DISTRIBUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ÚLCERAS POR PRESION SEGÚN LA ESCALA DE BRADEN, Y APLICACIÓN DE CUIDADOS ESPECÍFICOS PARA PREVENIR SU APARICIÓN, PÒR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA
PRIMER PERIODO DEL 2005

Naidú Gómez
Inés Jiménez
Dubis Larrada
Doris Molinares
Nasly Orozco
Lisseth Vásquez

Asesora:

Enf. Tayde Monterrosa

Trabajo presentado como requisito
Final en la asignatura "Proyecto de Investigación"

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BARRANQUILLA
2005

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

031249

EF
#0157

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA
No INVENTARIO 031269
PRECIO
FECHA 01-16-2008
CANJE
DONACION

DISTRIBUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ÚLCERAS POR PRESION SEGÚN LA ESCALA DE BRADEN, Y APLICACIÓN DE CUIDADOS ESPECÍFICOS PARA PREVENIR SU APARICIÓN, PÒR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA. PRIMER PERIODO DEL 2005

Naidú Gómez
Inés Jiménez
Dubis Larrada
Doris Molinares
Nasly Orozco
Lisseth Vásquez

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BARRANQUILLA
2005

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Nota de aceptación:

Firma del Jurado

Barranquilla, Noviembre 21 de 2005

AGRADECIMIENTOS

"La realización de este trabajo no hubiera sido posible sin el concurso del personal del Hospital General de Barranquilla, quienes en todo momento facilitaron las herramientas necesarias para diseñar y recolectar la información plasmada en este documento, que es un testigo del esfuerzo por mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de la búsqueda de soluciones cada vez más óptimas, y de contribuir con evidencias científicas al saber en el campo de la salud"

DEDICATORIA

"A nuestros padres, hermanos y profesores, quienes con su apoyo incondicional marcaron el camino para seguir adelante en la ruta por convertirnos en enfermeras."

TABLE DE CONTENIDO

Pág.

LISTA DE TABLA....7
LISTA DE GRAFICAS....9
INTRODUCCION....11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA....12
2. JUSTIFICACIÓN....14
3. OBJETIVOS....16
3.1 OBJETIVO GENERAL....16
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS....16
4. PROPOSITO....17
5. MARCO TEORICO....18
5.1 ÚLCERAS POR PRESION....18
5.1.1 Etiopatogenia....18
5.1.2 Estadio de las Úlceras....19
5.3 PREVENCIÓN DE FACTORES RIESGO SEGÚN LA ESCALA DE BRADEN 21
5.5 ESCALA DE BRADEN PARA EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESION ...23
5.6 PLAN DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA....27
5.6.1 Medidas preventivas según la escala de Braden....27
6. DISEÑO METODOLOGICO....32
6.1 TIPO DE ESTUDIO....32
6.2 POBLACIÓN....32
6.2.1 Universo....32
6.2.2 Unidad de Análisis....32
6.2.3 Operacionalización de variables:....32
6.3 RECOLECCION DE DATOS....33
6.4 FUENTES DE INFORMACIÓN....33
6.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS....33
6.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO....33

HEMEROTECA
BARRANQUILLA

6.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION: 36
6.8 PRESENTACION DE LA INFROMACION 36
6.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACION 36
7. RESULTADOS 37
7.1 OBSERVACIÓN DIRECTA DE PACIENTES EN MEDICINA INTERNA 37
7.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA 47
8. DISCUSION 50
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 55
BIBLIOGRAFÍA 57
A N E X O S 60
ANEXO 1. CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES 60
ANEXO 2. PRESUPUESTO GENERAL 61
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CHEQUEO 62
ANEXO 4. ENTREVISTA REALIZADA A ENFERMERAS 64
ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 67

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Distribución de frecuencia del riesgo para úlceras por presión según la edad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General de Barranquilla. primer periodo del 2005 37

Tabla 2. Distribución de frecuencia según el sexo para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital General de Barranquilla primer periodo 2005 38

Tabla 3. Distribución de frecuencia según la zona de localización para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005 39

Tabla 4. Distribución de frecuencia de estancia hospitalaria para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005 40

Tabla 5. Distribución de frecuencia según el grado de movilidad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005 41

Tabla 6. Distribución de frecuencia según el grado de humedad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005 42

Tabla 7. Distribución de frecuencia según el grado de actividad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005 43

Tabla 8. Distribución de frecuencia según el grado de nutrición del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005 44

Tabla 9. Distribución de frecuencia según el grado de percepción sensorial del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005 45

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son producidas por la prolongada coacción ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando ulceración y necrosis del tejido involucrado. Se presentan con mayor frecuencia en la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas. Entre los principales factores de riesgo que favorecen su desarrollo se encuentran: edad, déficit nutricional, inmovilidad, fricción, diabetes, estado mental y humedad.[1] En general, los pacientes que más frecuentemente presentan úlceras por presión son aquellos de edad avanzada, postrados por períodos prolongados en condiciones de inmovilidad. Esta situación se observa principalmente en los servicios de cuidados intensivos o neurología. La tendencia a infectarse que tienen estas lesiones, provoca, no solamente problemas de salud al paciente, sino que también una prolongación de la estadía hospitalaria y un incremento en los costos de hospitalización. Además, la incidencia de las úlceras por presión, como reconoce la OMS, refleja la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país

Para una identificación objetiva y precisa del riesgo de presentar úlceras por presión se han desarrollado diversas escalas. Una de las más utilizadas es la de Braden, la cual ha sido validada en diferentes escenarios. Para analizar la población en riesgo de desarrollar úlceras por presión y, de esta manera, manejar en forma más focalizada los recursos médicos y de enfermería, se diseñó un estudio con el objeto de evaluar en nuestro medio la utilidad de instrumento de Braden y sus medidas preventivas.[2]

---

[1] Escobar Bravo M. Úlceras por presión en atención primaria. Frecuencia y características.1998.

[2] http:// www.fisterra.com.ulcera

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes que presentan riesgo de padecer úlceras por presión constituyen un área importante del cuidado de la enfermera, quien brinda atención a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria.

En el Hospital General De Barranquilla, se observa que los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna tienen un alto riesgo de padecer úlceras por presión, debido a las condiciones físicas tales como: desnutrición, falta de movilidad, estancia hospitalaria prolongada, poca percepción sensorial, infraestructura inadecuada: mala ventilación, poca luz, camillas fijas y sin barandas de seguridad , colchones inadecuados, falta de sabanas, y por los déficit presentados en los cuidados de enfermería, siendo los siguientes los mas relevantes: falta de evaluación de la piel , cambio de posición, realización de ejercicios activos o pasivos en miembros superiores e inferiores, la no utilización de barandas protectoras, control de pesos diario, humedad constante en genitales etc.

No obstante se sabe que el 95% de los casos presentados se pueden prevenir a través de un buen manejo por parte de enfermería realizando una valoración de la piel y aplicando la Escala de Braden de 48 a 72 horas posteriores a la hospitalización y periódicamente según el estado del paciente.[3]

La Escala de Braden permite hacer una valoración temprana evitando la aparición de lesiones por presión o minimizando sus efectos, Esta contempla seis(6) variables que son: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y descamación, cada una se mide de menor a mayor de 1-4 excepto la

[3] http://www.enfermeria2.com

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

variable de fricción y descamación que tiene de 1-3 para un puntaje total máximo de 23 puntos.[4]

Por todas estas razones ésta investigación se encaminó a clasificar el riego que tiene los pacientes de padecer úlceras por presión y contribuir a disminuir el riesgo de estas, mediante el desarrollo de un proyecto de investigación de los cuidados de enfermería de las úlceras por presión según la Escala de Braden, surgiendo el siguiente interrogante:

¿Cuál es la distribución de los factores de riesgo asociados a úlceras por presión según la escala de Braden y cómo es el cuidado específico para prevenirlas, por parte de las enfermeras del servicio de medicina interna del Hospital General de Barranquilla primer periodo del 2005?.

[4] http:// www.fisterra.com.ulcera

2. JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión conllevan un daño físico que genera un importante sufrimiento para el paciente, un aumento considerable del tiempo de hospitalización, y un incremento del gasto sanitario.

La incidencia de las úlceras por presión en los países anglosajones es considerable. Se estima que las padecen entre un 3% y un l0% de los pacientes ingresados en los hospitales, apareciendo con mayor frecuencia en las primeras semanas (70% de los casos) de hospitalización.[5] En los hospitales españoles la incidencia global de úlceras se aproxima a un 8%.[6] En Colombia, aunque los estudios aun son fragmentados, se habla de que la incidencia hospitalaria es alrededor de un 25%.[7] En Barranquilla no hay datos concretos al respecto, pero se sabe que en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla, sitio en el cual se desarrolló la presente investigación, durante los meses de enero a junio de 2005, de 53 pacientes observados 23 presentaban úlceras, lo que corresponde a un 43.3% de los pacientes tomados como muestra, de los cuales 49% eran hombres. Aunque no hay datos con respecto a la variable del sitio de aparición, se estima que la gran mayoría afecta la región lumbo sacra y en menor proporción la región trocanterea, talones y zona escapular

La prevención oportuna de las úlceras por decúbito depende de la correcta evaluación de los factores de riesgos estrechamente ligados con la aparición de úlceras por presión, especialmente en los departamentos de hospitalización en

---

[5] tone.udea.edu.co/revista/mar99/úlceras.htm

[6] Artieda González-Granda C, Arribas Blanco JM. Manual de sugerencias en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión dirigido a enfermería. Madrid: 1996

[7] www.nlm.nin.gov/medlineplus/.com

medicina interna y cirugía, tales como: edad, sexo, estancia hospitalaria, entre otros.

La Estancia Hospitalaria se define así: Es la cantidad de tiempo en promedio de días que demora un paciente ocupando una cama hospitalaria en un determinado periodo, ya fuere días, meses o años. Según la escala de Braden se deben estudiar otros factores importantes, como: humedad, actividad, movilidad, nutrición, percepción sensorial y fricción o descamación[8] para realizar un plan de cuidados necesario y eficaz para evitar la aparición de las mismas. Algunas medidas preventivas utilizadas actualmente por el personal de salud, especialmente de enfermería, con resultados positivos, encontramos: los cambios de posición cada 2 horas, valoración y lubricación de la piel, masajes corporales, protectores tipo bolsas de agua, sábanas de movimientos, mantener un correcto arreglo de cama para evitar la formación de pliegues o arrugas de las sabanas, y mantener al paciente en correctas condiciones de higiene.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERALES

- Determinar la distribución de frecuencias de factores de riesgo asociados a úlceras por presión según la escala de Braden. servicio de medicina interna hospital general de Barranquilla primer periodo del 2005

- Determinar la aplicación de cuidados específicos para prevenir la aparición de úlceras por presión, por parte del personal de enfermería servicio de medicina interna hospital general de Barranquilla primer periodo del 2005

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la incidencia de úlceras por presión en relación con la edad.
- Determinar la incidencia de ulcera por presión en relación con el sexo.
- Determinar sitio de localización mas frecuente para la aparición de úlceras por presión en los pacientes objeto de estudio.
- Determinar la relación entre la estancia hospitalaria y la aparición de úlceras por presión en los pacientes objetos de estudios.
- Aplicar la escala de Braden para determinar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en los pacientes objetos de estudio.
- Determinar la aplicación de los cuidados preventivos según la escala de Braden
- Establecer la existencia de protocolo, guías de manejo y estándares que permitan unificar criterios en el manejo de los pacientes objeto de estudio.

4. PROPOSITO

El propósito de la presente investigación es recopilar información para desarrollar parámetros o estándares que permitan clasificar los factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión según la escala de Braden para caracterizar los cuidados de enfermerías en los pacientes con riesgo de desarrollarlas. De tal manera que el cuidado de enfermería permita garantizar la calidad en la atención al paciente en procura de un impacto positivo en su salud y en la mejoría de su calidad de vida.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

5. MARCO TEORICO

5.1 ÚLCERAS POR PRESION

Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23 % de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.

5.1.1 Etiopatogenia.

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

La localización más frecuente de las úlceras por presión son las prominencias óseas: sacro, cóccix, tuberosidades isquiáticas, trocánteres, codos, talones, escápulas, maléolo interno y externo, región occipital, pabellón auricular y platillos tibiales.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

5.1.2 Estadio de las Úlceras

Se presentan como un espectro que va desde la placa eritematosa hasta la exposición ósea. Según su manifestación se clasifican en cuatro estadios:

Estadio I

Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Afecta a la epidermis. En este estadio aparecen eritema debido a la vasodilatación capilar y espasmo arterial como consecuencia de la dilatación de las arteriolas. Paralelamente existe un aumento de la permeabilidad capilar, que contribuye a la formación de edema, espasmo y prurito.

Eritema que no desaparece con la digito presión, piel intacta, lesión que anuncia la ulceración de la piel. En personas con piel oscura, la presencia de decoloración de la piel, calor, edema e induración también pueden ser indicadores de este estadio.

Estadio II

Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial, aparece destrucción del tejido superficial y/o profundo de la piel, y hay una alteración en los impulsos nerviosos hacia la zona afectada y una inhibición del riego sanguíneo, con lo que se suprime el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos, produciéndose anoxia celular, Esto produce pérdida del tono capilar con extravasación de plasma, células, catabólicos y sustancias tóxicas que aumentan la formación del eritema y de las ampollas, provocando finalmente la aparición de flictenas. Existe pérdida parcial del grosor de la piel que afecta la epidermis o la dermis.

Estadio III

Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando hasta incluso la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico. Aparece necrosis tisular, con afectación del tejido celular subcutáneo, Este forma una costra de color negro llamada escara. Existe pérdida total del grosor de la piel.

Estadio IV

Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén (por Ej. : tendón cápsula articular). Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos. En este estadio persiste la necrosis tisular alcanzando zonas más profundas, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos e incluso vasos y nervios. Enfermería Medico-Quirúrgica.[8]

5.2 FACTORES DE RIESGO

La presencia de un sólo factor contribuyente, o de riesgo, debe alertar al profesional de enfermería sobre la posible formación de una úlcera, pero se debe tener en cuenta que cuantos más factores de riesgo se den de forma asociada, mayor será el riesgo de formación de ésta.

En relación con la gran cantidad de factores de riesgo, y a la combinación múltiple que puede existir en la aparición de úlceras. Se hace necesario el establecimiento de sistemas que permitan de forma rápida y eficaz conocer el estado del paciente con relación a la posible aparición de úlceras por presión.

8 Revista española de gerontología, Úlcera por decúbito; Factores de riesgo; Prevención de enfermedades; Postura

Entre Los factores de riesgo mas relevantes encontramos: La edad, Sexo, La estancia hospitalaria que se define como: Es la cantidad de tiempo en promedio de días que demora un paciente ocupando una cama hospitalaria en un determinado periodo, ya fuere días meses o años.

Se califica según los siguientes criterios:

- Excelente 4 : 1-3 días
- Bueno 3 : 4-6
- Regular 2 : 7-9
- Malo 1 : mayor 9

La humedad, movilidad, actividad, nutrición percepción sensorial, fricción que serán evaluados según la Escala de Braden

5.3 PREVENCIÓN DE FACTORES RIESGO SEGÚN LA ESCALA DE BRADEN

Se ha demostrado que para provocar una úlcera es más decisiva la continuidad de la presión que la intensidad de ésta; de hecho, para provocar una úlcera bastaría una presión suave sobre un punto de la piel durante un tiempo prolongado, por ejemplo, 2 horas.

Para combatir estas úlceras debemos: identificar los pacientes de alto riesgo e instaurar unas medidas preventivas, apropiadas adecuadas y correctas no requieren mucho tiempo y presentan pocas dificultades. El mejor tratamiento para las úlceras par presión es la prevención. La identificación y debida clasificación del riesgo permite definir las estrategias del manejo integral de

enfermería. Entre los pacientes con alto riesgo de padecer úlceras por presión encontramos los que tienen una larga estancia hospitalaria.[9]

Existen numerosas escalas para medir y clasificar el riesgo; sin embargo las de Norton y de Braden son las más utilizadas, puesto que permiten cuantificar la magnitud de cada factor de riesgo y han sido probadas ampliamente.[10]

La escala de Braden permite hacer una valoración temprana, evitando la aparición de lesiones por presión, o minimizando sus efectos. Contempla seis subescalas : percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, y fricción y descamación cada una se mide de menor a mayor de uno (1) a cuatro (4) excepto en la subescala de fricción y descamación que solo tiene valores de uno (1) a tres (3), para un puntaje total máximo de 23.[11]

5.4 CLASIFICACION DEL RIESGO SEGÚN PUNTAJE

- Puntaje: 1-12 clasifican riesgo alto
- Puntaje: 13 y 14 clasifican riesgo moderado
- Puntaje 15-16 siempre y cuando sean menores de 75 años clasifican en riesgo bajo
- Puntaje: 15-18 si es igual o mayor de 75 años Clasifican en riesgo bajo

En esta investigación se tomará la escala de Braden para realizar la evaluación de los pacientes con riesgos de padecer úlceras por presión y así caracterizar factores de riesgo para la prevención de las úlceras por presión.

[9] http:// www.fisterra.com.ulcera

[10] Idem

[11] Idem

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA

5.5 ESCALA DE BRADEN PARA PREDECIR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESION

Alto riesgo total: <12

Riesgo Moderado: Puntuación total 13-14 puntos

Riesgo Bajo: puntuación total 15-16< 75 años y de 15-18 si es > de 75 años

HUMEDAD	1	2	3	4
Grado en que la piel de la persona esta expuesta a la humedad	**Constantemente Húmedo** Estado en el que el individuo esta constantemente húmedo por los diferentes fluidos	**Húmedo** Grado en el que el individuo esta algunas veces húmedo	**Rara vez húmedo** Esta usualmente seca la ropa solamente se cambia en los intervalos de rutina	**Seco** Grado en que el individuo permanece seco debido a sus capacidades

MOVILIDAD	1	2	3	4
Habilidad para cambiar y controlar las posiciones del cuerpo	**Completamente Inmóvil.** No puede hacer el cambio en la posición de su cuerpo o extremidades sin asistencia	**Muy limitado Ocasionalmente** Realiza cambio en la posición de su cuerpo o extremidades pero es incapaz de realizar cambios frecuentes o significativos independientemente	**Escasamente limitado** Realiza frecuentemente aunque ligeramente limitados cambios en la posición de su cuerpo y extremidades con independencia	**No hay Limitaciones** Realiza mayores y mas frecuentemente cambios sin asistencia

ACTIVIDAD	1	2	3	4
	Acostado	**Sentado**	**Camina ocasionalmente**	**Camina frecuentemente**
Grado de actividad física	Confiado a la cama	Habilidad para caminar severamente limitada o no existe. No puede soportar por si mismo su peso y/o necesita ayuda para pasar a la silla de ruedas	Durante el días pero muy pocas cortas distancias, con o sin asistencia, pasa la mayor parte del tiempo del turno en silla de rueda o en la cama	Camina fuera de la habitación por lo menos dos veces al día y dentro de la habitación por lo menos cada dos horas en las horas diurnas

NUTRICION	1	2	3	4
	Muy pobre	**Muy limitado**	**Adecuada**	**Como todas las comidas**
Consumo modelo de comida	Nunca come la comida completa y generalmente como solo la mitad de la comida ofrecida. Rara vez coma mas 1/3 parte de la comida ofrecida. Come 2 o menos porciones de proteínas (carne), lácteo por día. Toma poco liquido. No toma suplementos alimenticios o tiene nada vía oral o líquidos claros o líquidos intravenoso por mas de cinco (5) días	Rara vez come una comida completa y generalmente como solo la mitad de la comida ofrecida. Solamente come tres porciones de proteínas al día. Ocasionalmente toma suplemento alimenticio o recibe menor cantidad a la optima dieta liquida o alimentación enteral.	Come más de la mitad de las comidas. Come un total de cuatro porciones de proteínas cada día. Ocasionalmente refuerza su alimentación pero siempre roma los suplementos ofrecidos o tiene régimen de alimentación enteral o parenteral para cubrir todas sus necesidades nutricionales.	Nunca deja nada. Come un total de cuatro o mas porciones de proteínas (carne, productos lácteos al día. Ocasionalmente como entre comidas. No necesita suplemento alimenticio.

HEMEROTECA
BARRANQUILLA

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1	2	3	4
Habilidad para responder significativamente la presión relacionada con la incomodidad	**Completamente limitado** No responde(no se queja, no rechaza, no agarra) a estímulos dolorosos, debido a la disminución en los niveles de conciencia o sedición o habilidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie	**Muy limitado** Responde solamente a estímulos dolorosos. No comunica incomodidad excepto con quejidos o inquietudes o tiene un daño sensorial que limita la habilidad de sentir dolor o incomodidad sobre la mitad del cuerpo	**Escasamente limitado** Responde a ordenes verbales pero no puede siempre comunicar su incomodidad o necesita ser volteado o tiene algún daño sensorial que limita la habilidad para sentir dolor o incomodidad en una o dos extremidades	**No hay limitaciones** Responde a ordenes verbales. No tiene déficit sensorial ni limitaciones en el deseo de sentir dolor o incomodidad

FRICCIÓN Y DESCAMACION	1	2	3
Roce continuo de la piel con otra(s) superficie(s), y caída del estrato córneo de la epidermis	**Problema** Requiere moderada a máxima asistencia en el movimiento. Es imposible que no resbale en las sabanas al levantarlo. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiere reposicionarlo con máxima asistencia. Hay espasticidad contracturas o movimientos agitados con constante fricción	**Problema potencial** Movimientos disminuidos requiere mínima asistencia. Durante el movimiento la piel probablemente resbala en alguna extensión sobre la sabana, la silla u otros aditamentos. Mantiene relativamente buena posición en la cama o la silla pero en algunas ocasiones se desliza hacia abajo	**Excelente** No hay problema aparente: los movimientos en la cama y la silla son independiente. Tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente en los movimientos. Mantiene buena posición en la cama o en la silla todo el tiempo [14]

5.6 PLAN DE ACCIÓN DE ENFERMERÍA

5.6.1 Medidas preventivas según la escala de Braden

La prevención es uno de los cuidados básicos de enfermería, este cuidado adquiere especial relevancia en los pacientes que ingresan a los servicios de hospitalización (medicina interna y unidades de cuidado intensivo, ya que dadas sus características gran parte de ellos son susceptibles de desarrollar úlceras por presión.

Evaluar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en el momento de la admisión hospitalaria, y aplicar la escala de Bramen 48- 72 horas posterior a la hospitalización y periódicamente, según la condición clínica del paciente. Todo paciente hospitalizado debe tener una evaluación sistemática de la piel por lo menos una vez cada seis horas, haciendo énfasis en las prominencias óseas, inspeccionando cada sitio de presión para valorar el estado e integridad de la piel, buscando signos tempranos de lesión, eritema, cambios de temperatura, fisuras, resequedad o humedad. Es importante tener en cuenta: los objetivos educativos específicos según las necesidades del paciente, establecer horarios para los cambios posturales, contar con un colchón especial, cojines, protectores, etc., utilizar técnicas de alineamiento corporal adecuadas y el uso de superficies especiales de apoyo, con el fin de disminuir la presión sobre las prominencias óseas susceptibles reduciendo así el riesgo de aparición de úlceras por presión. Teniendo en cuenta la Escala de Braden, se establecerán las siguientes medidas preventivas:[12]

Percepción sensorial: Se refiere a la habilidad para responder apropiadamente a la incomodidad que produce la presión de la piel. No esta limitada (4) escasamente limitada (3) medio limitada (2) Completamente limitado (1).

[12] http:// www. tone.udea.edu.co/revista/mar99/úlceras.htm

Cambios de posición cada 2 horas utilizando una postura corporal apropiada y funcional.

- Lubricación de la piel en cada cambio deposición, (cremas libres de alcohol, humectante, con lanolina, que forme película protectora y sea de fácil absorción).

- Evite los masajes sobre las prominencias óseas.

- Utilizar colchón antiescaras.

- Protectores de talones y codos

- Utilización de otros dispositivos de protección y soporte, como almohadas, cuñas de espuma, cojines, rollos.

- Colocar sábana de movimiento, desde la región axilar, hasta la región glútea.

- Colocar apósitos transparentes en estadio I y II o hidrocoloides en ulceración superficial.

- Evitar la humedad en la piel, especialmente en pliegues anatómicos: axilas, senos, ingles.

- Utilice dispositivos que eleven los talones para evitar la presión.

- Mantenga la alineación postural, distribuyendo el peso por medio de dispositivos de protección y soporte.

Humedad: Grado en que la piel de la persona esta expuesta a la humedad. Constantemente húmedo (1), húmedo (2) y ocasionalmente húmedo (3) Seco (4).

- Después de cada deposición y eliminación, se debe lavar el área perineal con agua y jabón.

- Cambiar el pañal según necesidad.

- Colocar crema protectora que contenga zinc para prevenir la dermatitis por contacto.
- En los hombres colocar preservativo conectado a un sistema colector tipo cistofló, teniendo en cuenta que sea el tamaño adecuado, que no haga torniquete y cambiarlo según necesidad.

- No utilizar cinta adhesiva para la sujeción del preservativo, valorar la presencia de secreción del meato urinario, color e integridad del glande.

- Evite la utilización de agua caliente y la exposición al frió.

Actividad: Grado de actividad física de la persona, acostado permanentemente (1), acostado parcialmente (2) sentado (3) y la persona camina ocasionalmente (4).

- Realizar cambios de posición

- Asistir al paciente en la dé ambulación.

- Realizar masajes corporales y cambios de posición cada dos horas

- Facilitarle caminador, muletas y bastón enseñando y verificando su uso adecuado.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

- Utilizar silla de baño, silla para eliminación y deposición, silla neurológica y silla de ruedas.
- Levantar al paciente de la cama y pasarlo a la silla utilizando la grúa.

- Realizar ejercicios activos y pasivos de miembros superiores e inferiores según indicación del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

- Verificar el cumplimiento del programa individualizado de terapia física.

- Estimular la deambulación dentro y fuera de la habitación en pacientes que pueden hacerlo.

Movilidad: Habilidad de la persona para cambiar y controlar las posiciones del cuerpo. Completamente inmóvil (1) muy limitado (2). Ligeramente limitado (3) movimientos activos (4).

- Colocar sábana de movimiento, desde la región axilar, hasta la región glútea.

- Programar cambios de posición cada 2 horas, mantener la tarjeta de cambio de posición en la habitación.

- Lubricación de la piel en cada cambia de posición, (cremas libres de alcohol, humectante, con lanolina, que forme película protectora y de fácil absorción).

- Valoración de la piel en cada cambia de posición.

- Movilizar el paciente en la cama.

- Evitar caídas accidentales manteniendo las barandas de la cama elevadas.
- Mantener tanto la sábana de la cama coma la sábana de movimiento sin pliegues.

- Evitar el deslizamiento del paciente en la cama (levantar la cabecera 300 y los pies 200).

Nutrición: Modelo de consumo de comida de la persona. Muy pobre (1), muy limitado (2), limitada (3) adecuada (4):

- Realizar control de ingesta diario y de líquidos.

- Sugerir la realización de una valoración nutricional.

- Controlar peso diario par medio de la pesa metabólica

- Asistencia en la dieta.

- Administración de nutrición enteral o parenteral.

Fricción y descamación: Roce continúo de la piel del paciente con elementos externos (ropa, sábanas, etc.) secundaros a la disminución en la actividad y en la movilidad. Problema (1) problema potencial (2) problema nulo (3) Aplicar las medidas preventivas recomendadas según el tipo de riesgo de cada paciente[13]

[13] http:// www. tone.udea.edu.co/revista/mar99/úlceras.htm

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Descriptivo, longitudinal.

6.2 POBLACIÓN

6.2.1 Universo

El universo estuvo conformado por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital General de Barranquilla con riesgo de padecer úlceras por presión durante el primer semestre 2005 (enero a junio), por un lado, y por otro lado, por el personal de enfermería de dicha institución que presta sus servicios en Medicina Interna. No se hizo cálculo de muestra, sino que, por conveniencia, se tomaron todos los individuos.

6.2.2 Unidad de Análisis

Se trabajó con dos unidades de análisis. Por un lado, cada unos de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital general de Barranquilla con riesgo de padecer úlceras por presión durante el primer semestre del 2005, y por otro lado, el personal de enfermería.

6.2.3 Operacionalización de variables:

Las variables estudiadas, se encuentran detalladas en el anexo 1. Son las siguientes: Estancia Hospitalaria, Edad, Sexo, Humedad, Movilidad, Actividad, Nutrición, Percepción sensorial, Fricción y descamación, Cuidados preventivos.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

6.3 RECOLECCION DE DATOS

Previa a la recolección de la información, se pasó una carta al director del hospital, solicitando autorización para la realización del estudio, con el fin de tener el apoyo y colaboración del personal.

6.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Primaria, Obtenida de los pacientes y de las enfermeras a través de un formulario, y de la observación directa.

6.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la observación directa a los pacientes y la aplicación de entrevistas a estos y a las enfermeras encargadas de brindar los cuidados a los pacientes hospitalizados.

6.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

A cada paciente se le realizó una valoración a través de la escala de Braden para su respectiva clasificación. Esta escala consta de seis subescalas que conceptualmente reflejan la percepción sensorial, el grado de humedad de la piel, el estado nutricional, la fricción o descamación, la actividad física y la movilidad. De las seis subescalas cinco se califican de 1 a 4 (menos favorable a más favorable), la subescala de fricción y descamación se califica de 1 a 3, para un puntaje total máximo de 23. Puntajes totales inferiores o iguales a 12 clasifican a las personas en alto riesgo para desarrollar úlceras por presión; puntajes totales entre 13 y 14 se clasifican en riesgo moderado; si el puntaje esta entre 15 y 16 clasifican en riesgo bajo siempre y cuando sea menor de 75 años o de 15-18, si es mayor o igual a 75 años los clasifica en riesgo alto.[14] (Anexos 4 y 5). Los datos informados por la literatura refieren la confiabilidad de la escala en 99 % cuando la

[14] http:// www. tone.udea.edu.co/revista/mar99/úlceras.htm

usan enfermeras graduadas, y en 83 % cuando la emplean auxiliares de enfermería.[15] El instrumento utilizado fue una lista de chequeo con los parámetros de la escala de Braden, aspectos de identificación del paciente y las medidas preventivas sugeridas por la escala de Braden.

La percepción sensorial evaluada en la valoración física del paciente, midió la capacidad para responder significativa y adecuadamente a estímulos de incomodidad como la presión. El grado de humedad de la piel se relacionó con la frecuencia e intensidad de la transpiración, presencia de incontinencia fecal o urinaria, y la exigencia de cambio de ropa de cama para conservar el ambiente seco. El grado de actividad física tuvo en cuenta si el enfermo permanecía en cama, en silla o caminaba. Aunque aparentemente iguales, la movilidad guardó relación con la autonomía de la persona para realizar cambios de posición o movilizarse.

En el patrón nutricional se evaluaron el tipo y la frecuencia del alimento ingerido. Todos los aspectos se valoraron directamente en o con el paciente y a través de una encuesta aplicada al personal de enfermería encargado de brindar los cuidados. El puntaje total de esta escala podía oscilar entre 4 y 23; las personas con valores iguales o menores a 16 se consideraron expuestas al riesgo.

Se clasificaron los pacientes en riesgo Alto Riesgo, Riesgo Moderado y Riesgo bajo según la escala de Braden. De igual forma se aplicó un cuestionario sobre los cuidados de enfermería brindados para la prevención de úlceras por presión al personal encargado de los cuidados del paciente en este servicio, para la elaboración del cuestionario se tuvieron en cuentas las medidas preventivas sugeridas por la escala de Braden para el manejo preventivos de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados como son: Lubricación de la piel, evita los

[15] BLUMEL M, Juan E, TIRADO G, Karina, SCHIELE M, Claudia *et al*. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en pacientes de larga estancia hospitalaria. *Rev. méd. Chile*, mayo 2004

masajes en prominencias óseas, utilización colchón antiescaras, utilización de protectores de talones, utilización otros dispositivos de protección y soporte, como almohadas, cuñas de espuma, cojines, rollos, colocación sábana de movimiento, desde la región axilar, hasta la región glútea, colocación apósitos transparentes en estadio I y II o hidrocoloides en ulceración superficial, evita la humedad en la piel, especialmente en pliegues anatómicos: axilas, senos, ingles, Utilización dispositivos que eleven los talones para evitar la presión, mantenimiento de la alineación postural, distribuyendo el peso por medio de dispositivos de protección y soporte, después de cada deposición y eliminación, lavado del área perineal con agua y jabón, cambio el pañal según necesidad, aplicación de crema protectora que contenga zinc para prevenir la dermatitis por contacto, Evita la utilización de agua caliente y la exposición al frío, realización cambios de posición, Asiste al paciente en la deambulación, realización masajes corporales y cambios de posición cada dos horas, facilitación de caminador, muletas y bastón enseñando y verificando su uso adecuado, realización ejercicios activos y pasivos de miembros superiores e inferiores según indicación de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Verificación el cumplimiento del programa individualizado de terapia física, Estimulación a la de ambulación dentro y fuera de la habitación en pacientes que pueden hacerlo, Valoración la piel en cada cambio de posición, Movilización el paciente en la cama, Evita caídas accidentales manteniendo las barandas de la cama elevadas, Mantenimiento la cama sin pliegues, Evita el deslizamiento del paciente en la cama (levantar la cabecera 30 y los pies 20), Realización control de ingesta diario y de líquidos, Sugiere la realización de una valoración nutricional, Controla el peso diario, Asistencia en la dieta, Administración de nutrición enteral , Administración de nutrición Parenteral, Existencia de guías o protocolo de manejo para la prevención de úlceras por presión.[16]

[16] tone.udea.edu.co/revista/mar99/úlceras.htm

6.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:

La información recopilada se procesó de manera manual.

6.8 PRESENTACION DE LA INFROMACION

La información se presenta en tablas de distribución de frecuencia y gráficos de barra y pie, de acuerdo a la naturaleza de cada variable.

6.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Los datos se analizaron mediante medidas de frecuencia como porcentajes y medidas de tendencia central como la media.

7. RESULTADOS

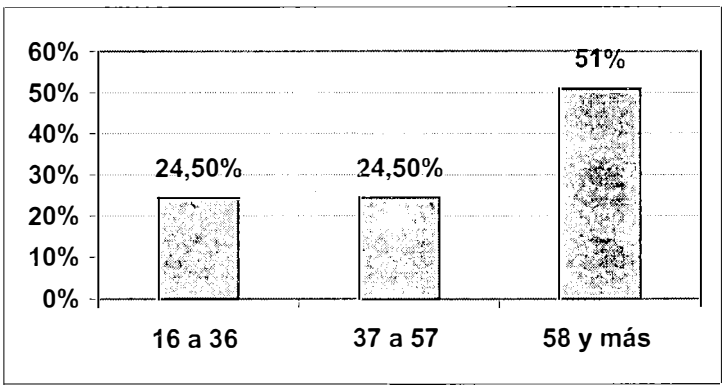
7.1 OBSERVACIÓN DIRECTA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

Tabla 1. Distribución de frecuencia del riesgo para úlceras por presión según la edad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General de Barranquilla. primer periodo del 2005

Edad	Frecuencia	%
16 – 36	13	24.5
37 – 57	13	24.5
58 y más	27	51
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de chequeo.

Grafica 1. Distribución de frecuencia del riesgo para úlceras por presión según la edad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna hospital general de Barranquilla primer periodo del 2005



Fuente. Tabla 1

Al analizar el rango por edades se observa que: el 51% de los pacientes tenían 58 y más años, lo que indica que el mayor porcentaje de los pacientes hospitalizados presentan riesgo de desarrollar úlceras por presión y el 49% de los pacientes tienen menos de 58 años.

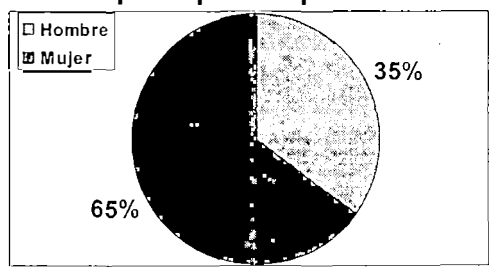
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Tabla 2. Distribución de frecuencia según el sexo para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital General de Barranquilla primer periodo 2005

PRESENCIA DE ÚLCERAS	Frecuencia Total	FREC con úlceras
Hombres	26 (49%)	15 (35%)
Mujeres	27 (51%)	18 (65%)
TOTAL	53	

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de chequeo.

Grafica 2. Distribución de frecuencia según el sexo para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital General de Barranquilla primer periodo 2005



Fuente. Tabla 2

Según el sexo, se observa que el problema es mayor en la población femenina con un 65% frente a un 35% en los hombres.

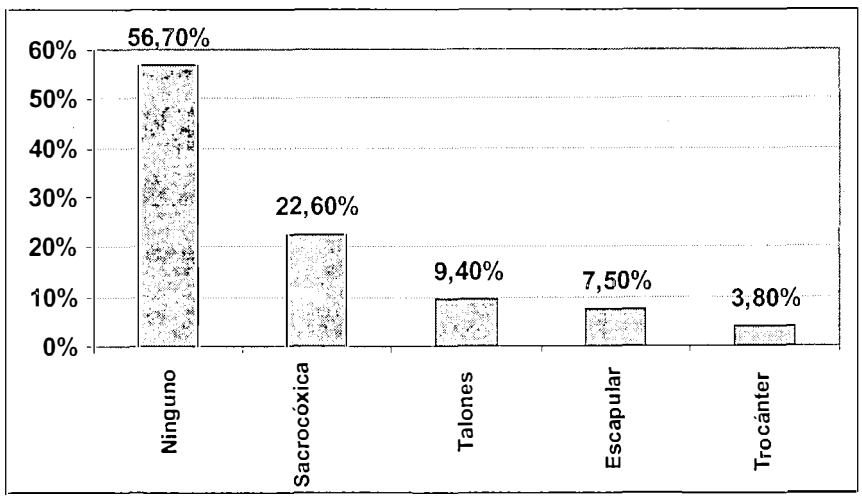
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Tabla 3. Distribución de frecuencia según la zona de localización para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005

Sitio	Frecuencia	%
Trocánter	2	3.8
Sacrocóxica	12	22.6
Escapular	4	7.5
Talones	5	9.4
Ninguno	30	56.7
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de chequeo

Grafica 3. Distribución de frecuencia según la zona de localización para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005



Fuente. Tabla 3

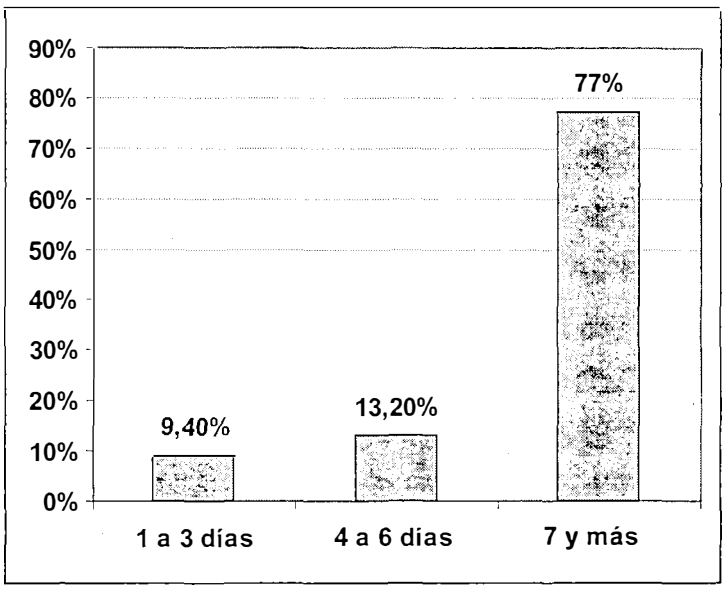
Según el sitio de localización se observa que la zona mas afectada es la sacrocoxica con el 22.6%, seguida de la región talonar con un 9.4%, escapular con 4.5% y por ultimo la zona de trocánteres con un 3.8%

Tabla 4. Distribución de frecuencia de estancia hospitalaria para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005

Estadía Hosp..	Frecuencia	%
1 – 3 días	5	9.4
4 – 6 días	7	13.2
7 y más	41	77.3
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de cheqeo

Grafica 4. Distribución de frecuencia de estancia hospitalaria para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005



Fuente. Tabla 4

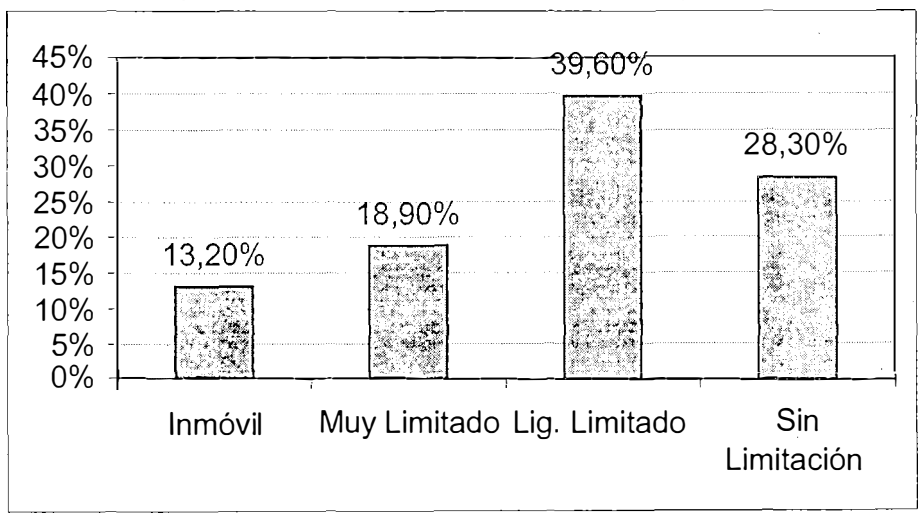
Según la estancia hospitalaria se observa que 77.3% de los pacientes hospitalizados tienen mas 7 y mas días y 32.7 % tienen menos de 7 y mas días.

Tabla 5. Distribución de frecuencia según el grado de movilidad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005

Grado Movilidad	Frecuencia	%
Completamente Inmóvil	7	13.2
Muy Limitado	10	18.9
Ligeramente Limitado	21	39.6
No hay Limitación	15	28.3
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla.

Grafica 5. Distribución de frecuencia según el grado de movilidad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005



Fuente. Tabla 5

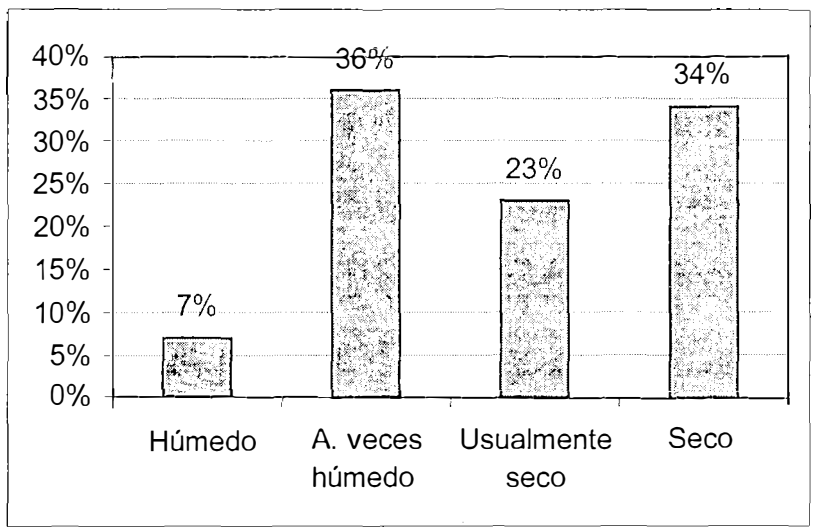
Según el grado de movilidad se observa que el 71.7 tienen limitación de movimiento y el 28.3 no tiene ninguna limitación de movimiento.

Tabla 6. Distribución de frecuencia según el grado de humedad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005

Grado Humedad	Frecuencia	%
Está constantemente húmedo	4	7
Algunas veces húmedo	19	36
Está usualmente seco, sólo se cambia en los intervalos de rutina	12	23
Está siempre seco	18	34
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de chequeo

Grafica 6. Distribución de frecuencia según el grado de humedad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005



Fuente. Tabla 6

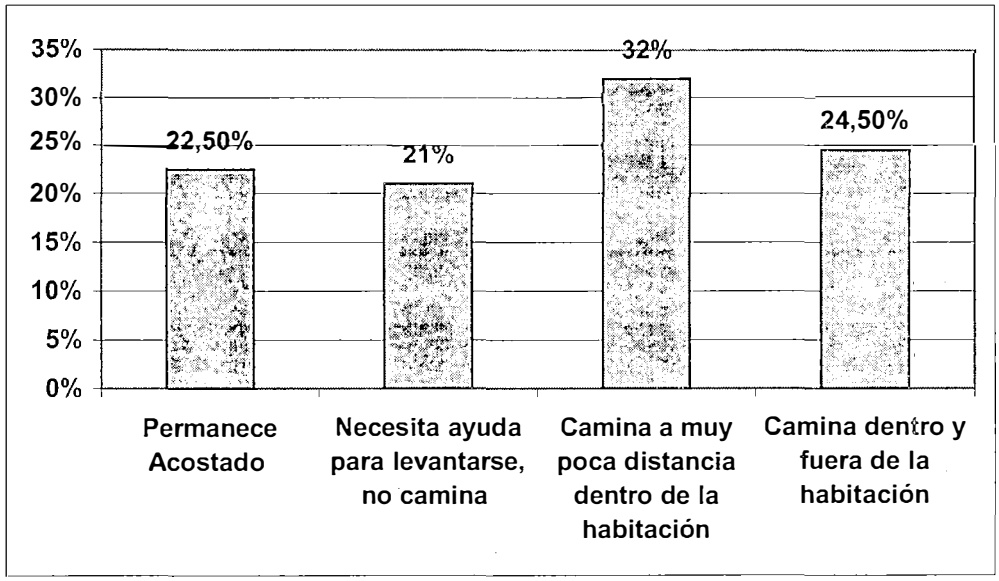
Según el grado de humedad el 43% de los pacientes hospitalizados tiene problemas con la humedad mientras el 57 no tienen problemas de humedad.

Tabla 7. Distribución de frecuencia según el grado de actividad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005

Grado Actividad	Frecuencia	%
Permanece Acostado	12	22.5
Necesita ayuda para levantarse, no camina	11	21
Camina a muy poca distancia dentro de la habitación	17	32
Camina dentro y fuera de la habitación	13	24.5
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla.

Grafica 7. Distribución de frecuencia según el grado de actividad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005



Fuente. Tabla 7

Según el grado de actividad 43.5 tienen limitaciones en la actividad y necesitan ayuda para caminar, mientras el 56.5 no presentan dificultad para caminar dentro o fulera de la habitación.

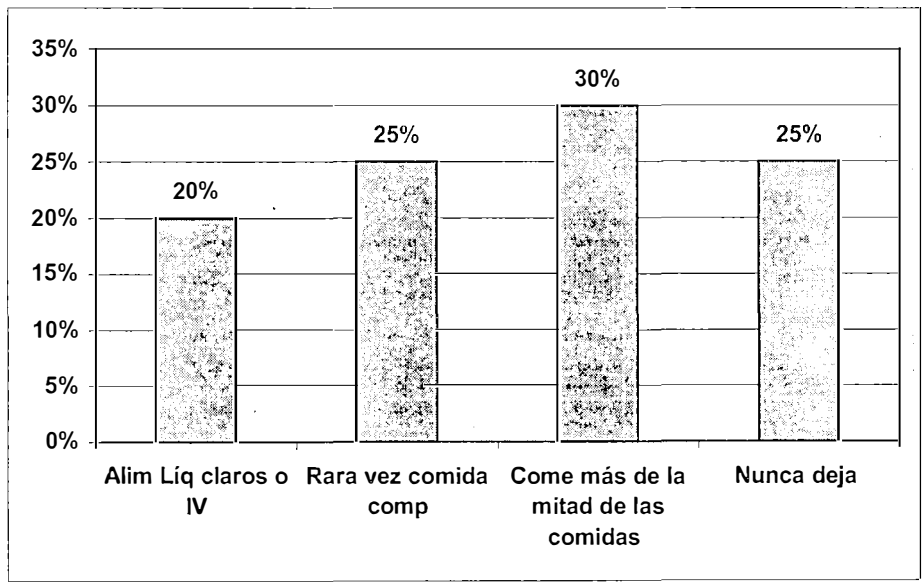
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Tabla 8. Distribución de frecuencia según el grado de nutrición del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005

Grado Nutrición	Frecuencia	%
Tiene alimentación con líquidos claros o líquidos intravenosos	11	20
Rara vez come una comida completa, más o media	13	25
Come más de la mitad de las comidas	16	30
Nunca deja nada	13	25
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de chequeo

Grafica 8. Distribución de frecuencia según el grado de actividad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005



Fuente. Tabla 8

Según el grado de nutrición el 45% tiene problemas con la alimentación, tiene líquidos claros y/o rara vez come menos de la mitad de las comidas, mientras el 55% no tiene problemas con la alimentación.

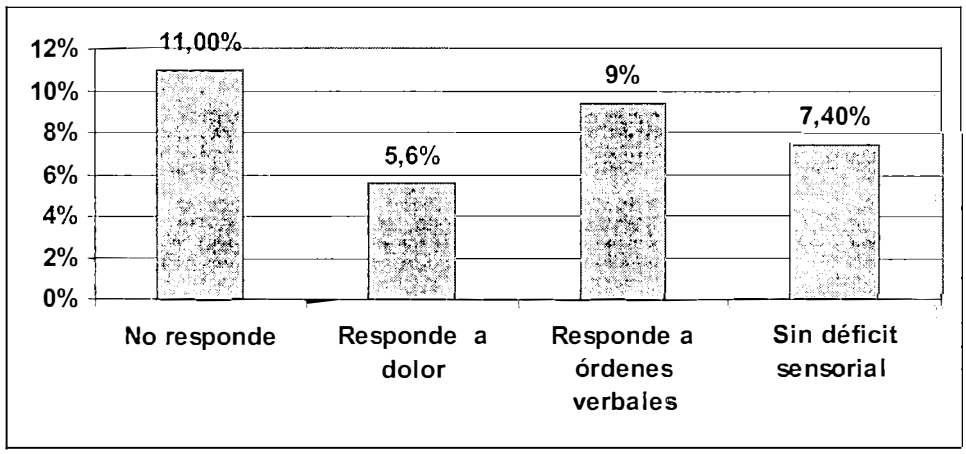
HEMEROTECA BARRANQUILLA

Tabla 9. Distribución de frecuencia según el grado de percepción sensorial del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005

Grado Percepción Sensorial	Frecuencia	%
No responde, no se queja, no agarra a estímulos	6	11
Responde solamente a estímulos dolorosos	3	5.6
Responde a órdenes verbales, pero no puede comunicar su incomodidad	5	9.4
Responde a órdenes verbales, no tiene déficit sensorial	39	74
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de cheqeo.

Grafica 9. Distribución de frecuencia según el grado de actividad del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla primer periodo del 2005



Fuente. Tabla 9

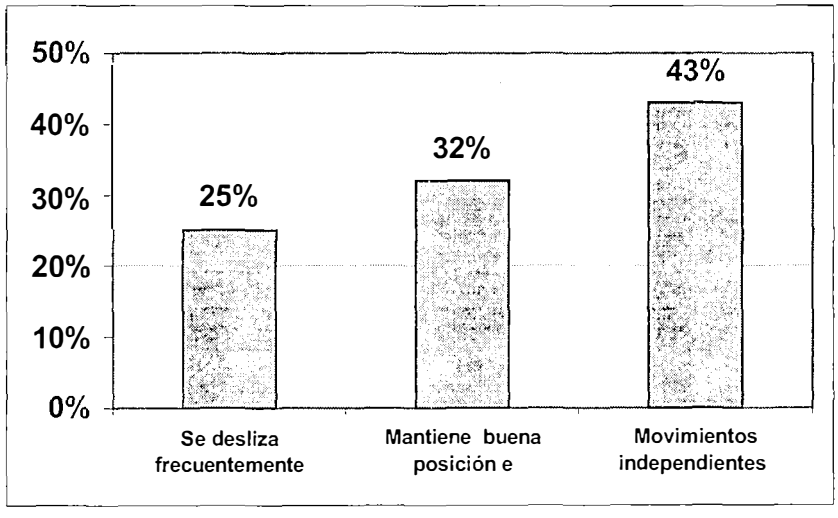
Según el grado de percepción el 26% tiene problemas de percepción y el 74% no tiene problemas.

Tabla 10. Distribución de frecuencia según el grado fricción y descamación del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005

Grado Fricción y Descamación	Frecuencia	%
Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla	13	25
Mantiene relativamente buena posición en la cama o en la silla, pero en alguna ocasión se desliza	17	32
No hay problema aparente, los movimientos en la silla y en la cama son independiente	23	43
TOTAL	53	100

Fuente. Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla lista de chequeo

Gráfica 10. Distribución de frecuencia según el grado fricción y descamación del paciente para la aparición de una ulcera por presión según la escala de Braden. Hospital de General de Barranquilla 1 periodo del 2005



Fuente. Tabla 10

Según el grado de fricción y descamación 57 % tienen problema de deslizamiento en cama o silla y el 43% no tiene problema de deslizamiento

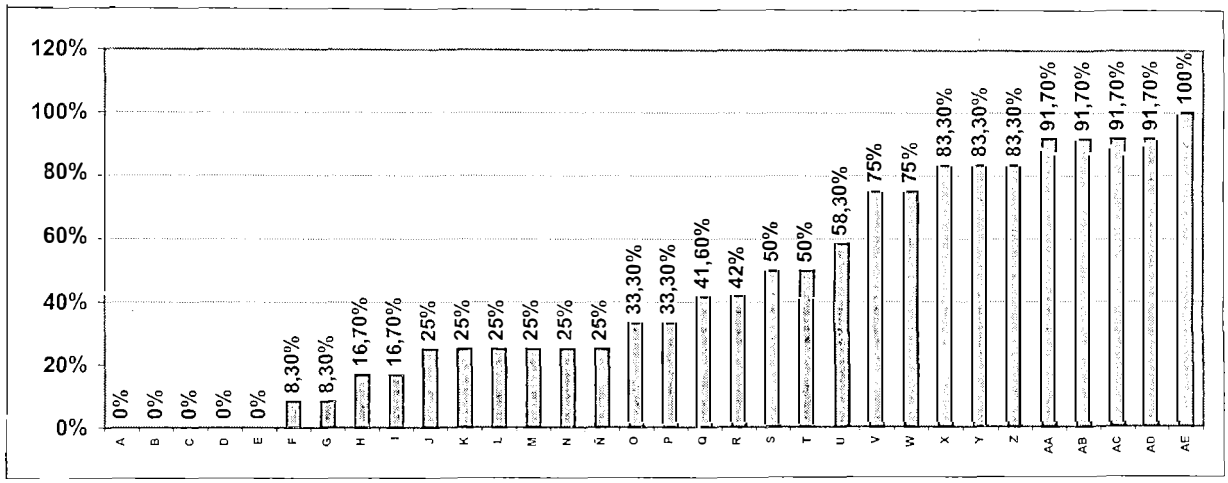
7.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tabla 11. Distribución de enfermeras que llevan a cabo medidas encaminadas prevenir la aparición de úlceras por presion

	Acción – Cuidado de enfermería en úlceras por presión	Nº	%
A	Utilización de colchón antiescaras	0	0%
B	Evitar caídas accidentales manteniendo las barandas de la cama elevadas	0	0%
C	Mantenimiento de la cama sin pliegues	0	0%
CH	Evitar el deslizamiento del paciente en la cama (levantar la cabecera 30º y los pies 20º)	0	0%
D	Administración de nutrición Parenteral	0	0%
E	Colocación de sábana de movimiento (zona axilar a glútea)	1	8,3%
F	Control diario del peso	1	8,3%
G	Utilización de otros dispositivos de protección y soporte	2	16,7%
H	Estimulación de la deambulación dentro y fuera de la habitación	2	16,7%
I	Utilización de protectores de talones	3	25%
J	Mantenimiento de la alineación postural	3	25%
K	lavado del área perineal después de cada deposición y eliminación	3	25%
L	Aplicación de crema protectora que contenga zinc para prevenir la dermatitis por contacto	3	25%
M	Realización de ejercicios activos y pasivos de miembros superiores e inferiores según indicación de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	3	25%
N	Verificación del cumplimiento del programa individualizado de terapia física	3	25%
Ñ	Colocación de apósitos transparentes en estadio I y II o hidrocoloides en ulceración superficial	4	33,3%
O	Utilización de dispositivos que eleven los talones para evitar la presión	4	33,3%
P	Facilitar caminador, muletas y bastón enseñando y verificando su uso adecuado	5	41,6%
Q	Control de ingesta diario y de líquidos	5	42%
R	Lubricar la piel en cada cambio de posición ((cremas libres de alcohol, humectante, con lanolina, que forme película protectora y sea de fácil absorción)	6	50%
S	Sugerir la realización de una valoración nutricional	6	50%
T	Realización de masajes corporales y cambios de posición cada dos horas	7	58,3%
U	Evitar la utilización de agua caliente y la exposición al frío,	9	75%
V	Asistencia en la dieta	9	75%
W	Evitar los masajes en prominencias óseas	10	83,3%
X	Valoración de la piel en cada cambio de posición	10	83,3%
Y	Administración de nutrición enteral	10	83,3%
Z	Evitar la humedad en la piel, especialmente en pliegues	11	91,7%
AA	Cambio del pañal según necesidad	11	91,7%
AB	Asistencia al paciente en la deambulación	11	91,7%
AC	Movilización del paciente en la cama	11	91,7%
AD	Realización de cambios de posición	12	100%

Fuente: Encuesta realizada a enfermeras del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Barranquilla

Gráfico 11. Distribución de enfermeras que llevan a cabo medidas encaminadas prevenir la aparición de úlceras por decúbito



Fuente: Tabla 11

De las Enfermeras encuestadas el 50%, no lubrican la piel; 16.7% no evitan los masajes en prominencias óseas; 75% no utiliza protectores de talones; 83.3% no utilizan otros dispositivos de protección y soporte; 91.7% no utilizan sabanas de movimiento; 66.7% no coloca apósitos transparentes; una no evita la humedad de la piel; 66.7% no utiliza dispositivos que elevan tolones para evitar presión; 75% no mantienen alineación postural.

De otro lado, 75% no lava el área perineal después de cada deposición; 8.3% no cambian el pañal; 75% no coloca crema protectora para prevenir dermatitis; 25% no evita la utilización de agua caliente y la exposición al frío; una no asisten al paciente a la deambulación; 41.6% no realizan masajes corporales; 58.3% no utilizan caminador, muletas y bastón; 75% no realizan ejercicios activos y pasivos a los pacientes.

Además, 75% no verifican el cumplimiento del programa; 83.3% no estimula la deambulación; 16.7% no valoran la piel en cada cambio de posición; ninguna mantiene la cama sin pliegues para evitar las úlceras por presión, ni evita el deslizamiento colocando la camilla a 30° y 20°, ni administra alimentación parenteral, ni utiliza colchón antiescaras.

58% no realiza control de ingesta de líquidos diarios, 50% no sugieren la valoración nutricional; 91.7% no controla peso diario; 25% no asisten al paciente en la dieta; 16.7% no administran nutrición enteral.

Como elemento netamente positivo, todas realizan cambios de posición el 100% no utiliza colchones antiescaras. Llama la atención que no existen protocolos, ni guías de manejo para la prevención de úlceras por presión en el Hospital General de Barranquilla.

8. DISCUSION

En Colombia, se han realizado pocos trabajos respecto a la incidencia y prevención del desarrollo de úlceras por presión, a pesar de la importancia médica y económica que estas lesiones implican. Nuestros resultados muestran que la incidencia de úlceras por presión es un problema frecuente en los pacientes hospitalizados en medicina interna de edad avanzada, segmento etario reconocido de mayor riesgo de presentar úlceras por presión y que presentan, además, una alta tasa de hospitalización Los resultados obtenidos por nosotros demuestran que, en nuestro medio, la escala de Braden es un instrumento capaz de predecir el riesgo de desarrollar úlceras por presión con una adecuada sensibilidad y especificidad. Sin embargo, los resultados de otros trabajos muestran un amplio rango de sensibilidades (entre 35-100%) debido, probablemente, a que fueron realizados en distintos ambientes y con poblaciones diferentes, por ejemplo, en pacientes hospitalizados, ancianos en casas de reposo, en atención primaria. El puntaje de corte para clasificar a los pacientes en grupos con y sin riesgo de desarrollar úlceras por presión no ha sido bien definido, diferentes estudios utilizan distintos puntos de corte.[17] El punto de corte utilizado en nuestro estudio fue de 15-16, que es el recomendado por los autores del instrumento y que además se encuentra avalado en diversos estudios, presentando una sensibilidad de 100%.[18] En nuestro estudio se valoró el riesgo a 53 personas hospitalizadas en el servicio de medicina interna del Hospital General de Barranquilla donde se encontraron; 25 con riesgo alto de las cuales 19 presentaron lesiones por presión, riesgo moderado 10 de los cuales 4 presentaron lesiones por presión y riesgo bajo 18 en donde 15 (65%) eran mujeres y 8 (35%) hombres con edades mayor a 48 años.

En un estudio realizado en el Servicio de Medicina Interna del HUV, entre octubre, 1991 y marzo 1992, se evaluaron 128 pacientes, encontrándose que de 21

[17] http/www.scielo.cl/cielo.php

[18] Idem

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión 14 las presentaron posteriormente, de los cuales el 72% fueron mujeres y el 28% fueron hombres, donde sus edades oscilaban entre 55 y mas años,[19] Tendencia que confirma la importancia de la edad en la susceptibilidad a las lesiones por la disminución paulatina en el tejido celular subcutáneo, en la flexibilidad y la elasticidad de la piel, al igual que el sexo femenino presenta mas riesgo debido a que tiene mas tejido adiposo.

Las edades oscilaban entre 16 y 75 años, distribuidas así: (24.5%) en el rango de 16 – 36 años (24.5%) en el rango de 37 – 57 años (51%) en el rango de 58 y mas.

En el estudio realizado por el HUV las edades oscilaban entre 35-54 (40%) 15-34 un (26%) y 55 y más (36%)[23]

Prominencias Óseas y Zonas Valoradas fueron la Región del sacro 12 (22.6%), Trocánteres 2 (3.8%), Talones 5 (9.4), Escápulas 4 (7.5).

En el estudio realizado por el HUV las zonas mas afectadas fueron la Sacrocoxica con un 42.2% y talón con un 42.2% y otras zonas con un 15.6%[24]. El sitio de las lesiones puede indicar que la posición predominante de los pacientes fue la supina, los escasos tejidos adiposos y circulatorios característicos de estas zonas, además de la fricción y la presión a las que usualmente se someten tales regiones, por su papel de apoyo, pudieron influir en estos resultados.

La Estancia hospitalaria oscilaban entre 1 - 7 días y más, distribuidas así: en el rango 1 – 3 días 5 (9.4%) rango 4 - 6 días 7(13.2) rango de 7 y mas días 41(77.3).

En un estudio prospectivo observacional realizado por el servio de medicina interna del El Hospital Barros Luco-Trudeau de chile demuestra que la estancia hospitalaria el mayor rango fue de más de 67 días [25]. Tendencia a confirmar que

[19] http//colombiamedica.univalle.edu.co

la larga estancia hospitalaria contribuye para que se aumente el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Entre los que presentaron lesiones, el factor que más aportó al riesgo fue la fricción en 90 % de los casos a diferencia del estudio realizado por el HUV donde la fricción estuvo presente el 100% de los casos[26]; este factor es de interés, pues por lo general se presenta con el empleo de técnicas inapropiadas de movilización; en algunos casos se debe a escasez de recurso humano para dar la atención apropiada y oportuna. Este factor se debe estudiar en futuros trabajos debido a sus efectos sobre la oclusión capilar.

La actividad aportó al riesgo en75% de los casos, en el estudio realizado por el HUV la actividad estuvo presente en el 94% de los casos.[27] La actividad se deben a cambios en el estado del paciente, que por la enfermedad y por el Hecho de estar hospitalizado permanece más tiempo en cama.

La movilidad en 72% de los casos. En el estudio realizado por el HUV la movilidad estuvo presente con un 69% de los pacientes. La movilidad puede disminuir aunque el enfermo esté mentalmente alerta; esto puede acontecer por dolor, artritis o parálisis, entre otras causas.

La nutrición el patrón nutricional en 75% de los casos. En el estudio realizado por el HUV el patrón nutricional estuvo presente en 76%.

De los casos lo cual demuestra que es un determinante básico sobre todo en enfermos crónicos. La malnutrición es responsable por la pérdida de tejido adiposo y, en consecuencia, la. Todos estos factores se deben tener en cuenta en el manejo de personas expuestas a riesgo; de allí la importancia de incorporar a la enfermera especializada, y las fisioterapeutas en el manejo de lesiones de piel, incontinencia y estomas en la atención que se brinde a los enfermos.

Se compararon los cuidados preventivos realizado por el personal de enfermería dirigidos a disminuir el riesgo de desarrollar por presión a los pacientes hospitalizados con las medidas preventivas sugeridas por la escala de Braden que son de vital importancia y de fácil ejecución para el personal de enfermería y no generan mayor costo al centro hospitalario encontrándose lo siguiente: lubrica la piel en cada cambio de posición si 6 (50%) no 6 (50). La lubricación de la piel es unos de los cuidados prioritarios para la prevención de las úlceras por presión ya que esta mantiene la piel hidratada, evitando así la descamación, utiliza otros dispositivos de protección y soporte, como almohadas, cuñas de espuma, cojines, rollos. Si 2 (16.7%) No 10(83.3 %), la utilización de estos dispositivos ayudan al cambio de posición del paciente y a mantenerse en una misma posición hasta un próximo cambio, coloca sábana de movimiento, desde la región axilar, hasta la región glútea. Las sabanas de movimiento son de gran importancia para realizar movimientos en el paciente ya que se pueden suspender al paciente con facilidad sin producirle fricción que es una de los principales riesgo de ulceraciones en la piel, evita la humedad en la piel, especialmente en pliegues anatómicos: axilas, senos, ingles. Si 11 (91.7%) No 1 (8.3%).

Después de cada deposición y eliminación, lava el área perineal con agua y jabón si 3 (15%) No 9 (75) lavar el área perineal es fundamental ya que esta zona es altamente bacteriana y estas bacterias aumenta después de cada deposición, Coloca crema protectora que contenga zinc para prevenir la dermatitis por contacto. Si 3 (15%) No 9 (75%) la dermitis por contacto es muy común en los pacientes hospitalizados y esta fácilmente puede convertirse en una lesión de la piel de allí la importancia de usar cremas a base de zinc para prevenirlas, realiza masajes corporales y cambios de posición cada dos horas. Si 7 (58.3%) No 5 (41.7%) los masajes corporales en cada cambio de posición aumentan la circulación y evitando la lesión de tejido, Facilita caminador, muletas y bastón enseñando y verificando su uso adecuado .Si 5 (41.7%) No 7 (58.3%) estimular la deambulacion a través de la educación sobre el uso de caminadores es

importantísimo ya que la actividad es uno de los factores primario en la aparición de lesiones por presión, Realiza ejercicios activos y pasivos de miembros superiores e inferiores según indicación de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Si 3 (15%) No 9 (75%) la realización de ejercicio es imprescindible en los cuidados de enfermería ya que estos mantiene al paciente activo y evita caer en desuso, Mantiene la cama sin pliegues. Si 0 (0%) No 12 (100%) los pliegues son unas de las causas mas frecuente del maltrato y aparición de lesiones en la piel, Sugiere la realización de una valoración nutricional. Si 6 (50%) No 6 (50%) La nutrición es un determinante básico sobre todo en enfermos crónicos. La malnutrición es responsable por la pérdida de tejido adiposo y, en consecuencia, por la falta de protección contra las fuerzas de fricción. Existen guías o protocolo de manejo para la prevención de úlceras por presión. Si 0 (0%) No 12 (12%) las guías y protocolo de manejo son la base fundamental para dar un correcto manejo de la prevención de lesiones por presión, de igual forma sirven para unificar criterio y brindar los mismos cuidados por parte del personal de enfermería a los pacientes que lo requieran.

9. CONCLUSIONES

La escala de Braden es un instrumento capaz de predecir el riesgo de desarrollar úlceras por presión en la población hospitalizada en los servicios de medicina interna con una adecuada sensibilidad y especificidad. Es, además, un instrumento de fácil aplicación, por usar conceptos claros y bien definidos, que al aplicarse en el momento de ingreso de los pacientes podría servir como una guía para disponer eficazmente de los recursos humanos y técnicos en aquellos pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Su utilidad en la prevención del desarrollo y complicación de úlceras por presión traerá un menor costo económico y mayor beneficio en la atención de los pacientes. Por esto, su aplicación clínica debiera ser recomendada.

La valoración del riesgo al ingreso a los servicios de hospitalización, con los parámetros de la escala de Braden permitirán una acción preventiva oportuna y acorde con las condiciones del paciente, así como el empleo racional de los recursos materiales y humanos.

Con los resultados aquí descritos se cuestiona el manejo y aplicación de los cuidados tradicional de los pacientes con riesgo de desarrollar lesiones por presión. A pesar de conocerse el riesgo y brindar los cuidados según encuesta realizada al personal de enfermería encargado de brindar los cuidados al enfermo, la frecuencia de pacientes con tales lesiones fue mayor que la cifra esperada.

10 RECOMENDACIONES

En los servicios hospitalarios se recomienda establecer la valoración del riesgo de desarrollar lesiones por presión, al ingreso del paciente seguida por valoraciones periódicas.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Para valorar el riesgo como para el plan de atención, es importante incluir los análisis nutricionales (los parámetros que mide la escala de Braden, y evaluar las condiciones de oxigenación, la edad, el sexo y la estancia hospitalaria.

Es necesario revisar los protocolos de atención a pacientes con riesgo de desarrollar estas lesiones e incluir la permanencia del familiar, quien contribuirá con las medidas preventivas.

Es importante incluir en los servicios de hospitalización al personal profesional especializado para brindar la atención, como la enfermera profesional y la fisioterapeuta.

Se recomienda establecer programas de capacitación al paciente, la familia y al personal de los servicios, en valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión.

Se requiere también investigar otras muestras representativas, e incluir otros servicios hospitalarios así como probar la efectividad de los protocolos de prevención de las úlceras con base en la valoración del riesgo.

Se recomienda, para futuros trabajos, el cálculo de una muestra, si es posible incluyendo varias instituciones hospitalarias, para hacer un estudio multicéntrico, y utilizar una base de datos, con un formato de captura adecuado, con el fin de hacer cruces de variables que permitan la determinación del riesgo de los pacientes para llegar a desarrollar úlceras de presión, lo cual se establecería de una mejor manera a través de estudios analíticos y experimentales.

En cuanto al protocolo de cuidado, el grupo de investigación realizo un documento, para dejar un aporte concreto al Hospital, y contribuir a mejorar las condiciones de los pacientes

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermería Medico-Quirúrgica.

2. Generalidades. De la colección master de enfermería de Masson. Autora Lidon Barrachina Bellés.

3. Actualizaciones en Enfermería. Enfermería en atención especializada. De FUNDEN-editorial Olalla coordinada por Ángel González Trompeta.

4. Perlado Ortiz de Pinedo, Fernando, Valoración del riesgo de úlceras por decúbito ISSN revista: 0034-9410

5. Revista española de gerontología, Úlcera por decúbito; Factores de riesgo; Prevención de enfermedades; Postura

6. Artieda González-Granda C, Arribas Blanco JM. Manual de sugerencias en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión dirigido a enfermería. Madrid: Jarpyo, 1996.

7. Bergstrom N et al. Guía clínica práctica. Tratamiento de las úlceras por Presión. Madrid: Drug Farma, 1996.

8. Carreras Viñas M, Caramés Bouzón J. *Manual para iniciar un programa de Calidad de Cuidados de Enfermería*. Coruña: Fundación Juan Canalejo, 1998.

9. MAYCROSOFT, Biblioteca de consulta Encarta

10. tone.udea.edu.co/revista/mar99/úlceras.htm

11. http://gneaupp.readysoft.es

12. http://www.arrakis.es/~aroldanv

13. http://ulcesur.es

14. http://www.enfermeria2.com

15. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión del INSALUD

16. Artieda González-Granda C, Arribas Blanco JM. Manual de sugerencias en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión dirigido a enfermería. Madrid: 1996.

17. Colina J. *Atención de Enfermería a pacientes con úlcera por presión*. Rev Rol Enferm, 1989

18. Escobar Bravo M. Úlceras por presión en atención primaria. Frecuencia y características.1998.

19. WWW.ILADIBA.COM

20. WWW.ULCERCONET.COM

21. WWW.ESMAS/ÚLCERAS.COM

22. WWW.VIDASALUD/ÚLCERAS.COM

23. WWW.ONLINE.COM

24. www.nlm.nin.gov/medlineplus/.com

25.www.buenasalud.com

26. http/www.scielo.cl/cielo.php

27. http//colombiamedica.univalle.edu.co

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

A N E X O S

ANEXO 1. CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Según su naturaleza	Según el nivel de medición	Categoría
Edad	Años de vida del paciente	Cuantitativa	Interval	16-36, 37-57, 58 y mas
Sexo	Genero al que pertenece el paciente	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Localización	Sitio donde permanece o aparece la ulcera	Cualitativa	Nominal	sacra, escapular y trocantea
Estancia Hospitalaria	Es la sumatoria de los días que cada paciente estuvo hospitalizado desde el momento del ingreso hasta su egreso.	Cuantitativo	Intervalo	1-3 Días 4-6 Días Mayor de 7 Días
Humedad	Grado en que la piel de la persona esta expuesta a la humedad	Cualitativa	Ordinal	Constantemente, Algunas veces, Rara vez, seco
Movilidad	Habilidad para cambiar y controlar posiciones	Cualitativa	Ordinal	Limitado Muy limitado Ligeramente limitado No hay limitaciones
Actividad	Grado de actividad física del individuo	Cualitativa	Ordinal	Acostado, Sentado Ocasionalmente, con frecuencia
Nutrición	Conjunto de procesos naturales que proporcionan la energía y aporta al organismo las sustancias indispensable para el mantenimiento de la vida	Cualitativa	Ordinal	Muy pobre, Limitada Adecuada, Come todas las comidas
Percepción sensorial	Habilidad para responder significativamente a la presión relacionada con la incomodidad o a estímulos dolorosos	Cualitativa	Ordinal	todo limitado, Muy limitado, poco limitado, sin daño
Fricción y Descamación	Frote que se presenta entre el paciente con cualquier objeto de rose	Cualitativa	Ordinal	Problema Problema potencial Excelente
Protocolos de manejo	Guía de manejo utilizadas en salud para dar un correcto manejo a cada patología	Cualitativa	Nominal	Si No
Aplicación de los cuidados preventivos	Actividades encaminada a disminuir el riesgo de desarrollar úlceras por presión	Cualitativa	Nominal	Si No

ANEXO 2. PRESUPUESTO GENERAL

I. RECURSO HUMANO **$ 7.200.000.oo**

RUBROS

1.1 Grupo de investigación	$ 3.600.000.oo
1.2 Asesores	$ 3.600.000.oo
1.2 personal de apoyo	$ 0.000.000.oo

II. GASTOS GENERALES $ **439.000.oo**

RUBROS:

1.1 Transporte	$ 32.000.oo
1.2 Fotocopias	$ 15.000.oo
1.3 Elementos de oficina	$ 12.000.oo
1.4 Trascripción de documentos	$ 320.000.oo
1.5 Búsqueda de evidencia	$ 15.000.oo
1.6 Otros (Videovim)	$ 45.000.oo

TOTAL: $ 7.639.000.oo

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CHEQUEO

I Información relativos al paciente

PACIENTE_____

EDAD_____

SEXO_____

II Información relativo a las úlceras

PRESENCIA DE ÚLCERAS SI___ NO___

LOCALIZACION:

ESTANCIA HOSPITALARIA_____

III Información relativos al estado del paciente

MOVILIDAD

Completamente inmóvil

Muy limitado

Ligeramente limitado

No hay limitación

HUMEDAD

- Esta constantemente húmedo
- Algunas veces húmedo
- Esta usualmente seco, solo se cambia en los intervalos de rutina
- Esta siempre seco

ACTIVIDAD

Permanece acostado

Necesita ayuda para levantarse, no camina

Camina a muy poca distancia dentro de la habitación

Camina dentro y fuera de la habitación

NUTRICION

Tiene alimentación con líquidos claros o líquidos intravenosos

Rara vez come una comida completa mas o menos media

Come mas de la mitad de las comida

Nunca deja nada

PERCEPCIÓN SENSORIAL

No responde, no se queja, no agarra a estímulos

Responde solamente responde a estímulos dolorosos

Responde a órdenes verbales pero no puede comunicar su incomodidad

Responde a órdenes verbales, no tiene déficit sensorial

FRICCION Y DESCAMACIÓN

Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla

Mantiene relativamente buena posición en la cama o en la silla, pero en alguna ocasión se desliza

No hay problema aparente, los movimientos en la silla y en la cama son independientes

ANEXO 4. ENTREVISTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCARGADO DE BRINDAR LOS CUIDADOS

- Lubrica la piel en cada cambio deposición, (cremas libres de alcohol, humectante, con lanolina, que forme película protectora y sea de fácil absorción). SI_____ NO_____

- Evita los masajes sobre las prominencias óseas. SI_____ NO_____

- Utilizar colchón antiescaras. SI_____ NO_____

- Utiliza Protectores de talones y codos si_____ NO_____

- Utiliza otros dispositivos de protección y soporte, como almohadas, cuñas de espuma, cojines, rollos. SI____ NO____

- Coloca sábana de movimiento, desde la región axilar, hasta la región glútea. SI_____ NO_____

- Coloca apósitos transparentes en estadio I y II o hidrocoloides en ulceración superficial. SI_____ NO_____

- Evita la humedad en la piel, especialmente en pliegues anatómicos: axilas, senos, ingles. SI_____ NO_____

- Utiliza dispositivos que eleven los talones para evitar la presión. Si_____ no_____

- Mantiene la alineación postural, distribuyendo el peso por medio de dispositivos de protección y soporte. Si_____no_____

- Después de cada deposición y eliminación, lava el área perineal con agua y jabón. SI_____ NO_____

- Cambia el pañal según necesidad. SI_____ NO_____

- Coloca crema protectora que contenga zinc para prevenir la dermatitis por contacto. SI_____ NO_____

- Evita la utilización de agua caliente y la exposición al frió. SI_____ NO_____

- Realiza cambios de posición SI_____ NO_____

- Asiste al paciente en la dé ambulación. Si_____ NO_____

- Realizar masajes corporales y cambios de posición cada dos horas. SI_____ NO_____

- Facilita caminador, muletas y bastón enseñando y verificando su uso adecuado. SI_____ NO_____

- Realiza ejercicios activos y pasivos de miembros superiores e inferiores según indicación del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. SI_____ NO_____

- Verificar el cumplimiento del programa individualizado de terapia física. SI_____ NO_____

- Estimula la dé ambulación dentro y fuera de la habitación en pacientes que pueden hacerlo. SI_____ NO_____

- Valora la piel en cada cambia de posición. SI_____ NO_____

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

- Moviliza el paciente en la cama. SI_____ NO_____

- Evita caídas accidentales manteniendo las barandas de la cama elevadas. SI_____ NO_____

- Mantiene de la cama sin pliegues. Si_____ NO_____

- Evita el deslizamiento del paciente en la cama (levantar la cabecera 300 y los pies 200). SI_____ NO_____

- Realiza control de ingesta diario y de líquidos. SI_____ NO_____

- Sugiere la realización de una valoración nutricional. SI_____ NO_____

- Controla el peso diario SI _____ NO_____

- Asistencia en la dieta. SI_____ NO_____

- Administración de nutrición enteral. SI_____ NO

- parenteral. SI_____ NO_____

ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Jul-04	Ago 04	Sep-04	Oct-04	Nov-04	Feb-05	Mar-05	Abr-05	May-05	Jul-05	Ag05	Sep-05	Oct-05	Nov-05
Etapa: de Planificación del Trabajo														
Definición del tema														
Revisión Bibliografica														
Definición del titulo del problema														
Definición de aspectos teóricos														
Definición de aspectos metodológicos														
Definición de aspectos administrativo														
Realización de estandarización														
Etapa: Ejecución del Trabajo														
Recolección de datos														
Revisión de información														
Realización de presentación tabular														
y grafica														
Análisis e interpretación de los datos														
Etapa: de Divulgación														
Realización de info me científico														
Entrega de informe científico														

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

1 – ULCERA POR DECUBITO
2 – FACTORES DE RIESGO
3 – ULCERAS – TRATAMIENTO
4 – ULCERAS EN LA PIEL
5 – ESCALA DE BRADEN
6 – ENFERMERIA – TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS