



UAGro
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

FACULTAD DE ENFERMERIA No. 2 / COORDINACION DE POSGRADO

Tesina

Calidad de la intervención del cuidado enfermero en pacientes con úlceras por presión en la UCI del HGR # 1 Acapulco, Gro.2018

Presenta:

L.E JOSE ENRIQUEZ PORRAS

Para obtener el Diploma de especialista en gestión y
docencia de enfermería

Asesor externo:

M.C. Juana Barrera García



UAGro
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

FACULTAD DE ENFERMERIA No. 2 / COORDINACION DE POSGRADO

POSGRADO DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE GESTION Y DOCENCIA
GENERACION 2017-2018

TESINA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE LA
ESPECIALIDAD DE GESTION Y DOCENCIA EN
ENFERMERIA

Calidad de la intervención del cuidado enfermero en
pacientes con úlceras por presión en la UCI del HGR #1
Acapulco, Gro.2018

Presenta:

L.E Jose Enriquez Porras

DIRECTOR INTERNO: M.C.E. DORA LINA BAHENA ACEVEDO.

DIRECTOR EXTERNO: M.C.Juana Barrera Garcia

C.A: 125 : EDUCACIÓN Y GESTIÓN EN ENFERMERÍA

L.G.A.C: : CALIDAD DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y DOCENCIA EN
ENFERMERÍA.

Acapulco Gro. enero 2019

**FACULTAD DE ENFERMERIA N° 2 UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE GUERRERO**

**POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE GESTION Y
DOCENCIA**

TESINA

**Calidad de la intervención del cuidado enfermero en
pacientes con úlceras por presión en la UCI del HGR # 1
Acapulco, Gro.2018**

**Que como parte de los requisitos para obtener el
grado de especialista en gestion y docencia de
enfermeria**

Presenta:

Jose Enriquez Porras

Asesor externo: Juana Barrera Garcia

Directora interna : M.C.E. Eva Barrera Garcia

C.A: 125: Educación y gestion en enfermeria

Ciclo 2017-2018

**Calidad de la intervención del cuidado enfermero en
pacientes con úlceras por presión en la UCI del HGR #
1 Acapulco, Gro.2018.**

TESINA

**Que como parte de los requisitos para obtener el
grado de especialista en gestion y docencia dirigido
por: M.C. Juana Barrera Garcia**

COORDINADORA DE POSGRADO

M.C.E. Eva Barrera Garcia

firma

coordinadora de gestion y docencia :

M.C.E. Gregoria Juarez Flores

firma

Dedicatoria

A mi esposa e hijos por su amor, trabajo y sacrificio en todo este tiempo, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, ha sido un privilegio ser su esposo y padre de mis hijos son los mejores.

Agradecimientos

Agradezco a mi esposa Ruth Margarita Rivera Sandoval por brindarme su apoyo y hombro para descansar.

A mis padres Gregorio Enriquez López y Rosa Porras Gallegos por mostrarme el camino hacia la superación.

A mis profesores que sin duda fueron un pilar importante para la realización de esta investigación.

Índice

Introducción-----	9
-------------------	---

Capítulo I

Generalidades de la investigación

1.1 planteamiento del problema-----	12
1.2 justificación-----	14
1.3 objetivo general-----	15
1.4 hipótesis-----	16
1.5 Contexto de la investigación-----	17

Capitulo II

Marco teórico

2.1 Antecedentes-----	23
2.2 Marco legal-----	27
2.3 Teoría en la fundamentación de enfermería-----	29
2.4 Proceso de enfermería como método en la ciencia de enfermería-----	38
2.5 Places de enfermería-----	40
2.6 Proceso patológico de las UPP-----	43

Capitulo III

Metodología de la investigación

3.1 Tipo de estudio-----	54
3.2 Población, lugar y tiempo del estudio-----	54
3.3 Procedimiento para la recolección de la información-----	55
3.4 Criterios de inclusión-----	56
3.5 Criterios de exclusión-----	56
3.6 Criterios de eliminación-----	56
3.7 Tipo y tamaño de la muestra-----	57
3.8 Recursos financieros y factibilidad-----	57
3.9 Código de ética estudio-----	57

3.10 Resultados-----60

Capitulo IV

Conclusiones-----71

Anexos

Cronograma

cuestionario

Consentimiento informado

Propuesta

Bibliografía

Introducción

Las úlceras por presión constituyen un problema en el ámbito hospitalario, desarrollándose por lo general en forma secundaria a otras patologías y sobre todo, en pacientes que permanecen inmóviles, postrados durante su intervención o antes de ella, es por ello que nace la inquietud de realizar el siguiente estudio donde se pretende, valorar la calidad de intervención del cuidado enfermero en pacientes con UPP en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General Regional (H.G.R # 1) Acapulco, Gro 2018.

Para ello se solicitó la autorización del departamento de enseñanza, y a los jefes del servicio de la UCI de forma escrita, posteriormente se solicitó por escrito un consentimiento informado a todos los participantes, en este caso a las 27 enfermeras que laboran en la UCI del H.G.R # 1 de los diferentes turnos, donde se les aplicó un cuestionario que consta de 41 ítem de los cuales están enfocados a la identificación de los diferentes estadios de las UPP, identificar los riesgos que pueden estar presentes para desarrollarlas, como brindar los diferentes cuidados de calidad a los pacientes que ya las padecen.

Al mismo tiempo se observó a las enfermeras durante la atención al paciente, para vigilar y determinar que se realizaran los cuidados pertinentes para así poder evaluar la calidad de la atención del cuidado enfermero, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la presencia de (UPP) es uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país, aunque se haya discutido mucho y se conozca sobre las causas fisiopatológicas y consecuencias que f

causan las (UPP), éstas, continúan siendo un serio problema para los pacientes hospitalizados, así como para la propia institución y comunidad, puesto que este padecimiento afecta directamente al paciente de forma psicológica, social y económica reflejándose en una estancia hospitalaria más prolongada.

La prevención de úlceras por presión es un tema en el que la enfermera tiene gran responsabilidad dentro de su rol autónomo, se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros, el cuidado es una actividad ligada al profesional de enfermería, mucho más si se trata de un ser vulnerable, es decir que esté dependiente de las demás personas, los pacientes que son afectados con este tipo de padecimiento representa un coste elevado para la institución y el entorno familiar.

Podríamos considerar este padecimiento como la epidemia ignorada ya que tres cuartas partes de las úlceras por presión se desarrollan durante la primera semana de estancia hospitalaria, y su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad de los pacientes hospitalizados y es totalmente absurdo y no ético que mueran, que sufran pacientes por upp evitables.

Capítulo I
GENERALIDADES DE LA
INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema

La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales que se pueden traducir en un déficit en la demanda de auto cuidados y la habilidad de proveer ese auto cuidado, en el caso de las úlceras por presión, éstas pueden tener consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía o autoimagen, la prevención de úlceras por presión es un tema en el que la enfermera tiene gran responsabilidad dentro de su rol autónomo, se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros, el cuidado es una actividad ligada al profesional de enfermería, mucho más si se trata de un ser vulnerable, es decir que esté dependiente de las demás personas, los pacientes que son afectados con este tipo de padecimiento representa una estancia hospitalaria más prolongada traduciéndose en un coste elevado para la institución y el entorno familiar.

Por lo tanto, se considera que las úlceras por presión (UPP), son eventos adversos que representan un incremento importante de costos para el H.G.R. # 1 IMSS que oscila entre 38 Y 40 mil pesos día cama por lo que es necesario que el personal de enfermería, se concientice, que el coste del tratamiento de los pacientes en la UCI es muy elevado y aumenta la estancia día cama por consiguiente el presupuesto a la vez, no permite el flujo de pacientes.

se ha convertido en eventos adversos en el cuidado de enfermería, a pesar que existe la estandarización de medidas preventivas, en pacientes graves e indicadores medibles durante el cuidado que se da al paciente, quien no puede moverse por sí mismo, debido tipo de tratamiento que se requiere tener, bajo sedación o coma barbitúrico o al padecimiento que presenta el paciente en el momento, pero también influyen diferentes factores que condicionan las UPP como son: la edad, estado nutricional del paciente e indicaciones médicas de no movilizar al paciente.

Se estima que en el año 2018 entre un 60 y 70 % de los pacientes que se encuentran en la UCI presentaron úlceras por presión en diferentes categorías y se considera que si es necesario medir la calidad de los cuidados de enfermería de acuerdo a los estándares de la guía de práctica clínica y en base a la norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013 que nos habla sobre la práctica de enfermería en el sistema de salud, también se consideran los enfoques de los diagnósticos enfermeros de la taxonomía II NANDA-I y sus diagnósticos asociados como son: 00091, dominio 4 actividad/ reposo clase 2, 00085 dominio 4 actividad/ reposo clase 2 actividad/ ejercicio, 00046 dominio 11 seguridad/ protección clase 2 lesión física, 00047 dominio 11 seguridad/ protección clase 2 lesión física, 00044 dominio 11 seguridad/ protección clase 2 lesión física, 00248 dominio 11 seguridad/ protección clase 2 lesión física, 00249 dominio 11 seguridad/ protección clase 2 lesión física.

Podríamos considerar este padecimiento como la epidemia ignorada ya que tres cuartas partes de las úlceras por presión se desarrollan durante la primera semana de estancia hospitalaria, y su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad de los pacientes hospitalizados y es totalmente absurdo y no ético que mueran, que sufran pacientes por UPP evitables.

Por tanto el presente estudio está dirigido a determinar la calidad de intervención del cuidado enfermero, que brindan las enfermeras a los pacientes que se encuentran hospitalizados, así mismo aporta elementos fundamentales para el quehacer diario de los profesionales de la salud y de esta manera permite enriquecer los conocimientos relacionados con la prevención de las UPP, las intervenciones de enfermería se realizan de acuerdo a los conocimientos científicos y los protocolos establecidos en la institución para el cuidado de los pacientes graves que requieran el servicio del cuidado intensivo, por lo tanto se propone las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la Calidad de la intervención del cuidado enfermero en pacientes con úlceras por presión en la UCI del HGR # 1 Acapulco, Gro.2019?.

1.2 Justificación

En el caso de las úlceras por presión, éstas pueden tener consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía o autoimagen, estado de bienestar y costo económico, existen estudios respecto a los cuidados de las UPP en la UCI, sin embargo se tienen registros de que hayan realizado estudios que nos permitan determinar la calidad del cuidado de enfermería dado a pacientes de la UCI con UPP, planear acciones que incidan en la calidad del cuidado, ejecutar los procesos y subprocesos del cuidado de enfermería acorde a los indicadores de calidad.

En este contexto el cuidado es una actividad ligada al profesional de enfermería, mucho más si se trata de un ser vulnerable, es decir que esté dependiente de las demás personas, las UPP generalmente son consecuencia de factores extrínsecos y por lo general las padecen los pacientes que se encuentran postrados en cama por mucho tiempo, sin olvidar que es una causa importante de sufrimiento para quien la padece, pero también implica una crisis familiar, pues representa una estancia hospitalaria más prolongada traduciéndose en coste elevado para la institución y el entorno familiar.

La importancia de prevenir la UPP y disponer de estrategias de educación y prevención basadas en las mejores evidencias científicas disponibles por el profesional de enfermería, han requerido, instrumentos de gran utilidad en la toma de decisiones, como el uso del reloj de cambio de posiciones para tener un mejor control en el tiempo de cambio de posición del paciente, guías de práctica clínica, que son recomendadas y diseñadas para ayudar a los profesionales de enfermería, a fin de seleccionar las estrategias de calidad de los cuidados apropiados, para circunstancias clínicas específicas de cada paciente, por ello, se planifica la de concientizar y educar al profesional de enfermería, en la valoración integral de la piel para detectar cualquier alteración en su integridad, a través del uso de la escala de valoración de riesgo(Braden); en la unidad de cuidados intensivos.

1.3 Objetivo general

Determinar la calidad de la intervención del cuidado enfermero, en pacientes de la UCI con UPP, del Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. Del IMSS en Acapulco Gro.

Objetivo específicos

Diagnosticar la intervención del cuidado de enfermería en pacientes con UPP en la UCI con UPP, del Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. Del IMSS en Acapulco Gro.

Evaluar la calidad del cuidado de enfermería en pacientes con UPP en la UCI con UPP, del Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. Del IMSS en Acapulco Gro.

Proponer un plan de actualización continua del cuidado, preventivo y curativo sobre el manejo y el cuidado de la piel en pacientes ingresados en la UCI del Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. Del IMSS en Acapulco Gro.

1.4 Hipótesis

Si la calidad de la intervención del cuidado enfermero en pacientes con UPP es mayor, entonces menor sería la estancia hospitalaria.

1.5 Contexto de la investigación

El estado de Guerrero es un lugar lleno de historia y tradiciones únicas, de personajes sobresalientes y hechos históricos para nuestro país, Guerrero es uno de los estados más privilegiados en cuanto a bellezas naturales y rico en cultura, las personas que los visitan y las personas que aquí radican tienen la fortuna de disfrutar de playas, montañas, bosques e infinidad de ecosistemas, la diversidad de este estado y de las regiones por las cuales está conformado es maravillosa y es por ello que deseamos que se conozca y se disfrute, este estado está dividido en siete regiones, la cuales son: Región norte, La montaña, Costa grande, Costa chica, Centro, Tierra caliente y Acapulco, los cuales son adornados con pintura.

El estado de Guerrero su capital es la ciudad de Chilpancingo de los Bravo. Colinda al norte con los estados de: Michoacán de Ocampo, México, Morelos y Puebla, al este con el estado de Oaxaca y Puebla, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con el estado de Michoacán de Ocampo y también con el Océano Pacífico. La geomorfología del estado es una de las más accidentadas y complejas de México; su relieve es atravesado por la Sierra Madre del Sur y las Sierras del Norte, en términos cartográficos, se suele llamar Sierra al sector occidental y Montaña al oriental, entre ambas formaciones se ubica la Depresión del río Balsas.

No podemos obviar las lagunas más importantes del estado que son: la laguna Negra, la laguna de Coyuca y la laguna de tres palos, al igual mencionar su clima es semicálido con lluvias en verano, con casi la quinta parte del territorio, el resto lo ocupan climas menores, entre los que destacan semicálido y templados, todos con lluvias moderadas, la ciudad de Chilpancingo tiene una temperatura media anual de 21.9 °C.²⁷ Por lo que respecta a precipitación total anual, el mes que mayor precipitación hay en el Estado es septiembre, y el lugar con más lluvias es el Pueblo Hidalgo, San Luis Acatlán.

Acapulco, compuesto sólo por el municipio homónimo que fue separado de la Costa Chica debido al desarrollo que tenía a diferencia del resto de la región, el clima tropical en Acapulco ofrece muy buenas condiciones para el turismo con unas temperaturas alrededor de 25 grados promedio al año, lluvias se concentran durante el verano, el invierno es seco y brinda un clima ideal para los viajeros, aparte de una gran variedad de deportes acuáticos, como la pesca, velar, bucear, surfear y muchos otros, Acapulco ofrece también una buena selección de actividades terrestres como, paseos, golf, aventuras selváticas y visitas de sus atractivos turísticos.

La vida nocturna por ejemplo y los restaurantes en Acapulco son de primera y dan al viajero la oportunidad de divertirse durante toda la noche, antros, bares y conciertos son accesibles durante todo el año, quien busca la cultura más sofisticada tiene con la casa de la cultura, el centro de convenciones de Acapulco una gran alternativa disfrutando de presentaciones culturales como danza, teatro formal y musicales, la Quebrada es el atractivo internacionalmente más reconocido de Acapulco, siendo este famoso lugar, en donde jóvenes efectúan clavados por un acantilado de 35 hasta 45 metros de altura, el turista puede disfrutar este espectáculo desde un mirador y un restaurante cerca.

El instituto mexicano del seguro social fue fundado en 1943 cumpliendo a la fecha 72 años de labor continua, estando como presidente Manuel Ávila Camacho, Ignacio García Téllez como director general del IMSS en 1944, actualmente con una cobertura del 60 % de la población total del país, conforme al artículo 5 de la propia ley del seguro social, el IMSS tiene la noble misión de organizar y administrar el seguro social en el mejor interés de todos los trabajadores y sus familiares, por ello el seguro se constituye como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya administración está integrada de manera tripartita, pues concurren representantes de los trabajadores, de los patronos y del gobierno federal.

En el estado de Guerrero inicia a partir de julio de 1957 como Casa de la Asegurada; ubicada en Av. Cuauhtémoc No. 95 del centro de la ciudad y puerto de Acapulco, Gro.; otorgando servicios subrogados, poco después en 1964 se convierte en la Unidad de medicina familiar, consulta externa de especialidad, Urgencias, laboratorio y gabinete, así como el de hospitalización en medicina interna, cirugía, pediatría, ginecobstetricia y medicina física y de rehabilitación, transformándose en Hospital General Regional de segundo nivel (H.G.R.) con el nombre de “Vicente Guerrero”.

Para el año de 1991, cambia sus instalaciones a la Av. Ruiz Cortinez S/n colonia Alta Progreso, se localiza en el municipio de Acapulco de Juárez. Su clima predominantemente es subhúmedo cálido, con una temperatura media anual es de 28°C, y una mínima de 22°C. Su código postal es 39610 y su clave lada es 744 Colonias que comparten el código postal 39610: colonia Francisco Villa, colonia Margarita de Gortari, colonia 6 de enero, colonia Burócrata, colonia Revolución del Sur, colonia Altamira, ampliación Altamira Norte, colonia Panorámica, colonia Alta Progreso, unidad habitacional Alta Progreso Infonavit.

El Hospital Cuenta con una infraestructura arquitectónica tipo lineal y tecnología de vanguardia con capacidad 329 camas censables y 143 no censables (autorizadas hasta el año 2011), se implementan programas como el de cirugía ambulatoria, puerperio de bajo riesgo, rehidratación oral, control de crisis aguda asmática, atención domiciliaria dl enfermo crónico, diálisis peritoneal, programa del adulto mayor. PEVENIMSS, trasplante y donación de órganos atención y orientación al derecho habiente y hemodiálisis, además el H.G.R. Vicente Guerrero tiene el siguiente reconocimiento como Hospital Amigo del Niño y de la Madre y certificaciones entre otros.

El Hospital hace funciones de Hospital escuela, y que cuenta con las residencias de medicina familiar, para médicos generales semipresencial, salud en el trabajo, un año de rotación de cirugía plástica y en el año 2008 inicia la especialidad de urgencias médico quirúrgica avalado por el instituto politécnico nacional (IPN) así también coordina el 5° año de la carrera de medicina (interno de pregrado) recibiendo médicos internos y así también el 5° año de la licenciatura en enfermería (pasantes de enfermería) de la universidad autónoma del estado de Guerrero, del politécnico y de la UNAM, el año 2010 inicia la residencia de medicina del niño y del adulto, en coordinación con el (IPN), especialización rural en anestesia.

La Infraestructura de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es en forma de herradura ubicada en el 1° piso al oeste del Hospital tiene un área de 14.10 x 20.10 mts que esto nos da una superficie de 283.41 mts² aprox, cuenta con cuatro unidades para pacientes con necesidades de aislamiento y 8 salas generales da un total de 12 unidades para la atención de pacientes que requieran de la atención de cuidados especiales, las unidades cuentan con camas mecánicas y eléctrica que permiten darle diferentes posiciones a los pacientes aun estando postrados, cuenta con monitores de signos vitales de manera no invasiva que nos facilita la monitorización más eficiente y bombas de infusión para un mejor control de los medicamentos.

Cada unidad cuenta también con ventiladores volumétricos, dos tomas de oxígeno, dos tomas de succión, un buró para resguardar las pertenencias de los pacientes o artículos de higiene personal, una central de enfermería con equipo de cómputo para realizar notas médicas, expediente electrónico, con un sistema de enlace entre si y el servicio de rayos X y laboratorio, para interpretar resultados de RX, tomografía y resultados de laboratorio, un gasómetro exclusivo del servicio, así como un ultrasonido para estudios diagnósticos, cuenta con monitor de telemetría que está enlazado con los 12 monitores de cada unidad para identificar alarmas que pongan en riesgo la vida del paciente

Por lo tanto, en lo referente al capital humano, en el marco de gestión de calidad, la participación del personal es fundamental para el desarrollo de la organización. Cuenta con un médico jefe del servicio, y 16 médicos adscritos al servicio distribuidos en los diferentes turnos, una enfermera jefe de piso, 37 enfermera especialistas dando un total de 38 enfermeras, tres camilleros uno por cada turno, 5 elementos de higiene y limpieza también distribuidos en los diferentes turnos, dos asistentes medicas asignadas al servicio, tres trabajadoras sociales una por cada turno, este capital humano en conjunto realizan diferentes tareas en torno al paciente que requiere de los servicios de salud.

Capitulo II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Los investigadores: Fernández, Larcher, Caliri y Vanderlei (2008) (3) realizaron un estudio en Brasil el cual fue: descriptivo comparativo donde evaluaron el efecto de las intervenciones educativas, en el conocimiento del personal de enfermería sobre prevención de úlceras por presión en Centros de Cuidados Intensivos (ICC) donde siete enfermeros participaron en sólo la fase de pre-intervención y obtuvieron el 86,4% de la correcta respuesta. Los auxiliares de enfermería y técnicos (n = 25) obtuvo el 74,3% de respuestas correctas en la fase previa a la intervención y el 81,2% (n = 36) en la fase posterior a la intervención, mostrando una mejoría en los resultados después de la intervención de este grupo. Conclusión: A pesar de que las estrategias utilizadas no fueron totalmente eficaces, pues en algunas preguntas que la tasa de respuestas correctas fue inferior a 70%.

En el (2008) Quesada Ramos y García Díez realizaron un estudio que tiene como objetivo determinar el grado de conocimiento de las enfermeras de estas Unidades sobre las recomendaciones basadas en evidencias de prevención y tratamiento de UPP, el cual fue descriptivo transversal realizado en 8 Unidades Críticas de 3 hospitales de Madrid España la muestra se compone de 171 enfermeras, se recogieron 120 cuestionarios válidos, en materia de prevención, la media de recomendaciones conocidas fue de 6,53. Respecto al tratamiento ésta fue de 5,60. Existe una correlación negativa entre los años de experiencia profesional y los conocimientos sobre recomendaciones de prevención, en conclusión, el grado de conocimiento de las enfermeras del estudio sobre las recomendaciones de prevención de UPP disminuye con los años de profesión, se conocen mejor éstas que las de tratamiento, pero el conocimiento general de las recomendaciones distintas de ser el ideal.

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde pretende comprobar en qué situación nos encontramos los profesionales de enfermería, Hernández (2009), en el Complejo Hospitalario de Jaén (perteneciente a la red sanitaria pública andaluza), con respecto al conocimiento (a), frecuencia de utilización de las directrices recomendadas en la práctica asistencial (b), existencia de factores profesionales o de formación que puedan influir en el nivel de conocimiento y en su puesta en práctica (c); todo ello para ubicar los cuidados que prestamos comparando los resultados con investigaciones previas. El no. de la muestra fue de 410, de los cuáles 227 son enfermeras (55,36%) y 183 auxiliares (44,63%). Los resultados fueron que el 75% de los profesionales tienen el conocimiento sobre prevención de UPP; considerándolo este resultado como alto.

Se realizó en el hospital universitario en Brasil, Larcher Caliri (2010). un estudio transversal para evaluar el conocimiento de las enfermeras sobre la prevención de la UPP, la evaluación de la herida, y puesta en escena, por las declaraciones de prevención 33, el número medio respondido correctamente fue 26,07 (SD 4,93) y de las normas de evaluación de ocho el promedio fue de 4,59 (SD 1,62), las enfermeras que trabajan en las unidades de enfermería clínica para pacientes hospitalizados tenían puntuaciones significativamente mejores ($P = 0,000$), Años de experiencia como enfermera tuvieron una correlación débil y negativa con puntajes PUKT correctos ($r = -0,21$, $p = 0,033$) como lo hicieron años de experiencia trabajando en el hospital universitario ($r = -.179$, $p < 0,071$), las respuestas incorrectas fueron más comunes para las declaraciones relacionadas con el posicionamiento del paciente, el masaje, la evaluación de la upp, y las definiciones de ensayo, los resultados de este estudio confirman que las enfermeras tienen una comprensión global de prevención y evaluación de los principios de la upp, pero existen importantes déficits de conocimiento, se necesitan esfuerzos de educación continua enfocada a facilitar la aplicación de la atención basada en la evidencia.

Miyazaki, Caliri y Santos. Investigaron sobre el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, realizado entre enero y marzo de 2009, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario validado. De los 386 participantes, 64,8% eran auxiliares/técnicos de enfermería y 35,2%, enfermeros. El porcentaje promedio de aciertos en la prueba de conocimiento fue 79,4% (de=8,3%) para los enfermeros y 73,6% (de=9,8%) para los auxiliares/técnicos de enfermería. Concluyeron que ambas categorías de profesionales presentan déficits de conocimiento en algunas áreas del tema en referencia. La identificación de las áreas deficientes puede orientar la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas por el equipo.

Un estudio realizado por Hinojosa (2012) descriptivo con el objetivo de analizar los conocimientos de los profesionales de urgencias, con responsabilidad en el cuidado de los pacientes, el equipo de enfermería (diplomado y auxiliar), equipo médico (adjunto y residente) y equipo sanitario; sobre la prevención y el tratamiento de las UPP, siguiendo las recomendaciones del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). El resultado fue que pesar de que el 79% de los profesionales consideraban no poseer una adecuada formación resultaron tener un “acierto global” del 73% en las cuestiones sobre prevención y un 69% en las referentes al tratamiento.

Queiroz Gonçalves et, al (2013) realizaron un estudio descriptivo-exploratorio y transversal cuantitativa a 14 enfermeras en un Curso de Especialización Enfermería Senu Dermatología, con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento presentado por enfermeras en la prevención de las úlceras por presión. Los resultados fueron que las enfermeras tenían sólo el 51,2% de aciertos la mayoría de los cuales golpeó entre el 70-80% en general.

En el año 2013 se realizó un estudio descriptivo transversal, con un total de 260 cuestionarios, con el objetivo de evaluar el conocimiento y posterior aplicación de las guías de prevención y cuidados en las úlceras por presión del personal de enfermería, auxiliares y estudiantes de enfermería del área de la salud de Valencia, en los resultados se pudo apreciar que los niveles de conocimiento del personal sobre conocimiento de prevención de UPP eran notables, en cambio disminuían sobre el tratamiento. Sobre la praxis, la adecuación de los cuidados prestados apenas llegaba al aceptable en prevención y quedaba por debajo de lo deseable en el tratamiento.

Moyano, Almazán, Arellano, Aragón y Acuña (2014). Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre prevención de UPP. Los resultados fueron que el 60% demostró poseer conocimientos insuficientes sobre factores de riesgo de UPP, 54% desconoce las escalas de valoración de riesgo, 65 % no adopta medidas adecuadas para prevenir las UPP. El 68% no recibió capacitación sobre este tema. Determinando que el nivel de conocimiento sobre prevención de UPP del personal de enfermería es insuficiente, que el posicionamiento sobre el tratamiento sigue ligado a la prescripción de otros profesionales y la formación en servicio es mínima.

2.2 Marco Legal

El presente estudio se apegará al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establecen, las instituciones de salud: Hospital Regional Vicente Gro, del IMSS, Hospital General de Acapulco de la Secretaria de Salud, Hospital General del ISSSTE, así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

De acuerdo con el Código Orgánico Integral Penal (COIP) se designan diversas normativas que protegen tanto a los derechos de los pacientes como del personal de salud de atención, de este modo se prevén aspectos esenciales que permiten regular las practica del personal de salud desde una adecuad atención, de esta manera se referencia el artículo 218, el cual se refiere a la desatención de la asistencia emergente de la siguiente manera: “ La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en estado de emergencia será sancionada con privativa de la libertad de uno a tres años”. (Asamblea Nacional, 200, pág., 82).

Por otra parte, también se designa en el artículo 153 relacionado con el abandono de personas que: “la persona que abandone a personas adultas mayores, niños niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad o a quienes adolezcan de enfermedades catastróficas de alta complejidad, raras o huérfanas, colocándolas en situaciones de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pene privativa de libertad de uno a tres años. (Asamblea Nacional, 2008, pág. 61).

NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud

De acuerdo con la norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013 Establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma

independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica, la expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. (DOF: 02/09/2013).

2.3 Teoría en la ciencia de enfermería

La calidad de la intervención del cuidado de enfermería en los Modelos de Enfermería: Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorotea Oren y Jean Watson:

Bellido VJC et all (2010), Menciona que, que el Proceso de Enfermería (PE) en la ciencia de la enfermería, es a través del PE, estos cuidados son sistematizados y que enfermería, lo requiere para ir delimitando su accionar en el proceso del cuidado; por ello el desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual. Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la epistemología del cuidado, y mantiene la identidad de la profesión, para un aprendizaje formativo y profesional al personal en la ciencia de enfermería, que permite un lenguaje común mundial del PE: Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación, por ello el desarrollo del apartado, en el estudio de 4 modelos teóricos, que fundamenta, el cuidado a pacientes que dependen de las acciones del cuidado de enfermería puesto que el paciente depende totalmente de otra persona.

2.3.1 Teórica Florence Nighingale

Amaro MC (2014) , cita a Florence Nightingale, donde menciona que fue, la primera que aplico de la ciencia, al estudio de la realidad, a mediados del siglo XIX, es desde esta génesis, que enfermería ha modificado su competencia profesional en una praxis del cuidado cotidiano, mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos de la realidad en la que están inmersas; pero muy especialmente la ciencia del cuidado aplicada a las personas, familia y comunidad; Nightingale enfocó su atención hacia las determinantes ambientales del proceso salud-enfermedad, por ello su opinión acertada, que la enfermedad era un proceso de reparación

y que las funciones de la enfermera consistían en manipular el entorno del paciente para facilitar un entorno seguro, donde manifestó la necesidad de: ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido; de ello depende su concepto de enfermería, está por demás decir, que no definió con precisión, pero dejó un legado que en interpretaciones referente a enfermería: Enfermería como una persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida; paciente: La persona consta de un componente físico, intelectual, emocional, social y espiritual; Salud: Ausencia de la enfermedad y la capacidad para utilizar plenamente los recursos; Entorno: Conjunto de elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas o enfermas. Se muestra un interés por los aspectos sociales y emocionales que afectan al individuo, pero no como lo hacen los factores físicos, Cuidado: Acciones propias de la enfermera/o a la atención en salud y desacata su relevancia en la continuación de la misma. En el cuidado del entorno quizá no entro en valoración de la ciencia médica de Pasteur, pero sí, su aporte se basa en la ética médica de Hipócrates donde dice “ Lo primero es no hacer daño, y hacer el bien”, se destaca también la base ética del cuidado con el principio de la confidencialidad, veracidad de siempre hablar con la verdad, y todo cambio que presentara el paciente, se tenía que fundamentar, la recomendación más importante es que formulo el detonante de la enfermería, en el cuidado humano de saber escuchar al paciente.

2.3.2 Virginia Henderson

Virginia Henderson: Nace en Kansas CD el 30 de noviembre de 1897 falleció el 19 de marzo de 1996, Es uno de los Modelos más utilizados en nuestro país, por su adecuación a los criterios descritos, para la aplicación del Proceso de Enfermería, ya que plantea de manera conceptual, la capacidad de la persona, en mantener la independencia en las 14 necesidades básicas como

indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona son: 1. Respirar normalmente. 2. Comer y beber adecuadamente. 3. Eliminar por todas las vías corporales 4. Moverse y mantener posturas adecuadas. 5. Dormir y descansar. 6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse. 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente. 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. 9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. 11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias. 12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. 13. Participar en actividades recreativas. 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Herderson, establece que el cuidado está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto, para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales, de esta manera la enfermera debe ser capaz de valorar las condiciones y estados patológicos que las alteran, así como también los cuidados para la prevención de úlceras por presión, considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible, la génesis de las necesidades en el metaparadigma de enfermería, son conceptuados de la manera siguiente: Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano, el objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios; Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales;

Entorno: un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad, y sufrir necesidades colectivas ya que, éste entorno incluye la relación del individuo con la familia y la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados; Enfermera (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz, define el rol de la enfermera en a) I Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia): Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad. b) Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda): La enfermera realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo. c) . Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda): La enfermera como supervisora y educadora del paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados.

2.3.3 Dorothea Orem

Dorothea Orem: nace el 15 julio de 1914 enfermera estadounidense la cual aporta en su teoría: Dorothea Orem constituye el referente teórico de sustento del presente estudio desde las perspectivas filosóficas esta teoría está sustentada en métodos teóricos para favorecer la asimilación y estudio de los mecanismos de la teoría del déficit del auto cuidado, generalidades y vínculos entre sustento teórico y la práctica del trabajo habitual del método científico en el perfeccionamiento de una vida apacible.

La teoría del auto cuidado está delineada en el análisis de las formas de autocuidado que demanda el individuo en condiciones adversas de enfermedad, con la necesidad de ayudar a cumplir las necesidades básicas del propio ser humano como: alimentarse, descansar, oxigenación, por otra

parte, las necesidades de cuidado se asocian con el proceso de desarrollo del individuo y por ultimo las derivadas del estado mental.

Dorotea Orem: Teoría general que se encuentra, constituida por tres teorías: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit del Autocuidado (TDAC) y Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE); la teoría de Orem señala que los sistemas de enfermería, se enfocan a un cuidado de demanda terapéutica de autocuidado (AC), donde en la MISIP4 señala que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su AC, regular o rechazar el cuidado terapéutico, y de esta manera se activan otros sistemas de AC, donde en un paciente en necesite el apoyo de trabajo social, un terapeuta y/o del Médico Especialista.

Para identificar las acciones del cuidado que proporciona enfermería, Orem, establece en referencia al sistema de enfermería, señala la manera como la enfermería, contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado, al activar alguno de estos sistemas mismos que una institución de salud requiere en el perfil laboral de enfermería, y estos se clasifican en los sistemas siguientes:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. le al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente

no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado de apoyo-educativo, que un paciente puede satisfacer los requisitos de autocuidado, pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta y en la adquisición de habilidades.

El metaparadigma de enfermería se conceptualiza como: Persona ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Salud: Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Enfermería: es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Entorno: son los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

2.3.4 Jean Watson

Jean Watson: enfermera estadounidense nace el 21 de julio 1941 de La teoría filosófica se basa en la ontología de las relaciones y fundamento ético-ontológico frente a una epistemología de la ciencia y tecnología, donde se desarrollan los aspectos espirituales y energéticos de los cuidados, basa su teoría en 7 supuestos y 10 factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC)

- 1) Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población, o de un individuo en particular, por ella propone que estos supuestos, enfermería requiere de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo entre sí.
- 2) El cuidado está condicionado a factores de cuidado, donde enfermería actúa a satisfacer las necesidades humanas, el cuidado se identifica hacia el ser y saber ser, con efectos especiales y objetivos precisos.
- 3) Enfermería promueve un cuidado efectivo de salud y crecimiento personal y familiar, por lo que enfermería debe de establecer una relación armónica del individuo, consigo misma y con el ambiente.
- 4) El ambiente del cuidado, donde se enfatiza que enfermería promueve el desarrollo potencial, que permite elegir la mejor opción para el sujeto y enfermería, en el momento oportuno de la demanda del cuidado.
- 5) La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es la medicalización y/o curación, si no que el conocimiento biomédico o biofísico se integra al comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- 6) La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.
- 7) La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal". Luego deriva a: "Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco

referencial del otro". Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar, la educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que —según Watson— es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas.

8) La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural, se convierte en: "creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz". A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que, de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

9) La asistencia con la gratificación de necesidades humanas" cuya definición posterior las define "La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, de acuerdo a Watson las divide en 3 niveles:

Primer nivel: está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación.

Segundo nivel: En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo- actividad, y las sexuales.

Tercer nivel: Las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal.

10) El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales". Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de

ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: "se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades"

En este marco, los 10 factores ayudan a delimitar el cuidado profesional, siendo responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/ usuario resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad, por ello el puente del saber epistemológico, se descubre, en un sistema de conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos.

El estudio se relaciona con la teórica Dorothea Orem por que se enfoca en los mecanismos relacionados al déficit de autocuidado de los pacientes, dado que las úlceras por presión aparecen por humedad, fricción, poca movilidad, cambios de posición inadecuada y poco frecuentes, falta de higiene y confort, de esta manera la presente teórica constituye una perspectiva de sustento para este estudio en la medida que ofrece las concepciones de cuidado como elementales para la reservación del estado de salud y bienestar de este tipo de pacientes a partir de las complicaciones y grados que se presente la afectación.

2.4 Proceso de enfermería como método en la ciencia de enfermería

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia real o potencial del diagnóstico o a la categorización del diagnóstico donde se describen las respuestas humanas a condiciones de salud, procesos vitales que existen en una persona, familia o comunidad, a veces estos diagnósticos se denominan diagnósticos (problemas) y que son requisitos para la presentación de una propuesta: características definitorias son: las manifestaciones, signos y síntomas que el paciente tiene, puede presentar o manifestar en el momento de su valoración, por lo cual se menciona los diagnósticos reales que afectan a los pacientes con riesgo o presencia de algún daño en la piel que se encuentran hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de H.G.R # 1.

Deterioro de la movilidad en la cama (00091) dominio 4 actividad/ reposo clase 2 actividad/ ejercicio, relacionado con: limitaciones ambientales, falta de fuerza muscular, deterioro muscular, obesidad, medicamentos sedantes, se manifiesta por un deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama, por lo tanto las actividades o los cuidados que se le deben brindar al paciente debe de ser enfocadas a ayudar al paciente a cambiar de posición como lo marca la guía de práctica clínica (IMSS Octubre 2008) cada dos horas por lo menos para así liberar la presión que se ejerce sobre un mismo lado o zona del cuerpo del paciente.

Deterioro de la movilidad física (00085) dominio 4 actividad/ reposo clase 2 actividad/ ejercicio, puede estar relacionado con: intolerancia a la movilidad, contracturas, malnutrición, dolor, deterioro sensorio-perceptivo, deterioro neuromuscular y el paciente nos los manifiesta con: dificultad para girarse, limitación de la amplitud de movimientos, limitación del movimiento físico independientemente intencionado del cuerpo, luego entonces a los pacientes que padezcan este tipo de limitación forzosamente se le tiene que apoyar para

evitar algún tipo de lesión en la piel y no cometer eventos centinelas ya que es responsabilidad del cuidado de la enfermera (o).

Deterior de la integridad cutánea 00046 dominio 11 seguridad/ protección clase 2 lesión física, se puede relacionar con: factores externos que pueden ser: la edad, humedad, hipertermia, hipotermia, factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento), hidratación y los factores internos: cambios en la pigmentación, desequilibrio nutricional, deterioro de la circulación, deterioro de la sensibilidad y prominencias óseas, atendiendo los factores externos podríamos realizar una buena valoración del paciente al momento de entrar a la unidad de cuidados intensivos utilizando la escala de Norton, la escala de Braden y escala de valoración MUST, en base a los resultados realizar acciones para cada paciente recordando que el cuidado debe ser individualizado

Deterioro de la integridad tisular 00044 dominio 11 seguridad/ protección clase 2 lesión física, la lesión de la membrana tegumentaria o de los tejidos subcutáneos la pueden lesionar los factores como son: alteración de la circulación, déficit de volumen de líquidos, deterioro de la movilidad física y por lo consiguiente se va a manifestar con una destrucción de las capas de la piel y originando una ulcera por presión ocasionando daños al paciente, con el riesgo que se infecte esa misma lesión y ocasione estancia prolongada del paciente, elevación de los costes de la institución de salud.

2.5 Plases de enfermería

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DOMINIO: 12 Confort			RESULTADO			
CLASE: 1 Confort físico			Control Del Dolor (1605)			
Dolor Agudo (00132), R/C Problemas biológicos (Dolor a la palpación en FID con rebote positivo) M/P Informe Verbal de dolor.			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
			Dominio: Conocimiento y Conducta de la Salud (IV) Clase: Conducta de Salud (Q)	160502 Reconoce el comienzo del dolor 160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario 160508 Utiliza los recursos disponibles	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Basal: 7 Mantener: 9 Aumentar: 12

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
Campo 1 Fisiológico Básico Fomento de la comodidad física (E)			
INTERVENCIONES DEPENDIENTES		INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES	
<p>1.- Realizar valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>2.- Observar claves no verbales de molestias.</p> <p>3.- Ayudar al paciente y a la familia a aprender a proporcionar apoyo.</p> <p>4.- Utilizar un método de valoración adecuado, que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes, reales y potenciales.</p> <p>5.- Controlar los factores ambientales que puedan influir en las respuestas de los pacientes a las molestias, temperatura iluminación y ruidos.</p> <p>6.- Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método de los seres queridos y contraindicaciones a seleccionar</p> <p>7.- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.</p>		<p>1.- Asegurar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</p> <p>2.- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodadas que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>3.- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor si procede (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonal).</p>	
ELABORO: Jose Enriquez Porras		SUPERVISOR: M.C Juana Barrera García	
		FECHA: 28/01/2019	
		HORA: 16:00 Hrs.	

NIV EL	ESPECI ALIDAD	SERVI CIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
2°	MED IN	UCI	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: 11 SEGURIDAD /PROTECCION			RESULTADO			
CLASE: 2 LESION FISICA			(1101: INTEGRIDAD TISULAR : PIEL Y MEMBRANAS)			
<p>deterioro de la integridad cutánea:(0046)R/C edema generalizado, tratamiento con prisma M/P destrucción de las capas de la piel</p>			RESULTADOS	INDICAD ORES	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACI ÓN DIANA
			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: integridad tisular (L)	110101 temperatura de la piel 110102 sensibilidad 110104 hidratación 110108 textura 110111 perfusión tisular 110113 piel intacta	1.- Gravante comprometido 2.- Sustancialmente comprometido 3.- Moderadamente comprometido 4.- Levente comprometido 5.-No comprometido	Basal: 3 Mantener: 3 Aumentar: 5

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
CAMPO: fisiológico complejo (2)			
CLASE : Control de la piel / heridas (L)			
INTERVENCION:3520 cuidados de ulceras por presión			
INTERVENCION: 3540 prevención de ulceras por presión			
INTERVENCIONES DEPENDIENTES		INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Describir las características de la úlcera a intervalos regulares ✓ Controlar la temperatura, color, el edema, la humedad ✓ Mantener la úlcera humedecida para favorecer la circulación ✓ Desbridar la úlcera si es necesario ✓ Cambio de posición cada 2 horas para evitar la presión prolongada ✓ Utilizar camas y colchones especiales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar las fuentes de fricción y presión ✓ Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. ✓ Aplicar protectores para los codos y talones. ✓ Aplicar masaje con cremas hidratantes o ácidos grasos ✓ Eliminar la humedad excesiva causada por la transpiración. Drenajes de heridas. 		
ELABORO: Jose Enriquez Porras	SUPERVISO: M.C Juana Barrera García	FECHA:28/01/2019	HORA: 16.00

NI VE L	ESPECIA LIDAD	SERV ICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
3°	Med int	UCI	CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
Dominio: 11 seguridad/ protección Clase: lesión física DIAGNOSTICO NANDAD Deterioro de la Integridad Cutánea (00046) R/C factores mecánicos (presión, sujeciones, deterioro de la sensibilidad, inmovilización prescrita, excreciones, secreciones, medicación y prominencias óseas. M/P destrucción de las capas de la piel.			Resultado Esperado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana
			Dominio: salud funcional (I) Clase: movilidad (C) Movilidad	1.- movimiento articular 2.- mantenimiento de la posición corporal 3.- realización del traslado 4.-movimiento muscular	1.-Grave mente comprometido 2.- sustancialmente comprometido 3.- moderadamente comprometido 4.- levemente comprometido 5.- no comprometido	Mantener a: 10 Aumentar a: 20

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
<i>Campo :</i>	<i>Clase:</i>	<i>Intervención : cuidados de paciente encamado</i>
Actividades (Independientes-Colaboración)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar al auto cuidado ▪ Cambio de posición. ▪ Cuidado de paciente en cama ▪ Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente ▪ Mantener barandales en alto ▪ Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar las razones del reposo en cama ▪ Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado ▪ Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. ▪ Mantener la ropa de cama limpia seca y sin arrugas 	
Elaboró: José Enriquez Porras	Superviso: M.C Juana Barreara García	Fecha: 28/01/19

2.6 Proceso patológico de UPP

A modo de introducción y como aporte histórico podríamos citar que Fabricius Hildanius, cirujano holandés describía ya en 1593 las características clínicas de las úlceras por presión (upp) el identifico los factores naturales externos y factores sobrenaturales internos como causas así como una interrupción del aporte de sangre y nutrientes, pero no es hasta la primera mitad del siglo XX cuando diferentes autores comienzan a describir de manera científica el papel de la presión en la etiopatogenia de la úlceras por decúbito, aunque la posición de cubito no es la más potencialmente lesiva, los conceptos de “escara” o el más popular de “llagas”, la denominación de úlceras por presión anuncia con claridad cuál es el mecanismo ultimo y principal responsable de esta dolencia.

Podemos determinar de lo visto anteriormente que cuando la presión cutánea es superior a la presión capilar se produce isquemia local en la que pueden observarse signos como edema, eritema, erosión y úlcera esto es suficiente para dañar el tejido si esta se mantiene durante un periodo prolongado, específicamente en el caso de pacientes muy debilitados, por lo tanto, una upp se origina o se desarrolla como el resultado de la respuesta interna de las fuerzas mecánicas externas, si no se mejora la presión sobre los tejidos se produce isquemia como resultado de la deformación sostenida en los tejidos blandos que producirá hipoxia, y bloqueo de los nutrientes, y los cambios en el PH debido a los productos de desechos después de un cierto tiempo afectaran a los tejidos produciendo daño a estos, el tiempo que los tejidos puedan resistir en un periodo de isquemia defiere de unos tejidos a otros (musculo, grasa y piel) en función de sus necesidades metabólicas.

Con el avance del conocimiento científico se han desarrollado en los últimos años con el diferentes conceptos y teorías y con el nuevo modelo teórico desarrollado por García, Fernández (2014), el Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GENEAUPP) propone definir las úlceras por presión como: “una lesión localizada en la piel

y/o el tejido subyacente por lo general en una prominencia ósea, como resultado de la presión o en combinación con las fuerzas de cizalla.

En cuanto a los factores extrínsecos podemos mencionar la presión se refiere a una fuerza ejercida sobre una superficie, si se ejercen presiones superiores a 20 mmHg, en un área limitada y durante un tiempo prolongado, impide la distribución de oxígeno a los tejidos, desencadenando una reacción anaerobia alterando la membrana celular y liberando aminas vasoactivas, en caso de no liberar la presión se genera la necrosis o muerte celular, de esta manera puede llegar a ser más importante el tiempo en el que el cuerpo es sometido a la presión que la intensidad de la presión por sí misma.

Por otro lado, las fuerzas de cizalla, provocan un descenso muy importante del flujo sanguíneo a nivel venoso tanto superficial como profundo, la cizalla se ejerce cuando la superficie corporal del paciente se desplaza sobre un objeto sobre el cual se encuentra, ya sea la cama o la silla en la cual permanezca el paciente, ya que mientras se desliza los vasos sanguíneos se estiran y angulan favoreciendo la isquemia, por lo tanto una deficiencia sanguínea desoxigenación de la piel, si no actuamos a tiempo, llegará a haber daño tisular irreversible y provocar una lesión en la piel del paciente, cabe mencionar que si se conjuntan la presión y la cizalla aumenta el riesgo de presentar UPP.

Respecto a la fricción o roce es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimiento o arrastre por lo tanto también debe de haber mucho cuidado ya que es también un mecanismo de originar lesiones en los pacientes, por ejemplo al efectuar el cambio de ropa de cama o pañal y “jalarlo” debajo del paciente, provoca el desprendimiento del estrato córneo que protege la epidermis, mecanismos que alteran la integridad de la piel adelgazándola y haciéndola más vulnerable, la presión: es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.), la presión capilar oscila entre 6-32 mmHg y una presión superior a los 32 mmHg ocluirá el flujo sanguíneo capilar

en los tejidos blandos provocando una hipoxia y si no se alivia, esto puede provocar una necrosis de los mismos, la fuerza externa de pinzamiento vascular: Combina los efectos de la presión y fricción por ejemplo: (posición de Fowler, que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar presión en la región sacra y presión sobre la misma zona) esto ocasiona como ya se comentó anteriormente presión sobre una zona y por tiempo prolongado ocasionando disminución del flujo sanguíneo, la maceración es provocada por exceso de humedad, por causas como incontinencia fecal o urinaria, sudoración profusa o mal secado de la piel tras el baño o aseo del paciente esto produce deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

Además de los factores externos también cabe mencionar que existen otros riesgo que se presentan con más frecuencia en pacientes que ingresan a la unidades de cuidados intensivos en los que destacan más frecuentemente y asociados al desarrollo de úlceras por presión se incluyen: edad, tiempo de estancia en UCI, diabetes, tiempo de PAM < 60-70 mmHg, ventilación mecánica, duración de la ventilación mecánica, terapia de hemodiafiltración arteriovenosa continua o diálisis intermitente, tratamiento con drogas vasoactivas, con sedantes y cambios posturales, estado de nutrición, tipo de piel y pacientes con sobre peso.

Por lo tanto, es conveniente que, a todos los pacientes al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, debe hacersele sistemáticamente una valoración de enfermería completa que incluya: capacidad de satisfacer por sí misma sus necesidades básicas examen físico y del estado actual de salud, prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP y tratamiento farmacológico, evaluación nutricional con un instrumento validado capaz de detectar riesgo de desnutrición, aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales, evaluación de riesgo de presentar UPP, con esto no se pretende enseñar a curar la UPP sino evitar

su desarrollo a través de la planificación de cuidados enfermeros aplicados a todo paciente con riesgo de desarrollarlas.

Por lo consiguiente se propone la escala de Norton y la escala de Braden para llevar a cabo la valoración de cada paciente que ingresa al UCI, por su mejor balance, sensibilidad/especificidad y su fácil manejo, la escala de Norton fue elaborada por Doreen Norton en 1962, evalúa 5 parámetros. Condición física, condición mental, actividad, movilidad e incontinencia, a cada uno de estos aspectos le dan una calificación de 1 a 4. De acuerdo con la escala de Norton, una puntuación mayor a 18 señala bajo riesgo, entre 18 y 14 mediano, entre 14 y 10 alto, y menor de 10 muy alto,

la escala de Braden, fue diseñada por Barbara Braden y Nancy Bergstrom, es la que más se ha validado, la escala valora seis aspectos como son: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y fuerzas desgarradoras (también llamadas de cizallamiento) sin embargo no valora la nutrición sino solo la ingesta del paciente, puede oscilar entre 6 y 23 puntos según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgo: Riesgo alto: <12 (evaluación diaria), Riesgo medio: 13-15 (evaluación c/ 3 días), Riesgo bajo: >16 (evaluación c/ 7 día).

Por otra parte y no menos importante para la valoración de desequilibrio nutricional por defecto se utiliza de forma sistemática la escala de valoración MUST (herramienta universal de cribado de la desnutrición), estas clasificaciones y valoraciones son importantes para iniciar el plan de cuidados de enfermería ya que permite adaptar las medidas preventivas al nivel de riesgo, se recomienda reevaluar el riesgo siempre que se produzcan cambios en el estado general del paciente, su entorno de cuidados o en el tratamiento, en tanto en el cuidado de la piel se debe de tomar en cuenta el estado de la piel realizar diariamente, coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento al paciente y cuidador.

Es importante hacer hincapié en zonas donde hay prominencias óseas (sacro, caderas, tobillos, codos, etc.) prestar especial atención también a las zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, secreciones, observar la presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados, valorar en estos pacientes el calor de la piel en la zona presuntamente afectada comparándola con el calor en otra zona del cuerpo.

La GNEAUPP 2014 propone clasificar las úlceras por presión como: categoría I: Eritema no blanqueable piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea (aunque pueden aparecer sobre los tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos), el área puede ser dolorosa, firme, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes, pudiendo presentar edema o induración (>15mm de diámetro) y a continuación la clasificación según la GNEAUPP:

Categoría I: Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras pueden presentar tonos rojos, azules o morados, en comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: Temperatura de la piel (caliente o fría), Consistencia del tejido (edema o induración), Y /o sensaciones (dolor, escozor).

Categoría II: Pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida normalmente rojo-rosado y sin la presencia de esfacelos, en esta categoría puede darse

confusiones con otras lesiones como las relacionadas con la humedad o fricción.

Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel, del tejido dérmico. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos tendones o músculos no están expuestos. Puede presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco), que no oculta la profundidad de la pérdida del tejido. Pueden incluir cavitaciones y/o tunelizaciones.

Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos, incluyendo tendón, músculo expuesto y hueso, pueden presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco) a menudo también presentar cavitaciones y/o tunelizaciones, pueden extenderse a musculo y/o estructuras de soporte (ejemplo, la fascia, tendón o capsula de la articulación).

Para la prevención de úlceras más eficaz se debe tener en cuenta la valoración de paciente desde su ingreso a la unidad de cuidados intensivos ya que es de suma importancia localizar los riesgos y deficiencias que posee el paciente para lo cual se sugiere lo sigue:

- 1) iniciar temprano las medidas de prevención.
- 2) valorar la piel mínima una vez al día, sobre todo en prominencias óseas.
- 3) higiene diaria, acompañada de lubricación con crema hidratante o aceites corporales, sin dar masaje en puntos de apoyo.
- 4) nutrición, debe incluir, alimentos de todo tipo, pero sobre todo rico en proteínas y abundantes líquidos mínimo de 1, 500 ml/ día.
- 5) movilización, si el paciente está totalmente inmóvil, es recomendable cada 2 horas, por supuesto es más recomendable la movilización temprana.
- 6) continencia, ya sea fecal o urinaria, en el caso de esta última debe evitarse el uso de sondas.

7) Protección de zonas específicas, divididas en medidas estáticas que son cojines, almohadas, coderas etc. Las medidas dinámicas son colchones de aire alternante o con flujo de aire.

8) documentación, debemos registrar los cambios o mejorías en el paciente, si es posible, en el caso de existir lesión, hacerlo mediante fotografías,

9) educar a la familia y al propio paciente sobre medidas de prevención debe ser parte del protocolo a seguir.

En caso de existir UPP según la Guía de Práctica Clínica del IMSS el lavado con solución fisiológica, irrigando con una jeringa de 20 ml, y una aguja de 0.9 x .25 mm, ayudará a eliminar bacteria, escaras y otros restos, ya que el uso de antisépticos o limpiadores alteran la viabilidad celular y la función fagocitaria de los leucocitos, la gasa que se emplee, deberá utilizarse con la mayor cautela, aplicando ligera presión, es decir, a manera de esponjear, no tallar ni friccionar o se destruirá el tejido que ya ha sido vitalizado, en caso de existir tejido desvitalizado (necrótico, fibrina o esfacelo) deberá realizarse desbridamiento (enzimático, autolítico, cortante) para eliminarlo y disminuir la probabilidad de infección, en caso de hemorragia utilizar un apósito de alginato para controlar el sangrado, es recomendable previo al desbridamiento realizar una valoración exhaustiva de la vascularidad del paciente.

Pero también, debemos tener en cuenta la valoración del dolor que ocasiona la presencia de una ulcera por presión durante el desbridamiento esto también produce miedo ansiedad al paciente, podríamos considerar ministrar analgésicos unos 30 minutos antes de iniciar el tratamiento, esto nos permite realizar una curación de la lesión disminuyendo las molestias para el paciente, no se recomienda el uso de antibióticos tópicos puesto que podría producir resistencia y sensibilizaciones, y esto nos conlleva a que se complique la cicatrización de la lesión y causemos mayor estancia hospitalaria y mayores costos entonces queda claro que el uso de antibióticos tópicos disminuya la carga bacteriana.

Desbridamiento: El tejido necrótico en las úlceras favorece la infección e impide la curación, por lo que retirarlo es primordial. Hay distintos métodos no excluyentes entre sí, que se pueden usar concomitantemente, el cortante o quirúrgico requiere técnica estéril. Deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión, si sospecha de infección y ante el riesgo de bacteriemia usar antiséptico tópico antes y después del desbridamiento, dejándolo actuar al menos durante tres minutos, pueden disminuir la acción de la lidocaína, prevenir el dolor con analgésico tópico, p. ej., gel de lidocaína, hay alto riesgo de sangrado local, hacer hemostasia con compresión o epinefrina al 1:1.000. Tras el desbridamiento, realizar cura seca de 8 a 24 horas.

Químico o enzimático: en pacientes que no toleren el anterior, agentes proteolíticos y/o fibrinolíticos como la colagenasa, que favorece el desbridamiento y coagulación, se recomienda proteger la piel perilesional y cura húmeda sobre el agente desbridante.

Autolítico: se realiza con cualquier apósito de cura húmeda y en especial los hidrogeles, factores que favorecen la actuación de fibrinolíticos y colagenasas sobre los tejidos desvitalizados, representa un desbridamiento más lento y menos molesto al paciente y no requiere personal especializado.

Mecánico: en desuso por ser traumático y poco selectivo, se trata de curas secas con arrancamiento del tejido al retirarlas, fricción, irrigación.

Limpieza de la herida Siempre con suero salino isotónico, no usar nunca antisépticos tópicos; son productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción, evitar la fricción en la limpieza y el secado.

Prevención y abordaje de la infección: aunque todas las úlceras están en principio contaminadas, en la mayoría de los casos, una buena limpieza y el

desbridamiento pueden prevenir la infección, si a pesar de éstos persiste más de dos a cuatro semanas, se recomienda iniciar cura con antibiótico tópico sulfadiacina argéntica, AC fatídico, metronidazol o con apósito de plata con malla de carbón activado, de persistir sobreinfección más de dos semanas, se recomienda realizar cultivos bacterianos con aspirado con aguja fina o biopsia cutánea y valorar tratamiento específico según el paciente, su estado y el de la lesión, estaría indicado el tratamiento sistémico si hay bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.

Cura húmeda Las evidencias científicas disponibles muestran mayor efectividad clínica y relación coste-beneficio de la cura en ambiente húmedo, frente a la cura tradicional, el ambiente húmedo previene la deshidratación tisular y la muerte celular; promueve la angiogénesis, estimula la eliminación de fibrina y tejido muerto y permite la interacción celular y de factores de crecimiento para la cicatrización, de nuevo, para elegir el apósito, hay que valorar el paciente y la úlcera, sobre todo la presencia de cavitación y/o tunelización y cantidad de exudado, las cavidades han de rellenarse entre la mitad y tres cuartas partes (nunca más, pues hemos de contar con el exudado que aumentará el tamaño del apósito) con productos de cura húmeda, para evitar que se formen abscesos o «cierre en falso».

La frecuencia del cambio de apósito dependerá de sus características, recursos al alcance y exudado de la úlcera, algunos productos pueden combinarse entre sí, no existe el producto ideal o uno que sea indicado para todo tipo de úlceras.

Para tratar las UPP podríamos enlistar algunos tipos de tratamientos a base de apósitos como son:

Alginatos: placa o cinta. Absorben hasta 20 veces su peso en exudado. Rellenan cavidades, duran hasta cuatro días.

Poliuretanos: en film, espumas poliméricas en placa, para cavidades o con silicona, repelen contaminantes, heridas con ligero o moderado exudado, Ojo,

se puede pegar a la herida y lesionar la piel adyacente, son semipermeables, el cambio se recomienda cada 1-5 días.

Hidrocoloides: contienen una matriz de celulosa y otros agentes formadores de gel como gelatina o pepsina; los hay en placa, en gránulos, en pasta, en fibra y en malla o tul con diversos grosores, tienen la capacidad desbridante y favorecedora de la granulación son de absorción ligera a moderada, Impermeables a gases, se pueden cambiar a la semana, producen un gel de mal olor y al principio la úlcera parecerá mayor.

Hidrogeles: primeros de almidón con alto contenido en agua, rellenan cavidades e hidratan, su presentación puede ser: en placa, en estructura amorfa, salinos y en malla o tul, posee propiedades analgésicas, Desbridan y favorecen la cicatrización, no recogen mucho exudado, el cambio puede ser incluso una o dos veces por semana.

Silicona: son hidrofóbicas, para heridas en granulación, mantienen la humedad. Carbón activado: absorbe olores, puede combinarse con plata o Alginatos.

Plata: los hay de liberación lenta, es un buen antiséptico para mantener la cura en heridas infectadas.

Apósitos no adherentes impregnados: tul graso, apósitos de colágeno que se puede utilizar en heridas limpias, estimula la granulación y la hemostasia.

Capitulo III

**METODOLOGIA DE LA
INVESTIGACION**

3.1 Tipo de estudio

El diseño del presente estudio fue observacional, transversal descriptivo, debido a que se midieron en un solo momento a la vez las variables dependiente de la calidad del cuidado enfermero del personal de enfermería, variable independiente los eventos adversos relacionados del cuidado por UPP, estas, variable fueron correlacionadas con un instrumento para medir la calidad con la que el personal de enfermería desarrolla sus habilidades, destrezas y conocimientos para la atención del paciente que requiere su atención.

Tipo de Estudio La población del estudio estuvo conformada, por personal de base operativa en las siguientes categorías de enfermería, Enfermera jefe de piso, Enfermera especialista, que se encuentran laborando en los diferentes turnos: matutino, vespertino, turno nocturno guardia A y guardia B estos fueron hombres y mujeres en rango de edad diferente, El método de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia y con una muestra de 27 enfermeras.

3.2 Población, lugar y tiempo de estudio

La población del estudio estará conformada por personal de enfermería de base, que se encuentra laborando en la terapia intensiva, en las siguientes categorías: jefe de piso, enfermera especialista, que se encuentran laborando en los turnos matutino, vespertino y nocturno guardia A y guardia B, del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo agosto septiembre del 2018

Diseño del estudio: Se consideró el tiempo del estudio, con un instrumento validado con un alfa de cron Bach de 8.2, estableciendo primeramente, el marco teórico para poder medir las variables requeridas y marcar los indicadores específicos en dos aspectos la fase uno medir el conocimiento de enfermería detectando la prevención requerida en el cuidado de la piel y la

fase 2, los paciente que ya contaba con upp y que el personal de enfermería toma las estrategias para su cuidado., en este proceso se realiza la clasificación de variable para medirla estas fueron elaboradas por el autor de la presente investigación , complementándose con un cronograma de horas que acudía de manera intencional para corrobora el tipo de investigación no probabilística.

3.3. -Procedimiento para la recolección de información

En este estudio para la medición de las variables se utilizó un cuestionario llamado “Calidad de la intervención del cuidado enfermero en pacientes con úlceras por presión”, dividido en primer apartado en datos personales o del entrevistado y datos relacionados con el conocimiento de la prevención de úlceras por presión que evalúa factores relacionados a UPP etapas, medidas preventivas tratamientos, un instrumento que contiene 41 variables teniendo en cuenta que por cada una, la enfermera le asignara una valoración utilizando para cada una escala tipo representada de la siguiente manera de verdadero (V) falso (F) y no se (N/S), esto mostrara la calidad, habilidad o competencia que ha desarrollado el personal de enfermería en el cuidado enfermero en dichos pacientes .

Cédula de cuestionario llamado (calidad del cuidado enfermero del personal de enfermería en la prevención de úlceras por presión”). Basada en las recomendaciones propuestas por directrices internacionales y es constituido de 41 afirmaciones verdaderas o falsas con ocho ítems sobre evaluación y clasificación de la UPP.

Para la recolección de los datos se llevará a cabo en el mes de octubre del 2018. Para la realización del presente estudio se obtuvo la autorización del departamento del área enseñanza del Hospital General Regional N° 1 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) del estado de

Guerrero Posteriormente se les solicitara autorización a los jefes de piso de una forma escrita.

La aplicación de la prueba, se realizara abordando a las enfermeras (os) en su área de trabajo previo acuerdo con los jefes de piso y jefatura de enseñanza , se identificara a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, a los sujetos de estudio se les dio a conocer la importancia y finalidad del estudio, enfatizando que la participación es voluntaria con la libertad de retirarse en el momento que ellos lo desearan, sin que por ello se afectaran sus derechos como enfermeras, se asegurara la privacidad, el anonimato y confidencialidad de su información y se le solicitara su consentimiento informado por escrito, posteriormente se iniciara con la aplicación de los instrumentos, estos serán auto aplicables y el orden de presentación será la siguiente: en la primera parte los datos personales la segunda correspondiente a la preguntas sobre conocimiento y la calidad del cuidado y la prevención de úlceras por presión.

3.4.- Criterios de inclusión

En los criterios de inclusión se tomó una muestra de 27 enfermeras de los turnos, matutino, vespertino y nocturno de ambos sexos, que se encontraron laborando en el momento de la aplicación de la encuesta y estos aceptaron realizar la entrevista con una previa autorización por medio de un consentimiento informado.

3.5.- Criterios de exclusión

Se excluyeron las enfermeras (os) que no se encontraron, en el momento de aplicación de encuesta, y aquellos que no aceptaron realizarla la encuesta

3.6.- Criterios de eliminación.

Se eliminaron cuestionarios que fueron devueltos en blanco o no terminaron de contestarlo.

3.7.- Tipo y tamaño de muestra

Se eligió de forma aleatoria a las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos tomando su totalidad de las enfermeras que laboran en los tres turnos con 27 enfermeras.

3.8.- Recursos financieros y factibilidad

Recursos propios del Estudiante investigador.

3.9.- Código de Ética

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos (LGS), (Diario Oficial de la Federación, [DOF], 2007).

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 17, Fracción II, se consideró a este estudio como de riesgo mínimo, prevaleciendo en todo momento el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar, de los sujetos a investigación, de conformidad con lo señalado en el Capítulo I, Artículo 13. Se contó con el dictamen favorable de la coordinación de enseñanza del Hospital General Regional N°1 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro social

Como lo marca el Artículo 14, Fracción VIII. En lo que respecta a la Fracción V, del artículo anterior, se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación; entendiéndose por consentimiento informado al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, según lo describe el Artículo 20. Manteniéndose así la protección a la privacidad del individuo sujeto de investigación en apego al Artículo 16.

En concordancia con el Artículo 21, el sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: la justificación y los objetivos de la investigación; los procedimientos que se usaron y su propósito, las molestias o los riesgos esperados; los beneficios que pudieran observarse; la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan prejuicios en su contra.

El estudio se registró, en la Coordinación del Posgrado de Enfermería apegándose a la disposición en materia de investigación de acuerdo con el siguiente marco legal.

Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 7.- Debe existir la libertad de escribir y publicar escritos sobre cualquier materia.

Ley general de salud, título quinto, investigación para la salud, capítulo único

Artículo 100, I la investigación en seres humanos deberá adaptarse a los principios éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica

Artículo 100, III La Investigación en seres humanos podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad que no se expone de riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación

Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Título segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

De acuerdo a la ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, este estudio se considera como una investigación con riesgo mínimo por lo que solo se solicitara consentimiento informado.

Título segundo, capítulo I, Artículo 13 (fracción II, III, IV) en esta investigación prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio. Se protegerá la individualidad y anonimato del sujeto con base al título Segundo, Capítulo I, Artículo 16.

Con el fin de cumplir con lo establecido en el Artículo 21, (Fracción I, IV, VI y VII), se procederá a proporcionar una explicación clara y completa respecto a la justificación y objetivos de la investigación; y la libertad de retirarse cuando lo considere pertinente, posterior a esta explicación se solicitará la firma del consentimiento informado por escrito, de acuerdo a lo estipulado en el título Segundo, Capítulo I, Artículo 20 y artículo 21

Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial principio éticos para la investigación médica en seres humanos.

A.- Introducción 6.- En investigación médica en seres humanos el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los intereses.

B.- principios para toda la investigación médica, 11 En la investigación es deber del médico protegerla vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación.

3.10 Resultados

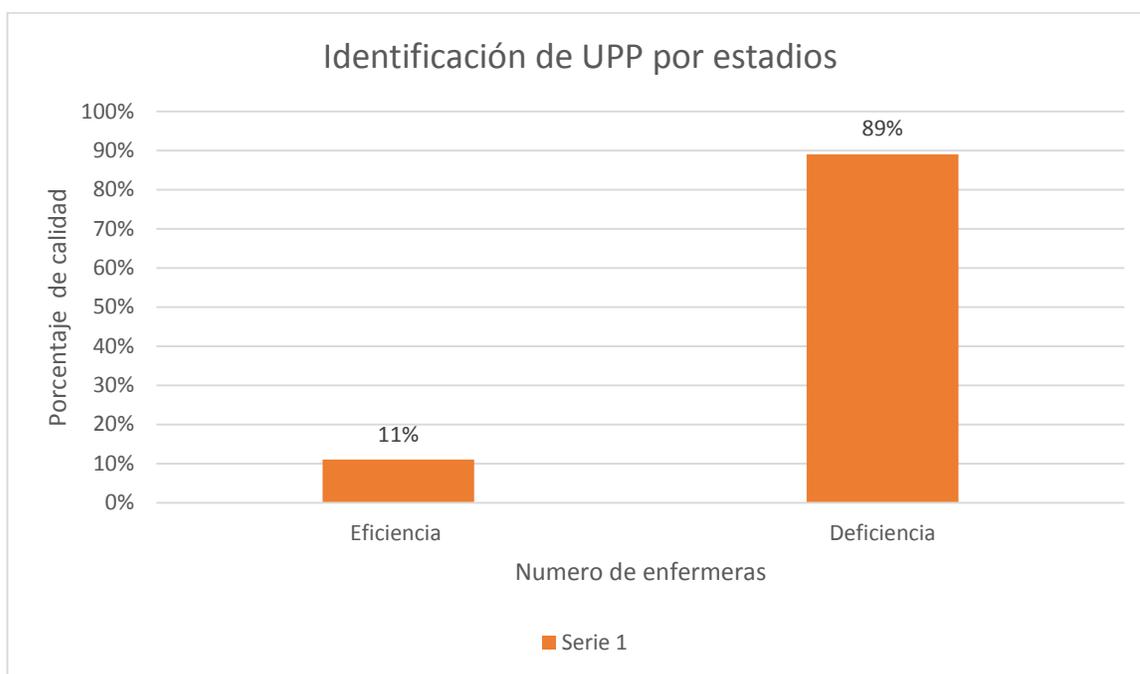
Cuando se valora la calidad de la intervención en una úlcera por presión, esta se define de acuerdo al autor GENAUPP, cataloga su estadio en: 1er grado se define a una piel intacta con hiperemia de una área localizada; 2º se define por presentar una pérdida de piel en su espesura tota; 3er estadio se define como pérdida parcial de la piel envolviendo la epidermis; 4º estadio es la pérdida total de la piel, con intensa destrucción y necrosis, de las 27 Enfermeras especialista que equivale al 100% el 25 % resto con deficiencias de valoración de UPP, el mayor número de personal de enfermería se presentó en el turno vespertino en el primer estadio, representando el 14%; en cuanto a la valoración de UPP en estadio 2 se registró el 14 % del personal de enfermería con mayor deficiencia en el turno matutino; en el estadio 3 se presentó con deficiencia de valoración , al personal de enfermería, el 11% turno matutino y nocturno guardia B, en el estadio 4 se registró deficiencia en un 3% en los turnos nocturnos guardia A y B respectivamente.(ver cuadro1)

Cuadro 1 Identificación de los estadios de la upp por el personal de enfermería de la UCI del H.G.R #1 Vicente Guerrero en los diferentes turnos.

Variable	Identificación de upp por estadios														
	Estadío 1 de UPP.			Estadío 2 de UPP.			Estadío 3 de UPP.			Estadío 4 de UPP.			TOTAL		
	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
UPP 1 Pgta (1)	7	0	0	2	0	4	5		2	6	0	1	20	0	7
Upp 2 Pgta (20)	3	0	4	5	0	1	7	0	0	6	0	1	21	0	6
UPP 3 Pgta (6)	4	0	3	4	0	2	6	0	1	4	0	3	18	0	9
Upp 4 Pgta (9)	7	0	0	6	0	0	6	0	1	6	0	1	25	0	2

Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Grafico 1 Identificación de los estadios de la upp por el personal de enfermería de la UCI del H.G.R #1 Vicente Guerrero en los diferentes turnos.



Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Conclusión: En el cuadro se muestra que la de valoración de enfermería en la UPP en los 4 estadios existe un 89 % de deficiencia para la identificación de los diferentes estadios y solo el 11 % logro identificar los cuatro estadios, y con problemas de registro en el expediente clínico del diagnóstico de Enfermería: deterioro de la integridad tisular r/c factores nutricionales, deterioro de la movilidad física, alteración de la circulación, m/x destrucción tisular

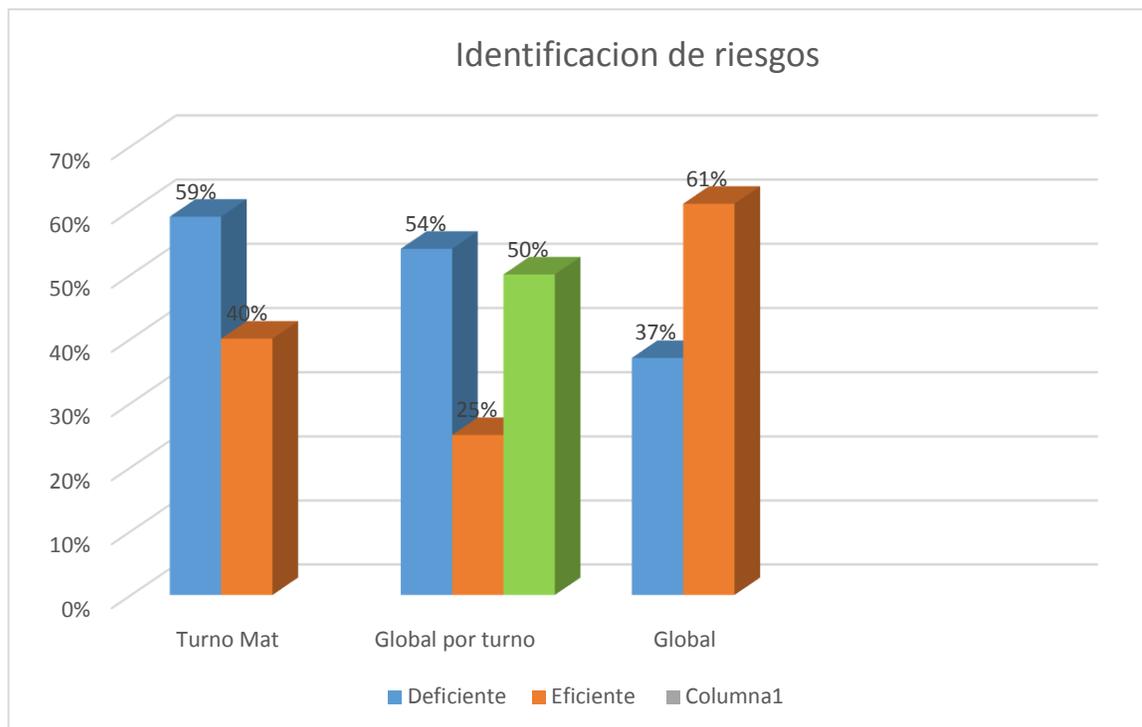
Para llevar la evaluación se registra en el proceso de recolección de datos y brindar una buena calidad de atención en el cuidado de enfermería en pacientes con úlceras por presión es de suma importancia tener en cuenta la valoración de los diferentes factores de riesgo que pueden ocasionar o desarrollar úlcera por presión, los resultados obtenidos en la encuesta realizada y en la observación que se realizó nos muestra que el mayor número de incidencia lo detectamos en los tres turnos el 59 % de deficiencia y 40 % de eficacia, en la inspección sistémica de la piel, dando como mayor incidencia en el turno matutino con el 54 % para la inspección sistémica de la piel del paciente, mientras que en el turno nocturno la deficiencia es menor en un 25 % de deficiencia y en el turno vespertino se observó que el porcentaje de deficiencia es de un 50 %, en total en este rubro donde se tomó en cuenta la valoración e identificación de los riesgos que le pueden causar daños al paciente UPP muestra la encuesta que existe un déficit de calidad del 37% y 61% de eficiencia en la atención de calidad en el cuidado enfermero.

Cuadro 2 valoración de los posibles factores que pueden provocar upp en los pacientes hospitalizados en la UCI de H.G.R # 1 por turno.

variable	Valoración e identificación de riesgos para contraer upp														
Valoración	TM			TV			TN A			TN B			TOTAL		
Inspección sistémica de la piel (3)	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	5	0	2	3	0	3	4	0	3	4	0	3	16	0	1
Evaluación de upp en la admisión al hospital (7)	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	2	0	5	6	0	0	1	0	6	4	0	3	13	0	1
Evaluación de riesgos para el desarrollo de upp (26)	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	6	0	1	3	0	3	5	0	2	7	0	0	21	0	6

Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Grafico 2 valoración de los posibles factores que pueden provocar upp en los pacientes hospitalizados en la UCI de H.G.R # 1 por turno.



Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Conclusión:

Por lo tanto, si el personal de enfermería no realiza inspección sistémica de la piel de acuerdo con la escala de Braden, a todos los pacientes en la hospitalización en cuanto al riesgo de para desarrollar una ulcera por presión no brinda una calidad, puesto que no está detectando los posibles riesgos que presenta el paciente al momento de su ingreso a la UCI.

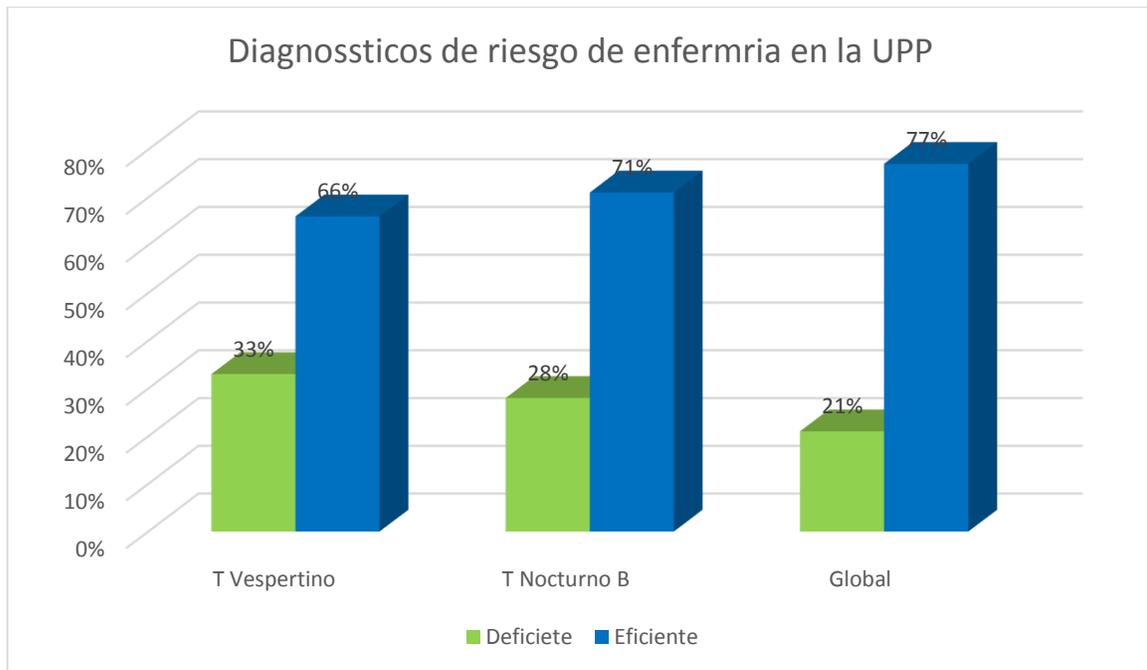
En la valoración de los factores intrínsecos como son: Edad avanzada, Inmovilidad, Alteraciones respiratorias y circulatorias, Medicación (inmunosupresores), Déficit del Aporte de Nutrientes, Deshidratación, y AMV prolongada son factores que el personal de enfermería no tiene oportunidad de modificarlos, pero sin embargo no se pueden omitir en el cuidado al contrario es donde más atención se debe poner y esto aumenta las posibilidades que el paciente desarrolle una UPP, en este apartado de la encuesta se observó y se le cuestiono al personal de enfermería que identificara los riesgos y que realizara intervenciones de acuerdo con las acciones que marca la guía de práctica clínica, para su cuidado y se obtuvieron los siguientes resultados: en el turno vespertino un 33 % de deficiencia y 28 % de deficiencia en el turno nocturno B y un 100% de eficiencia en los turnos matutino y nocturno A en la identificación de factores intrínsecos, y en los cuidados que se brindaron se observó, que el turno con más deficiencia fue: el turno nocturno guardia B con un 71 % de deficiencia y 28 % de eficacia, en total 77 % mostraron buena calidad de atención y 21 % no brindan calidad de atención hacia los pacientes en cuanto a la identificación de riesgos y acciones para prevenir las UPP.

Cuadro 3 Diagnóstico de riesgo de enfermería en la upp de los pacientes hospitalizados en el H.G.R # 1

VARIABLE	Identificación sobre los riesgos de padecer upp														
	TM			TV			TN A			TN B			TOTAL		
Los factores intrínsecos (2)	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D
	7	0	0	4	0	2	7	0	0	5	0	2	23	0	4
La posición de 30 ° (15)	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D
	5	0	2	4	0	2	3	0	4	6	0	1	17	0	10
La cabecera a 30 ° (16)	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D
	3	0	4	5	0	1	5	0	2	2	0	5	15	0	12
evitar factores intrínsecos(2)	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D
	7	0	6	6	0	0	6	0	1	5	0	2	24	0	3
Para movilizar los paciente (24)	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D
	7	0	0	6	0	0	5	0	2	7	0	0	25	0	2
utilizar colchón de presión (29)	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D
	7	0	0	4	0	2	7	0	0	6	0	1	24	0	3
Pgta (41)	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D	MB	B	D
	3	0	4	5	0	1	6	0	1	6	0	1	20	0	7

Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Grafico 3 Diagnóstico de riesgo de enfermería en la upp de los pacientes hospitalizados en el H.G.R # 1



Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Conclusión:

La habilidad, conocimientos, recursos y motivación del cuidador y del paciente son fundamentales para participar en el plan de cuidados, es importante saber que la presión ejercida del cuerpo en una persona encamada o sentada no es uniforme sobre toda la piel, sino que se concentra en zonas de apoyo con prominencias ósea y tejidos subyacentes, al igual que el exceso de humedad y/o la piel muy seca son factores de riesgo para el desarrollo de UPP por lo tanto la guía de práctica clínica (GPC) recomienda: valorar el estado de la piel, para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión, mantener limpia y seca utilizando agua tibia y jabones neutros, la aplicación de cremas hidratantes si la piel del paciente lo amerita, mantener la ropa de cama sin arrugas y de preferencia de algodón.

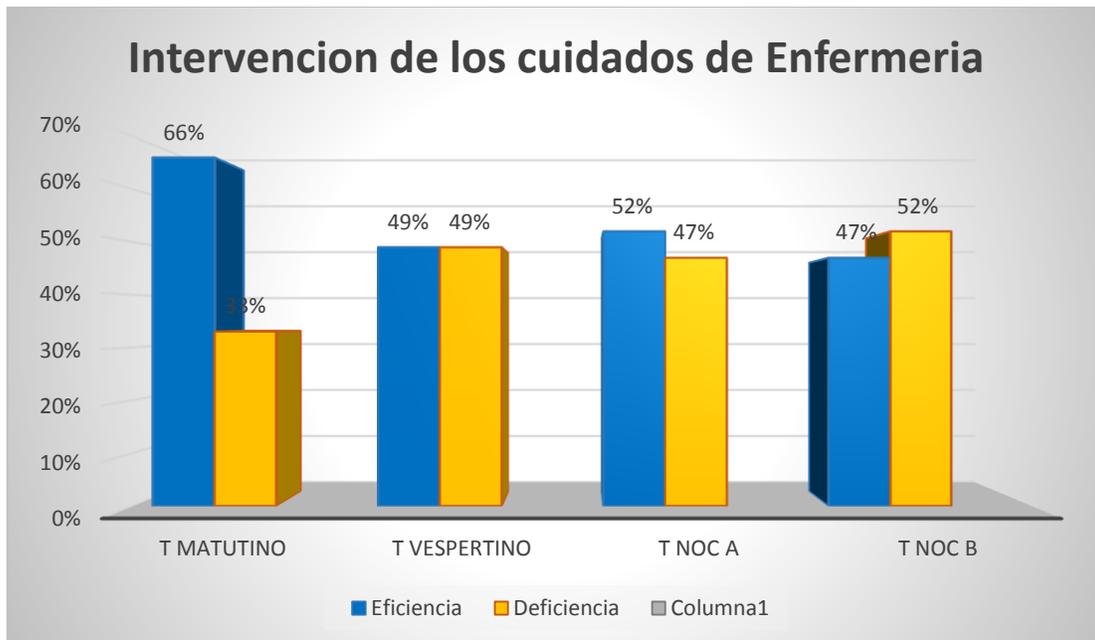
En las intervenciones de enfermería es de suma importancia que los conocimientos, sean de una fuente científica o aprobada por las guías de práctica clínica pues de ello depende que los cuidados sean los apropiados y el paciente reciba una atención de calidad, por lo tanto, se incluyeron estas afirmaciones al personal de enfermería que labora en la UCI del H.G.R # 1 donde se les cuestiono sobre el uso de cremas, cambios de posición, uso de guates con agua caliente y el uso de donas de aire y los resultados fueron los siguientes: en el turno matutino se muestra una deficiencia de 33% y un 66 % de eficiencia, en el turno vespertino con una deficiencia del 49% y 49 % de eficiencia, en el turno nocturno A 47 % de deficiencia y 52 % de eficacia en turno nocturno B se muestra una deficiencia de 52 % y 47 % de eficacia.

Cuadro 4: intervención de los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en la UCI del H.G.R # 1

VARIABLE	TM			TV			TN A			TN B			TOTAL		
Intervención de enfermería															
Uso de cremas (8)	MB 5	B 0	D 2	MB 2	B 0	D 4	MB 4	B 0	D 3	MB 5	B 0	D 2	MB 16	B 0	D 11
Dieta adecuada (10)	MB 7	B 0	D 0	MB 6	B 0	D 0	MB 5	B 0	D 2	MB 7	B 0	D 0	MB 24	B 0	D 3
Reposicionar c/ 3 hrs(11)	MB 5	B 0	D 2	MB 4	B 0	D 2	MB 3	B 0	D 4	MB 2	B 0	D 5	MB 14	B 0	D 13
Uso de escalas (12)	MB 6	B 0	D 1	MB 4	B 0	D 2	MB 6	B 0	D 1	MB 4	B 0	D 3	MB 20	B 0	D 7
Uso de guantes (13)	MB 5	B 0	D 2	MB 4	B 0	D 2	MB 4	B 0	D 3	MB 3	B 0	D 4	MB 16	B 0	D 11
Uso de donas (14)	MB 4	B 0	D 3	MB 2	B 0	D 4	MB 4	B 0	D 3	MB 2	B 0	D 5	MB 12	B 0	D 15
reposicionar c/ 2 hrs (17)	MB 3	B 0	D 4	MB 1	B 0	D 5	MB 1	B 0	D 6	MB 2	B 0	D 5	MB 7	B 0	D 20
Movilización sentado (18)	MB 4	B 0	D 3	MB 3	B 0	D 3	MB 4	B 0	D 3	MB 5	B 0	D 2	MB 16	B 0	D 11
(19) protección en prominencias Oseas	MB 3	B 0	D 4	MB 1	B 0	D 5	MB 2	B 0	D 5	MB 0	B 0	D 7	MB 6	B 0	D 21

Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Grafico 4: intervención de los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en la UCI del H.G.R # 1



Conclusión: por lo tanto, se identificó que el mayor porcentaje de deficiencia se encontró en el turno nocturno B con 52 % donde el personal no realiza cambios de posición y considera que el uso de donas y cremas son lo más ideal para el tratamiento para las UPP, por lo tanto en global se encontró una deficiencia del 45 % y una eficiencia del 53.5%

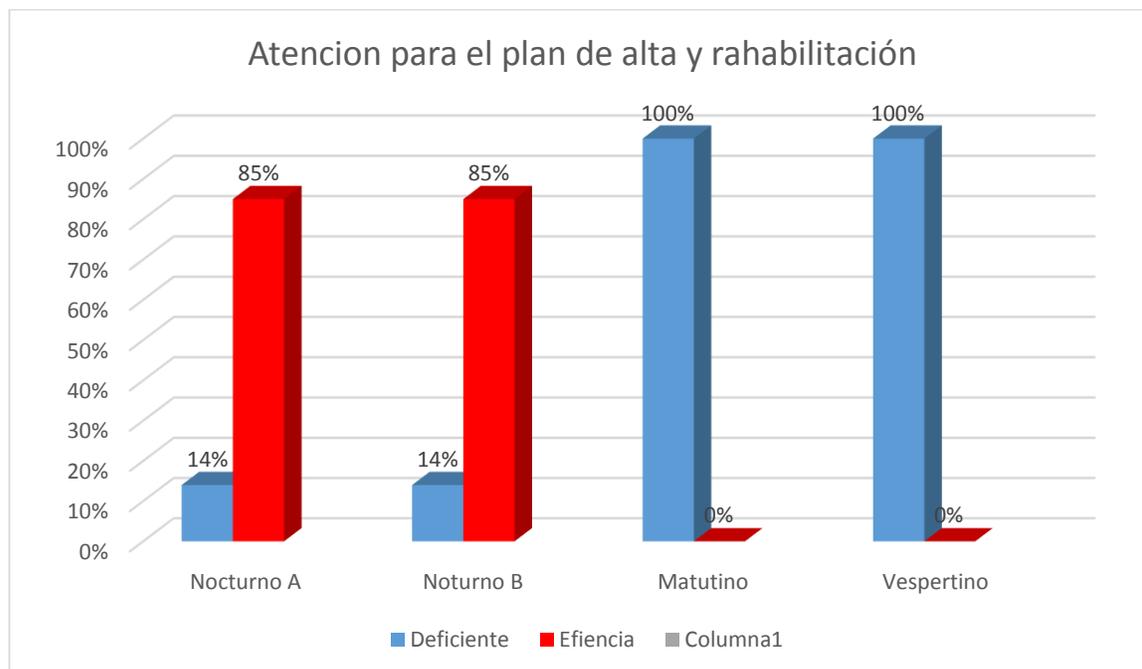
Para continuar con la calidad de la atención del paciente, es fundamental identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, la habilidad de conocimientos, los recursos del paciente para participar en el plan de alta, puesto que dentro de los quehaceres de enfermería es importante, darle continuidad a las demandas que el individuo o paciente requiere para reintegrarlo a la sociedad, en condiciones que el paciente pueda cumplir con sus necesidades básicas del propio ser humano, como son: el autocuidado tanto físicas y psicológicas, por lo tanto, es importante orientar al familiar y al paciente en cuanto a su rehabilitación temprana y la prevención de nuevas UPP, en la encuesta se incluyeron estas afirmaciones y los resultados fueron los siguientes: para la orientación sobre la rehabilitación del paciente y familiar en el turno nocturno guardia A y B encontramos una deficiencia del 14 %, mientras que en el turno matutino y vespertino existe un 100 % de eficiencia, mientras que en la implementación de programas educativos institucionales, el estudio realizado nos muestra que solo el 14 %, de personal del turno nocturno guardia A considera que los programas educativos no son de gran utilidad para reducir la incidencia de las UPP.

Cuadro5: Diagnósticos de bienestar y educación en atención para el plan de alta en paciente con UPP.

VARIABLE	Atención para el plan de alta de los pacientes en la UCI														
Diagnóstico de bienestar	TM			TV			TN A			TN B			TOTAL		
Orientación, sobre rehabilitación (25)	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	7	0	0	6	0	0	6	0	1	6	0	1	25	0	1
Orientar a familiares (27)	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	7	0	0	5	0	1	7	0	0	7	0	0	26	0	1
El desarrollo de programas educativos (40)	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	7	0	0	6	0	0	6	0	1	7	0	0	26	0	1

Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Grafico 5: Diagnósticos de bienestar y educación para el paciente con UPP



Fuente: Datos recolectados por lista de cotejo por el Estudiante de Especialidad en Gestión y Docencia de Enfermería.

Conclusión: se identificó que el turno nocturno guardia A Y B el 14 % del personal no realizo orientación sobre la rehabilitación y tratamiento de las UPP, mientras que en el turno matutino y vespertino un 100 % del personal oriento y al paciente sobre los cuidados pertinentes y la prevención para no generar nuevas UPP, en total de eficiencia se encontró con un 92.5% y solo 39.8% de deficiencia.

Capitulo IV

Conclusiones

4.1 Conclusiones

Como ya se comentó que en la UCI del H.G.R # 1 se realizó el presente estudio en el cual se encontró que el personal de enfermería posee una gran deficiencia para identificar la UPP en los 4 estadios existe un 89 % de deficiencia para la identificación de los diferentes estadios y solo el 11 % logro identificar los cuatro estadios.

Mientras tanto en la cuestión de realiza una inspección sistémica de la piel de acuerdo con la escala de Braden, a todos los pacientes en la hospitalización en cuanto al riesgo para desarrollar una ulcera por presión existe una gran deficiencia de calidad, 37 % de deficiencia y un 61 % de eficiencia puesto que no está detectando los posibles riesgos que presenta el paciente al momento de su ingreso a la UCI.

En tanto para los Diagnóstico de riesgo de enfermería en la UPP de los pacientes hospitalizados en el H.G.R # 1 se detecto un 21 % de deficiencia y 77 % de eficacia, la guía de práctica clínica (GPC) recomienda: valorar el estado de la piel, para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión, mantener limpia y seca utilizando agua tibia y jabones neutros, la aplicación de cremas hidratantes

En la intervención de los cuidados de enfermería en pacientes con UPP se identificó que el mayor porcentaje de deficiencia se encontró en el turno nocturno B con 52 % donde el personal no realiza cambios de posición y protección de prominencias óseas un total del 53.5 % de eficiencia y 46.5 % de deficiencia.

Para dar continuidad al tratamiento a los pacientes que padecen UPP es necesario realizar Diagnósticos de bienestar y educación en atención para el plan de alta para los pacientes puesto que es uno de los quehaceres de enfermería y se identificó que el turno nocturno guardia A Y B el 14 % del personal no realizo orientación sobre la rehabilitación y tratamiento de las UPP, mientras que en el turno matutino y vespertino un 100 % del personal.

Anexos

Cronograma

Calidad de la intervención del cuidado enfermero en pacientes con úlceras por presión en la UCI del HGR # 1 Acapulco, Gro.2018

actividad	Meses	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Enero						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Búsqueda bibliográfica	Programado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
	Realizado	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
Elaboración de protocolo	Programado			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
	Realizado			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
Elaboración de instrumento	Programado					■	■	■	■	■	■	■	■											
	Realizado					■	■	■	■	■	■	■	■											
Validación del instrumento	Programado											■	■											
	Realizado											■	■											
Lectura de análisis de GPC	programado											■	■											
	Realizado											■	■											
Aplicación del instrumento	Programado											■	■											
	Realizado											■	■											
Recolección de la información	Programado												■	■										
	Realizado												■	■	■	■								
Elaboración de base de datos	Programado													■	■									
	Realizado													■	■									
Captura de la información	Programado														■	■								
	Realizado														■	■								
Análisis de los resultados	Programado															■	■	■	■					
	Realizado															■	■	■	■					
Presentación de tesis	Programado																					■	■	
	Realizado																					■	■	

Cuestionario

Calidad de la intervención en el cuidado enfermero en pacientes con upp

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de enunciados que debe leer detenidamente y posteriormente responda lo que se le solicita. Coloque el número de la respuesta a la que pertenece, de preferencia con tinta azul.

NOTA: La información que nos proporcione es, valiosa y confidencial. Únicamente será usada con fines estadísticos.

Número.	Pregunta.	Verdadero (V).	Falso (F).	No sé (N/S).
1.	La categoría I de la úlcera por presión es definida como piel intacta, con hiperemia de un área localizada, la cual no presenta emblanquecimiento visible o el color difiere del área alrededor.			
2.	Los factores de riesgo para el desarrollo de úlcera por presión son: inmovilidad, incontinencia, nutrición inadecuada y alteración de nivel de consciencia.			
3.	Todos los pacientes en riesgo para úlcera por presión deben tener una inspección sistemática de la piel por lo menos una vez por semana.			
4.	El uso de agua caliente y jabón pueden reseca la piel y aumentar el riesgo para úlcera por presión.			
5.	Es importante masajear las regiones de las prominencias óseas, si estuviesen irritadas.			
6.	Una úlcera por presión en categoría III es una pérdida parcial de la piel, envolviendo la epidermis.			
7.	Todos los pacientes deben ser evaluados en su admisión en el hospital en cuanto al riesgo para desarrollo de la úlcera por presión.			
8.	Las cremas, curativos transparentes y curativos de hidrocoloides extrafinos auxilian en la protección de la piel contra los efectos de la fricción.			
9.	Las úlceras por presión en la etapa IV, presentan pérdida total de piel con intensa destrucción y necrosis tisular o daños a los músculos, huesos o estructuras de soporte.			
10.	Una ingesta dietética adecuada de proteínas y calorías debe ser mantenida durante la enfermedad/ hospitalización.			

11.	Los pacientes que están restringidos a la cama deben ser reposicionados cada 3 horas.			
12.	Una escala con horarios para cambio de decúbito debe ser utilizada para cada paciente con presencia o en riesgo para úlcera por presión.			
13.	Los guantes de agua o de aire alivian la presión en los calcáneos.			
14.	Las almohadas del tipo ruedas de agua o de aire auxilian en la prevención de la úlcera por presión.			
15.	En la posición en decubito lateral, el paciente con presencia de úlcera por presión o en riesgo para la misma debe quedar en ángulo de 30 grados en relación al colchon de la cama.			
16.	En el paciente con presencia de la úlcera por presión o en riesgo para la misma, la cabecera de la cama no debe ser elevada en un ángulo mayor que 30 grados, si no existe contraindicación médica.			
17.	El paciente que no se mueve por si solo debe ser reposicionado cada 2 horas cuando esta sentado en la silla.			
18.	El paciente con movilidad limitada y que puede cambiar la posición del cuerpo sin ayuda debe ser orientado a realizar el alivio de la presión, a cada 15 minutos, en cuanto estuviere sentado en la silla.			
19.	El paciente con movilidad limitada y que puede permanecer en la silla, debe tener una almohada en el asiento para protección de la región de las prominencias óseas.			
20.	Las úlceras por presión en la etapa II presentan una perdida de piel en su espesura total.			
21.	La piel del paciente en riesgo para úlcera por presión debe permanecer limpia y libre de humedad.			
22.	Las medidas para prevenir nuevas lesiones no necesitan ser adoptadas continuamente cuando el paciente ya posee úlcera por presión.			
23.	Las sabanas, muebles o forros deben ser utilizados para transferir o mover pacientes que no se muevan solos.			
24.	La movilización y la transferencia de pacientes que nos se mueven solos deben ser siempre realizadas por dos o mas personas.			
26.	Todo paciente que no deambula debe ser sometido a la evaluación de riesgo para el desarrollo de la úlcera por presión.			

27.	Los pacientes y familiares deben ser orientados en cuanto a las causas y a los factores de riesgo para el desarrollo de la úlcera por presión.			
28.	Las regiones de las prominencias óseas puede estar en contacto, una con la otra, directo.			
29.	Todo paciente en riesgo para desarrollar úlcera por presión debe tener un colchón que redistribuya la presión.			
30.	La piel, cuando macerada por la humedad, se daña mas facilmente.			
31.	Las úlceras por presión son heridas esteriles.			
32.	Una región de la piel con cicatriz de la úlcera por presión podra ser dañada mas rapidamente que la piel integra.			
33.	Una ampolla en la región del calcaneo no debe ser motivo de preocupación.			
34.	Una buena manera de disminuir la presión en la región de los calcáneos es mantenerlos elevados de la cama.			
35.	Todo cuidado para prevenir o tratar úlceras por presión no necesita ser registrado.			
36.	Cizallamiento es la fuerza que ocurre cuando la piel se adhiere a una superficie, y el cuerpo desliza.			
37.	La fricción puede ocurrir al mover al paciente sobre la cama.			
38.	Las úlceras por presión de la etapa II pueden ser extremadamente dolorosas, como consecuencia de la exposición de terminaciones nerviosas.			
39.	En el paciente con incontinencia, la piel debe ser limpiada en el momento de las eliminaciones y en los intervalos de rutina.			
40.	El desarrollo de programas educacionales en la institución puede reducir la incidencia de la úlcera por presión.			
41.	Los pacientes hospitalizados necesitan ser evaluados en cuanto al riesgo para la úlcera por presión una vez durante su internación.			

Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Calidad de la intervención del cuidado enfermero en pacientes con úlceras por presión en la UCI del HGR # 1 Acapulco, Gro.2018

Lugar y fecha:

HGR 1 del IMSS Vicente Guerrero, Acapulco, Gro. AGOSTO. 2018

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

La prevención de úlceras por presión es un tema en el que la enfermera tiene gran responsabilidad dentro de su rol autónomo. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros, al considerarse como un estándar de calidad en las instituciones tanto a nivel nacional como internacional, es conveniente delimitar si el problema radica en el desconocimiento de protocolos establecidos para la prevención de UPP.

Por lo tanto, nuestro objetivo del estudio es: Determinar la calidad de la intervención del cuidado enfermero, en pacientes de la UCI con UPP, del Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. Del IMSS en Acapulco Gro.

Procedimientos:

Se recabará la información mediante un cuestionario de calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con UPP.

Posibles riesgos y molestias:

Que el personal operativo responda de manera errónea o bien no tenga tiempo para realizar el cuestionario o no haya disposición.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Obtener nuevas áreas de oportunidad para capacitación del tema de investigación y mejorar la calidad de atención.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Identificar las posibles debilidades sobre la prevención de UPP y poder así generar estrategias de capacitación en el servicio.

Participación o retiro:

No implica ningún riesgo para él participante, y que los datos que él proporcione serán confidenciales y anónimos; su nombre será sustituido por un número o código de referencia que evitará sea identificada (o). Así mismo se respetará su privacidad, sus derechos como ser humano y tendrá derecho de no participar en esta investigación en el momento que lo desee.

Privacidad y confidencialidad:

La información obtenida será confidencial para llevar a cabo la investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: LIC. Jose Enriquez Porras. Tel cel. 7331284931.correo

joseporras_1982@hotmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General Regional # 1 Vicente Guerrero de Acapulco Guerrero

Título: Propuesta de Plan de Mejora para la actualización continua del cuidado, preventivo y curativo sobre el manejo y el cuidado de la piel en pacientes ingresados en la UCI del Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. Del IMSS en Acapulco Gro.

Objetivo: Homogenizar el cuidado de enfermería, para una atención de calidad en pacientes con UPP en cumplimiento de la NOM 019, GNEAUPP y la GPC

Tiempo	Objetivo específico	Contenido	Estrategia educativa	Evidencia de aprendizaje	Evaluación
Tiempo 4 hora 1 hora por cada turno	Fortalecer las responsabilidades, características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería	NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.	Taller de análisis, y discusión de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013	Funciones operativas del cuidado de enfermería en pacientes con UPP.	Sobre las responsabilidades del personal de enfermería que se presenten de acuerdo a la NOM-019-SSA-2013
Tiempo 4 horas 1 hora por cada turno	Valorar a los pacientes que ingresan a la UCI, Tanto en los riesgos intrínsecos y extrínsecos que pueden generar UPP.	-Factores de Riesgo Intrínsecos. Extrínsecos	Taller de presentación de caso clínico, del cuidado de enfermería en pacientes ingresados a la UCI	La enfermera podrá identificar los factores de riesgo	Aplica el Proceso de Enfermería en el caso clínico.
Tiempo 4 horas 1 hora por cada turno	Identificar los grados o estadios de las úlceras por presión. Según la (GNEAUPP)	Exponer los estadios de las UPP por medio de imágenes y su descripción de acuerdo a la (GNEAUPP)	Exposición por medio de power point antes los trabajadores	Al final de la exposición el personal de enfermería será capaz de identificar los estadios de las UPP	Por medio de un examen se evaluará al personal.
Tiempo 4 horas 1 hora por cada turno	Ejecutar las intervenciones de los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en la UCI del H.G.R # 1	Apego a los cuidados y recomendaciones que emite la Guía de Práctica Clínica IMSS 2011.	Análisis de la Guía de práctica Clínica en la atención pacientes con UPP	el personal homogenizará los cuidados de acuerdo con las recomendaciones de la GPC	Elaboración de la lista de cotejo para las intervenciones
Tiempo 4 horas 1 hora por cada turno	Elaborar diagnósticos de bienestar y educación para el paciente con UPP	Elaboración de diagnósticos de enfermería de acuerdo con la NANDA	Taller de elaboración de diagnósticos de enfermería de acuerdo con la NANDA	El personal de enfermería será capaz de plasmar los diagnósticos de la NANDA elabora un plan de alta	Se evaluará la hoja de registros clínicos en el apartado de diagnósticos de enfermería y plan de alta.

Bibliografía

Bulechek G., Butcher H & McCloskey Joane (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier-Mosby 5a Edición, España.
Burns N. Grove S, K. Investigación en enfermería 5ta. Elsevier.

Caliri MHL. (2010), Pressure Ulcer Knowledge Among Nurses in a Brazilian University Hospital. *Ostomy Wound Manage* 56 (10): 58-64.

Carballo, Caro J.M, Clemente- Delicado W, Martín -Castaño C, López_ Benítez K. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital general.

Contreras - Ruiz J. (2012), Úlceras por presión. Abordaje y manejo de las heridas. Intersistemas México, 327-350 p.p.

Fernández LM, Larcher -Caliri MH, Vanderlei J.H.(2008), The effect of educative interventions on the pressure ulcer prevention knowledge of nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 21, 305-11

Flores & de la Cruz & Ortega & Cabrera (2010).

Flores-Montes I, De La Cruz-Ortiz S, Ortega-Vargas MC, Hernández- Morales S, Cabrera-Ponce MF.(2010), Prevalencia de úlceras por presión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 18 (1-2): 13-17.

García –Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo- Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez- Palma M.(2014) Clasificación- Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia Serie documentos Técnicos GNEAUPP n°. 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. Consultado en: <http://es.slideshare.net/lopezcasanova/documento-ii-clasificacincategorizacin-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia>

Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión a nivel Intrahospitalario. México. Secretaria de Salud;2009. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Hernández -Ortiz JA. (2009), Prevención y cuidados en úlceras por presión. ¿Dónde estamos?, GEROKOMOS (3): 132-140

Hinojosa-Caballero D. (2012) Conocimiento de los profesionales de urgencias sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Gerokomos. ;23 (4):178-174.

Machado-Chianca TC, Pinto- Rezende JF, Lima-Borges E, Nogueira VL, Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. (2010), Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. 18(6): [09 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_22.pdf

Moorhead S., Johnson M., Maas M & Swazon, E. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier-Mosby 4ª Edición, España
Moyano RL, Liezun A.E, Almazán M.A, Arellano M.C, Aragón S.F, Acuña L.R. (2014), Conocimiento y posicionamiento del personal de enfermería de los hospitales públicos sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP). VII Congreso Iberoamericano de Heridas por presión y Heridas Crónicas, I Congreso de Argentino de Heridas. [internet]. Tucumán Argentina noviembre. [Citado 01 de enero 2015]. Disponible en <http://gehupptucuman.com.ar/gestor/wp-content/uploads/2014/11/PGHCUPP103.pdf>

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2009-2011. Asociación Norteamericana de Diagnostico de Enfermería. Elsevier, España.

Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Rodríguez –Torres MC, García, M., López-Medina IM. (2007), Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. GEROKOMOS 18 (4): 188-196

Polit DF, Hungler BP. (1997), Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana,

Queiroz –Gonçalves R, García -dos Santos Junior A, Nogueira-Vieira da Silva AL, William Albuquerque-de Almeida W, Barbosa-Ramos L, Menis-Ferreira A. et al. (2013) ONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO E MEDIDAS PREVENTIVAS. [internet] Convibra 2013. [Citado el 05 de enero del. Disponible en: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/56/2013_56_7837.pdf

Quesada- Ramos C., García-Diez R. (2008), Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. Enferm Intensiva19(1): 23-34

Sánchez-Martínez AS. (2013), Conocimiento y praxis sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un departamento de salud. [Internet] Disponible en: <http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5779/1/.pdf>.

Secretaría de Salud. Ley General de Salud (2014) disponible en www.salud.gob.

Soto- Pino I, Zavala- Gutiérrez M. (2013), Valoración del riesgo de Úlceras por Presión en el Anciano Hospitalizado. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica 14 (3), 157-163.

Zamora-Sánchez, J. J. (2007), Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. GEROKOMOS 17: 100-110.