



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR
ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA
CRÍTICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA, AÑO 2015**

**AUTORES: ORTIZ MARTÍNEZ EMMA NATHALY
ORTEGA FLORES ROSTÍ GABRIEL**

DIRECTORA: LIC. FANNY RAMOS BERRUZ, MSc

GUAYAQUIL, MAYO, 2015



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Guayaquil, 30 de marzo de 2015

CERTIFICACIÓN

Por medio del presente **CERTIFICO**: Haber realizado la Tutoría del Trabajo de Investigación cuyo tema es: **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA, AÑO 2015**, desarrollado por Emma Nathaly Ortiz Martínez y Rostí Gabriel Ortega Flores, quienes en su elaboración han cumplido con los requisitos de la Aplicación del Método Científico, por este motivo cuenta con mi aprobación para sustentarlo previo a la obtención del Grado Académico de Licenciada/o en Enfermería.

Lic. Fanny Ramos Berruz, MSc
Directora



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN



II

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA, AÑO 2015

AUTOR/ES:

Emma Nathaly Ortiz Martinez

Rosti Gabriel Ortega Flores

TUTOR:

Lic. Fanny Ramos Berruz, Msc

REVISORES:

Lic. Guadalupe Macias

INSTITUCIÓN: Universidad De Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Medicas

CARRERA: Licenciatura En Enfermeria

FECHA DE PUBLICACIÓN:

26 De Junio 2015

No. DE PÁGS:

96

TÍTULO OBTENIDO:

Licenciado/a En Enfermeria

ÁREAS TEMÁTICAS: Educación-Salud

PALABRAS CLAVE:

Complicaciones cutáneas, Proceso de atención de enfermería.



RESUMEN:

Las lesiones cutáneas por presión son entidades que pueden afectar un buen número de personas hospitalizadas, aumentan los costos de permanencia en el hospital y, lo que es peor, pueden conducir a la muerte. En países desarrollados, 5% a 12% de los pacientes adultos en los hospitales manifiestan lesiones por presión. La incidencia sube hasta 20% en enfermos geriátricos. En el Ecuador el 55% de los casos de úlceras por presión se presenta en el grupo de edad de 50 a 74 años que deben permanecer en cama por tiempos prolongados. El objetivo principal de esta investigación es determinar cómo influye la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas por encamamiento prolongado en los pacientes que requieren atención permanente y personalizada en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de campo, desde esta perspectiva. La muestra fue de 41 enfermeras profesionales que laboran en el servicio de medicina crítica. Entre los principales resultados tenemos que el 88% de los profesionales opinan que el factor que más influye en las complicaciones cutáneas de los pacientes es el número de personal asignado al cuidado de estos pacientes, el 29% consideran que tienen un conocimiento deficiente para el cuidado de la piel de los pacientes en reposo, el 100% de los profesionales manifestaron que es importante la aplicación de protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de complicaciones cutáneas.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES

Teléfono:

E-mail:

EMMA NATHALY ORTIZ MARTINEZ

0991093879

Emma-2093@hotmail.com

ROSTI GABRIEL ORTEGA FLORES

0992197541

gabyman17@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: Lic. Carmen Sánchez Hernández

Directora de la escuela de enfermería

Teléfono: 0992221106

E-mail: carmen.sanchezh@ug.edu.ec

CERTIFICACIÓN

TERESA DEL PILAR GALARZA TORRES, Magíster en Liderazgo Educativo, con registro del SENESCYT No. 1006-09-697605. Por medio de la presente tengo a bien informar que revisé la tesis de grado, elaborada por los egresados: ORTIZ MARTINEZ EMMA NATHALY Y ORTEGA FLORES ROSTÍ GABRIEL para optar por el GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERIA, con el tema:

“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRITICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA AÑO 2015”

Después de revisar y analizar dicho texto, puedo certificar que:

- Normas ortográficas y de sintaxis vigentes en la investigación han sido considerado aspectos de puntuación y redacción en el escrito de acuerdo a reglas establecidas.
- Estilo sigue una estructurada que contiene una serie de pasos organizada en tres capítulos.
- Argumentación presenta una variedad discursiva con la que defiende su punto de vista y persuade a otras personas a poner en práctica dicha investigación desde el punto de vista pedagógico.
- Secuencia ha sido capaz de componer el texto en forma organizada de manera particular. Caracterizándose por tener sus propias expresiones lingüísticas en situaciones comunicativas diferentes.
- Crítica la investigación intentar mirar hacia un propósito a futuro permitiendo discernir lo bueno e interesante, este es el aspecto más importante y a la vez el más complejo a la hora de decidirse a escribir sobre lo investigado.



Dra. TERESA GALARZA TORRES Msc.

C.I. No. 0904043718

Número de registro: 1006-09-697605

Número de celular: 095956744

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por colmarme de esta hermosa bendición, a mi familia por el apoyo incondicional facilitándome el logro de metas para mejorar profesionalmente.

A la prestigiosa Universidad de Guayaquil por haberme acogido y formado en la carrera de Licenciatura en Enfermería.

A mi tutora del proyecto de investigación Lic. Fanny Ramos Berruz, Msc por impartir sus conocimientos y saber guiar nuestras ideas.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestras vidas ya sea personal y profesional, a las que nos encantaría agradecerles su amistad consejos, apoyo, ánimo y compañía en ésta etapa de nuestras vidas.

Por ello muchas gracias y que Dios los bendiga.

EMMA

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación se la dedico a papá Dios por ser el dueño de mi vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por permitirme haber llegado a éste momento tan importante de mi formación profesional, y guiarme a una vida llena de muchos éxitos.

A mis padres Roberto Ortiz y Maira Martinez que siempre fueron un ejemplo a seguir, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por el amor infinito.

A mis hermanos por su paciencia y comprensión, porque han sido mi compañía en este transcurso del camino que alegremente estoy culminando.

EMMA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos aquellos que ayudaron durante la realización de este proyecto de investigación, principalmente a nuestra tutora por habernos ayudado mediante su guía todo este tiempo.

Agradezco a la antigua directora de enfermería Sra. Msc. Rosa Riofrio quien dio un voto de confianza mediante la aprobación de nuestro tema de investigación, a todos aquellos profesores quienes nos fueron preparando durante varios años para llegar a este punto culminante de nuestra carrera, y así poder alcanzar nuestro título universitario.

Al apoyo del Hospital Luis Vernaza y a las autoridades por haber permitido realizar este proyecto de investigación en esta gran institución. Universidad de Guayaquil – Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Enfermería por confiar y brindarnos la oportunidad de continuar con nuestros estudios y obtención de nuestro título.

GABRIEL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por guiarme durante todo este tiempo por el camino correcto el cual me llevo a este punto de la culminación de mi carrera llegando así a alcanzar todas mis metas trazadas hasta este momento.

A mi madre por haberme llevado de la mano y haber estado a mi lado durante todo este tiempo, dándome su apoyo incondicional y enseñándome todo aquello que necesite para desenvolverme en la vida del día a día y así poder alcanzar mis objetivos. También a mi esposa por ser mi apoyo incondicional durante todo este proceso investigativo y a nuestra tutora Lic. Msc. Fanny Ramos quien sin la cual no podría haber culminado esta etapa gracias al apoyo que me brindo y el conocimiento brindado.

A las autoridades del Hospital Luis Vernaza por haberme permitido realizar mi proyecto de investigación en esta gran institución, y por último a la Escuela de Enfermería por haber permitido formarnos como profesionales de la salud.

GABRIEL

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Pág.
Certificación del tutor	I
Repositorio Senescy	II-III
Certificación de gramatólogo	IV
Agradecimiento	V y VII
Dedicatoria	VI y VIII
Resumen – abstract	IX

ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
--------------	---

CAPÍTULO I

1.1	Planteamiento y enunciado del problema	3
1.2	Justificación	5
1.3	Objetivos	6
1.3.1	Objetivo General	6
1.3.2	Objetivos Específicos	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes Investigativos	7
2.2	Bases Conceptuales	9
2.2.1	Úlceras	9
2.2.1.1	Etiología y Patogenia	9
2.2.1.2	Valoración de riesgo de úlceras por presión de acuerdo a dos escalas con sus respectivas categorías	16
2.2.1.3	Descripción de los criterios utilizados en la escala nova 5	16
2.2.1.4	Índice de Norton de riesgo de úlceras por presión	20

2.2.1.5	Clasificación y localización	21
2.2.1.6	Tipos de úlcera	22
2.2.1.7	Factores de riesgo	23
2.2.2	Enfermo encamado	25
2.2.2.1	Recomendaciones para la prevención de las úlceras por presión	26
2.2.2.2	Proceso de atención de enfermería	27
2.2.2.3	Valoración	28
2.2.2.4	Diagnósticos de enfermería	31
2.2.2.5	Ejecución	34
2.2.2.6	Evaluación	35
2.2.2.7	Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención de Complicaciones Cutáneas	36
2.3	Teorías de Enfermería	41
2.3.1	Modelo de Imonege King	41
2.3.2	Madeleine Leininger	41
2.3.3	Teoría de sor Callista Roy	42
2.3.4	Florence Nightingale. “Teoría del Entorno”	45
2.3.5	Dorothea Orem. “Teoría General de la Enfermería”	45
2.4	Marco Legal	47
2.4.1	Constitución Nacional de la República del Ecuador	47
2.4.2	Ley de ejercicio profesional de las enfermeras	47
2.4.3	Código de ética	48
2.4.4	Política de Calidad del Hospital General Luis Vernaza	49
2.5	Definición de términos básicos	49
2.6	Variables	51
2.7	Operacionalización de variables	52

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	Enfoque	54
3.2	Tipo de estudio	54
3.3	Población y muestra	54
3.4	Técnica para obtener los datos	55
3.5	Procedimiento	55
3.6	Procesamiento de la información	56
3.7	Análisis e interpretación de los resultados	57
3.8	Conclusiones	64
3.9	Recomendaciones	65
	Bibliografía	66
	Anexos	69

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

1	Sexo de los Profesionales de Enfermería	78
2	Edad de los Profesionales de Enfermería	79
3	Años de experiencia de los Profesionales de Enfermería	80
4	Nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería	81
5	Percepción del número de pacientes asignados para cada profesional de Enfermería por turno	82
6	Existencia de una guía o protocolo acerca de la aplicación del proceso enfermero en el hospital o área de trabajo	83
7	Motivación al personal Licenciado de Enfermería para que hagan uso del Proceso de Atención de Enfermería	84
8	Capacitaciones sobre el Proceso de Atención de Enfermería en el área de Servicios de Medicina Critica(SMC)	85
9	Nivel de conocimiento del personal de enfermería en el cuidado de la piel en pacientes con encamamiento prolongado	86

10	Utilización de escalas conocidas para la valoración de la piel y riesgo de úlceras de presión	87
11	Frecuencia del cambio de posiciones en el paciente encamado	88
12	Consideración de que los factores que influyen negativamente en el cuidado de la piel de los pacientes	89
13	Existencia de protocolos para el cuidado de la piel en el área de Servicios de Medicina Crítica(SMC)	90
14	Importancia de los protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería en el cuidado de la piel para prevenir complicaciones cutáneas	91
15	Importancia de los cambios de posición de los pacientes encamados	92
16	Consideración de factores que influyen negativamente en los cambios de posición de los pacientes con encamamiento prolongado	93

ÍNDICE DE ANEXOS

1	Permiso para obtener datos	70
2	Consentimiento informado	71
3	Formulario de encuestas	72
4	Cronograma de desarrollo de la investigación	76
5	Presupuesto	77
6	Análisis e interpretación de resultados	78
7	Evidencias fotográficas	94

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA, AÑO 2015

Autores: Emma Ortiz Martínez - Rostí Ortega Flores

Directora: Lic. Fanny Ramos Berruz, MSc

RESUMEN

Las lesiones cutáneas por presión son entidades que pueden afectar un buen número de personas hospitalizadas, aumentan los costos de permanencia en el hospital y, lo que es peor, pueden conducir a la muerte. En países desarrollados, 5% a 12% de los pacientes adultos en los hospitales manifiestan lesiones por presión. La incidencia sube hasta 20% en enfermos geriátricos. En el Ecuador el 55% de los casos de úlceras por presión se presenta en el grupo de edad de 50 a 74 años que deben permanecer en cama por tiempos prolongados. El objetivo principal de esta investigación es determinar cómo influye la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas por encamamiento prolongado en los pacientes que requieren atención permanente y personalizada en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de campo, desde esta perspectiva. La muestra fue de 41 enfermeras profesionales que laboran en el servicio de medicina crítica. Entre los principales resultados tenemos que el 88% de los profesionales opinan que el factor que más influye en las complicaciones cutáneas de los pacientes es el número de personal asignado al cuidado de estos pacientes, el 29% consideran que tienen un conocimiento deficiente para el cuidado de la piel de los pacientes en reposo, el 100% de los profesionales manifestaron que es importante la aplicación de protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de complicaciones cutáneas.

Palabras claves: Complicaciones cutáneas, Proceso de atención de enfermería.

APPLICATION PROCESS OF NURSING IN THE PREVENTION OF COMPLICATIONS BEDRIDDEN SKIN FOR LONG SERVICE IN CRITICAL MEDICINE HOSPITAL LUIS VERNAZA, 2015

Authors: Emma Ortiz Martínez - Rostí Ortega Flores

Director: Lic. Fanny Ramos Berruz, MSc

SUMMARY

Pressure cutaneous lesions are entities that can affect a number of people hospitalized, increase the costs of hospital stay and, what is worse, they can lead to death. In developed countries, 5% to 12% of adult patients in hospitals manifest pressure sores. The incidence rises to 20% in elderly patients. In Ecuador 55% of cases of pressure ulcers occurs in the age group of 50-74 years bedridden for long periods. The main objective of this research is to determine how it influences the Implementation of the Nursing Care Process in preventing skin complications from prolonged in patients requiring continuous and personalized service in the Service Review of Medicine Hospital Luis Vernaza bedridden. Descriptive study was conducted with a non-experimental design field, from this perspective. The sample consisted of 41 professional nurses working in critical care service. Among the main results we have that 88% of professionals believe that the most influential factor in skin complications in patients is the number of staff assigned to the care of these patients, 29% believe they have poor knowledge care Skin resting patients, 100% of professionals stated that it is important that the application protocol addresses nursing interventions for skin care in preventing skin complications.

Keywords: Cutaneous complications, nursing care process.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se estudia las causas o factores de riesgo y las intervenciones de enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas aplicando los protocolos de atención de enfermería, los mismos que ofrecen brindar los cuidados eficientes, logrando la satisfacción de los usuarios.

Entre las principales causas y consecuencias del encamamiento prolongado en los pacientes atendidos hospitalizados en el servicio de medicina crítica están: la falta de conocimiento sobre los cuidados de la piel en pacientes con encamamiento prolongado debido a la inexistencia de un programa de enseñanza en el servicio para el personal, ausencia de un protocolo que guíe el manejo de estos pacientes ya que esta es una de las acciones más importantes del cuidado enfermero en el mantenimiento de la integridad de la piel con actividades planificadas y estandarizadas que se inician con escalas de valoración que permiten identificar riesgos y orientar cuidados efectivos y de calidad.

Además la aplicación inadecuada del proceso de atención de enfermería evidenciado en la falta de procesos continuos y sistemáticos de monitoreo que permitan en las revaloraciones frecuentes determinar cómo evoluciona la piel, exceso de pacientes que requieren mayor número de personal seleccionado para su cuidado más la falta de humanismo se traduce en una labor simplemente de cumplimiento de una jornada laboral sin el compromiso que represente el cuidado de un ser humano.

El objetivo de esta investigación es determinar cómo influye la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas por encamamiento prolongado en los pacientes que requieren atención permanente y personalizada en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de campo, desde esta perspectiva. La muestra fue de 41 enfermeras profesionales que laboran en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza, lo que corresponde al 100% de la muestra.

Entre los principales resultados resaltamos: el 88% de los profesionales opinan que el factor que más influye en las complicaciones cutáneas de los pacientes con encamamiento prolongado es el número de personal asignado al cuidado de estos pacientes, el 29% consideran que tienen un conocimiento deficiente para el cuidado de la piel de los pacientes en reposo, el 100% de los profesionales encuestados manifestaron que es importante la aplicación de protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de complicaciones cutáneas.

En el capítulo I se puede encontrar el planteamiento del problema, justificación y objetivos que determinan la prioridad e importancia del por qué y cómo surgió este trabajo de investigación. En el capítulo II se aborda el marco teórico, la línea epistemológica y teorías que sustentan nuestro trabajo de investigación, permitiendo desarrollar las encuestas para recolectar información necesaria. En el capítulo III hacemos referencia a la metodología utilizada para la elaboración de este trabajo, así como también se puede verificar la interpretación de los resultados obtenidos, la discusión científica, las conclusiones y recomendaciones que son el extracto fundamental del proceso y culminación de la investigación realizada, ya que muestra la realidad de lo que sucede actualmente en la prestación de servicios de salud en una institución hospitalaria.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO Y ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Las lesiones cutáneas por presión son entidades que pueden afectar un buen número de personas hospitalizadas; llevan a aumentar los costos de permanencia en el hospital y lo que es peor pueden conducir a la muerte. Evaluar el riesgo es fundamental en la prevención de las mismas pero es necesario hacerlo desde las etapas tempranas de la hospitalización.

El Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil ubicado en la calle Loja No. 700 y Escobedo, Guayaquil, Ecuador es el más grande centro de atención médica general sin fines de lucro. Esta investigación se desarrolló en el área de Servicios de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza con el objetivo de conocer el nivel de calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud, considera que las úlceras es un indicador de la calidad asistencial, en este punto es donde enfermería debe estar en la capacidad de diseñar planes, estrategias de cuidado para una intervención en el paciente en base a una valoración de Enfermería siendo el Proceso de Atención de Enfermería la herramienta fundamental del profesional de Enfermería, permitiéndole al paciente disminuir o prevenir el impacto negativo que la inmovilidad genera en los individuos, partiendo del reconocimiento de la importancia de la actividad física en la recuperación de los pacientes. (Rodríguez M., 2003)

Hay varios elementos que podemos señalar que evidencian la formulación del problema:

La aplicación del proceso de atención de enfermería de forma inadecuada o en mínima expresión es uno de los factores que influye notablemente en el cuidado rutinario sin bases científicas, sin pensamiento

crítico ni juicio lógico en el cuidado de pacientes con encamamiento lo que trae como consecuencias cuidados deficientes.

La inobservancia de programas de educación continúa con eventos científicos que fortalezcan y potencialicen los conocimientos del personal que puede estar influyendo en forma negativa por la aplicación de técnicas inadecuadas.

La falta de protocolos para el cuidado de pacientes con encamamiento prolongado, su monitorización y los cuidados específicos para mantener la integridad de la piel.

De igual manera la falta de humanismo, el exceso de trabajo, el personal inadecuado, son otra demostración de la inefectiva responsabilidad en la atención de los pacientes.

La información obtenida por parte del personal que labora en el servicio más las observaciones durante el proceso investigativo de campo nos permitió constatar la problemática que pueden presentarse como complicaciones del cuidado en los pacientes críticos sometidos a reposo prolongado por diferentes causas.

Por lo anterior expuesto podemos hacer el siguiente enunciado:

¿Cómo influye la aplicación del Proceso De Atención De Enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas en pacientes con encamamiento prolongado en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, período enero 2015 a abril 2015?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación está dirigido a determinar la intervención que presta el personal de enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas utilizando la fundamentación científica, el conocimiento sobre las funciones que cumple la piel y el proceso de atención de enfermería como herramienta eje del cuidado profesional en pacientes con encamamiento prolongado, aportando así elementos fundamentales para el profesional de enfermería, y de esta manera permitir enriquecer los conocimientos relacionados con los cuidados de las úlceras.

Las complicaciones intrahospitalarias aumentan los costos para el paciente y en el caso de instituciones públicas al estado, y afectan al sector laboral por causa del trabajo excesivo, por lo tanto esta investigación aportara en la reducción de estos costos económicos y sociales.

En área de servicio médico crítico donde se realizó el presente estudio, con la finalidad de detectar algunas fallas y corregirlo oportunamente, garantizando la calidad a través de la satisfacción de los usuarios, estos resultados obtenidos servirán como una experiencia a la institución, para continuar en el mejoramiento de la calidad de enfermería.

Es preciso resaltar que brindar atención de enfermería es un imperativo ético de la vida, el reto de todo profesional de la salud, especialmente para quienes hacemos enfermería es mantener una alta calidad en su desempeño, que se traduzca a resultados satisfactorios que beneficien a los usuarios y el vehículo para ello es el establecimiento de procesos de control como medida para evaluar y probar que se está entregando un cuidado óptimo, eficaz y efectivo.

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo influye la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas por encamamiento prolongado en los pacientes que requieren atención permanente y personalizada en el Servicio de Medicina Crítica del Hospital Luis Vernaza.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores que inciden en la aplicación inadecuada del proceso enfermero en el cuidado del paciente crítico con encamamiento prolongado.
2. Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados de la piel en pacientes con reposo prolongado prescrito o por otras razones en las unidades críticas.
3. Establecer el nivel de importancia que tienen los protocolos que direccionan las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de las complicaciones cutáneas.
4. Guiar la formulación de estrategias que permitan con la cantidad de personal establecido el manejo oportuno del paciente, con trato digno, humano y afectivo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Se pueden citar las siguientes investigaciones relacionadas a las complicaciones cutáneas de los pacientes con encamamiento prolongado.

Dueñas, 2009. Según este autor, una de las complicaciones más temidas al encamamiento prolongado o a las situaciones de inmovilidad, es la formación de las úlceras por presión; su importancia radica en la elevada frecuencia y alta morbi-mortalidad que ocasionan. El problema de las úlceras por presión es importante no solo por sus factores causantes, sino también, porque se ha constatado su influencia como agravante de otros procesos, aumentando la morbilidad y mortalidad, empeorando la calidad de vida, prolongando el tiempo de hospitalización de los pacientes y aumentando los costos de salud; pero sobre todo, su prevención es altamente eficaz.

Gallart, E. y Fuentelsazb, C (2000) realizaron en el Hospital General Vall D'Hebron, Barcelona–España un estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en paciente ingresados. Su objetivo fue identificar las diferencias en la incidencia de úlceras por presión en los enfermos a los que se realiza prevención con aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados y a los que no se les aplica. Estudiaron 192 pacientes que ingresaron al centro sin úlceras por presión y que tenían la movilidad y actividad alterada. Al grupo control le realizaron la prevención habitual por las úlceras. Al grupo experimental le aplicaron ácidos grasos hiperoxigenados. La incidencia de úlceras por presión en el grupo control fue del 35% (intervalo de confianza del 95%, 27–47%), y en el grupo experimental del 19% (IC del 95%, 12–29%), siendo esta diferencia estadísticamente significativamente ($\chi^2 = 6,8$; gl = 1; $p = 0,007$). La incidencia de úlceras por presión es menor en el grupo experimental, lo que significa que

los ácidos grasos hiperoxigenados son útiles para prevenir el desarrollo de este tipo de úlceras.

Cabe señalar un estudio realizado por Troy, J.; Boffeli, DPM; Fachas (2002) en el Regions Hospital, St Paul titulado: "Nuevo informe de investigación en journal of foot and ankle surgery". Las anomalías de la estructura ósea y los trastornos de la biomecánica del pie y el tobillo en los enfermos diabéticos constituyen factores de riesgo de desarrollo de úlceras serias en la región del dedo gordo, detectando ciertos problemas biomecánicos, tales como escasa movilidad del tobillo en los pacientes diabéticos con neuropatía, complicación común de esa enfermedad que causa pérdida de las sensaciones en los pies.

Este estudio con relación al tema en estudio, evidencia los factores de riesgo de desarrollo de úlceras serias en los pacientes con diabetes.

Según manifiesta PALOMAR, Llatas Federico (2010). Presidente Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC); refiere que:

Las denominadas úlceras por presión (UPP) o decúbito, son lesiones con deterioro de la integridad cutánea, que pueden afectar desde epidermis hasta los planos blandos más profundos e incluso al tejido óseo, son lesiones que tienden a volverse crónicas, que no son una enfermedad y que son un signo de otra enfermedad o de unos deficientes cuidados y su etiología no solamente es la presión.

El autor refiere que las úlceras por presión no son enfermedad, pero son signos de los cuidados deficientes de enfermería y que en muchas ocasiones agravan su cuadro inicial debido a estos inconvenientes; además que alarga la estadía del paciente y por lo tanto, aumentan los gastos económicos de los padres de estos niños y para la institución también, quedando responsable el personal de enfermería, por no proporcionar los cuidados específicos al paciente, para evitar dichas complicaciones.

2.2 Bases Conceptuales

2.2.1 ULCERAS

La piel está constituida por 3 capas epidermis, dermis y tejido subcutáneo o adiposo, es la primera barrera protectora y natural del organismo frente a las infecciones, al dolor, a las agresiones externas, entre otros; estas últimas pueden deteriorar la piel con el paso del tiempo y una repetida agresión, causando baja hidratación menor vascularización y pérdida de elasticidad de la piel, en ocasiones como el encamamiento del paciente, sin el cuidado adecuado.

Se puede revisar unas cuantas definiciones y ver unos conceptos donde pueda quedar reflejado el significado de este tema, pues una mala praxis de nuestra labor “El cuidado”, puede llevar al paciente a una situación lamentable comprometiendo incluso su vida.

La úlcera por presión es el que se utiliza para describir la pérdida tisular por isquemia, es la presión ejercida sobre una prominencia ósea, es decir excesiva presión sobre la piel que da por resultado necrosis tisular y ulceración. El espectro de la presentación clínica es amplio y va desde pérdida superficial de la piel hasta la destrucción progresiva del tejido adiposo, músculo, hueso y articulaciones y si se le deja progresar da consecuencias fatales. A pesar de que se han implicado factores neuropáticos y fuerzas de deslizamiento, los factores etiológicos es la presión no aliviada por periodos estimados entre 1 a 12 horas.

2.2.1.1 Etiología y Patogenia

Causas principales

Presión directa.- la presión directa sobre una zona de la superficie corporal, mantenida durante un largo período de tiempo es el factor determinante. 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 el otro extremo al sillón, cama, sonda o cualquier agente externo. La presión capilar oscila entre 6-32 mm de Hg. Una presión superior a 32 mm de Hg ocluye el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia la misma que produce necrosis del tejido. (Úlceras concepto, 2009. www.ulceras.net.)

- Presión capilar media 20-30 mm de Hg
- Mesa del quirófano 240 mm de Hg
- Colchón normal 21-71 mm de Hg

Fricción.- (presión tangencial) los estímulos por fricción producen fuerzas paralelas a la superficie epidérmica que traumatizan la piel y que son repetidos, comprometen la circulación capilar desencadenando la cascada isquémica+ necrosis - maceración. La fricción altera la capa cornea y provoca ampollas intra-epidérmicas y erosiones. La movilización inexperta de los pacientes encamados, con dificultades para levantarlos ágilmente, o el paciente sentado que se desliza hacia abajo, produce una gran fricción produciendo roces por movimiento o arrastres que aumentan, si las sábanas están mojadas. (Ibid. 2009.www.ulceras.net.)

Fuerza externa de pinzamientos vascular.- combina los efectos de fricción y presión ejemplo.- posición de fowler que produce deslizamiento del cuerpo y puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Humedad.- la humedad provocada por incontinencia urinaria o fecal provoca maceración de la piel y edema .La incontinencia aumenta 5 veces el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Dueñas (2009). Refiere que para comprender este problema de la patogenia de las úlceras por presión, hay que considerar que en su producción intervienen dos factores relacionados; por una parte, el factor extrínseco que únicamente es la presión que se realiza sobre un tejido concreto y que representa el motivo primordial para desarrollar la patología, y por otra parte tenemos, el factor intrínseco individual, que es la respuesta biológica de cada organismo a la presión.

El autor antes mencionado refiere que para la producción de las úlceras por presión intervienen dos factores:

Factor extrínseco.- una presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea es la causa principal para la aparición de las UPP. Esta presión sobre los tejidos actúa como un hecho físico en la interrupción de la circulación tisular ocasionando una isquemia localizada que será el origen de la aparición de una necrosis tisular.

Factor intrínseco.- son las respuestas biológicas en las diferentes patologías las que reducen el gradiente de presión necesaria para interrumpir la vitalidad de los tejidos.

En los estados de shock, se produce una estasis sanguínea en las áreas esplénicas y una isquemia en la piel y en los músculos. La circulación sistólica superficial se ve muy reducida por la disminución del gasto cardiaco, por la reducción de la presión venosa periférica y por el descenso de la presión arterial.

Determinadas situaciones, como por ejemplo la fiebre, ocasionan una serie de alteraciones metabólicas incrementando hasta el 50% el metabolismo normal de los tejidos y elevando así el requerimiento de nutrientes

y oxígeno, por lo que los tejidos se hacen más vulnerables a la presión. Dueñas, 2009. Cuidados de las úlceras por presión www.terra.es/personal/duenas/10.html.

Epidemiología

La incidencia real de las lesiones por presión es muy difícil conocerla con exactitud, ya que existe un gran número de úlceras que son tratadas en el domicilio del enfermo, sin que quede recogidas en algún registro.

Manifiesta Dueñas, (2009). que: “Muchas de las ulceraciones que aparecen en los enfermos crónicos hospitalizados o en asilos, no se les conceden ninguna importancia y por tanto, no son recogidos como una enfermedad, por lo que es muy difícil realizar una estadística médica fiable”. Según lo que refiere este autor, es que a esta problemática de salud no se le da importancia, porque no se las registra como una enfermedad, por ello, en diferentes instituciones como los asilos y pacientes encamados en los hogares, no reportan datos estadísticos.

La distribución por edad es muy variable dependiendo del centro donde se realice el estudio. Por ejemplo, en los hospitales de enfermos crónicos, la mayor incidencia se presenta en la población > de 65 años, sin embargo, si estudiamos los lesionados medulares de los parapléjicos, observamos que la edad más propicia para padecer este tipo de lesiones es antes de los 30 años. De los 30 a los 50 años como resultado de una vida más ordenada y consciente, se reduce significativamente la incidencia para volver a aumentar a partir de los 50 años hasta llevar a una incidencia del 60% en los pacientes mayores de 70 años.

Con respecto a la localización, es importante conocer las “zonas peligrosas” o los sitios predilectos para la formación de ulceración, con el fin de poner las medidas necesarias para su profilaxis. Ninguna zona del cuerpo es inmune al desarrollo de úlceras sin embargo, la cintura pélvica es la que arroja

el mayor porcentaje de localización, concretamente la zona sacra isquiática y trocantes, representando más del 70%.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que predisponen a la aparición de las úlceras por presión, son muy diversos por orden de frecuencia, y son:

- Inmovilidad y encamamiento prolongado
- Edad, en relación con los cambios de la piel
- Accidente cerebro vascular
- Pérdida de sensibilidad (enfermedad neurológica, estado comatoso)
- Demencia senil
- Incontinencia de esfínteres
- Enfermedades endocrinas (obesidad, diabetes)
- Malnutrición
- Arteriosclerosis
- Alteración respiratoria con hipoxia tisular
- Factores psicológicos, depresión, deterioro de la imagen
- Inmovilización mecánica (férulas escayolas, aparatos ortopédicos)
- Tratamientos con corticoides

Zonas de afectación

El 90% de las UPP se desarrollan por debajo de la cintura y las zonas más afectadas son:

- Sacro
- Tuberosidad isquiática
- Trocánter mayor
- Talones
- Maléolo externo

Según la posición que adopta el paciente, varía la localización de la úlcera por presión.

Decúbito supino	Decúbito lateral	Posición fowler
Occipital	Oreja	Isquion
Omoplato	Acromion	Coxis
Sacro	Trocánter	Omoplatos
Calcáneo	Cóndilos	Codos
	Maléolos	Zona poplítea

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Otros factores de riesgo

Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cinco grandes grupos.

1. Fisiopatológicos

Como consecuencia de diferentes problemas de salud

1. Lesiones cutáneas, edema sequedad de piel.
2. Trastorno en el transporte de oxígeno
3. Deficiencias nutricionales, desnutrición, obesidad.
4. Trastornos inmunológicos, cáncer, infecciones.
5. Alteración del estado de consciencia, estupor, coma.
6. Deficiencias motoras, paresias, parálisis.
7. Deficiencias sensoriales, pérdida de sensación al dolor.
8. Alteración de la eliminación, incontinencias.

Derivados del tratamiento

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos

1. Inmovilidad impuesta como resultado de tratamiento terapéutico.

(Respiradores, escayolas, tracciones)

2. Tratamiento de fármacos que tienen acción inmunosupresora.

(Radioterapias, corticoides)

3. Sondaje con fin diagnóstico o terapéutico.

2. Situacionales

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos

1. Inmovilidad relacionada con dolor fatiga stress.

2. Arrugas en ropa, cama, pijamas, entre otros.

3. Del desarrollo

Relacionados con el proceso de maduración

1. Niños lactantes, ras del pañal

2. Ancianos piel seca, perdida de elasticidad de piel

4. Del entorno

1. Deterioro de la imagen

2. Falta de educación sanitaria en el paciente

3. Sobrecarga del trabajo del profesional

4. Falta de material que se utiliza en la prevención

5. Alteración de las necesidades

1. Respirar

2. Dormir, descansar

3. Mantenerse limpio

2.2.1.2 Valoración de riesgo de úlceras por presión de acuerdo a dos escalas con sus respectivas categorías.

Valoración del riesgo

Escala Nova 5 de acuerdo a 5 aspectos:

Puntos	Estado mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición, ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional/ limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalmente con ayuda	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Urinaria o fecal importante	Limitación	Incompleta, siempre con ayuda	Deambula siempre, precisa ayuda
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta oral, ni enteral ni parenteral, superior a 72 h. y/o desnutrición previa.	No deambula, encamado

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

2.2.1.3 DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA ESCALA NOVA 5:

1.- Estado mental:

- Paciente consciente o alerta: Es aquel paciente que está orientado y consciente. Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo. Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- Paciente desorientado: Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio. Puede estar apático. No puede realizar

autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita nuestra ayuda. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

- Paciente letárgico: Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio. No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.
- Paciente inconsciente o comatoso: Es aquel paciente que tiene pérdida de conciencia y de sensibilidad. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado. (Cardos, 2009).
<http://es.wikipedia.org/wiki/escala>

2.- Incontinencia:

- Paciente continente: Es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de sondaje vesical permanente.
- Paciente con incontinencia ocasional: Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. Puede llevar un colector urinario.
- Paciente con incontinencia urinaria y fecal: Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.
- Paciente con incontinencia urinaria o fecal: Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector. (Cardos, 2009).
<http://es.wikipedia.org/wiki/escala>

3.- Movilidad:

- Paciente con movilidad completa: Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.
- Paciente con limitación ligera en la movilidad: Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondaje nasogástrico, férulas, yesos, entre otros). No necesita ayuda para cambiar de posición.
- Paciente con limitación importante de la movilidad: Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondas nasogástrica, etc.) como por causas propias (AVC., amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejias, etc.), que le producen un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.
- Paciente inmóvil o encamado 24 horas: Es aquel paciente que tiene disminuida al máximo su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse. Es completamente dependiente. Escala de valoración de riesgo. <http://web.usal.es/acardoso/temas/nova5.htm>.

4.- Nutrición:

- Paciente con nutrición correcta: Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido éste como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal. Puede ser por: comer siempre la dieta pautada; lleva nutrición enteral o parenteral adecuada y está en ayunas menos de 3 días para pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica o causa similar.

- Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta: Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso. Puede ser por: dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.
- Paciente con nutrición incompleta: Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia, entre otras.). Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso. Puede ser por: dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos); tener un aporte deficiente de líquidos enterales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia); por intolerancia digestiva crónica mantenida (diarrea o vómitos).
- Paciente sin ingesta oral: No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tienen cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada y/o pérdida importante de peso, puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas. Escala de valoración de riesgo.
<http://web.usal.es/acardoso/temas/nova5.htm>.

5.- Actividad:

- Paciente que deambula: Tiene de ambulación autónoma y actividad completa.
- Paciente que deambula con ayuda: Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas, entre otros).

- Paciente que siempre precisa ayuda: No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.
- Paciente encamado: No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse. (Cardos, 2009). <http://es.wikipedia.org/wiki/escala>

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

- 0 puntos.....sin riesgo.
- De 1 a 4 puntos.....riesgo bajo.
- De 5 a 8 puntos.....riesgo medio.
- De 9 a 15 puntos.....riesgo alto.

2.2.1.4 ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
(Escala de valoración de riesgo. <http://web.usal.es/acardoso/temas/nova5.htm>)

La puntuación máxima de la Escala de Norton es de 20.
Índice de 12 o menos. Muy alto riesgo de escaras o úlceras en formación.

Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Total
4 Bueno	4 Alerta	4 Caminando	4 Total	4 Ninguna	
3 Débil	3 Apático	3 Con ayuda	3 Disminuida	3 Ocasional	
2 Malo	2 Confuso	2 Sentado	2 Muy limitada	2 Urinaria	
1 Muy malo	1 Estuporoso	1 En cama	1 Inmóvil	1 Doble incontinencia	

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

2.2.1.5 Clasificación y localización

En la evolución de las úlceras por presión (UPP) pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de la Salud de Estados Unidos (Agency for Health Care Policy and Research, (AHCPR) basada en la clasificación original de BYRNE y Feld, que diferencia cuatro estadios. (Úlceras clasificación y localización. 2009. <http://www.ulceras.net/monograficos/norton.pdf>.

Estadio I.- Eritema que no palidece tras presión, piel intacta (en pacientes de piel oscura se observa eritema, decoloración y calor local). También incluye cambios de temperatura o sensibilidad de la piel, siempre de carácter persistente.

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

Estadio III.- Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis de tejido subcutáneo pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber con o sin compromiso del tejido circundante.

Estadio IV.- Pérdida total del grosos de la piel con necrosis del tejido con daño muscular, óseo o de estructuras de sostén, como tendones, capsula articular. <http://www.ulceras.net/monograficos>.

El estadio correcto requiere la retirada previa de los tejidos necróticos, la identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse atención especial a los pacientes con yeso dispositivos ortopédicos, y medias de compresión. Se debe realizar inspecciones periódicas para constatar la integridad de la piel en áreas

de alto riesgo, comenzar en forma temprana la alimentación y prevención de infecciones reduciendo con ellos la posibilidad de generar nuevas complicaciones. (Úlceras clasificación y localización. 2009. <http://www.ulceras.net/monograficos/norton.pdf>.

2.2.1.6 TIPOS DE ÚLCERA O LLAGAS

Una úlcera o llaga es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia. Las úlceras pueden tener origen y localización muy variada.

Úlcera péptica

Afecta a la mucosa estomacal (úlcera gástrica) o duodeno (úlcera duodenal). En ocasiones se dan úlceras de esófago en pacientes afectados por esófago de Barrett. La mayoría de las úlceras ocurren en la primera capa del revestimiento interior. Al orificio que atraviesa por completo el estómago o el duodeno se le llaman perforación y es una urgencia.

Úlceras cutáneas

La úlcera cutánea es una lesión de la piel que implica pérdida de la epidermis, parte de la dermis, e incluso de la hipodermis; puede tratarse de una herida únicamente superficial o de una afectación más profunda. Afectan a la piel y pueden llegar a ser muy profundas. Se distinguen varios tipos según su origen: por fricción, por presión o mixtas. Existen distintos orígenes y en muchos casos acostumbran a tener una evolución crónica.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión constituyen un tipo especial de lesiones causadas por la mala irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de la presión prolongada sobre prominencias óseas y cartilaginosas. Se presentan

principalmente en pacientes postrados, ya sea por obesidad, con apoyo ventilatorio, rigidez ósea, etc. Siendo en ocasiones necesaria la atención personalizada de un equipo de enfermería dedicado exclusivamente a curar y prevenir este tipo de úlceras.

2.2.1.7 Factores de riesgo

- ✚ Lesiones cutáneas
- ✚ Resequedad de la piel
- ✚ Falta de elasticidad
- ✚ Inmovilidad
- ✚ Cama con arrugas

La presión continua sobre tejidos blandos de prominencias óseas produce hipoxia y necrosis

- ✚ Humedad
- ✚ Nutrición deficiente
- ✚ Edad avanzada
- ✚ Inflamación o retención de líquidos

Zonas más frecuentes en las que se desarrollan las úlceras por presión

- ✚ Región sacra
- ✚ Talones
- ✚ Tuberosidades isquiáticas
- ✚ Cadera
- ✚ Codos
- ✚ Espalda
- ✚ Columna vertebral
- ✚ Región occipital

Prevención de úlceras por presión

- ✚ Mantenga la piel limpia y seca

- ✚ Cambie de posición cada dos horas
- ✚ Utilice almohadas y productos que alivien la presión
- ✚ Mejorar el estado nutricional
- ✚ Mantenga una buena alineación corporal
- ✚ No de masaje en área de prominencias óseas
- ✚ Utilice colchón de presiones alternas

Úlcera genital

Situadas en la región genital, en muchas ocasiones están causadas por enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis, el chancroide y el linfogranuloma venéreo.

Úlcera corneal

Este tipo de úlceras tiene lugar en la córnea. Puede ser consecuencia de infecciones, queratitis o traumatismos sobre el ojo y en ocasiones provocan secuelas consistentes en déficit de visión. Una de las úlceras corneales más frecuentes es la producida por el virus del herpes simple, llamada úlcera dendrítica por su forma ramificada.

Úlcera bucal

Las úlceras bucales son lesiones abiertas ocasionadas por diferentes factores:

- ✚ Gingivitis
- ✚ Herpes simple
- ✚ Intubación prolongada
- ✚ Cáncer de boca
- ✚ Candidosis bucal

La sintomatología es dolor bucal, lesiones visibles en la boca y pérdida de apetito. El tratamiento más eficaz son los colutorios de Labardini, constituidos por Melox, xilocaina 2%, Benadryl, nistatina, agua destilada y agua oxigenada.

2.2.2 ENFERMO ENCAMADO

Es aquel paciente que, por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal.

Esta situación genera un gran riesgo por falta de movilidad y favorece:

1. Alteraciones en la circulación que facilitan la aparición de trombosis venosas, tromboflebitis, y embolias pulmonares.
2. Mala ventilación pulmonar con retención de secreciones y predisposición a las infecciones respiratorias.
3. Pérdida de masa muscular, generando una atrofia y debilidad muscular.
4. Afectación del hueso con pérdida de masa ósea y el desarrollo precoz de una osteoporosis.
5. Rigidez articular con posibilidad de anquilosis de las articulaciones, generando pérdida funcional y dolor importante.
6. Aparición de úlceras por presión que son lesiones en la piel que cursan con pérdida de sustancia cutánea y cuya profundidad puede variar desde una erosión superficial en la piel hasta una afectación más profunda, pudiendo llegar hasta el hueso.

Complicaciones

Las complicaciones primarias más frecuentes son: dolor, anemia e infección (local o sistémica). Las UPP pueden ser extremadamente dolorosas especialmente durante su manipulación (curación, desbridamiento, cambios de posición o de ropa). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y cooperación de los cuidados.

La anemia será con frecuencia de origen multifactorial, hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples. La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave.

Las complicaciones secundarias son fundamentalmente la pérdida de calidad de vida y aumento de morbilidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso de recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales y la iatrogenia.

2.2.2.1 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La presión local por un apoyo continuado deja las zonas sin aporte sanguíneo, sin oxigenación, dando lugar a la aparición de la úlcera.

Medidas para evitar su aparición:

- ✚ Permanecer encamado el menor tiempo posible.

- ✚ Movilización frecuente cada 2-3 horas, para cambiar los puntos de apoyo.

- ✚ Los cambios posturales deberán realizarse levantando o rotando lentamente al paciente, nunca arrastrándolo (por la fricción que provoca).

- ✚ La mejor posición para evitar las úlceras es colocar al paciente en decúbito lateral. Es preferible adoptar esta posición por la noche ya que favorece la respiración y el sueño del encamado.
- ✚ Vigilar los puntos de apoyo susceptibles de ulceración (talones, codos, rodillas, sacro, espalda, genitales, caderas, orejas, etc.) incluso los apoyos de una zona del cuerpo con otra (caras internas de las rodillas).
- ✚ Colocar almohadas en diferentes sitios para descargar zonas de mayor riesgo de ulceración.
- ✚ Mantener una estricta higiene corporal, mediante el lavado con agua y jabón líquido; seguido de aclarado y secado perfecto.
- ✚ La ropa de la cama y del propio enfermo ha de estar siempre seca, limpia y muy importante sin arrugas. Procurar que no pese la ropa.
- ✚ Hidratar la piel, sobre todo después del lavado, aplicando cremas o aceites con masaje suave para estimular la circulación. No aplicar alcohol ni colonia en la piel del encamado, ya que la resecan.
- ✚ Conseguir una alimentación e hidratación adecuadas. Tener en cuenta las posibles necesidades de aportes extraordinarios que requieren determinados procesos como infecciones, quemaduras, situaciones de estrés, etc.

2.2.2.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Éste método permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Éste sistema de

planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

2.2.2.3 La Valoración

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en recolectar y organizar la información como base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores, otros profesionales ignoran los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico el profesional de Enfermería conoce los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales que puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las convicciones del profesional conforman la actitud y las motivaciones lo que piensan, sienten y creen sobre enfermería; los conocimientos profesionales deben tener una base sólida, que permitan hacer una valoración del estado de salud integral; las habilidades se adquieren utilizando métodos, técnicas y procedimientos que hacen posible la obtención de información, Comunicarse de forma eficaz implica conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje, Observar sistemáticamente implica la utilización de formularios o guías que identifican los datos a recogerse.

Recogida de datos: Es el primer componente de la fase de valoración de manera esquemática, constituye un sistema de comunicación entre los profesionales, facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad, permite una evaluación incluida la gestión de la calidad.

Fuentes y Tipos de datos
<p>FUENTES DE DATOS Primaria: Información directamente obtenida del cliente. Secundaria: Información del obtenida del paciente por otras personas, documentos y registros.</p> <p>TIPOS DE DATOS Subjetivos: Percepción de una situación o una conjunto de acontecimientos. Objetivos: Información que puede ser observada y medida. Históricos: Acontecimientos que se han producido en el pasado. Actuales: Acontecimientos que se están produciendo en el momento concreto.</p>

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Entrevista: Herramienta esencial en la valoración utilizada por el profesional de Enfermería, comunicación que se establece con el paciente o fuentes alternas con el fin recolectar información de importancia para el estado actual del paciente.

Según su estructura y grado de dirección: Estructurada y dirigida, en se aplica un protocolo elaborado previamente. Semiestructurada por su flexibilidad apropiada en atención primaria. No estructurada denominada también de escucha.

Según su finalidad: De valoración tiene el objeto de recoger datos que permitan identificar necesidades y problemas reales, potenciales del paciente. De intervención para evaluar programas, elaborar y aplicar planes de cuidados.

La observación: Momento de primer encuentro con el paciente, el profesional de enfermería comienza la fase de recolección de datos por la observación. Es el segundo método de valoración, la observación implica la utilización de los sentidos para obtener información del paciente, del entorno y cualquier otra fuente. Habilidad que precisa disciplina y práctica. Los hallazgos encontrados durante la observación deben ser posteriormente confirmados o descartados.

Examen físico: Etapa final de la recolecta de datos explicar al Paciente en qué consiste y pedir el consentimiento del paciente en caso de que posea sus facultades mentales intactas. El examen físico determina la respuesta del cuerpo del paciente a la enfermedad, obtener hallazgos para establecer comparaciones y valorar la eficiencia de las acciones, confirmar los datos obtenidos en la entrevista. El profesional de enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: percusión, auscultación, inspección y palpación.

TÉCNICAS PARA EL EXAMEN FÍSICO
<ul style="list-style-type: none"> • Inspección: Examen visual cuidadoso y general para observar características físicas (movimiento, simetría, situación anatómica, textura, aspecto, color, tamaño, forma y posición). • Palpación: Utilización del tacto determina características de la estructura corporal. (consistencia, movilidad, humedad, pulsos, textura, temperatura, vibraciones, tamaño, forma). • Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. <ul style="list-style-type: none"> • Los sonidos que se pueden diferenciar son: <ul style="list-style-type: none"> • Sordos en percuten músculos o huesos. • Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. • Hipersonoros: aparecen cuando percutimos pulmón normal lleno de aire <ul style="list-style-type: none"> • Timpánicos: al percutir el estómago lleno de aire. • Auscultación: Escuchar sonidos producidos por los órganos del cuerpo, utilizando para esta técnica el estetoscopio. Se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando la oreja en la zona a explorar.

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Descritas las técnicas de exploración física se continúa a abordar las diferentes formas de comenzar el examen físico: sistemas/aparatos corporales, desde la cabeza a los pies (céfalo-caudal) y por patrones funcionales de salud:

- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

2.2.2.4 Diagnósticos de enfermería

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las necesidades y problemas reales y potenciales derivado de la valoración de Enfermería requiriendo intervenciones, iniciando así el proceso de diagnóstico enfermero. Los profesionales de enfermería son capaces de Diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud.

ESTRUCTURA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico de enfermería se estructura tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** es identifica durante en la valoración y en la fase de procesamiento y análisis de datos.

La **etiología** corresponde a factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que contribuyendo el problema ya sea factores de riesgo o que contribuyen a producir el problema.

Signos y síntomas también llamadas características que definen al problema, significa que siempre que se presentan signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

NANDA es utilizado por los profesionales de enfermería, la cual posee problemas de salud reales, denominados categorías diagnósticas y que representan uno conjunto de signos y síntomas aprobados en la Conferencia De La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA

EL ENUNCIADO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

El enunciado del diagnóstico de enfermería describe el estado de salud de un individuo y factores que han contribuido a dicho estado. Los enunciados constan de dos partes el **problema y la etiología**. No puede ser únicamente el problema, pues las categorías que describen los problemas son generales y no serían los diagnósticos el resultado de una valoración completa. Las dos partes del enunciado se enlazan con la frase relacionada con o más simplificado: R/C o Problema/etiología (P/E).

2.2.2.5 PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO AL PACIENTE.

Una vez Determinados o establecidos los diagnósticos enfermeros se procede a al proceso de planeación de los cuidados o tratamientos enfermeros los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizado, los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

Esta planificación inicia con diagnósticos Enfermeros y concluye en el registro de las intervenciones del cuidado de Enfermería.

La planificación consta de cuatro partes: Seleccionar prioridades, determinación de resultados esperados, determinación de acciones y registro del plan.

A.-La selección de prioridades.

Resultado de la valoración se llega a la identificación de un número variado de diagnósticos dado que los profesionales de enfermería pueden identificar múltiples facetas del individuo que se afectan en un momento dado, respuestas humanas a una condición anormal. Para hacer buen uso de recursos y garantizar la efectividad, los profesionales de enfermería deciden las prioridades para realizar un plan y tratar los problemas potenciales y reales del paciente.

B.-Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas.

Las respuestas potenciales o reales del paciente son considerados problemas y son enunciados utilizando categorías diagnósticas. Las situaciones que implican cambios totales son los resultados esperados.

Los resultados son dirigidos a la primera parte del diagnóstico. Los resultados ayudan a definir conductas para demostrar que los problemas del paciente se han corregido, disminuido o prevenido. La determinación de resultados esperado es la base para la evaluación posterior y sirven también para orientar las intervenciones de enfermería.

El plan de atención de enfermería deber necesariamente comprender:

1. Diagnóstico de enfermería.
2. Resultados esperados.
3. Intervenciones de Enfermería.

C.-Determinación de las órdenes de enfermería.

Para la determinación de órdenes el profesional de enfermería utiliza el proceso de solución de problemas que consiste en:

1. Definir el problema.
2. Identificar las alternativas posibles de solución
3. seleccionar las alternativas factibles.

Las órdenes formulan con base a experiencias tanto a nivel personal como de otros colegas.

D. Los registros del Plan de Cuidado.

Siendo el punto culminante el plan de cuidado de enfermería es el conjunto de acción a seguir para conseguir resultados esperados frente a ciertas situaciones problemáticas. Siendo necesario registrar por medio de los diferentes formatos establecidos en cada empresa hospitalaria o a su vez en instituciones estudiantiles de enfermería, de ese modo se da un registro de las activas a seguir por los profesiones de enfermería o su vez el equipo de salud y sirve también de guía para la evaluación de la efectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).

Existen tres tipos de planes que se puedan formular:

Planes terapéuticos (T^o)

Planes de enseñanza (E)

Planes de diagnóstico (D)

2.2.2.6 Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de atención, implica poner en marcha la planificación realizada con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados, es decir la más importante de nuestra profesión basada en el conocimiento científico, permite tomar decisiones importantes, por ello los profesionales de enfermería asumen su trabajo con responsabilidad, sus competencias se basan en la evidencia, no solo en lo que respecta a conocimientos, habilidades sino

también en investigación, adelantos científicos con pensamiento crítico y creativo.

En la etapa de ejecución el profesional de enfermería, entra en contacto con el paciente para aplicar el plan, valorar y evaluar el estado del paciente.

Las acciones realizadas por los profesionales de enfermería pueden ser funciones interdependientes o independientes. Las interdependientes se refieren a la ejecución de intervenciones que requieren colaboración con miembros del equipo de salud para lograr un objetivo específico. Las independientes se refieren a la ejecución de intervenciones realizadas netamente por el profesional de enfermería dado que estas no requieren ayuda de otros miembros del equipo de salud, ya que el profesional de enfermería posee conocimiento necesario para tratar ciertos problemas de salud del paciente.

El proceso para poner en marcha los planes de cuidado de enfermería consta de cuatro partes:

1. Revisar los cuidados planificados a realizar
2. Preparar los recursos (materiales, ambientales y preparar al paciente)
3. Realizar acciones planificadas
4. Registrar las acciones realizadas.

2.2.2.7 Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

2.2.2.8 Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la prevención de Complicaciones Cutáneas

Valoración

El profesional de enfermería debe llevar a cabo una evaluación completa de las necesidades de cada paciente. En el caso del cuidado de la piel, las primeras etapas de la atención, la valoración del riesgo entendida como la probabilidad de desarrollar una complicación cutánea, como ya se ha dicho, es el medio más eficaz para identificar los pacientes susceptibles de tener complicaciones cutáneas.

Para la prevención de estas complicaciones se han establecido algunos puntos básicos que cuentan con evidencia científica, entre ellos están las escalas de valoración del riesgo de padecer UPP y la valoración de características propias de la herida. En la actualidad existen dos escalas validadas y más utilizadas en el medio: la escala de Braden y la escala EMINA. La elección de una escala de evaluación es una decisión tomada por el equipo con argumentos científicos (sensibilidad, especificidad, valor predictivo, aplicabilidad).

En forma general, ambas escalas contemplan como indicador común los factores de riesgo. Sin embargo, la valoración debe ir más allá de la aplicación de una escala y ser utilizada sólo como complemento del juicio clínico y no de manera aislada de otros aspectos, adicional a esto se evalúa la necesidad de las ayudas para la prevención como superficies para el manejo de la presión (dinámicas: cojines y colchones de aire alternante de celdas pequeñas, medianas y grandes o estáticas: cojines y colchones de fibras especiales, fibras siliconadas, espuma viscolástica, espumas de alta densidad, sistemas estáticos de aire, apósitos de espuma), cambios posturales y se

evalúa la presencia de patologías de base que requieren control estricto (cardíacas, respiratorias endocrinas, etc.).

Cuando ya la lesión se presenta, se debe considerar la valoración global de la persona y la lesión de manera que se complemente la información y se tenga una idea más completa del tratamiento y la conducta. Esta valoración incluye los siguientes aspectos: la localización, forma, tamaño, profundidad, bordes, presencia de tuberizaciones y bolsillos, tejido necrótico, tipo de exudado y características.

Categorías diagnósticas

Asociadas a las posibles complicaciones cutáneas o las consecuencias de las mismas tenemos las siguientes categorías diagnósticas:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de infección
- Dolor crónico

Los factores relacionados a causalidad tenemos: disminución de la movilidad, pérdida de la sensibilidad, incontinencia urinaria, falta de aplicación de medidas higiénicas, la falta de confort, pocos recursos para el cuidado de pacientes encamados, arrugas en las camas por tendido incorrecto.

Los factores relacionados a las consecuencias: eritemas, úlceras por presión, eczemas, erupciones pruriginosas, dermatitis, etc.

Planificación

En la planificación elaboramos el plan de cuidados:

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ASOCIADO LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTANEAS EN PACIENTES CON ENCAMAMIENTO PROLONGADO

Diagnósticos De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones De Enfermería	Evaluación
<p><u>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</u></p>	<p><u>Consecuencias de la inmovilidad</u> Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.</p>	<p><u>Prevención de úlceras por presión</u> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración del riesgo (Escala de Norton). • Registrar el estado de la piel y luego eliminar humedad excesiva. • Valorar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Aplicar barreras de protección. • Evitar masajes en puntos de presión. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión cuando se cambia de posición al paciente. • Proporcionar cambios de peso corporal. • Controlar movilidad y actividad. • Asegurar una nutrición adecuada. 	<p>Se mantiene la integridad de la piel, hidratada, profundida, sin signos de infección.</p>

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Fuente: (NANDA Internacional, 2012), (Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 2009), (Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2009).

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ASOCIADO LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTANEAS EN PACIENTES CON ENCAMAMIENTO PROLONGADO

Diagnósticos De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones De Enfermería	Evaluación
<p><u>Deterioro de la integridad tisular</u></p>	<p><u>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</u> Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p>	<p><u>Cuidados de las úlceras por presión</u> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir características de la úlcera a intervalos regulares (tamaño, estadio, presencia de exudado, tipo de tejido). • Controlar color, temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave. • Desbridar, si es necesario. • Limpiar úlcera con solución no tóxica, en movimientos circulares, desde el centro. • Aplicar apósito adhesivo permeable, según corresponda. • Cambiar posición cada 1-2 horas. • Controlar estado nutricional. • Observar signos y síntomas de infección. • Utilizar colchones espaciales, si procede. • Educar sobre cuidados de la herida a individuo y cuidador. 	<p>Se recupera el proceso de granulación y epitelización de la piel hasta el cierre y curación del deterioro cutáneo.</p>

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Fuente: (NANDA Internacional, 2012), (Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 2009), (Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2009).

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ASOCIADO LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTANEAS EN PACIENTES CON ENCAMAMIENTO PROLONGADO

Diagnósticos De Enfermería	Resultados Esperados	Intervenciones De Enfermería	Evaluación
<p><u>Riesgo de infección</u></p>	<p><u>Control del riesgo: proceso infeccioso</u> Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección.</p>	<p><u>Protección contra infecciones</u> Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de infección y grado de vulnerabilidad a la misma. • Valorar recuento de granulocitos y glóbulos blancos. • Mantener normas de asepsia. • Proporcionar cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. • Vigilar la piel. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar líquidos y nutrición suficiente. • Fomentar movilidad y ejercicios. • Educar al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección e informar. • Informar sospechas al personal de control de infecciones. • Informar sobre resultados de cultivos positivos. 	<p>La piel se mantiene sin signos de infección y se conserva su integridad tisular.</p>

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Fuente: (NANDA Internacional, 2012), (Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 2009), (Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2009).

2.3 Teorías de Enfermería

2.3.1 MODELO DE IMONEGE KING. “TEORÍA DEL LOGRO DE METAS”

Vinculó conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería, hace hincapié en los procesos interpersonales. Basa su teoría en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo.

Salud: es un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida.

Entorno: se lo define como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

Enfermería: Hace relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado. Siendo un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación.

En relación a este modelo consideramos la importancia de comprender que para todo cuidado es necesario tener una meta propuesta para después de la ejecución de las intervenciones medir el logro de los resultados que en el caso de estudio es conseguir el mantenimiento de la integridad de la piel.

2.3.2 MADELEINE LEININGER (1966-1978)

La enfermería se centra en el estudio y análisis comparativo en relación a las conductas para cuidados de enfermería, valores, patrones de conducta relativos a la salud - enfermedad, cuyo objetivo es desarrollar conocimientos en el área científica y humanística que proponen la práctica de cuidados de enfermería con

funciones y procesos dirigidos al mantenimiento y recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicocultural y social, relacionando la prevención y cuidado de la piel mediante las bases científicas y el conocimiento práctico.

2.3.3 TEORÍA DE SOR CALLISTA ROY

El modelo de adaptación de Callista Roy fue elaborado en 1964 a partir del trabajo de Harry Helson en psicofísica, además de combinar la definición de sistemas que hace Rapoport y que considera a la persona como un sistema adaptativo.

Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

Persona: Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

Enfermería: Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad. Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos:

Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

Autoconcepto: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto. Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento que son dos:

Regulador: controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.

Cognitivo: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros.
- Meta de la enfermería (que se adapte el cambio).

- Salud.
- Entorno.
- Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

2.3.4 FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORÍA DEL ENTORNO”

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma: “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”. Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

2.3.5 DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Define la salud como “El estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Enfermería es sinónimo de cuidado.

El objetivo de la disciplina, es “Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”. La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general

de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son: 1) Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana. 2) De cuidados personales del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. el embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo. 3) De cuidados personales de los trastornos de salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia. Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación: 1) Total, requiere de que se actué en lugar de él. 2) Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas. 3) De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender

la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

2.4 Marco Legal

2.4.1 Constitución Nacional de la República del Ecuador

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

2.4.2 Ley de ejercicio profesional de las enfermeras

Capítulo III.- De los derechos y obligaciones

Art.13.- Son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente ley, las siguientes:

- a) Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente.
- b) Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad.
- c) Cumplir puntualmente las jornadas de trabajo establecidas de la siguiente manera: seis horas de trabajo diurno, doce horas trabajo nocturno cada dos noches y dos días de descanso semanal.
- d) Dar estricto cumplimiento a las prescripciones, tratamientos indicados por el médico;

- e) Las enfermeras(os) están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afectan al país.

2.4.3 Código de ética

Capítulo I.- del ejercicio profesional

Art.10.- La enfermera o enfermero se negaran a que su nombre o persona sean utilizados para fines publicitarios que atenten contra la dignidad y derechos humanos.

Art.12.- La enfermera o enfermero deben brindar a la persona, familia y comunidad una atención humanizada, oportuna, continua y segura.

Art.13.- La enfermera o enfermero deben respetar la escala de valores, la ideología y religión de la persona, familia y comunidad.

Art.14.- La enfermera o enfermero deben respetar y no hacer discrimen por nacionalidad, raza, color, religión, edad, sexo, opinión política o condición social.

Art.35.- Como miembros de un equipo multidisciplinario de salud, la enfermera o enfermero deben mantener una relación armónica con los demás miembros del equipo de salud, basada en el mutuo respeto y la colaboración para promover el mejoramiento de la salud de la población, que constituye su meta común.

Art.36.- La relación enfermera-equipo de salud demanda una estrecha colaboración, en la cual la enfermera debe cumplir sus funciones con autonomía, asegurando la confianza en el tratamiento que realiza el equipo de salud. En caso de que se encuentre en riesgo el paciente o usuario, la enfermera o enfermero actuarán de inmediato.

2.4.4 POLITICA DE CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL LUIS VERNAZA

El Hospital General Luis Vernaza en la entrega de sus servicios, procura satisfacer los requerimientos de sus pacientes, brindando servicios médicos a quienes lo demanden, desarrollando una política de calidad basada en procesos, con objetivos cuantificables tendientes siempre al mejoramiento continuo.

2.5 Definición de Términos Básicos

Piel: es el mayor órgano del cuerpo humano o animal. En el ser humano ocupa aproximadamente 2 m², y su espesor varía entre los 0,5 mm (en los párpados) y los 4 mm (en el talón). Su peso aproximado es de 5 kg. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno, y éste varía en cada especie. Anatómicamente se toma como referencia las medidas estándar dentro de la piel humana. También es conocido como sistema tegumentario.

Paciente Encamado: Es aquel paciente que, por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal, etc.

Úlceras por presión: son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

Proceso de Atención de enfermería: es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un

método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

2.6 Variables a Investigar

Variable Independiente

Proceso de atención de enfermería: es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

Variable Dependiente

Complicaciones cutáneas: Se destacaremos dentro de estas complicaciones las manifestaciones pruriginosas, con o sin lesión previa y, además del prurito, algunas dermatosis, las úlceras por presión, las infecciones cutáneas, las alteraciones tróficas y las de origen metabólico.

Variable Interviniente

Adultos con encamamiento prolongado: Es aquel paciente que, por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal, etc.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Proceso de Atención de Enfermería

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Proceso de Atención de enfermería	Conocimiento del PAE	Muy Bueno Bueno Deficiente
	Numero de paciente por profesional	Adecuado Excesivo
	Existencia de una guía o protocolo de aplicación del proceso enfermero	Si → Aplica No → No se aplica
	Motivación para el uso del PAE	Si No
	Capacitaciones sobre el PAE en el SMC	Si No

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

VARIABLE DEPENDIENTE: Complicaciones cutáneas

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Nivel de conocimiento sobre el cuidado de la piel	Nivel de conocimiento sobre el cuidado de la piel	Muy bueno Bueno Deficiente
	Utilización de escalas de valoración del riesgo de ulcera de presión	Si No
	Movilización del paciente	Cada 2 horas Cada turno Cada 24 horas
	Factores que influyen negativamente en el cuidado de los pacientes	Si No

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

VARIABLE INTERVINIENTE: Adultos con encamamiento prolongado

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Protocolos para el cuidado de la piel	Existencia de protocolos para el cuidado de la piel	Si → Si se aplica No → No se aplica
Manejo del paciente adulto con encamamiento prolongado	Importancia de la aplicación de protocolos que direccionen las intervenciones de Enfermería.	Si No
Complicaciones cutáneas	Factores que influyen negativamente en los cambios de posición	Si No

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

El presente trabajo de investigación es de enfoque tipo **descriptivo** ya que describimos todas las partes del proceso de atención de enfermería relacionado a las complicaciones cutáneas así como la importancias este, **retrospectiva** ya que se lo realiza en un determinado período de tiempo en el cual se realizó la investigación y es **cuantitativo** para la recolección de datos y análisis llevando una estadística de las preguntas de investigación establecidas previamente.

3.2 Tipo de estudio

El presente estudio del rol de enfermería en la prevención de complicaciones cutáneas utilizando el proceso de atención de enfermería en pacientes con encamamiento prolongado en el área de servicio médico crítico en el Hospital Luis Vernaza, período enero 2015 a abril 2015, es de tipo descriptivo, cuantitativo, restropectivo, cuyo objetivo de investigación son las prevenciones y cuidados de los pacientes con complicaciones cutáneas con encamamiento prolongado.

3.3 Población y Muestra

La población es de 41 personas entre profesionales licenciados de enfermería de los 3 turnos, del servicio de medicina crítica en el Hospital Luis Vernaza, período noviembre 2014 a febrero 2015.

Para la realización del presente estudio se tomara el 100% del universo, que corresponde a los 41 profesionales del servicio de medicina crítica en el Hospital Luis Vernaza, período enero 2015 a abril 2015.

3.4 Técnicas para obtener los datos

La investigación realizada en presente estudio tiene como finalidad describir y estudiar la aplicación de los protocolos de enfermería para la prevención de complicaciones cutáneas en pacientes encamados del área de servicio médico crítico del Hospital Luis Vernaza

Las técnicas a utilizar son las siguientes:

1. Observación directa
2. Los formularios para la encuesta del personal de enfermería la entrevista al personal mide el nivel de conocimientos
3. Guiar en la ejecución del proceso de atención de enfermería
4. Las bibliografías que brindan información sobre el tema de estudio para la recopilación de los datos

Entrevistas.- Se utilizara esta técnica para conocer la problemática, entrevistando al personal de enfermería del área servicio médico crítico.

Encuesta.- Se utilizara esta técnica con el personal de enfermería para conocer los datos específicos sobre la población en estudio.

Observación directa.- Con esta técnica se puede comprobar la carencia de los cuidados que brinda el personal de enfermería a los pacientes con encamamiento prolongado del servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza.

3.5 Procedimientos

Consideraciones éticas.- se elaboró un consentimiento informado para las personas que formaran parte de as encuesta donde se garantiza la confidencialidad de la información.

3.6 Procesamiento de la información

Una vez elaborado el formulario de preguntas de las encuestas dirigidas al personal de enfermería, se procedió a la tabulación de los datos obtenidos del formulario aplicado, en forma manual.

Luego, se ingresaron los datos al programa Microsoft Office Excel, para realizar las tablas correspondientes, y posterior a ello, elaborar los gráficos estadísticos de cada una de las tablas presentadas y analizadas

Presentación de datos

Ya elaborado el tabulado con los cuadros correspondiente al caso de estudio se procede a la presentación de los gráficos con sus respectivos análisis.

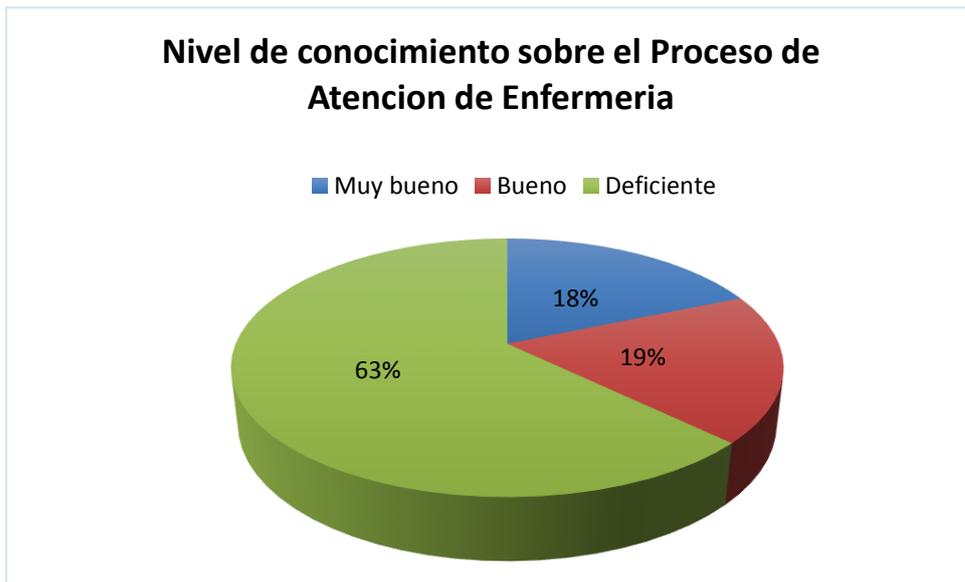
Exposición de resultados

Una vez culminado las estadísticas del caso de estudio se procede a elaborar las respectivas conclusiones y recomendación de caso.

3.7 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Objetivo específico N° 1: Identificar los factores que inciden en la aplicación inadecuada del Proceso Enfermero en el cuidado del paciente crítico con encamamiento prolongado.

Cuadro N° 4

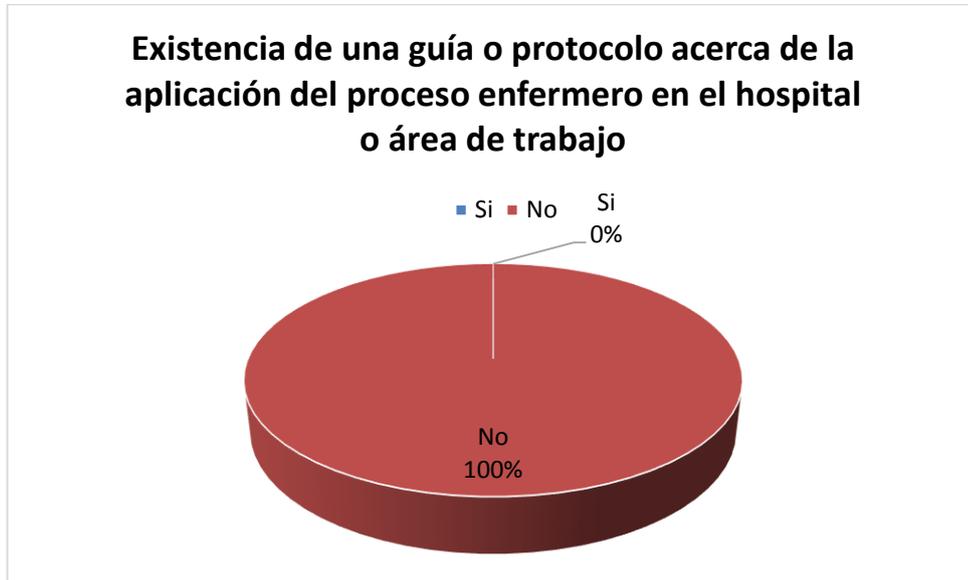


Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANÁLISIS:

Para responder al primer objetivo específico tenemos el gráfico N°4 donde podemos observar que la razón más notable por la cual se aplica de forma inadecuada o no se aplica el Proceso de Atención de Enfermería es causa de que el mayor porcentaje 63% de profesionales de enfermería tienen un conocimiento deficiente, seguidos del 19% que tienen un buen conocimiento del tema, y solo 18% por ciento poseen un muy conocimiento del PAE.

Gráfico N° 6



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANÁLISIS:

Para responder al primer objetivo específico tenemos el gráfico N° 6 se puede observar que el porcentaje de profesionales encuestados el 100% afirma que no conoce la existencia de alguna guía o protocolo acerca de la aplicación del proceso de atención de enfermería, ni en el área de trabajo del SMC ni en el Hospital Luis Vernaza.

Objetivo específico N° 2: Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados de la piel en pacientes con reposo prolongado prescrito o por otras razones en las unidades críticas.

Gráfico N° 9



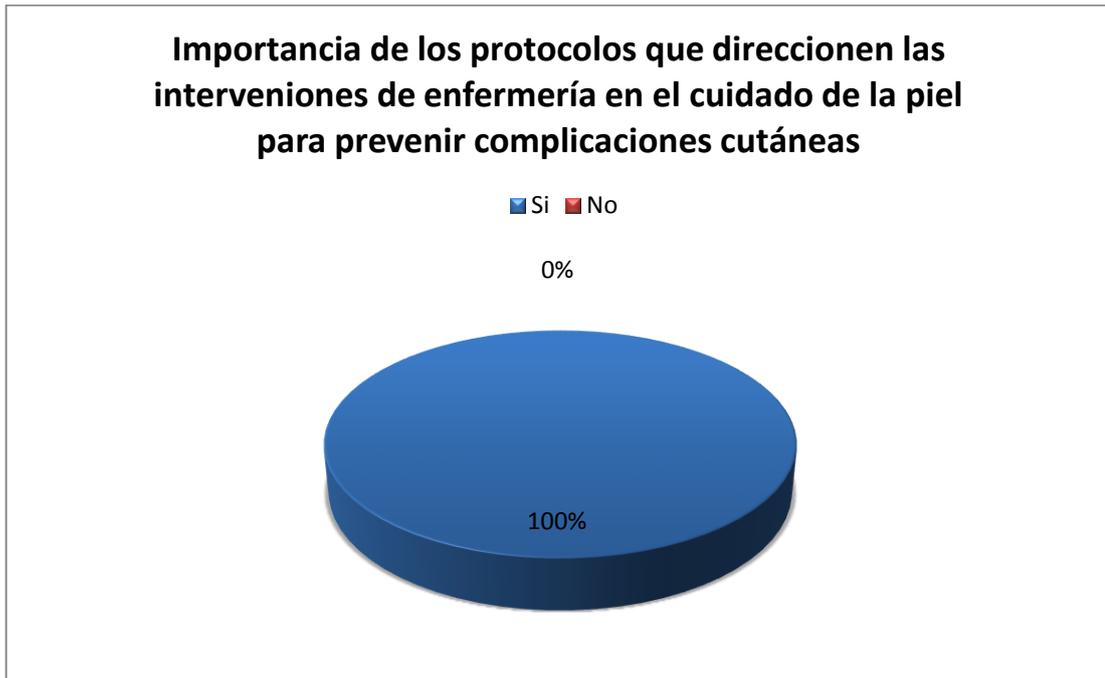
Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANÁLISIS:

Para responder al segundo objetivo específico tenemos el gráfico N° 9 se puede observar que el mayor porcentaje de profesionales encuestados 37% tienen un nivel bueno de conocimiento sobre el cuidado de la piel en paciente con encamamiento prolongado, seguidos del 34% que tienen un muy buen conocimiento y finalmente el 29% que consideran que tienen un conocimiento deficiente.

Objetivo específico N° 3: Establecer el nivel de importancia que tienen los protocolos que direccionan las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de las complicaciones cutáneas.

Cuadro N° 14



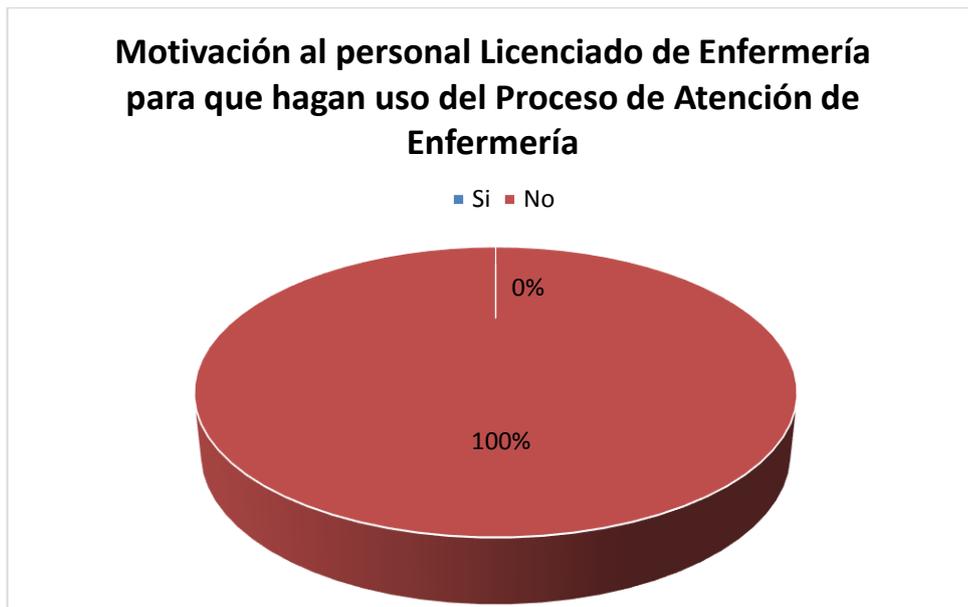
Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANÁLISIS:

En respuesta al tercer objetivo específico tenemos el gráfico N° 12 donde observamos que el 100% de los profesionales encuestados manifestaron que es importante la aplicación de protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de complicaciones cutáneas.

Objetivo específico N° 4: Guiar la formulación de estrategias que permitan, con la cantidad de personal establecido, el manejo oportuno del paciente encamado con trato digno, humano y afectivo.

Gráfico N° 7

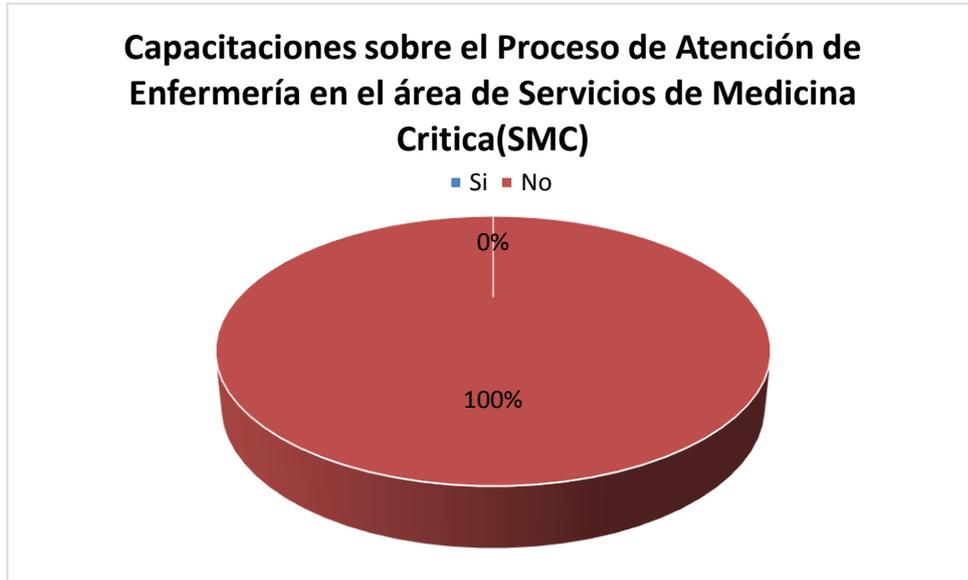


Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANÁLISIS:

En respuesta al cuarto objetivo específico tenemos el gráfico N° 7 donde se puede observar que el porcentaje de profesionales encuestados el 100% afirma que nunca se los ha incentivado o motivados para aplicación proceso de atención de enfermería, ni en el área de trabajo del SMC ni en el Hospital Luis Vernaza.

Gráfico N° 8



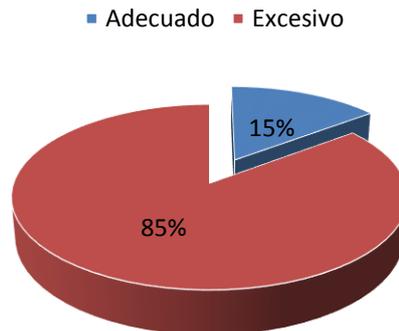
Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANÁLISIS:

En respuesta al cuarto objetivo específico tenemos el gráfico N° 8 se puede observar que porcentaje de profesionales encuestados el 100% afirma que no se realizan ni se han realizado capacitaciones sobre el uso del proceso de atención de enfermería, en el área de trabajo de Servicios Medico Critico (SMC).

Cuadro N° 5

Percepcion del número de pacientes asignados para cada profesional de Enfermería por turno



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANÁLISIS:

En el gráfico N°5 podemos observar que el 85% de los profesionales encuestados en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza consideran que es excesivo el número de paciente asignado por turno para cada profesional, mientras que el 15% considera que el número de pacientes ya mencionados es adecuado.

3.8 CONCLUSIONES

Primero, durante los últimos años en las instituciones de salud del Ecuador se ha implementado de manera poco acelerada el proceso de atención de enfermería, en especial en las instituciones públicas, pero aun en las instituciones privadas existen pocos registros o sistematización de los procesos enfermeros aplicados en el cuidado de los pacientes, esto lo evidenciamos en lo que manifiestan el 100% de los profesionales de enfermería encuestados en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza, que manifiestan que existe una guía para el uso del Proceso de Atención de Enfermería como principal factor que impiden su aplicación en el cuidado de pacientes con encamamiento prolongado, aunque existe también un 63% que atribuyen esta responsabilidad al desconocimiento del proceso de Atención de Enfermería.

Segundo, a pesar que la piel es la primera de protección y el órgano más grande del cuerpo humano, existe un 29% de profesionales de enfermería en el área de medicina crítica que consideran que tienen un conocimiento deficiente, para el cuidado de la piel en la prevención de complicaciones cutáneas en los pacientes que tienen indicado reposo prolongado.

Tercero, existe un convencimiento de la totalidad de los profesionales de enfermería respecto a la necesidad de implementar protocolos tanto para uso del proceso de atención de enfermería y manejo de la piel para direccionar intervenciones de enfermería en el cuidado de los pacientes con encamamiento prolongado.

Cuarto, entre las estrategias que se les sugirieron a los profesionales de enfermería para brindar una atención más oportuna, efectiva, afectiva y humana a los pacientes encamados, el personal de enfermería considera que las principales razones de la falta de conocimiento, se debe a la inexistencia de capacitaciones en el área de trabajo sobre el proceso de atención de enfermería, seguido de una falta de motivación para su uso y el número excesivo de pacientes asignados al profesional de enfermería por turno de trabajo.

3.9 RECOMENDACIONES

Después de analizadas las conclusiones de la investigación, se recomienda lo siguiente:

Que el hospital “Luis vernaza”, como institución de salud, debe elaborar un programa de educación continua para poder capacitar constantemente al personal en la teoría y práctica sobre el manejo de las lesiones cutáneas mediante la utilización del Proceso de Atención de Enfermería y motivar constantemente al personal Profesional de enfermería para que haga uso contante de esta Herramienta de Cuidado.

Elabore una guía o protocolización establecida sobre el Proceso de Atención de Enfermería y protocolo establecido sobre el cuidado de la piel que sirva para aplicar en la prevención complicaciones cutáneas en paciente con encamamiento prolongado en el área de Servicios de Medicina Critica(SMC).

Incrementar el número de personal asignado para el cuidado directo de los pacientes de acuerdo a las normas y estándares internacionales estableciendo esta cantidad de personal solo para el Servicio de Medicina Critica pera que no existan justificativos de negligencias por parte del personal de enfermería.

Educar a los familiares de los pacientes que tienen riesgos de deterioro cutáneo, en especial aquellos pacientes que después del alta hospitalaria continuaran con reposo prolongado sea por su proceso patológico o como secuelas de la enfermedad, ya que muchas veces estos pacientes retornan a las instituciones de salud con úlceras por presión grado 4 y aun peor infectadas aumentando el costo económico y social que implican su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade, S. (1997). Manual práctico de enfermería. Cuidados intensivos. Interamericana, C.A. Bogotá – Colombia.
2. Asamblea Nacional Constituyente (2008). Constitución de la República del Ecuador. Montecristi – Ecuador: Editorial Jurídica Ecuatoriana.
3. Araya Vargas GA, C. S. (20 de enero de 2015). Consecuencias de la falta de actividad reposos en cama. Obtenido de <http://www.edufi.ucr.ac.cr/pdf/trans/>
4. Cardos, A. (2009). Valoración de riesgo de úlceras por presión según escala de Norton (internet) (consultado 14/03/2015) Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/escala>
5. Carvajal. (2009). Introducción a los protocolos (internet) (consultado 14/03/2015).Disponible en <http://gcarvajalmodelos.wordpress.com>.
6. Castell. (2009). Técnicas quirúrgicas de las ulceras por presión documento pdf (Internet) (Consultado 05/03/2015) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>.
7. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (Quinta ed.). (G. Bulechek, H. Butcher, & J. Dochterman, Edits.) Elsevier.
8. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (S. Moorhead, M. Johnson, M. Maas, & E. Swanson, Edits.) ELSEVIER.
9. Dueñas. (2009). Cuidados de las úlceras por presión (internet) (consultado 24/03/2015). www.terra.es/personal/duenas/10.html.

10. Fonseca. (2009). Tratamiento de las úlceras por presión Isquiáticas. (Internet)(Consultado el 11/03/2015) Disponible en http://www.hvil.sb.cu/bvs/archivos/223_tesissocavasfonsecaleskarel.
11. Fistera. (2009). Evolución de las úlceras por presión. (Internet) (Consultado 22/04/2015) <http://www.fistera.com/guias2/upresion.asp>.
12. Gloria M. Bulechek, H. K. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. España: Travesera de Gracia, 17-21.
13. Macloskey JC, Bulechek GM. (2005). Clasificación de Intervenciones de Enfermería: Nursing Interventions Classification. 4. ed. Madrid: Harcourt.
14. Martha Raile. Ann Marriner. (2011). Modelos y teorías en Enfermería (7ma Ed.) Barcelona – España, Editorial Elsevier Mosby.
15. Martínez Cuervo F, Soldevilla Agreda JJ, Novillo Briceño LM, Segovia Gómez T. (2004). Prevención de úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, editores. Atención integral a las heridas crónicas. Madrid: SPA.
16. Moorhead S, Johnson M, Mass M. (2005). Clasificación de resultados de enfermería. 3. ed. Madrid: Elsevier.
17. Nanda I. (2007). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2010-2011. Madrid: Elsevier.
18. Rodríguez M., A. R. (2003). Cuidados de enfermería con pacientes con úlceras, guía de prevención y tratamiento . Hospital Universitario Puerta del Mar: Cadiz.
19. Salud. 2009. Cuidados post-operatorios de las úlceras por presión (internet) (Consultado 6/04/2015) www.mapfre.com.salud

- 20.Úlceras concepto (internet) (consultado 28/03/ 2015) Disponible en www.ulceras.net.
- 21.Úlceras clasificación y localización (internet) (consultado 22/03/2015). Disponible en <http://www.ulceras.net/monograficos/norton.pdf>
- 22.Úlceras por presión (internet) (consultado 23/04/2015) Disponible en www.estudiossobreulcerasporpresion.org.
- 23.Úlceras por presión (internet) (consultado 24/03/2015) Disponible en www.nursing.com.

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA



HLV-DOF-CCI-030
Guayaquil, 04 de Mayo de 2015

SEÑORITA
EMMA NATHALY ORTIZ MARTÍNEZ
INVESTIGADOR PRINCIPAL

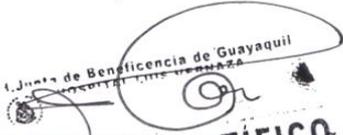
SEÑOR
ROSTI GABRIEL ORTEGA FLORES
INVESTIGADOR PRINCIPAL

Estimado Señor:

Me permito informar a usted que el Proyecto de Investigación “**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN SERVICIOS DE MEDICINA CRÍTICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA**”, con fecha 30 de Abril de 2015, fue aprobado por el Comité Científico, con el fin de que se lleve a cabo dentro del Hospital General Luis Vernaza.

Solicito a usted comunicar al Comité el inicio, ejecución del proyecto y cualquier circunstancia que se observe mientras se efectúa el proyecto a su cargo.

Atentamente,


DR. ENRIQUE URAGA PAZMINO
PRESIDENTE COMITÉ CIENTÍFICO
euraga@jbgye.org.ec
PBX 2560300 Ext. 3029

Erika D.

Copia: Dr. Joseph Mc Dermott Molina - Director Técnico
Dr. Rodolfo Farfán Jaime – Jefe del Departamento de Docencia Hospitalaria
Dr. Daniel Tettamanti Miranda - Jefe del Departamento de Investigación Médica

ANEXO N° 2



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA, AÑO 2015**”. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información y su confidencialidad.

Firma del Encuestado
C.I.

Firma del Encuestador
C.I.

ANEXO N° 3



**Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería**

Encuesta dirigida a los profesionales de enfermería del servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza

INSTRUCCIONES:

Agradecemos su participación al responder este cuestionario para el trabajo de investigación **“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CUTÁNEAS POR ENCAMAMIENTO PROLONGADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA CRÍTICA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA, AÑO 2015”**.

Fecha: _____

Encuesta N°: _____

Esta encuesta es anónima.

INDICACIONES: Marque con una **X** en el casillero que considere conveniente:

INFORMACIÓN GENERAL:

1. **Sexo:** Masculino ____ Femenino:____

2. **Edad:**

a) 22-30 años____

b) 31-45 años____

c) 46 en adelante____

3. **Años de experiencia**

a) 0 - 1Año____

b) 1año-5 años____

c) Más de 5 años____

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

1) ¿Nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería?

- a) Muy bueno ____
- b) Bueno ____
- c) Deficiente ____

2) ¿Cómo considera el número de pacientes asignados para cada profesional por turnos?

Adecuado ____

Excesivo ____

3) ¿Conoce de la Existencia de una guía o protocolo acerca de la aplicación del proceso enfermero en el hospital o área de trabajo?

Si ____

Si su respuesta es sí marque a continuación:

- a) Si existe y lo aplica ____
- b) Si existe pero no lo aplica ____

No ____

4) ¿En el hospital o área de trabajo se motiva al personal licenciado de enfermería para que hagan uso del proceso de atención de enfermería?

Si ____

No ____

5) ¿En el área de trabajo del Servicio de Medicina Critica (SMC) realizan capacitaciones sobre el Proceso de Atención de Enfermería?

Si ____

No ____

PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES CUTANEAS

7) ¿Cómo considera su nivel de conocimiento sobre el cuidado de la piel?

- a) Muy Bueno ____
- b) Bueno ____
- c) Deficiente ____

8) ¿Utiliza las escalas conocidas Para la valoración de la piel y de riesgos de úlceras de presión?

Si ____

No ____

9) ¿Cada qué tiempo se debe realizar el cambio de posición en un paciente encamado?

a) Cada 2 horas ____

b) Cada turno ____

c) Cada 24 horas ____

10) ¿Considera que los factores como falta de protocolos, falta de tiempo, falta de conocimiento, falta de Motivación y Falta de personal influyen negativamente en el cuidado de la piel de los pacientes?

Si ____

No ____

Diga Cual: _____

FACTORES RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS DE POSICIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS CON ENCAMAMIENTO PROLONGAD

11) ¿Conoce la existencia de protocolos para el cuidado de la piel en el área de Servicios de Medicina Critica (SMC)?

Si ____

No ____

12) ¿Considera usted importante la aplicación de protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de complicaciones cutáneas?

Si ____

No ____

13) ¿Conoce la importancia que tiene los cambios de posición en el paciente con encamamiento prolongado?

Sí ____

No ____

14) ¿Considera usted que los factores como falta de materiales, escasos de personal asignado por turno, negligencia del personal profesional y auxiliar de enfermería influyen negativamente en los cambios de posición de los pacientes con encamamiento prolongado?

Si ____

No ____

Diga cuál de estos factores: _____

ANEXO N° 4

CRONOGRAMA

#	FECHAS ACTIVIDADES	Ener	Febrer	Marz	Abril	Mayo	Junio
		o 2015	o 2015	o 2015	2015	2015	2015
1	Revisión y ajustes al proyecto de investigación por el tutor. (diseño de proyecto de investigación)	X					
2	Trabajo de campo: recopilación de información		X				
3	Procesamiento de datos			X			
4	Análisis e interpretación de datos			X			
5	Elaboración del informe final				X		
6	Entrega del informe final					X	
7	Sustentación						X

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANEXO N° 5

PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Lápiz	10	\$0.25	\$2,50
Borrador	10	\$0.25	\$2,50
Esferos	2	\$0.25	\$0.50
Internet	80 horas	\$1	\$80.00
Impresiones B/N	300	\$0.10	\$30.00
Copias	20	0,2	\$,40
Impresiones Color	100	\$0.25	\$25.00
Grapadora	1	\$3.00	\$3.00
Caja de grapas	1	\$1.00	\$1.00
Perforadora	1	\$3.00	\$3.00
Carpetas	3	\$0.70	\$2.10
Empastados	4	\$5.00	\$20.00
Transporte	20	\$2	\$40.00
Alimentación	20	\$2.00	\$40.00
TOTAL			\$ 249,90

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

ANEXO N° 6
CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Cuadros y gráficos de la encuesta realizada a los profesionales de enfermería del servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza

Cuadro N° 1
Sexo de los Profesionales de Enfermería

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	3	7%
Femenino	38	93%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 1



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

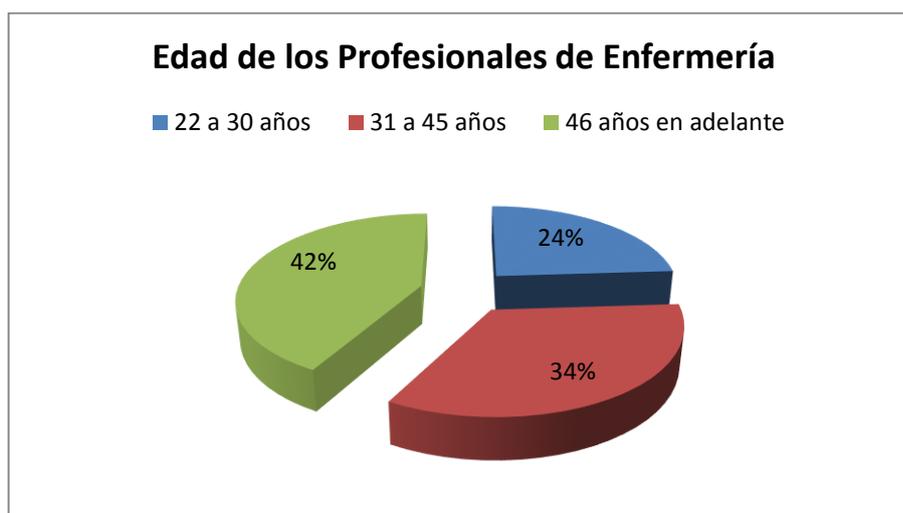
Análisis: En el gráfico N° 1 podemos observar que el mayor porcentaje 93% de profesionales de enfermería que laboran en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza son de sexo femenino y el menor porcentaje 7% son de sexo masculino.

Cuadro N° 2
Edad de los Profesionales de Enfermería

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
22 a 30 años	10	24%
31 a 45 años	14	34%
46 años en adelante	17	42%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 2



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 2 podemos observar que el mayor porcentaje 42% de profesionales de enfermería tienen una edad superior a los 46 años, seguidos del 34% que tienen edades comprendidas entre los 31 a 45 años de edad, y el menor porcentaje 24% entre los 22 a 30 años de edad.

Cuadro N° 3

Años de experiencia de los Profesionales de Enfermería

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 1 año	9	22%
1 a 5 años	19	46%
Más de 5 años	13	32%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 3



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 3 podemos observar que el mayor porcentaje 46% de profesionales de enfermería tienen de 1 a 5 años de experiencia laboral, seguidos del 32% que tienen más de 5 años, y el menor porcentaje 22% menos de 1 año de experiencia laboral.

Cuadro N° 4

Nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	8	18%
Bueno	8	19%
Deficiente	25	63%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 4



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

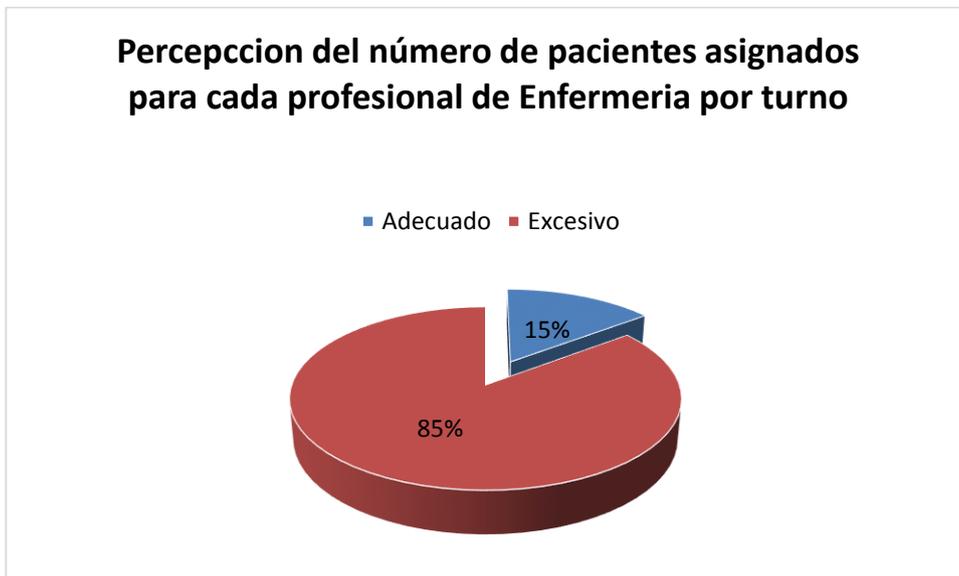
Análisis: En el gráfico N°4 podemos observar que el nivel de conocimiento acerca del Proceso de Atención de Enfermería en los profesionales encuestados se encuentra que el mayor porcentaje 63% de profesionales encuestados tienen un conocimiento deficiente del, seguidos del 19% que tienen un buen conocimiento del tema, y solo 18% por ciento poseen un muy conocimiento del PAE.

Cuadro N° 5
Percepción del número de pacientes asignados para cada profesional de Enfermería por turno

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	6	15%
Excesivo	35	85%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
 Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 5



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
 Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N°5 podemos observar que el 85% de los profesionales encuestados en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza consideran que es excesivo el número de paciente asignado por turno para cada profesional, mientras que el 15% considera que el número de pacientes ya mencionados es adecuado.

Cuadro N° 6

Existencia de una guía o protocolo acerca de la aplicación del proceso enfermero en el hospital o área de trabajo

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	41	100%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 6



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 6 se puede observar que el porcentaje de profesionales encuestados el 100% afirma que no conoce la existencia de alguna guía o protocolo acerca de la aplicación del proceso de atención de enfermería, ni en el área de trabajo del SMC ni en el Hospital Luis Vernaza.

Cuadro N° 7

Motivación al personal Licenciado de Enfermería para que hagan uso del Proceso de Atención de Enfermería

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	41	100%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 7



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 7 se puede observar que el porcentaje de profesionales encuestados el 100% afirma que nunca se los ha incentivado o motivados para aplicación proceso de atención de enfermería, ni en el área de trabajo del SMC ni en el Hospital Luis Vernaza.

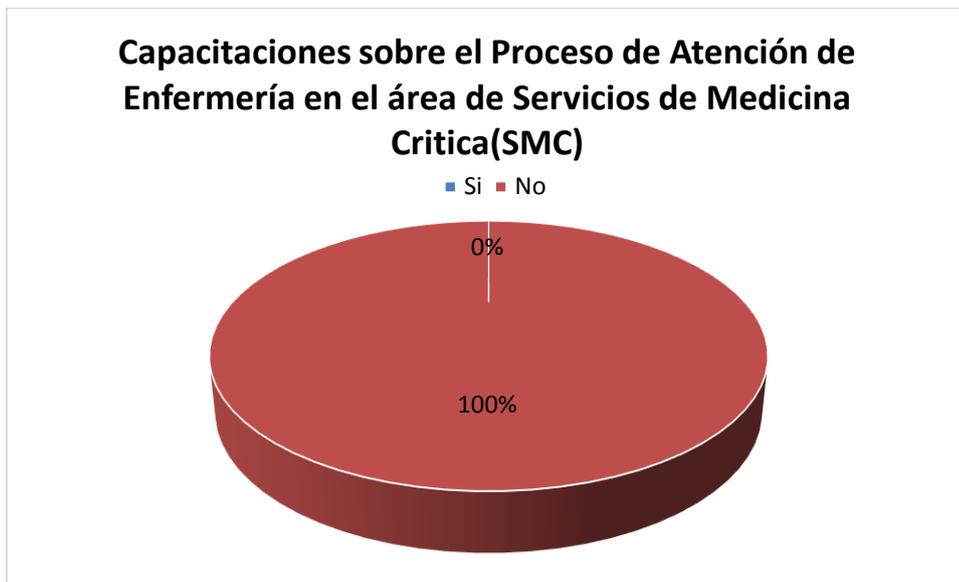
Cuadro N° 8

Capacitaciones sobre el Proceso de Atención de Enfermería en el área de Servicios de Medicina Critica(SMC)

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	41	100%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 8



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 8 se puede observar que porcentaje de profesionales encuestados el 100% afirma que no se realizan ni se han realizado capacitaciones sobre el uso del proceso de atención de enfermería, en el área de trabajo de Servicios Medico Critico (SMC)

Gráfico N° 9

Nivel de conocimiento del personal de enfermería en el cuidado de la piel en pacientes con encamamiento prolongado

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	14	34%
Bueno	15	37%
Deficiente	12	29%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por: Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 9



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 9 se puede observar que el mayor porcentaje de profesionales encuestados 37% tienen un nivel bueno de conocimiento sobre el PAE para la prevención de complicaciones cutáneas en pacientes con encamamiento prolongado, seguidos del 34% que tienen un Muy buen conocimiento y finalmente el 29% que consideran que tienen un conocimiento deficiente.

Cuadro N° 10

Utilización de escalas conocidas para la valoración de la piel y riesgo de úlceras de presión

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	80%
No	8	20%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 10



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 10 observamos que el mayor porcentaje de profesionales encuestados 80% indican que conocen y utilizan las escalas conocidas para la valoración de la piel y el riesgo de úlceras de presión, mientras que el 20% no conocen estas escalas lo cual no significa que no las usen ya que las aplican de modo empírico

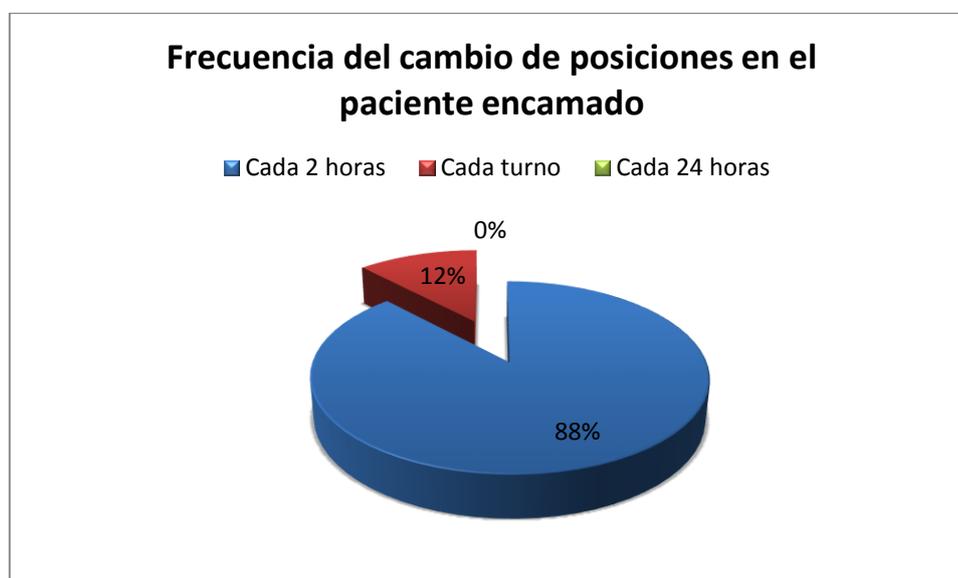
Cuadro N° 11
Frecuencia del cambio de posiciones en el paciente encamado

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Cada 2 horas	36	88%
Cada turno	5	12%
Cada 24 horas	0	0%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por: Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 11



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 8 se puede observar que el mayor porcentaje de profesionales encuestados 88% manifiestan que el cambio de posición en el paciente con encamamiento prolongado se debe realizar cada 2 horas y el menor porcentaje 12% piensan que se debe realizar cada turno.

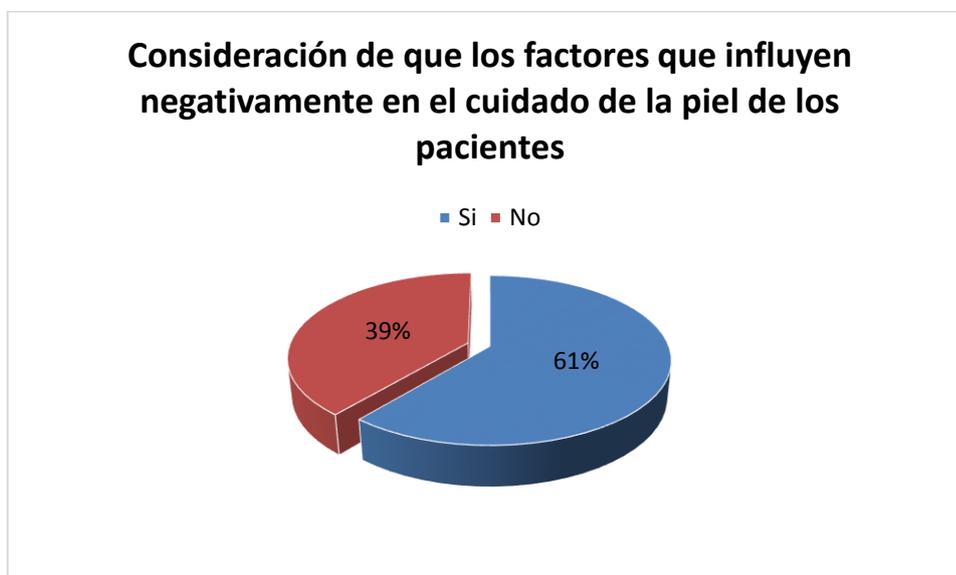
Cuadro N° 12

Consideración de que los factores que influyen negativamente en el cuidado de la piel de los pacientes

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	61%
No	16	39%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 12



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 12 se puede observar que el 61% de los profesionales encuestados manifestaron que si influyen negativamente en el cuidado de la piel los factores como la falta de personal de los es la principal de las causas seguido de una falta de protocolos, mientras que el 39% del personal encuestado piensa que estos factores no afecta ni influye en el cuidado de la piel del paciente.

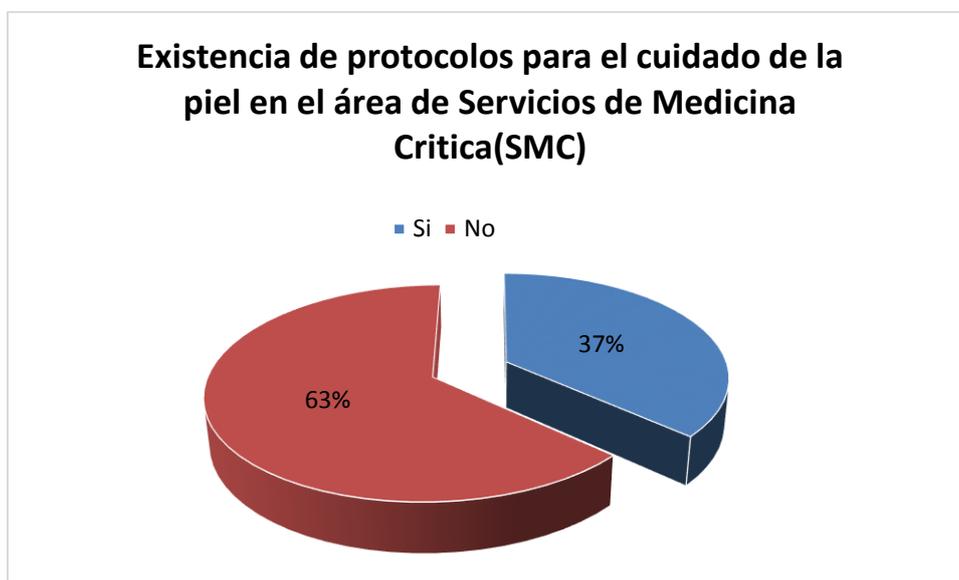
Cuadro N° 13

Existencia de protocolos para el cuidado de la piel en el área de Servicios de Medicina Critica(SMC)

Descripcion	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	37%
No	26	63%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 13



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería
Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 13 se puede observar que el 63% de los profesionales encuestados refieren que no existen o no conocen protocolos para el cuidado de la piel en el área de Servicios de Medicina Critica (SMC), mientras que el 37% refieren conocer de la existencia de protocolos sobre el cuidado de la piel pero no lo aplican.

Cuadro N° 14

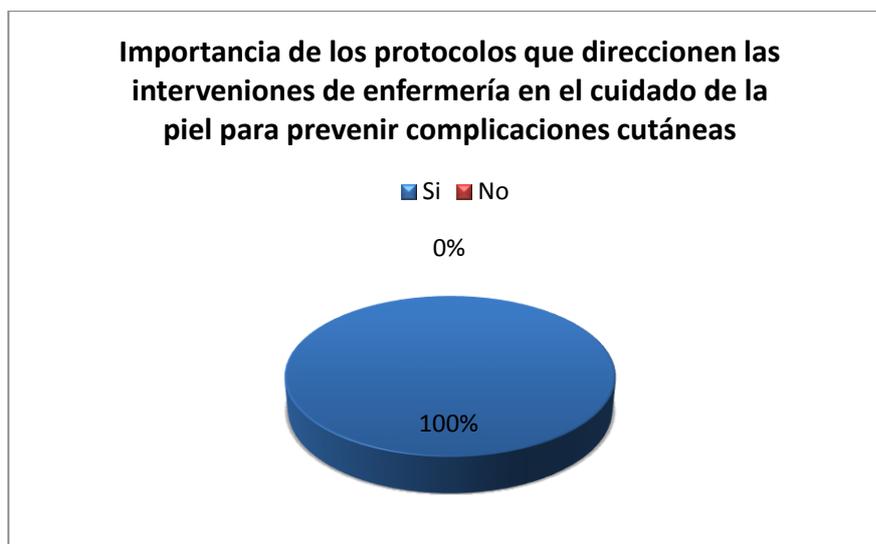
Importancia de los protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería en el cuidado de la piel para prevenir complicaciones cutáneas

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	41	0%
No	0	100%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por: Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 14



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 14 se puede observar que el 100% de los profesionales encuestados manifestaron que es importante la aplicación de protocolos que direccionen las intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel en la prevención de complicaciones cutáneas

Cuadro N° 15

Importancia de los cambios de posición de los pacientes encamados

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	41	100%
No	0	0%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por: Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 15



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N°15 podemos observar que el 100% de los profesionales encuestados en el servicio de medicina crítica del Hospital Luis Vernaza consideran que es importante los cambios de posición en los pacientes con encamamiento prolongado.

Cuadro N° 16

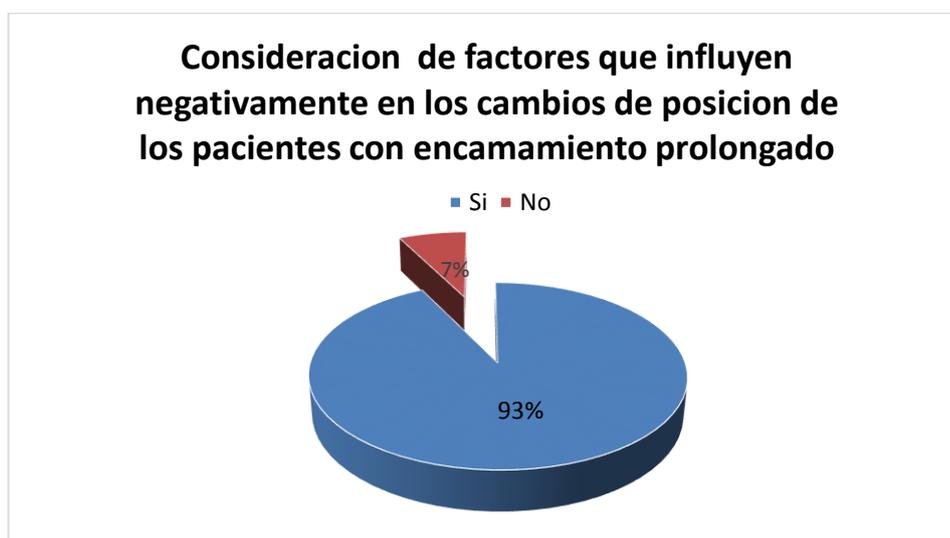
Consideración de factores que influyen negativamente en los cambios de posición de los pacientes con encamamiento prolongado

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	93%
No	3	7%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Gráfico N° 16



Fuente: Encuesta realizada a los Profesionales de Enfermería

Elaborado por Emma Ortiz Martínez-Rostí Ortega Flores

Análisis: En el gráfico N° 16 se puede observar que el 93% de los profesionales de enfermería encuestados reconocen la existencia de factores que influyen negativamente en los cambios de posición de los pacientes con encamamiento prolongado, siendo la principal causa elegida la escases de personal asignado por turno y seguida a esta la negligencia del personal profesional y auxiliar de enfermería, mientras que un 7% no considera estas causas como factores que influyan negativamente en los cambios de posición.

ANEXO N° 7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LAS ENCUESTAS



MOMENTO EN QUE SE REALIZA LAS ENCUESTAS



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LAS ENCUESTAS



MOMENTO EN QUE SE REALIZA LAS ESCUESTAS

