfermería.

FUENTES DE INTERNET:

http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_ulceras.pdf

<https://books.google.com.mx/books?id=PVNwRMownLAC&pg=PA21&dq=ulceras+por+presion&hl>

<http://gneaupp.info/seccion/biblioteca-alhambra/publicaciones-biblioteca-alhambra/libros>.

Escala de braden. Valores de riesgo de presentar ulceras por presión. Revista ROL de enfermería. 1997.

Barona de Infante, Nohemy y Álvarez A. Lugardo. Sociedad y salud. Precisas. Colombia, 1998.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas

Crónicas. Directrices Generales sobre Prevención de Úlceras por Presión.

Logroño: GNEAUPP, 2008.

Dimond B. Litigation and pressure ulcers. En: Glover D. Science of Surfaces.

London: Emap Healthcare, 2005: 4-5.

Knowlton SP. Legal Aspects of wound care. En: Baranoski S, Ayello EA. Wound Care Essentials. Practice Principles. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004: 19-33

García M-CC, Sellan SMC. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería.

Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión. Página realizada por Jos

Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión. Junta de Andalucía. 2007.

Fernández FC, Garrido AM, Santo TPM, Serrano PMD. Enfermería Fundamental.

España: Editorial Masson S.A.; 1997.

Manual de Procedimientos de Enfermería. Amparo Magaly Castro Torres.

Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2008.

<http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Alcera>".

