





# AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

## DEDICATORIA

Quiero agradecer, primeramente a Dios por permitirme la oportunidad de haber estudiado, por concluir con mis estudios y lograr esta carrera profesional que tanto anhelaba, sé que durante el recorrido de mi preparación hubieron momentos difíciles, pero gracias a él, hoy puedo decir que lo he logrado.

También quiero agradecer a mis padres, al Sr. Luis Martin García Arguello y la Sra. Lorena Vázquez López, por el gran amor y apoyo que me han brindado siempre, por creer siempre en mí, que podía lograrlo.

A mis dos hermanos y a mi hermana, gracias por su gran apoyo, que fue incondicional, por la motivación que siempre me han brindado, ya que han estado conmigo tanto en las buenas como en las malas.

Quiero agradecer a mi directora de tesis, a la Ing. Ángela Zavaleta Villatoro, por todo su apoyo, su paciencia, comprensión y su tiempo, porque lo dedicó para la elaboración de la presente tesis, estaré muy agradecida siempre con ella por toda su asesoría brindada.

A mis amigos quiero darle las gracias, por todo el apoyo que me han brindado, por las palabras de motivación que me han dado para que yo concluyera mis estudios.

Lorena Guadalupe García Vázquez.

## DEDICATORIA

Principalmente quiero agradecerle a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida, en el cual la elaboración de mi tesis me ha proporcionado mucho más conocimiento hacia el buen cuidado que se le debe de brindar a los pacientes y sobre todo porque me hace apasionarme con la noble labor de enfermería.

Posteriormente, quiero agradecer a mi maravillosa madre: Inés Montejo Pérez, que me brindó todo el apoyo incondicional para poder ejercer una profesión, gracias por su enorme amor y comprensión.

De igual forma agradezco a los buenos asesores: Ing. Ángela Zavaleta Villatoro quien me apoyo aportando sus conocimientos, por su tiempo prestado, por la paciencia, comprensión y sobre todo por su guía para poder ser mejores profesionales día con día.

Finalmente, a mis amigos, quienes estuvieron durante mucho tiempo, les estoy muy agradecida por sus consejos, por el apoyo que mutuamente nos brindamos, por motivarnos mutuamente a ser mejores, muchas gracias por todo. Espero en Dios que les vaya muy bien en cada paso que den en la vida; De todo corazón les deseo lo mejor, sean mejores siempre, que sean buenos enfermeros aportando la ética profesional y brindando servicios de gran calidad.

Estrella Lisseth Morales Montejo.

## DEDICATORIA

Esta dedicatoria principalmente es para Dios, por haberme permitido seguir con mis estudios hasta el día de hoy y por haberme brindado fortaleza para seguir adelante en las metas que me propongo. Gracias por que me permite la ilusión de muchos planes a futuro.

Además, agradezco también a mis padres, porque gracias a su esmero y dedicación y a su esfuerzo, sumado a todo el apoyo que han tenido para mí, me dieron esa gran oportunidad de seguir con mis estudios, gracias por su apoyo sentimental y económico, porque gracias a ello hoy he llegado hasta donde estoy, para el logro de mi carrera. Siempre han estado con su cariño y amor motivándome para ser mejor persona y una mejor estudiante. Para no darme por vencida ante los obstáculos que se me presentan, deseo en el futuro, poder compensarles todo su esfuerzo y apoyo.

También le agradezco a mi directora de tesis, la Mtra. Ángela Zavaleta Villatoro, quien con su entrega y su tiempo, estuvo con nosotros durante la elaboración de esta tesis, gracias por apoyarnos para poder obtener buenos resultados.

Le agradezco a mis amigos, quienes siempre, en todo momento, estuvieron motivándome en los momentos que más los necesitaba, y a mis compañeras de tesis que con paciencia estuvieron comprometidas con la entrega de este importante proyecto, porque juntas nos esforzamos por lograr buenos resultados y ser mejores enfermeros. Por último, le agradezco a mis profesores, porque gracias a ellos hoy puedo tener poseer conocimientos que ellos nos brindaron, y así ponerlos en práctica cuando estamos en contacto con los pacientes, para que ellos reciban una atención de calidad.

Anayanci Funez García.

# ÍNDICE

## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I</b> .....	13
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	13
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	19
1.3 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	20
1.3.1 OBJETIVO GENERAL .....	20
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
1.4 HIPOTESIS.....	21
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	21
1.6 DELIMITACIÓN TEMÁTICA .....	24
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	25
<b>MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	25
2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO- FILOSOFICO .....	25
2.1.1.- Antecedentes de las heridas.....	25
2.1.2.-Antecedentes de las úlceras por presión .....	26
2.1.3.-Primeros tratamientos de las heridas .....	27
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
2.3.-MARCO TEÓRICO.....	33
2.3.1. CONCEPTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: .....	33
2.3.2 SISTEMAS Y ORGANOS: .....	33
2.3.3. MECANISMOS DE ACCION .....	38
2.3.4. INCIDENCIAS Y PREVALENCIAS .....	38
2.3.5 FACTORES DE RIESGO.....	40
2.3.6 SIGNOS Y SINTOMAS .....	41
2.3.7 CLASIFICACION .....	42
2.3.8 ESCALAS .....	42
2.3.9 ESCALA DE LOS 3 AUTORES .....	43
2.3.9.1 Escala de Norton.....	43
2.3.9.2 Escala de Waterlow .....	43

2.3.9.3 Escala de Braden.....	44
2.3.10 COMPLICACIONES: .....	44
2.3.11 DIAGNOSTICO.....	45
2.3.12 TRATAMIENTO .....	45
2.3.13 ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	47
2.3.14 PREVENCIÓN .....	48
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	48
CAPÍTULO 3 .....	52
DISEÑO METODOLOGICO .....	52
3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	52
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION:.....	53
3.3 POBLACION:.....	54
3.3.1 DELIMITACION ESPACIAL:.....	55
3.3.1.1.- MACRO LOCALIZACIÓN.....	55
3.3.1.2.- MICRO LOCALIZACIÓN .....	56
3.3.2.- UNIVERSO O POBLACIÓN.....	57
3.4.- MUESTRA .....	57
3.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
3.5.1.- INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	58
3.5.2.- APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN .....	58
3.5.3.- APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A EXPERTOS .....	62
CAPÍTULO 4 .....	67
ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.....	67
4.2 PRESENTACION DE RESULTADOS.....	67
4.2.1 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LA MUESTRA DE LA POBLACION .....	67
4.2.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A EXPERTOS.....	77
4.2.2.1 DEL PRIMER EXPERTO.....	77
4.2.2.2 DEL SEGUNDO EXPERTO .....	79
4.2.3 RESULTADOS Y LOGROS DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	81



4.2.3.1 DEL OBJETIVO GENERAL.....	81
4.2.3.2 DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	81
MARCO METODOLOGICO.....	81
CONCLUSIÓN:.....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS .....	84

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son un grave problema de salud, ya que es una problemática que ha pasado desapercibido y por ello mismo causa un empeoramiento en la calidad de vida del paciente provocando un alargamiento durante su periodo de recuperación y más dentro del área hospitalaria.

Las úlceras por presión son lesiones a causas de la falta de irrigación sanguínea en los diversos tejidos provocando escaras a nivel de la piel lo cual provoca la pérdida de esta misma. Estas escaras pueden aparecer en diferentes zonas del cuerpo, dependiendo la posición que perdure el paciente por mucho tiempo. Las zonas más susceptibles son aquellas en las que ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente por medio de las prominencias óseas y el otro externo por medio de planos duros, como por ejemplo en la posición de cubito dorsal o supino aparece las lesiones en las zonas de la cabeza, omoplatos, codos, sacro y los talones. En la posición de cubito lateral ya sea derecho e izquierdo aparecen en orejas, acromion, costillas, cóndilos, trocánter. En la posición de cubito prono: aparecen en los dedos, rodillas, genitales en caso de los hombres, mejillas, acromion y mamas en caso de las mujeres. Las lesiones de las UPP son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal del cuerpo. Existen diversos factores que pueden propiciar a la aparición de las lesiones de las úlceras por presión, edad del paciente dentro de ellos conocemos como más vulnerables las personas adultas mayores dentro de la edad de 45-.60 años, dentro de ellas están la humedad, presión, fricción, mala higiene del paciente, mal tendido de camas, falta de hidratación de la piel, mala nutrición y la falta de movilidad o

de cambios posturales. Es importante que el personal de enfermería este al pendiente y en constante vigilancia a los pacientes encargados de sus áreas laborales, como bien mencionamos las personas más vulnerables a padecer estas escaras son los adultos mayores dentro de la edad de los 45 a 60 años, de diferentes sexos, como bien mencionamos que son más susceptibles por que la piel de ellos son más frágiles y más sensibles como también son delicadas, y como bien conocemos los pacientes a esa edad no tienen una buena alimentación y no consumen suficiente agua es por eso que la piel de ellos no se mantiene hidratada y se reseca, por eso es importante que el personal de enfermería debe de estar más al pendiente de los cuidados necesarios que se le brindara a cada uno de los pacientes y sobre todo mantener sus piel en buen estado e hidratado, haciendo o ejerciendo actividades de prevención. Para aquellos pacientes que permanecen dentro del área hospitalaria ha de ser muy incómodo permanecer encamados por mucho tiempo y más si no se les tiene una buena higiene corporal. Es por eso que es importante que el personal de enfermería conozca, se informe y se actualice sobre el tema de las úlceras por presión, así mismo, que reconozca la importancia, de llevar a cabo las actividades necesarias dentro de la práctica cotidiana en el área de hospitalización. Por eso debemos de realizar un buen cuidado y sobre todo a los pacientes que no se pueden movilizar por sí solos, por ejemplo los pacientes que se encuentran en estado de coma, en sillas de rueda, pacientes en estado vegetal y pacientes con obesidad es por ello que nosotros como personal de enfermería debemos de brindarles y realizarles sus cambios posturales cada dos horas a estos pacientes, con la ayuda de almohadas, vendas, apósitos y de taloneras, con el fin de dar una prevención adecuada para que no demos lugar a las úlceras por presión en nuestros pacientes, ya que como bien sabemos tanto para el paciente y la familia se generan grandes costos adicionales no

esperados, en muchas ocasiones tienen que asumir el costo de los elementos que se requieren para el adecuado manejo de las úlceras; y para las instituciones de salud el costo es aún más alto, pues implica una estancia más prolongada del mismo paciente, genera gastos en el tratamiento como lo es la mano de obra de parte del personal de enfermería y los materiales que se utiliza para la curación de las lesiones, que en su mayoría es de alto presupuesto, de acuerdo a la úlcera presentada y sus necesidades.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### “ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE 45-60 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HBC COMALAPA”

#### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Diariamente, en los centros hospitalarios del mundo, una cantidad innumerable de pacientes ingresan por diversas complicaciones derivadas de múltiples enfermedades, así mismo, por signos propios de la edad que resultan en una necesidad de servicios de salud y atención médica.

Las condiciones propias de pacientes en estado crítico, o con alguna afectación que impide su movimiento, generalmente requieren de intervenciones del personal de enfermería que prevengan la aparición de úlceras por presión, lo cual puede complicar gravemente el estado de salud del paciente.

Dicho esto, la presente tesis titulada “actuación de enfermería en prevención de úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años hospitalizados en Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa” resulta necesario estudiarlo desde diferentes contextos como son macro, micro y meso.

Enseguida se muestra información sobresaliente acerca de este tema:

(Vela, 2013) afirma que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 109ª reunión, dedicada a la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente, recalcó: “las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño”. (p.2)

La OMS hace mención de los estudios realizados por el Instituto de Medicina de Harvard, se estimó que 4 % de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, 70 % de los eventos adversos provoca incapacidad temporal y 14 % de los incidentes son mortales. Asimismo, “los errores médicos causan entre 44 000 y 98 000 defunciones por año en los hospitales de los Estados Unidos de América”. (p.2)

Estudios recientes sobre los eventos adversos en la atención sanitaria han permitido identificar los altos costos que representan para los sistemas de salud la “no calidad” y la atención insuficiente hacia los temas de prevención. (p.2)

Hoy en día se tienen directrices internacionales para el desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de los pacientes, entre las que se encuentra la emitida en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (A55/2002), en la que se aprobó la resolución que solicita a los países prestar mayor interés a la seguridad de los pacientes y fortalecer los mecanismos de vigilancia y control de riesgo. (p.2)

Un hecho relevante fue el estudio latinoamericano de seguridad del paciente y la acreditación en salud (IBEAS) que involucró la participación de varios países, entre ellos México; el estudio IBEAS dio como resultado la identificación de los tres eventos adversos más frecuentes, entre los que se mencionan: neumonías nosocomiales,

infecciones de heridas quirúrgicas y en tercer lugar las úlceras por presión (p.2)

Se determinó que era necesario conocer la magnitud de las úlceras por presión como uno de los eventos adversos que se presentan en el país a partir de la aplicación de una encuesta nacional y cuantificar el problema que, de acuerdo con pamhibbs, antes de la década de los ochenta se consideró como una “epidemia debajo de las sábanas”, lo cual ilustra de manera didáctica la epidemiología. (p.2- 3)

(Mijangos, Puga, Guillén, & Zúñiga, 2015) señalan que:

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como «úlceras de decúbito» y/o «escaras» son una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea; por lo general, se producen como resultado de la presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea. (p.2)

Las úlceras por presión se producen debido a la presión aplicada al tejido blando, lo cual conlleva un flujo de sangre completa o parcialmente obstruido. (p.2)

Las úlceras por presión se desarrollan en personas que están sin movimiento o confinadas a sillas de ruedas. Los factores de riesgo son la malnutrición proteico-calórica, el microclima (la humedad de la piel causada por la sudoración o la incontinencia), enfermedades que reducen el flujo sanguíneo a la piel –como la aterosclerosis– o que disminuyen la sensibilidad de la misma –tales como la parálisis o la neuropatía–, la edad de la persona, las condiciones médicas, el tabaquismo o el uso de medicamentos como los antiinflamatorios. (p.2)

La prevención primaria de la aparición de úlceras por presión en redistribuir la presión girando al paciente regularmente, conservar una dieta equilibrada y mantener la piel libre de la exposición a la orina y las heces; bajo esas condiciones, las úlceras por presión son prevenibles y tratables. (p.2)

La importancia de las úlceras por presión radica en la gravedad de sus complicaciones, dolor, infección, sepsis y aumento de la mortalidad; aumento de los días de estancia de un paciente hospitalizado, demanda de mayor cantidad de personal de enfermería, así como el gasto sanitario, que se eleva hasta cinco veces en comparación con los pacientes que no presentan úlceras por presión, aunado al incremento de tiempo requerido de cuidados, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería. (p.2)

Actualmente, se emplea la Escala de Braden-Bergstrom para la predicción del riesgo de úlceras por presión, la cual valora la percepción sensorial, la exposición de la piel a la humedad, la actividad física, la movilidad corporal, la nutrición, los roces y peligros de lesiones. (p.3)

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, ha creado desde el 2006 el indicador de prevención de úlceras por presión. Este indicador establece: los factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión. El plan de cuidados e intervenciones de enfermería de acuerdo con el riesgo. Uso de los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión. Orientación al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las úlceras por presión. Revaloración y ajuste de acuerdo con el estado del paciente de las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados. (p.3)



Las terapias empleadas para el tratamiento de las úlceras por presión son: desbridamiento quirúrgico, que consiste en una técnica invasiva y agresiva mediante la cual se retira el tejido necrótico. Los apósitos, son productos que se utilizan para aislar, cubrir, proteger y facilitar el proceso de cicatrización de una herida, con diferentes mecanismos de acción. La movilización ayuda a prevenir la aparición de úlceras por presión. se debe cambiar de postura al individuo aproximadamente cada cuatro horas, desde decúbito supino hasta decúbito lateral (ambos lados), alternando con posición Fowler (sentado) en 30°, 45° y 90°. (p.4)

(Minsalud) menciona:

Las úlceras por presión son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal. La prevalencia de estas oscila entre el 3% y el 50% en los servicios de Cuidados Intensivos (UCI), Medicina Interna y Neurología<sup>1</sup>. La prevalencia de las úlceras por presión, según los datos derivados de los diferentes estudios realizados a nivel internacional, se evidencia en los siguientes porcentajes: Canadá 23-29%, Australia 6-15%, Estados Unidos 8-15%, Estudio europeo (2007) Bélgica/Suiza/Inglaterra 21–23%, Italia 8%, Portugal 13%, en España el estudio español GNEA úlceras por presión (2005–2006) en todas las comunidades 8%. (p.13)

Un estudio reciente de prevalencia de las úlceras por presión realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia muestra que las Úlceras por presión aparecen en el 3% a 10% de los pacientes hospitalizados en un momento dado; de igual manera, muestra que la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva úlcera

por presión oscila entre 7,7% y 26,9%; que dos tercios de las úlceras que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años, sector creciente de nuestra población, por lo que se debe esperar un aumento de su incidencia en los próximos años. (p.14)

(Academia Nacional de Medicina, 2017) Argumenta:

La palabra úlcera, se utiliza en el entorno idiomático del español desde el siglo XVI. Deriva del latín ulcerare, llagar, herir, término que proviene de la raíz indoeuropea \*elkos o \*welkos (herida, llaga) y en griego hélkos con igual significado, del cual derivan los tecnicismos médicos helcoma y helcosis (ulceración). Las úlceras por presión se denominaron gangrenas por decúbito, en referencia a las llagas del enfermo; gangrena, del griego gangraina (úlceras devoradoras), que significa herida pútrida producida por estado yacente; decúbito, del latín decumbere, que significa tumbarse, yacer. También se las denominó escaras, que es la presencia de tejido necrótico en la herida. (p.27)

Las úlceras por presión (escara por presión, escara por decúbito, úlcera por decúbito): “lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o por presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él o contrapuestos del mismo paciente.” Sus factores extrínsecos son presión, humedad, tracción (cizallamiento) y fricción. Sus Factores intrínsecos son las enfermedades, estado nutricional e hidratación, edad avanzada y medicaciones. (p.27-30)

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Cuáles son las medidas de prevención para las úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa?
2. ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa con úlceras por presión?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de las úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa?
4. ¿Cuáles son los factores de riesgos que dan origen a úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa?
5. ¿Qué complicaciones le pueden generar las úlceras por presión a los pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa?

## 1.3 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS

### 1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Promover en el personal de enfermería y en el cuidador principal, la importancia del manejo y cuidado de pacientes hospitalizados en el HBC de Frontera Comalapa que tengan riesgo de aparición de úlceras por presión, para fomentar la prevención de la aparición de este problema.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir cuáles son las medidas de prevención de úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa.
- Determinar cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa con úlceras por presión.
- Señalar cuáles son los signos y síntomas de las úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa.
- Investigar cuáles son los factores de riesgo que dan origen a las úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa.
- Explicar qué complicaciones le pueden generar al paciente las úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años en el HBC de Frontera Comalapa

## 1.4 HIPOTESIS

Cuanto mayor sea el conocimiento sobre la importancia de los factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión por parte del personal de enfermería y del cuidador principal, menor será la incidencia de este problema.

## 1.5 JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión son un grave problema dentro del área hospitalaria, ya que si no realizáramos actividades como son la higiene personal del paciente, cambios posturales y el buen tendido de camas, entre otras, se da lugar a factores de riesgo para que el paciente presente las lesiones de úlceras por presión. Es muy importante que el personal de enfermería conozca, se informe y se actualice sobre el tema de las úlceras por presión, así mismo, se reconoce la importancia, de llevar a cabo las actividades necesarias dentro de la práctica cotidiana en el área de hospitalización.

Durante el desarrollo del presente estudio, se buscan casos presentados o diagnosticados con Úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en las diferentes áreas de trabajo del HBC de Frontera Comalapa.

Las úlceras por presión representan un importante problemática de salud a nivel mundial, aún más cuando se observan con frecuencia que las instituciones hospitalarias que brindan una atención de salud, son testigos silenciosos de la presencia de las úlceras por presión.

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría de las úlceras por presión que presentan los pacientes son evitables.

Por otro lado la presencia de úlceras por presión tienen importantes repercusiones tanto personales como socio económicas, convirtiéndose así en un problema de salud pública; en primer lugar se considera como un problema personal porque se ve vulnerada la calidad de vida de los pacientes afectados y de su familia, ya que se inicia una secuencia de situaciones a las que debe ser sometido el paciente, algunas de ellas son la curación de las lesiones, administración de antibióticos, prolongación de la estancia hospitalaria, factores que al articularse entre sí, generan una influencia negativa para el paciente y todo su entorno familiar.

Para el paciente y la familia genera costos adicionales no esperados, en muchas ocasiones tienen que asumir el costo de los elementos que se requieren para el adecuado manejo de las úlceras; y para las instituciones de salud el costo es aún más alto, pues implica una estancia más prolongada del mismo paciente, genera gastos en el tratamiento como lo es la mano de obra y materiales, que en su mayoría es de alto presupuesto, de acuerdo a la úlcera presentada y sus necesidades. Los cuidados son vitales para el bienestar, la salud, la recuperación de la salud, el crecimiento y la supervivencia y para afrontar los impedimentos físicos o mentales y la muerte. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal.

Por esto, la prevención de las úlceras por presión se convierten en un tema de interés de los profesionales, pues se ha convertido en uno de los indicadores de calidad en los cuidados de enfermería por que determina la infectividad del cuidado profesional que desempeña en

su labor en las diferentes instituciones de salud. Se puede ver también como cada día de la calidad en las prestaciones de cuidados se convierten en prioridad en las instituciones de salud. Nuestra mayor aspiración como profesionales es poder controlarlo en la medida posible, erradicarlo.

(Minjagos, Puga, Guillen, & Zuñiga, 2015) Afirman:

La prevalencia reportada de úlceras por presión a nivel mundial, de acuerdo con la OMS, está entre el 5 y 12%; en el continente americano es del 7%. En México, en 2011, se realizó el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las úlceras por presión, dando como resultado una prevalencia del 12.92%, que lo ubica en un nivel medio respecto a otros países como España y Alemania, cuya prevalencia oscila entre 6 y 13%. El último cuatrimestre de 2013 ubica el acatamiento a nivel nacional al indicador de úlceras por presión en el 91.89%, en comparación con el estándar esperado del 95-100%. En el estado de Quintana Roo, en este mismo periodo fue del 79.97%. (p.2)

(Libertad, 2019)

En el Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” se realizó el “1er Simposium en conmemoración al Día Mundial de las Úlceras por presión”, informó Nancy Elodia Escobar López, encargada de la Clínica de “Ciudad Salud”. (p1)

“Se pretende lograr la sensibilización del personal de salud y sociedad sobre la prevención, además de que como profesionales de la salud estamos obligados a realizar estas actividades. El 95 por ciento de este tipo de lesiones son prevenibles, por lo que a través de las capacitaciones se trata de realizar detecciones en los primeros

estadios para que no avancen y se reduzca las cifras de úlceras por presión en los hospitales”, destacó Escobar López. (p.1)

En el Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) se organizó la 8ª Jornada por la Prevención de las Úlceras por presión y en este marco, el Subdirector de Enfermería Elías Ruíz Jiménez comentó que “el HEP tiene el objetivo evitar las úlceras y estomas en pacientes y así ofrecer una atención de calidad a los pacientes”. (p.1)

“La Clínica de Heridas y Estomas es la primera en su tipo en un Hospital de Alta Especialidad en el país, inaugurada el pasado 18 de octubre del 2018 y se registró ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Comisión de Enfermería”, detalló. “La prevención, es nuestro eje central. Hemos constituido una red de vigilancia dentro de las áreas hospitalarias, en donde se hace un trabajo colaborativo con los responsables de servicios para disminuir la incidencia de este tipo de lesiones”, aseguró Clara Isabel Gómez Martínez, líder de la Clínica de Heridas y Estomas del HEP. (p.1)

Por dichas razones, y con base en los mencionados datos, se realiza el presente estudio denominado “Actuación de enfermería en prevención de úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años hospitalizados en el HBC Comalapa”

## 1.6 DELIMITACIÓN TEMÁTICA

El presente estudio se lleva a cabo en el Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa, en pacientes (hombres y mujeres) de 45 a 65 años que se encuentren en el área de hospitalización durante el periodo mayo-junio 2020.



## CAPÍTULO 2

### MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO- FILOSOFICO

##### **2.1.1.- Antecedentes de las heridas**

(Universidad de Valladolid, S/F) hace mención:

La historia de las heridas es tan antigua como la historia de la humanidad. Desde la prehistoria el ser humano ha tratado de curar sus heridas. Algunas de las terapias y métodos han perdurado siglos especialmente las que tienen sus orígenes en los egipcios, griegos y romanos. (p.1)

Es importante hacer referencia a una enfermera que ha sido clave para nuestra profesión como es Florence Nightingale que en 1859 ya decía: “Si un paciente tiene frio o fiebre, o esta mareado, o tiene una escara, la culpa generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería.(p.1)

Una herida es una pérdida de continuidad de la piel o mucosa con afectación variable de estructuras subyacentes, causada por algún agente productor.

Las heridas se pueden clasificar de diferentes formas. Según el tiempo de evolución; en lesiones agudas (lesiones quirúrgicas, traumáticas...) que tienen una rápida disposición a cicatrización espontánea por primera intención y las crónicas (úlceras por presión, lesiones vasculares, neuropatías...) con una cicatrización más pausada por segunda intención. (p.1)

## **2.1.2.-Antecedentes de las úlceras por presión**

(Servicio Andaluz de Salud & Consejería de Salud, S/F) menciona:

En la primera mitad del siglo XX diferentes autores empezaron a destacar, científicamente el papel de la presión en la etiopatogenia de las úlceras por presión. En los años 80, empezaron a aparecer trabajos que demostraban el efecto de las fuerzas mecánicas y la resistencia de los tejidos a éstas. (p.20)

Las fuerzas mecánicas provocan las úlceras por presión como consecuencia directa del aplastamiento tisular entre dos planos: uno corporal y otro externo a él. Dos procesos se conjugan en el desarrollo de estas lesiones: la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de las arteriolas y de microcirculación, debidos principalmente a la aplicación de fuerzas tangenciales (cizalla) y de fricción. Así, por tanto, en la formación de las úlceras por presión se identifican 3 tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla. (p.21)

(Jimenez, 2008) comenta:

La enfermedad siempre ha acompañado la historia de la humanidad y gran parte de esa historia está representada en el manejo de las heridas, ya sean agudas, como las heridas postraumáticas o postquirúrgicas, o crónicas, como las úlceras de los miembros inferiores. (p.1)

El manejo de las heridas complejas ha sido abandonado por los médicos y especialmente por los cirujanos y su cuidado ha quedado en manos de las enfermeras. Han representado siempre un reto para el médico y desesperanza para el paciente, ya que son patologías que muy difícilmente se curan si no se les da el tratamiento adecuado,

representan altos costos para los servicios de salud y generan un detrimento muy importante en la calidad de vida de los pacientes.(p.1-2)

La aplicación de terapias basadas en la experiencia propia o de terceros, sin estudios aleatorios o basados en la evidencia, ha perpetuado antiguas creencias y ha hecho de las curaciones algo poco científico, por lo que aburre y se delega a personal no capacitado. (p.2)

Es muy importante, para las nuevas generaciones de médicos y cirujanos, conocer el arsenal diagnóstico y terapéutico para el manejo de heridas complejas, para optimizar la calidad de vida del paciente y ahorrar recursos, dejando atrás los conceptos folclóricos y carentes de evidencia científica.(p.2)

La historia de las heridas y los vendajes es tan antigua como la historia de la humanidad. Según los restos encontrados en el valle de Dussel (Alemania), el hombre de Neandertal, 60.000 años a. C., usó hierbas para tratar las quemaduras. (p.2)

### **2.1.3.-Primeros tratamientos de las heridas**

En el papiro de Ebers, los egipcios ya utilizaban métodos para el manejo de heridas, con el uso de mezclas de sustancias como la mirra, la goma, el aceite caliente y las resinas de árboles, en forma de emplastos; además, los egipcios fueron los primeros en mencionar los principios básicos del manejo de las heridas: lavar, cubrir e inmovilizar.(p.2)

En la antigua Grecia, Hipócrates fue el primero en usar vendajes compresivos para el manejo de úlceras venosas, con sustancias similares a las que usaban los egipcios, y recalcó la importancia de las

guerras como parte del aprendizaje para los cirujanos y, especialmente, para el manejo de heridas traumáticas.(p.2)

Con el advenimiento del uso de la pólvora en las guerras, los médicos se vieron enfrentados a un nuevo tipo de heridas. Ambroise Paré, padre de la cirugía, fue el primero en tratar las heridas por armas de fuego con vendajes limpios y cambios frecuentes de ellos, desvirtuando el uso de aceite caliente o hierros encendidos para cauterizar dichas lesiones.(p.2)

En las guerras napoleónicas es muy importante mencionar al barón DominiqueJean Larrey, gran figura de la historia napoleónica y de la medicina universal, el cual participó en varias de las campañas de Napoleón y creó los primeros sistemas de ambulancia y curaciones con tela "limpia".(p.2)

En la época moderna, con más conflictos bélicos, se hizo necesaria la producción en masa de vendajes para los heridos. La Guerra de Crimea fue la primera en la cual el gobierno inglés comenzó a producir vendajes de lino o cáñamo para dicho fin. Además, es importante mencionar un personaje en este periodo, Florence Nightingale, quien impulsó la atención esmerada de los heridos y el desarrollo de curaciones, como parte importante de su cuidado.(p.3)

Los conflictos en América también estimularon el desarrollo de vendajes, como los producidos durante la Guerra de Secesión, por el cirujano de la Unión, Lewis Sayre, que utilizaba vendajes de algodón o cáñamo, impregnados en alquitrán, como agente antiséptico y no adherente.(p.3)

En Europa, con el descubrimiento de Louis Pasteur de los gérmenes como causantes de infecciones y con base en los estudios de Joseph

Lister, se introdujo el uso de vendajes impregnados en ácido carbólico.(p.3)

La Primera Guerra Mundial trajo el uso de vendajes personales para los soldados. Dentro de su equipamiento se incluían vendajes de algodón impregnados con parafina, ideados por el cirujano francés G. Lumière. (p.3)

Durante la Segunda Guerra Mundial, en Corea y en Vietnam se continuaron usando vendajes hechos de algodón y gasa, con las únicas propiedades de cubrimiento y absorción limitada, para las heridas.(p.3)

En 1962, George Winters, en Inglaterra, desarrolló un concepto que revolucionaría el manejo de las heridas: el ambiente húmedo. Con base en los estudios con cerdos, demostró que la cicatrización en ambiente húmedo era mucho mejor y más rápida que en ambiente seco. A partir de este concepto se desarrollaron vendajes o apósitos que mantenían la humedad en la herida y evitaban su desecación.(p.3)

Es un hecho claramente demostrado que las curaciones oclusivas no producen infección, sino que disminuyen su incidencia cuando se comparan con tratamientos convencionales. Además, el proceso natural de cicatrización es favorecido por la colocación de curaciones oclusivas. Pirone demostró en 19907 que la epidermización de las heridas ocluidas se completaba en 5 días menos que los controles sin curaciones oclusivas (7 días v/s 12) (p.2)

(Ramírez & Dagnino, 2006) señalan:

Las heridas acompañan al hombre desde el inicio de su historia, y de acuerdo con el papiro de Smith, los datos más antiguos de la

intervención del hombre en el curso de las heridas datan de aproximadamente 5000 años A. C. Según este papiro, el a su o sanador egipcio aplicaba curaciones compuestas de grasa animal, miel y fibras de algodón. Sin saberlo estaba aplicando una curación no adherente, antibacteriana, osmótico enzimática y finalmente absorbente de exudado. (p.1)

Dado que las curaciones se han aplicado desde hace tanto tiempo, existen dogmas, ideas fatalistas e incluso rituales respecto del material a usar y de su aplicación, los “impresionismos” y la transmisión de la experiencia personal autodidacta, no basada en la evidencia, o simplemente la estandarización de la curación universal, es decir, una curación que sirve para todas las heridas. (p.1)

Los primeros datos de la literatura respecto de la intervención humana en el tratamiento de las heridas datan del papiro de Smith, año 5000 A.C. En él se describen curaciones bastante cercanas a las usadas hoy en día. (p.2)

Desde esa fecha, hasta el primer gran evento importante producido por las publicaciones de Paré, sólo se reafirmaron los dogmas y las curaciones no variaron en gran medida en sus usos ni materiales. (p.2)

En el año 1962, Winter determinó que mantener las heridas en ambiente húmedo curaba mejor que aquellas expuestas al aire. La humedad es mantenida ocluyendo y manteniendo los propios fluidos de la herida in situ, impidiendo la deshidratación y la desecación de la misma con una interface entre la herida y el ambiente. (p.2)

Aquí se produce la principal controversia en el ambiente médico: la “impresión” que la curación oclusiva producirá una infección debido a que esta no drenará. (p.2)

A partir del año 2000 comienza una tendencia mundial destinada al conocimiento de la fisiopatología e inmunología involucrada en los eventos celulares y humorales de las heridas, surge aquí el concepto de manejo avanzado de las heridas. (p.2)

## 2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.2.1.- (Hermayn, 2015)

La tesis denominada Cuidado de enfermería en pacientes con riesgo o con úlceras por presión, elaborado por Lic. Jonathan Hermayn Hernández Valles, egresado de la Universidad Autónoma De Nuevo León de la Facultad De Enfermería en la subdirección de posgrado e investigación. Lo cual hace mención que el cuidado de enfermería está perdido en todo aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o se retrasa significativamente, cuando este cuidado no se brinda conlleva a diferentes resultados negativos en el paciente como lo son las úlceras por presión (UPP). El propósito del presente estudio descriptivo correlacional fue el determinar el cuidado de enfermería perdido u omitido percibido por el personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de UPP en una institución pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó la encuesta MISSCARE para Personal de Enfermería, con un Alpha de Cronbach de .89 y una Cédula de Valoración de Cuidados de Enfermería en Pacientes con Riesgo o con UPP. Su población de estudio se conformó por 161 enfermeras y 483 pacientes de los servicios de Cirugía General, Neurocirugía, Traumatología, Medicina Interna, Neurología y en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos

y Postquirúrgicos. Posteriormente para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, se generaron índices y se analizaron a través de medias, medianas, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman, Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney para el análisis inferencial. Los resultados permitieron identificar que existen cuidados durante la estancia hospitalaria del paciente que son omitidos o retrasados. Principalmente El personal de enfermería señaló que existe menor omisión del cuidado en las intervenciones de cuidado con evaluaciones continuas  $M=26.61$  ( $DE=21.03$ ) mientras que la mayor omisión correspondió a la planificación del alta y educación al paciente  $M=31.67$  ( $DE=31.96$ ). Los factores que contribuyen al cuidado de enfermería perdido de acuerdo al personal, correspondieron en primer orden al recurso humano  $M=85.61$  ( $DE=10.33$ ), seguido de los recursos materiales  $M=82.40$  ( $DE=15.64$ ) y por último los de comunicación  $M=81.22$  ( $DE=11.61$ ). Los cuidados de enfermería perdidos que predominaron en pacientes con riesgo o con UPP de acuerdo a las valoraciones fueron el uso de liberador de presión en prominencias óseas (60.2%), uso de colchones neumáticos e higiene diaria del paciente (ambos con 59.6%). Si bien, se encontró un alto porcentaje de cuidado de enfermería perdido de acuerdo a la percepción del personal y lo valorado en los pacientes, no se encontró una relación significativa. El Objetivo general Determina la relación que existe entre el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y el cuidado de enfermería perdido identificado en la valoración de pacientes hospitalizados con riesgo o con UPP.



## 2.3.-MARCO TEÓRICO

### 2.3.1. CONCEPTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

(Minjagos, Puga, Guillen, & Zuñiga, 2015) Afirman:

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como «úlceras de decúbito» y/o «escaras» son una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea; por lo general, se producen como resultado de la presión y/o fricción donde se localiza una prominencia ósea. (pag.2)

(Secretaria de salud, 2015) menciona que:

Las úlceras por presión, también conocidas como úlceras de decúbito y/o escaras son una lesión isquémica localizada en la piel y/o tejido subyacente, con pérdida de sustancia cutánea, por lo general se producen donde se localiza una prominencia ósea como resultado de la presión y/o fricción. Las úlceras por presión se producen debido a la presión aplicada al tejido blando, lo cual conlleva a un flujo de sangre completa o parcialmente obstruido. (p.1)

### 2.3.2 SISTEMAS Y ORGANOS:

(Merino & Noriega, S/F) mencionan:

La piel es la cubierta externa del cuerpo humano y uno de los órganos más importantes del mismo tanto por tamaño como por sus funciones. La piel separa al organismo del medio ambiente externo y, al mismo tiempo, permite su comunicación con él mismo. Es una envoltura completa sin soluciones de continuidad, ya que en las regiones donde se encuentran los orificios naturales del organismo, la piel se transforma paulatinamente en una mucosa. (p.1)

La piel sana es una barrera contra agresiones mecánicas, químicas, tóxicos, calor, frío, radiaciones ultravioleta y microorganismos patógenos. Además, la piel es esencial para el mantenimiento del equilibrio de fluidos corporales actuando como barrera ante la posible pérdida de agua (pérdida transcutánea de agua), el mantenimiento del equilibrio térmico y la transmisión de una gran cantidad de información externa que accede al organismo por el tacto, la presión, temperatura y receptores del dolor. Es más, prueba de que la piel juega un papel muy importante en nuestra función de relación es que exteriorizamos nuestro estado emocional por la piel: nos sonrojamos, palidecemos, nuestro pelo se eriza y emanamos olor (feromonas). (p.1)

La piel es un órgano de gran tamaño, el mayor del organismo, ya que tiene una superficie de alrededor de 2m<sup>2</sup> (depende de la altura y peso de la persona) y un peso de 4 kg, lo que supone aproximadamente el 6% del peso corporal total. Desde afuera hacia dentro, se distinguen tres capas de tejido, cuyo origen embriológico es totalmente distinto, perteneciendo cada capa a una capa embriológica diferente: La epidermis. La dermis o corion. Y El tejido subcutáneo o también denominado hipodermis o subcutis. (p.1)

✚ EPIDERMIS: es un epitelio plano poliestratificado y queratinizado que cubre la totalidad de la superficie corporal. Es la capa de la piel con mayor número de células y con una dinámica de recambio extraordinariamente grande. Presenta un espesor variable, con un valor medio de 0,1 mm., pudiendo alcanzar en zonas como las plantas de los pies y las palmas de las manos espesores de hasta 1 ó 2 mm. Está normalmente compuesta por cuatro capas diferentes que desde el exterior hacia el interior serían: (p.2) ➤ Capa córnea (stratum corneum).

➤ Capa granular (stratum granulosum).

- Capa de células espinosas (stratum spinosum).
- Capa basal (stratum basale). (p.2)

En aquellas zonas donde se presenta con un mayor grosor, la epidermis tiene cinco capas al contar con la capa lúcida (stratum lucidum), la cual está situada entre la capa córnea y la granular. Las capas de células espinosas y basales están formadas por células vivas que continuamente se reproducen por división mitótica. Estas células ocuparán el espacio de las células erosionadas en la capa córnea y se les llama conjuntamente la capa germinativa. Las otras tres capas constituyen la capa córnea y comprenden ya a células muertas. En la capa granular, las células sintetizan la queratohialina, la sustancia precursora de la queratina, la cual se acumula en gránulos en el citoplasma dando esta característica la denominación a esta capa. La capa lúcida, que se encuentra normalmente en la parte gruesa de la piel de las palmas de las manos y plantas de los pies, no existe en la piel delgada. Consiste entre tres y cinco filas de células muertas, claras y planas que contienen aún actividad enzimática. El estrato córneo está formado por células aplanadas y restos de células situadas unas sobre otras en forma de tejas y fuertemente empaquetadas, que han perdido núcleo y orgánulos citoplasmáticos quedando compuestas casi exclusivamente por filamentos de queratina agrupados en haces denominados monofilamentos. Está formado por 15 a 20 estratos celulares, de los cuales el último se va perdiendo por descamación. Este proceso de continuo desgaste y reemplazo renueva la totalidad de la capa epidérmica en un periodo aproximado de 30 días, desde que se produce la división celular hasta que la célula cae desprendida de la superficie de la piel. (p.2)

La epidermis está formada por queratinocitos, debido a la capacidad de estas células de sintetizar queratina. Las queratinas son una familia de proteínas estructurales insolubles en agua y con una gran

resistencia frente a cambios en el pH y a elevadas temperaturas. También presentan una fuerte resistencia a la degradación enzimática. Globalmente se subdividen en dos grupos, las queratinas duras o  $\alpha$  (alfa) que forman parte del pelo y uñas; y las blandas o  $\beta$  (beta) que son el elementos esencial de la capa córnea. (p.3)

Aunque los queratinocitos constituyen el 80% de las células epidérmicas, también se encuentran otros tipos celulares: Los melanocitos, que suponen alrededor del 10% de las células epidérmicas y que son las células encargadas de la síntesis de melanina, pigmento que da color a la piel y protección frente a los rayos ultravioletas (UVA). Las células de Langerhans, que son células provenientes de la médula ósea, emigradas a la piel y que forman parte del sistema inmunitario. Tal como hemos comentado anteriormente una de las funciones que desarrolla la piel es la defensa inmunitaria. c) Las células de Merkel, son células sensoriales, situadas en el estrato basal y contactan con terminaciones de neuronas sensoriales para transmitir información de tacto. (p.3)

✚ LA DERMIS: es la estructura de soporte de la piel y le proporciona resistencia y elasticidad. Está formada básicamente de tejido conectivo fibroelástico. La matriz extracelular contiene una elevada proporción de fibras, no muy compactadas, de colágeno (>75%), elastina y reticulina. Es un tejido vascularizado que sirve de soporte y alimento a la epidermis. Constituye la mayor masa de la piel y su grosor máximo es de unos 5 mm. (p.4)

Histológicamente, se divide en dos capas, que desde el exterior al interior son: La capa papilar (stratum papillare). La capa reticular (stratum reticulare). (p.4)

La capa papilar recibe ese nombre por la presencia de proyecciones hacia el interior de la epidermis, estas proyecciones se denominan papilas dérmicas y se alternan con los procesos interpapilares de la epidermis. En las papilas se encuentran las asas capilares (sistema circulatorio) que proporcionan los nutrientes a la epidermis avascular. La capa papilar también contiene numerosas terminaciones nerviosas, receptores sensoriales y vasos linfáticos. (p.4)

La capa reticular es más gruesa que la papilar, y recibe ese nombre por el entramado o retícula de las fibras colágenas que forman gruesos haces entrelazados con haces de fibras elásticas. Esta estructura es la que proporciona elasticidad y capacidad de adaptación a movimientos y cambios de volumen. (p.4)

Las células del tejido conectivo son escasas y comprenden los fibroblastos, macrófagos, mastocitos o células cebadas, linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y monocitos. Los fibroblastos móviles se diferencian en fibrocitos, que se enlazan mediante elongación y forman un entramado tridimensional. Los fibroblastos sintetizan y liberan los precursores del colágeno, elastina y proteoglicanos para construir la matriz extracelular. (p.4)

✚ TEJIDO SUBCUTÁNEO O HIPODERMIS: La dermis se integra con la capa de tejido subcutáneo no teniendo un límite definido. Esta capa está formada de tejido conectivo laxo y muchas de sus fibras se fijan a las de la dermis, formando franjas de anclaje, fijando así la piel a las estructuras subyacentes (fascia, periostio o pericondrio). Si estas franjas de retención están poco desarrolladas, la piel se mueve en su sustrato formando plegamientos. Si están muy desarrolladas o son muy numerosas, como es el caso de la planta de los pies o del cuero cabelludo, la piel es casi inamovible. (p.7)

El espesor de la hipodermis es muy variable dependiendo de la localización, el peso corporal, el sexo o la edad. Está formada por tejido adiposo (de ahí las denominaciones de grasa subcutánea o panículo adiposo) que forma lobulillos separados por tabiques de tejido conectivo, continuación del conectivo de la dermis reticular y por donde discurren vasos y nervios. El tejido subcutáneo sirve de almacén de energía, además de aislante térmico y de protector mecánico frente a golpes. (p.7)

### **2.3.3. MECANISMOS DE ACCION**

(Minjagos, Puga, Guillen, & Zuñiga, 2015) Afirman:

Las UPP se producen debido a la presión aplicada al tejido blando, lo cual conlleva un flujo de sangre completa o parcialmente obstruido. Por ejemplo, la fuerza tangencial que combina los efectos de la presión y la fricción provoca pinzamiento vascular cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, a lo que se conoce como «cizalladura». (pag.2)

### **2.3.4. INCIDENCIAS Y PREVALENCIAS**

(Secretaria de salud, 2015) menciona que:

La prevalencia reportada de úlceras por presión a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) está entre el 5% y 12%, en el continente americano es del 7%. En México, en el 2011 se realizó el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las úlceras por presión, dando como resultado una prevalencia de 12.92% que lo ubica en un nivel medio con respecto a otros países como España y Alemania, cuya prevalencia oscila entre 6 y 13% (p.1)

Las úlceras por presión se asocian a un incremento de la morbilidad e incluso mortalidad en pacientes que permanecen en cama. Cabe señalar también las repercusiones económicas para los centros hospitalarios, al aumentar los costos directos e indirectos en el tratamiento. (p.2)

(Guía de practica Clinica, 2015) Afirma:

La prevalencia de las úlceras por presión es difícil de establecer, depende el tipo de estudio realizado, de la población estudiada (hospitalizados, ambulatorios, asilados, unidad de cuidados intensivos, etc.). Entre los pacientes hospitalizados se estima una prevalencia entre el 3-17%, siendo hasta del 50% en cuidados intensivos y en adultos mayores hospitalizados es alrededor del 40% (Berlowitz D, 2014). (p.9)

En los Estados Unidos se atiende un estimado de 2.5 millones de úlceras por presión al año, en estancias de cuidados agudos (Reddy M, 2006). Por esta causa se generó un costo estimado de 500 a 40,000 dólares por cada úlcera por presión diagnosticada y tratada. La incidencia oscila entre 0.4% y el 38% en hospitalizados y 17% en residencias para ancianos (Lyder CH, 2001). (p.9)

Otro estudio reportó que el 36% de los adultos mayores con fractura de cadera desarrollan esta complicación (Baumgarten M, 2009). Todos los pacientes tienen riesgo potencial de desarrollar una úlcera por presión, aunque son más propensos las personas de edad avanzada, las mujeres, pacientes gravemente enfermos, con condición neurológica, problemas de movilidad, alteraciones nutricionales, mala postura, ingreso a unidad de cuidados intensivos y hospitalización prolongada. (Stansby G, 2014; Petzold T, 2014). (p.9)

(Balcazar & Leon, 2018) Argumenta:

En países desarrollados se ha reportado una prevalencia de úlceras por presión que oscila entre el 5 y 12%, y tiende a incrementarse hasta el 20% en enfermos geriátricos. En México, de acuerdo con lo reportado por Vela Anaya, la prevalencia cruda de úlceras por presión es de 12.92%, lo cual ubica al país por arriba de la media internacional. En el ámbito intrahospitalario, es de competencia del personal de enfermería vigilar la aparición de las úlceras por presión, y en caso de ser necesario, llevar a cabo el tratamiento de las mismas. Mediante la valoración, la enfermera identifica oportunamente la presencia de factores de riesgo o, en su caso, el grado de la lesión, a fin de iniciar el tratamiento con el protocolo correspondiente. (p.2)

### **2.3.5 FACTORES DE RIESGO**

(Secretaria de salud, 2015) menciona que:

Factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión. Pacientes de más de 60 años, obesidad, desnutrición, características de la piel, deficiencias motoras o sensoriales, alteraciones en los procesos de eliminación vesical o intestinal, inmovilidad voluntaria e involuntaria por periodos prolongados, padecimientos que comprometen el sistema inmunológico vascular periférico, alteraciones en el estado de conciencia.(p.2)

(Guia de Practica Clinica, 2009) menciona:



Los factores de riesgo para la presentación de las úlceras de presión o situaciones que disminuyen la resistencia de los tejidos a las fuerzas antes mencionadas pueden agruparse en intrínsecos y extrínsecos:

- ❖ Factores intrínsecos: Inmovilidad, alteraciones respiratorias y/o circulatorias insuficiencia vascular, presión arterial baja, insuficiencia cardíaca, vasoconstricción periférica, alteraciones endoteliales, anemia, septicemia, medicación (inmunosupresión) y desnutrición/ deshidratación.
  
- ❖ Factores extrínsecos: Humedad, perfumes o lociones que contengan alcohol, superficie de apoyo, masajes en la piel que cubre salientes óseas, presencia de sondas (vesical, nasogástrica, férulas y yesos. (p.8)

### **2.3.6 SIGNOS Y SINTOMAS**

(Guía De Practica Clínica, 2015) Afirman:

La infección de la úlcera afecta su curación. La posibilidad de infección puede presentarse aún en ausencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica. La infección de la úlcera puede presentarse con signos locales como: Calor, Eritema, Dolor, Exudado purulento, Fetidez. Sin embargo, las manifestaciones clínicas de infección pueden ser variables y tener como único signo el retraso en su curación. Las úlceras por presión pueden colonizarse o infectarse por organismos resistentes como staphylococcus aureus metilcilina-resistente, enterococo resistente a vancomicina y bacilos gram negativos multirresistentes, actuar como reservorio y ser potencial factor de riesgo para otros pacientes hospitalizados.(p.19)

### **2.3.7 CLASIFICACION**

(Secretaria de salud, 2015) Menciona que:

La clasificación de las cuatro etapas de las úlceras por presión se revisan periódicamente por el Panel Nacional Asesor de Úlceras de Presión (National Pressure Ulcer Advisor Panel, NPUAP por sus siglas en inglés).

- ✚ Estadio I: Piel intacta con enrojecimiento.
- ✚ Estadio II: Pérdida del espesor parcial de la dermis. Úlcera abierta poco profunda con una base de herida rojiza.
- ✚ Estadio III: Pérdida de tejido en todo su espesor. El tejido graso subcutáneo puede visualizarse a excepción del hueso, tendón o músculos que no están expuestos.
- ✚ Estadio IV: Pérdida total del espesor del tejido con exposición de hueso, tendón o músculo. (p.2)

Las úlceras por presión no regresan de etapa a medida que sanan, por ejemplo, unas úlceras por presión no pasa del estadio IV al III. Una úlceras por presión que se está volviendo más superficial con la curación se describe en términos de su profundidad original (p. Ej. úlceras por presión en estadio II sanando). Actualmente, se emplea la Escala de Braden-Bergstrom para la Predicción del Riesgo de úlceras por presión, la cual valora la percepción sensorial, la exposición de la piel a la humedad, la actividad física, la movilidad corporal, la nutrición, los roces y peligros de lesiones.(p.2)

### **2.3.8 ESCALAS**

(Balcazar & Leon, 2018) argumenta:

En cuanto a la capacitación del personal de enfermería, existen escalas validadas para la valoración del riesgo y clasificación de las

heridas, las cuales pueden ser utilizadas para tal fin; por ejemplo, la escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión, se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo); la escala de Waterlow, para la estratificación del riesgo de úlceras por presión; la escala de Braden, que evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión. (p.2)

### **2.3.9 ESCALA DE LOS 3 AUTORES**

(García Fernández Francisco Pedro, 2008) Afirman:

#### **2.3.9.1 Escala de Norton**

Como ya se ha mencionado, es la primera EVRUPP descrita en la literatura, y fue desarrollada en 1962 por Norton, McLaren y Exton-Smith en el curso de una investigación sobre pacientes geriátricos. A partir de esa fecha la Escala de Norton ha alcanzado una importante difusión en todo el mundo.(p.29)

Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. En su formulación original, su puntuación de corte eran los 14, aunque posteriormente, en 1987, Norton propuso modificar el punto de corte situándolo en 16 (p.29).

#### **2.3.9.2 Escala de Waterlow**

Esta escala fue desarrollada en Inglaterra, en 1985, a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que se encontró que la Escala de Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que finalmente presentaban úlceras (p.30).

Tras revisar los factores que intervienen en la etiología y la patogénesis de las UPP, Waterlow presentó una escala con seis subescalas (relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito) y cuatro categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación) (p.30).

### **2.3.9.3 Escala de Braden**

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU., en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Bárbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una EVRUPP (p.21-22).

La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices (p.21-22).

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma (p.21-22).

### **2.3.10 COMPLICACIONES:**

(Arango, Fernández, & Torres, S/F) Argumentan:

Se dividen en 2 los cuales son:

- 1. Complicaciones primarias:** Locales: originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida. Sistémicas: entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento (p.5).
- 2. Complicaciones secundarias** Algunas son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales (p.6).

### **2.3.11 DIAGNOSTICO**

(Guía de Practica Clinica, 2009) Menciona:

Solicitar biometría hemática completa, albúmina sérica y colesterol para valorar parte del estado nutricional, sólo en caso necesario. Si existe comorbilidad, complementar con estudios específicos de acuerdo al grado de la patología. (P.16).

### **2.3.12 TRATAMIENTO**

(Guía de Practica Clinica, 2009) Argumenta:

- Realizar la valoración de la úlcera de manera periódica al menos una vez por semana, o siempre que existan cambios que así lo sugieran.

- Evitar colocar al paciente directamente sobre prominencias óseas y/ó úlceras.
- Si el paciente tiene UPP en la zona sacra, evitar que permanezca sentado por períodos de tiempo largos, sentarlo sólo durante periodos limitados (en las comidas).
- Reevaluar las úlceras una vez a la semana o antes si hay deterioro para modificar el plan de tratamiento
- Reevaluar a todos los pacientes con úlceras existentes para determinar el riesgo de desarrollar úlceras de presión adicionales.
- Si hay flictenas hay que aspirar asépticamente su contenido con jeringa y aguja, mantener la epidermis sobre la lesión y colocar un apósito de espuma de poliuretano o de silicona.
- Aislar y retirar apósitos sucios, las sustancias corporales y el material contaminado de cada paciente de acuerdo con las normas establecidas para evitar contaminaciones cruzadas.
- Llevar a cabo la limpieza y el desbridamiento de manera correcta para minimizar el riesgo de infección.
- Proteger las UPP de fuentes exógenas de contaminación (por ejemplo heces).
- Si hay signos de infección local hay que intensificar la limpieza, desbridamiento y hacer un cultivo. Obtener el cultivo por aspiración percutánea, nunca con torunda porque todas las UPP están colonizadas por bacterias y esta puede detectar solo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección (incluyendo anaerobios). Para obtener un cultivo limpie la herida con solución salina primero, no utilice detritus o exudado.
- El desbridamiento cortante permite eliminar de manera rápida y selectiva las escaras secas adheridas a planos profundos y el tejido desvitalizado húmedo. Implica la utilización de

instrumental y técnica estéril. Es un método doloroso por lo que se aconseja analgesia antes del procedimiento.

- En caso de hemorragia hacer compresión directa y aplicar apósitos de alginato, con cura seca durante las 24 hrs siguientes, controlar la presencia de sangrado significativo. Posteriormente continuar la cura en ambiente húmedo.
- Evitar hacer el desbridamiento cortante a los pacientes con coagulopatias y con tratamientos anticoagulantes. (P. 17, 18, 20.)

### **2.3.13 ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

(Secretaria de salud, 2015) Menciona que:

Plan de cuidados e intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo. Establecimiento de un programa de rotación para cambios de posición así como de ejercicios pasivos para estimular la circulación. Movilización asistida, pasiva o activa, dentro y fuera de la cama con la frecuencia requerida para lograr la alternancia en los puntos de presión y de acuerdo con las condiciones valoradas. Mantenimiento de la piel seca, limpia, lubricada y protegida en las zonas de fricción y en las salientes óseas. Aplicación de masajes locales con suaves movimientos circulares. Protección de los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos. Cambios de ropa de cama, pañal, bata o pijama cuantas veces sea necesario, evitando la formación de arrugas en las prendas. Mantenimiento de la piel libre de orina, heces, cualquier otro líquido o exudado producido por las condiciones de salud del paciente. Vigilancia de la ingesta de una dieta adecuada para el paciente. (p.3)

Uso de los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión. Uso de cama con colchón hule espuma de presiones alternas, neumático o de agua. Utilización de almohadas de diferentes tamaños, cojines neumáticos o de material visco elástico. Uso de jabones neutros. Uso de ropa de cama seca y limpia. Utilización de dispositivos protectores (apósitos). Uso de productos para lubricar e hidratar la piel. (p.3)

### **2.3.14 PREVENCIÓN**

(Secretaria de salud, 2015) menciona que:

Orientación al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las úlceras por presión. Cambios de posición y su frecuencia. Realización de ejercicios pasivos para estimular la circulación. Revisión diaria y lubricación de la piel del paciente. Utilización de elementos (ropa limpia, almohadas, colchón de agua o aire de hule espuma, cama sin arrugas). Higiene del paciente. Signos de alarma en la aparición de lesiones en la piel como enrojecimiento u otro cambio de coloración. Consumo de dieta indicada. (p.3)

## **2.4 MARCO CONCEPTUAL**

**Innumerable:** que no se puede contar.

**Estado crítico:** una situación clínica que atraviesa un paciente. Normalmente, los médicos que asisten a un individuo cuando se comunican con sus colegas, sus familiares o los medios interesados en el estado de un paciente, por lo general utilizan este concepto,



cuando quieren indicar que los signos vitales de esto no son estables y, en caso, la muerte es un resultado probable e inminente.

**Aterosclerosis:** es un tipo específico de arteriosclerosis, pero a veces los términos se utilizan indistintamente. Aterosclerosis se refiere a la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro y sobre las paredes de las arterias (placa), lo cual puede restringir el flujo sanguíneo.

**Parálisis:** del Paralítico Analítico (del latín paraly sis, y este del griego παράλυσις parálysis) es una pérdida o disminución de la motricidad o de la contractilidad de uno o varios músculos, debida a lesiones de las vías nerviosas o de los mismos músculos.

**Neuropatía Periférica:** es una consecuencia del daño a los nervios fuera del cerebro y la médula espinal (nervios periféricos), a menudo causa debilidad, entumecimiento y dolor, generalmente en las manos y los pies.

**Isquemia:** Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.

**Síntoma:** es generalmente una experiencia subjetiva de una enfermedad, a diferencia de un signo, que es algo que se puede detectar o medir. Por ejemplo, el dolor de estómago, el dolor en la parte baja de la espalda y el cansancio son síntomas que solo puede experimentar (o percibir) y referir el paciente.

**Signos clínicos:** son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente, a diferencia de los síntomas, que son elementos

subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente como, por ejemplo, el dolor, la debilidad y el mareo.

**Microclima:** es la humedad de la piel causada por la sudoración o la incontinencia ya sea orinal o fecal.

**Antiséptico:** producto con actividad antimicrobiana diseñado para usar sobre la piel u otros tejidos superficiales; puede dañar las células.

**Apósito:** producto que se utiliza para aislar, cubrir, proteger y facilitar el proceso de cicatrización de una herida, con diferente mecanismo de acción.

**Colonización:** proliferación de gérmenes o bacterias en el lecho de las lesiones.

**Contaminación:** presencia de gérmenes o bacterias sin proliferación.

**Cura seca:** cura tradicional en la cual se utilizan gasas secas o húmedas.

**Desbridamiento:** retiro de tejido necrótico

**Escara:** tejido desvitalizado, negro, grueso, duro, de aspecto acartonado.

**Eritema:** enrojecimiento de la piel que no desaparece a la digito presión.

**Exudado:** Aumento de líquido corporal.

**Fascia:** banda de tejido fibroso localizado en un plano profundo que recubre a los músculos.

**Flictena:** lesión cutánea con levantamiento de la epidermis, que forma una vesícula o ampolla conteniendo líquido seroso.

**Fricción:** es una fuerza tangencial que actúa paralela a la piel.

**Infeción:** invasión por microorganismos patógenos.

**Presión:** que se ejerce sobre una zona de la piel así como del tiempo que se mantiene esta presión.

**Tejido necrótico:** tejido muerto

# CAPÍTULO 3

## DISEÑO METODOLOGICO

### 3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1.-INVESTIGACIÓN BÁSICA: También recibe el nombre de investigación pura, teórica o dogmática. Se caracteriza porque parte de un marco teórico y permanece en él; la finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico.

Nuestro tema, “Actuación de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión en Pacientes de 45-60 años hospitalizados en el HBC Comalapa” es una investigación básica porque necesitamos ampliar más de nuestros conocimientos para llevar a cabo una investigación, sobre las distintas opiniones de diferentes autores sobre nuestro tema y así comprender mejor para ayudar a una mejor prevención de la aparición de las lesiones por úlceras por presión.

Observamos que es de alto impacto el número de casos presentados debido a estas lesiones, en los pacientes que permanecen por varios días en las estancias hospitalarias, y determinamos que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes de la edad adulta entre el rango de edad que es de 45 a 60 años. También se observa la alta demanda de casos, debido a las incorrectas técnicas de cuidados que realiza el personal de enfermería hacia los pacientes que están hospitalizados, como el mal tendido de camas, falta de movimientos posturales, la falta de higiene, y sobre todo la falta y actualización de conocimiento para poder realizar la buena prevención.

Están importante que nosotros como personal de enfermería busquemos más información en diferentes fuentes por diversos autores para así actualizarse y mejorar más de sus conocimientos para dar una mejor prevención a nuestros pacientes.

3.1.2.-INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL: Este tipo de investigación es la que se realiza, como su nombre lo indica, apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie.

Esta investigación es de tipo documental, porque necesitamos acceder a consultas en internet, documentos tales como libros, guías de práctica, normas oficiales, etc. para obtener información del tema con base en distintos autores para enriquecer el marco de referencia de la investigación.

Nuestro tema “Actuación de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión en Pacientes de 45-60 años hospitalizados en el HBC Comalapa” requiere complementarlo con más información y para ello requerimos de diversas fuentes para comprender mejor el tema, ya que nuestra investigación esta basa por artículos de revista, de periódicos, de citas bibliográficas como son de guías prácticas clínicas y entre otros artículos.

### 3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

#### 3.2.1.-DE CAMPO

Este tipo de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones.

Nuestra investigación es de campo, luego de haber obtenido los resultados de nuestra población en riesgo de presentar estas lesiones, hemos observado y cuantificado nuestra muestra de población, para ello llegamos a nuestra unidad de salud HBC Comalapa , para identificar y verificar los casos que existe de la aparición de por úlceras por presión.

Brindamos pláticas a los pasantes del personal de enfermería para que conozcan más sobre el tema y se actualicen para así dar una mejor prevención hacia los pacientes hospitalizados, ya que ellos son los que más realizan estas actividades.

### 3.2.2.-TRANSVERSAL

Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. No involucran seguimiento.

Nuestra investigación es de tipo transversal ya que observamos un alto índice de probabilidad de casos de las úlceras por presión presentados en los pacientes hospitalizados por más de 72 hrs, para ello tenemos que realizar una encuesta, una observación bien detallada y una serie de entrevista hacia los pacientes hospitalizados para conocer la probabilidad de presentar estas lesiones. Esta entrevista se realiza durante el mes de mayo de 2020, se recolecta la información y se registran y procesan los resultados, para poder realizar el análisis de forma cualitativa y cuantitativa, pero sin dar continuidad a los resultados.

### 3.3 POBLACION:

Pasantes de enfermería de ambos sexos.

Tema: úlceras por presión en pacientes hospitalizados entre la edad de 45 a 60 años en el HBC Comalapa.

### 3.3.1 DELIMITACION ESPACIAL:

#### 3.3.1.1.- MACRO LOCALIZACIÓN

El municipio de Frontera Comalapa se encuentra en la depresión central de Chiapas y aparece desde el siglo XVI, atendido por doctrineros del convento dominico de Comitán. En 1665 Comalapa pertenecía al curato de Yayagüita del convento de Comitán. En 1921 era Cabecera Municipal. En 1943 se considera municipio de segunda clase. El 18 de noviembre de 1943 se decreta el cambio de nombre de una de sus localidades, El Ocotál por el de Ciudad Cuauhtémoc, sitio hasta donde llegara la carretera Panamericana. Se considera que su nombre se debe al recuerdo de la extinta San Juan Comalapa, y está sobre el paraje Cushú, que se encontraba cerca de Tecpan, Guatemala; es decir en la frontera, El clima del municipio es cálido subhúmedo con lluvias en verano. Predomina la vegetación de tipo de selva mediana

Colindancias;

Al noroeste Municipio de Socoltenango

Al norte al Municipio de la Trinitaria

Al oeste al Municipio de Chicomuselo

Al sur Municipio de Amatenango de la Frontera

Al suroeste al Municipio de Bella Vista

Tiene una extensión territorial del 717.90 km<sup>2</sup> que representan el 5.62% de la superficie de la región Fronteriza y el 0.94% a nivel estatal. El clima que se registra en todo el territorio de Frontera Comalapa es Cálido subhúmedo con lluvias en verano, la temperatura media anual registrada en la mayor parte del territorio fluctúa entre los 24 y 26°C, la zona sur del territorio, ocupada por la Sierra Madre de Chiapas, registra una temperatura media de 26 a 28°C; la precipitación media anual se encuentra entre los 2,000 y los 1,000 mm. La vegetación del municipio es diversa, la mayoría se dedica a la agricultura de temporal, que constituye una de las principales actividades económica, dos sectores ubicados al norte se encuentran cubiertos por pastizales, mientras que al sur del municipio, en las montañas, se encuentra un bosque templado. El municipio tiene una población de 57,580 habitantes según los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, de ese total, 27,349 son hombres y 30,231 son mujeres.

### 3.3.1.2.- MICRO LOCALIZACIÓN

Para efectos de nuestra investigación, el estudio se focaliza en el Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa, ubicado en calle ninguno, #0, Barrio Vista Hermosa, Frontera Comalapa, Chiapas; México, CP: 30140. Actualmente el director general del Hospital Básico es el Dr. Rolando Adali Escobar Escobar. El hospital cuenta con un cierto porcentaje con un equipo de trabajo los cuales son: Licenciados en enfermería, técnicos, médicos, intendencia, camilleros, cocineros, trabajadores sociales, administrativos y guardias de seguridad.

Colindancias del HBC con la palapa de Frontera Comalapa



Av Dr Manuel Velazco Siles

6ta avenida oriente norte.

El clima predominante es cálido subhúmedo con lluvias en verano. Su código postal es 30140 y su clave lada es 963.

### 3.3.2.- UNIVERSO O POBLACIÓN

La población de la investigación denominada es hacia pacientes de 45 a 60 años con úlceras por presión, Hospitalizados en el Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa.

### 3.4.- MUESTRA

Para la presente investigación la muestra es de tipo no probabilística, ya que para el cálculo de su tamaño no se utilizan formulas estadísticas, dicho tamaño se define de acuerdo al criterio del investigador.

El tamaño de la muestra de la tesis “Actuación de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes de 45 a 60 años hospitalizados en el HBC Comalapa, ya que se está tomando el nuestra muestra de aproximadamente 70 pacientes de una población. Por lo que durante el periodo de mayo-junio 2020 aplicamos 70 encuestas al personal de enfermería y pacientes para conocer más acerca de las úlceras por presión.

### 3.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Existen tres técnicas de recolección de datos, que una vez ejecutadas y al combinarse sus resultados, permiten realizar el análisis de datos hasta que estos se conviertan en información.

Este proceso permite al investigador, comprobar la hipótesis y diseñar su marco metodológico y/o propuestas de mejora. La información utilizada en esta tesis denominada “Actuación de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión en Pacientes de 45-60 años hospitalizados en el HBC Comalapa”, fue obtenida de diferentes fuentes que se detallan a continuación.

#### 3.5.1.- INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Obtuvimos información en internet, libros, manuales, guías de prácticas clínicas, artículos científicos, periódicos, revistas de divulgación científica, leyes vigentes y de diferentes autores.

#### 3.5.2.- APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN

De la tesis denominada “Actuación de enfermería en Prevención de Ulceras por Presión en Pacientes de 45-60 años hospitalizados en el HBC Comalapa”, Los alumnos de 9º Cuatrimestre de Lic. En Enfermería de la Universidad del Sureste, estamos realizando una investigación con motivo de la elaboración de nuestra tesis.

La siguiente encuesta tiene como propósito recopilar información acerca de los conocimientos que tienen usted como personal de enfermería, para determinar los signos de alarma para la prevención de las úlceras por presión.

Por lo cual, solicitamos a que usted pueda colaborar respondiendo las siguientes preguntas.

#### DATOS PERSONALES.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Profesión o especialidad: \_\_\_\_\_

Escuela de egreso: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución donde labora: \_\_\_\_\_

Trayectoria de su profesión: \_\_\_\_\_

#### ASPECTOS GENERALES.

Marque con una X en la respuesta qué usted considere correcta.

#### CONOCIMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION.

1. ¿Ha recibido información sobre el tema de las úlceras por presión?

a) SI ( )      b) NO ( )      c) de ninguna parte ( )

2. ¿De quién las ha recibido?

- a) Médicos generales ( ) b) Enfermeras especializadas en heridas ( )  
c) Dermatólogos ( ) d) Cirujanos ( ) e) Otro ( )

Especifique\_\_\_\_\_

3. Conoce usted las complicaciones que se pueden generar a los pacientes que están inmóviles dentro del área hospitalaria?

A) SI ( ) b) NO ( ) Mencione algunas:\_\_\_\_\_

4. Conoce sobre los factores de riesgo que presenta un paciente con ulcera por presión?

A) SI ( ) b) NO ( )

5. ¿Conoce usted los datos de alarma que dan origen a las úlceras por presión?

A) SI ( ) b) NO ( )

6. ¿Realiza usted algunas actividades como método para prevención de las úlceras?

A) SI ( ) b) NO ( ) Mencione algunas:\_\_\_\_\_

7. ¿Conoce usted en que partes de cuerpo se presentan con mayor frecuencia las úlceras por presión?

A) SI ( ) b) NO ( ) Mencione algunas:\_\_\_\_\_

8. ¿Durante su carrera profesional ha realizado curaciones de heridas por úlceras por presión?

A) SI ( ) b) NO ( )

¿En qué regiones del cuerpo con mayor frecuencia las ha realizado?

- a) Región sacra ( )                      b) Región craneal ( )  
c) extremidades                      d) otros ( )    Especifique\_\_\_\_\_

9. ¿Conque frecuencia ha realizado curaciones por ulceras por presión?

- a) 1- 2 veces ( )                      b) 3-4 veces ( )                      c) 5-6 veces ( )  
d) Más de 6 veces ( )                      e) Ninguna vez ( )

10. ¿Qué materiales utiliza para realizar una curación por UPP?

- a) Gasa, apósitos, jabón quirúrgico, yodopovidona y solución fisiológica ( )  
b) Gasa, apósitos, jabón quirúrgico y solución fisiológica ( )  
c) gasas, apósitos, javon quirúrgico, alcohol y agua ( )  
d) otros ( ) Especifique\_\_\_\_\_

11. ¿Utiliza como regenerador de la piel, alguna crema o apósitos en especifica?

- A) SI ( )    b) NO ( ) Especifique\_\_\_\_\_

POR SU PARTICIPACIÓN LE DAMOS LAS GRACIAS. LE ASEGURAMOS QUE LOS DATOS OBTENIDOS SERÁN TRATADOS DE FORMA CONFIDENCIAL.

### 3.5.3.-APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A EXPERTOS

Aplicación de entrevistas a expertos del tema “Actuación de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes de 45 a 65 años hospitalizados en el HBC Comalapa.

Durante el periodo junio – agosto del 2020, aplicamos entrevistas semiestructuradas a especialistas en el área de la salud para conocer con mayor profundidad el tema.

Enseguida se muestra el formato de entrevista aplicada a los expertos del tema.

#### ENTREVISTA A UN MÉDICO GENERAL.

Los alumnos del 9° cuatrimestre de Lic. En Enfermería de la Universidad del Sureste, estamos realizando una investigación con motivo de la elaboración de nuestra tesis. Por lo cual, solicitamos a usted que pueda colaborar respondiendo las siguientes preguntas.

Agradecemos su participación y le aseguramos que los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial.

#### DATOS PERSONALES.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Profesión o especialidad: \_\_\_\_\_

Escuela de egreso: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución donde labora: \_\_\_\_\_

Trayectoria de su profesión: \_\_\_\_\_

### ASPECTOS GENERALES.

Responda las siguientes preguntas.

1.- ¿Para usted que es una ulcera por presión?

2.- ¿Que cuidados considera necesarios para prevenir las ulcera por presión?

3.- ¿Para usted que son los signos de alarma en una ulcera por presión?

4.- ¿En cuántos grados o estadios se clasifican las ulcera por presión, y cuáles son?

5.- ¿Cuáles los factores de riesgo que dan origen a una UPP?

6.- ¿Cuál es el tratamiento de las ulceras por presión?

7.- ¿Que complicaciones se pueden generar ante una ulcera por presión?

8.- ¿Qué opina usted de nuestra hipótesis?

“A cuánto mayor sea la ejecución de cambios posturales en los pacientes hospitalizados menor será el riesgo a presentar una ulcera por presión”

#### ENTREVISTA A UNA ENFERMERA

Los alumnos del 9° cuatrimestre de Lic. En Enfermería de la Universidad del Sureste, estamos realizando una investigación con motivo de la elaboración de nuestra tesis. Por lo cual, solicitamos a usted que pueda colaborar respondiendo las siguientes preguntas.

Agradecemos su participación y le aseguramos que los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial.

#### DATOS PERSONALES.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Profesión o especialidad: \_\_\_\_\_

Escuela de egreso: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución donde labora: \_\_\_\_\_



Trayectoria de su profesión: \_\_\_\_\_

## ASPECTOS GENERALES.

Responda las siguientes preguntas.

1.- ¿Qué sabe usted sobre las úlceras por presión?

2.- ¿Qué actividades considera necesario para prevenir las úlceras por presión?

3.- ¿Cuáles son los signos de alarma que indican una úlcera por presión?

4.- ¿Conoce usted cuales son las complicaciones que se le puede generar a un paciente con UPP?

5.- ¿Conoce usted qué pacientes son más propensos a presentar UPP, y porque?

6.- ¿Por qué cree usted que son más vulnerables de padecer UPP los pacientes adultos mayores?

7.- ¿Considera usted necesario los colchones de agua, como método de prevención de las úlceras, porque?

8.- ¿Qué opina usted de nuestra hipótesis?

“A cuánto mayor sea la ejecución de cambios posturales en los pacientes hospitalizados menor será el riesgo a presentar una úlcera por presión”

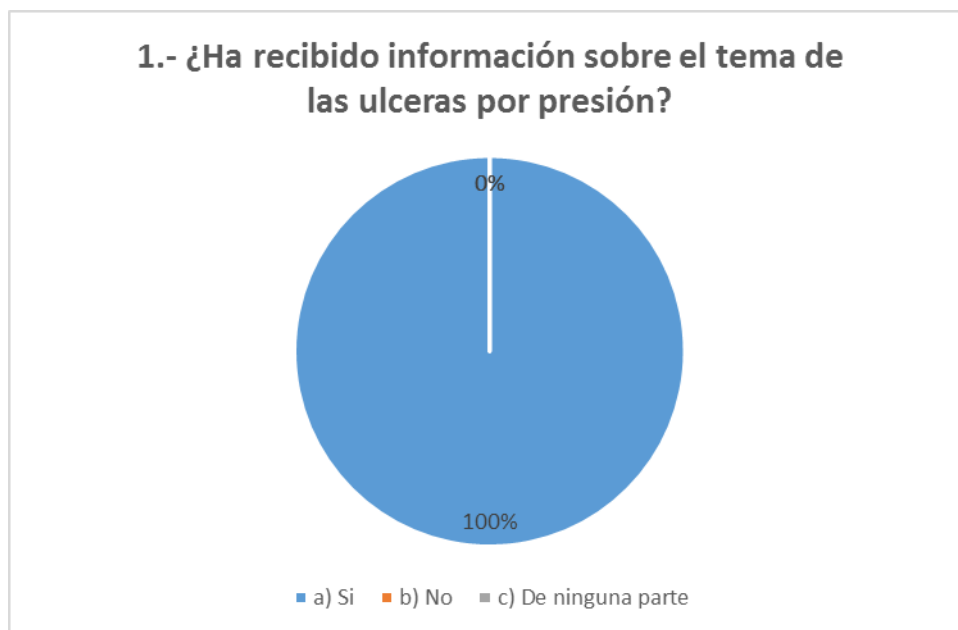
## CAPÍTULO 4

### ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

#### 4.2 PRESENTACION DE RESULTADOS

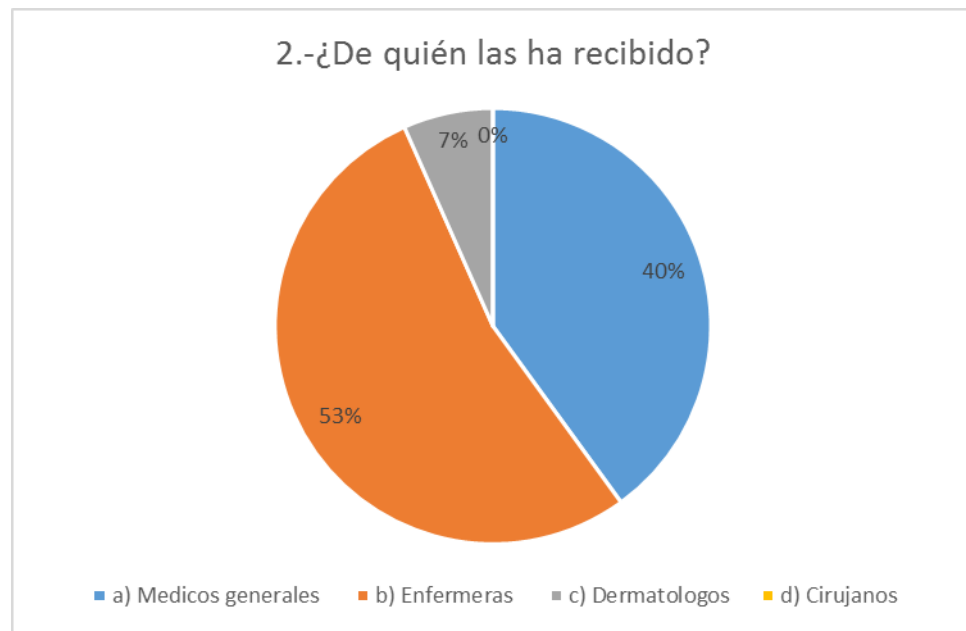
Los datos que obtuvimos de la encuesta realizada hacia los pasantes de enfermería del HBC Comalapa, sobre la tesis dominada “actuación de enfermería en prevención de úlceras por presión en pacientes de 45-60 años hospitalizados en el HBC Comalapa” y nos dieron como resultado, lo que a continuación se describe:

##### 4.2.1 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LA MUESTRA DE LA POBLACION



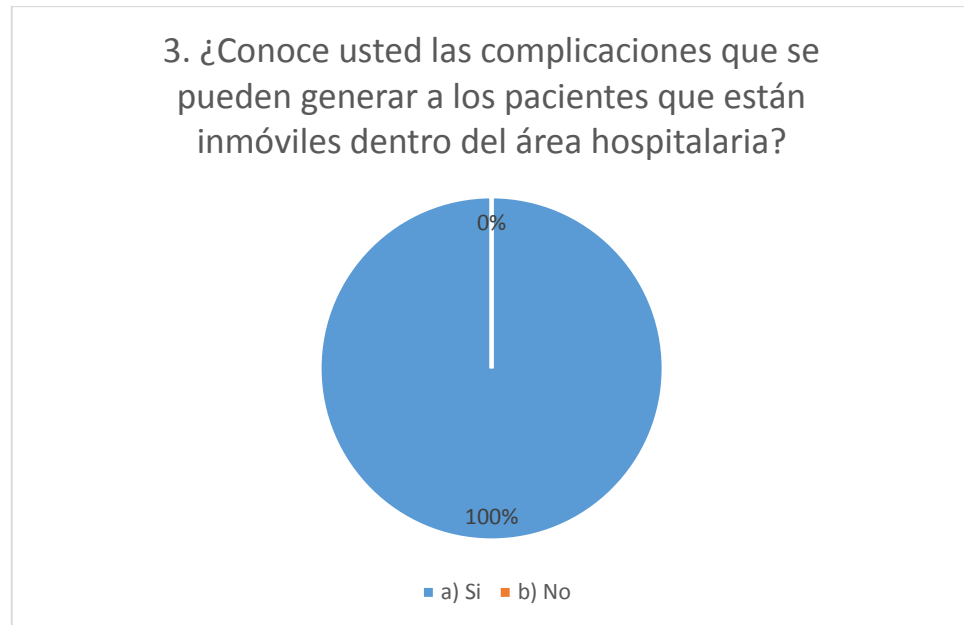
Una vez encuestados a los 15 pasantes de enfermería de ambos sexos, que laboran en el hospital básico comunitario de Frontera

Comalapa Chiapas. Realizamos nuestra encuesta sobre el tema de UPP para ver si saben y si tienen conocimientos sobre el tema y como pudimos observar con los resultados es que todo el personal pasante de enfermería conoce y sabe sobre el tema. Como equipo de investigadores y como personal de enfermería podemos decir, observar y analizar que entre más sepamos del tema mejores actividades realizaremos para los pacientes para prevenir las lesiones. Pero más sin embargo hay actividades que desconocen o no los ejecuta para llevar a cabo la prevención de las lesiones de UPP.



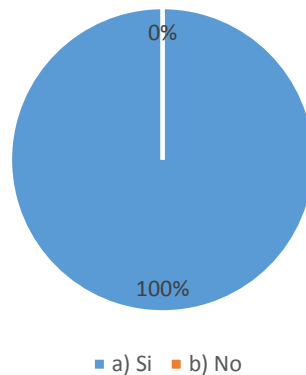
Con base a nuestros resultados pudimos observar que conocen perfectamente del tema porque la mayoría a recibido la información en las escuelas donde han egresado que se genera con un 53% que recibe la información de UPP por medio de los personales de enfermería, mientras que el otro 40% recibe la información por parte del personal médico ya sea de la institución donde ejerció sus prácticas profesionales, durante su pasantía o bien de su escuela de

egreso, mientras que el otro 7% recibe la información por los personales especializados en dermatología.



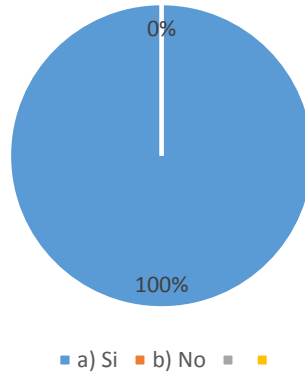
Con base a esta pregunta que encuestamos, pudimos observar en nuestro resultado que todo el personal conoce perfectamente sobre las complicaciones que se les pueden generar a los pacientes que no pueden moverse por sí solos, como son los pacientes con obesidad, los pacientes sedados, pacientes en coma y los adultos mayores debido al deterioro de la movilidad física y del tejido cutáneo como también por el déficit nutricional que presentan. Las complicaciones que con mayor frecuencia se puede observar en los pacientes son desde una celulitis hasta una septicemia o una osteomielitis cuando afecta hasta los huesos. Pero más sin embargo teniendo la información necesaria y sabiendo las complicaciones que se les pueden propiciar a los pacientes que están hospitalizados por mucho tiempo de estancia en una cama, hay personales que no realizan ninguna de las actividades como método de prevención para las UPP.

#### 4. ¿Conoce sobre los factores de riesgo que presenta un paciente con ulcera por presión?



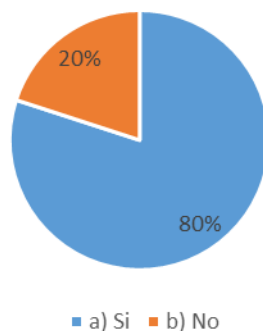
Nuestro resultado que obtuvimos con base a esta pregunta que realizamos a los 15 pasantes de enfermería, es que todos del 100% tiene los conocimientos suficientes y saben cómo identificar los factores de riesgos que pueden dar el origen a las lesiones a causa de las fricciones, la humedad y por la presión. Teniendo los conocimientos y si sabemos analizar la situación o estado del paciente en que se encuentran cada uno de los que están hospitalizados, podemos prevenirle las apariciones de las lesiones a nivel de su piel a causa de las UPP.

### 5. ¿Conoce usted los datos de alarma que dan origen a las úlceras por presión?



De los 15 pasantes que entrevistamos todos nos contestaron que si conocen los datos de alarma que dan origen a las úlceras por presión, el cual quiere decir que el 100% si los conoce y sabe cuáles son. Los datos de alarma son todos aquellos signos y síntomas que se manifiestan en la piel del paciente, lo cual se manifiesta como respuesta inflamatoria como son el calor, eritema, dolor, exudado purulento y fetidez. Nosotras como equipo de investigadores podemos interpretar que si el personal de enfermería detecta a tiempo estos datos de alarma y si realiza los cuidados o actividades necesarias, todavía podemos llevar a cabo una buena prevención de las UPP.

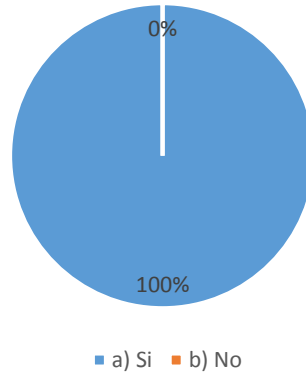
## 6. ¿Realiza usted algunas actividades como método para prevención de las úlceras?



De los 15 pasantes que entrevistamos, el 80% del personal de enfermería si realiza o lleva a cabo actividades para la prevención de las úlceras por presión, mientras que el 20% restante no realiza ningún tipo de actividad para la prevención. Al no realizar ningún tipo de actividades como método de prevención, y si sabemos que el paciente presenta altos factores de riesgo podemos causarles estas lesiones a causas de que no le brindamos la atención adecuada hacia nuestro paciente. Nosotras como equipo de investigadores y como personal de enfermería podemos decir que no les estando brindando una atención de calidad hacia el paciente por parte de nosotros, ya que es un indicador de calidad de enfermería. También podemos interpretar que a cuánto mayor sea la ejecución de actividades para la prevención en los pacientes hospitalizados, menor será el riesgo a presentar las ulcera por presión.

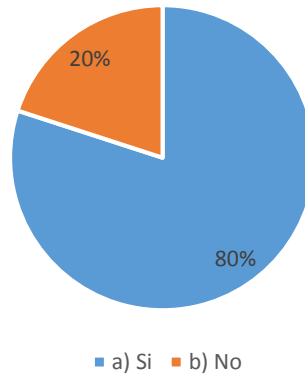


## 7. ¿Conoce usted en que partes de cuerpo se presentan con mayor frecuencia las úlceras por presión?



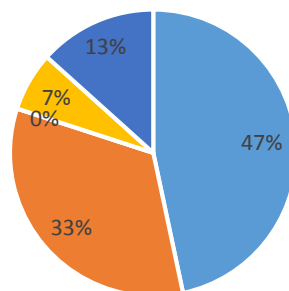
Con base a esta pregunta que encuestamos, pudimos observar en nuestro resultado que todo el 100% del personal pasante de enfermería, conoce perfectamente en que partes del cuerpo se presenta con mayor frecuencia las úlceras por presión. Algunos teniendo el conocimiento saben identificar y realizan algunas actividades como son hidratación de la piel, poniendo almohadas, vendas, apósitos, cojines, en la parte propensa de la piel, con el propósito de prevenirle las lesiones a causas de las úlceras por presión.

## 8. ¿Durante su carrera profesional ha realizado curaciones de heridas por úlceras por presión?



Una vez encuestados a los 15 pasantes de enfermería de ambos sexos, que laboran en el hospital básico comunitario de Frontera Comalapa Chiapas, nos han arrojado los datos como resultado que el 80% del personal ha realizado curaciones y desbridamiento de las heridas a causas de las úlceras por presión de los diferentes grados de clasificación, mientras que el 20% restante manifestó que no ha realizado ningún tipo de curación. Nosotras como equipo de investigadores y como personal de enfermería podemos decir que hay pacientes hospitalizados y ambulatorios que presentan estas lesiones y que acuden a su lavado de la herida hasta el hospital.

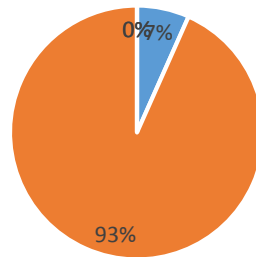
9. ¿Con que frecuencia ha realizado curaciones por úlceras por presión?



- a) De 1 a 2 veces
- b) De 3 a 4 veces
- c) De 5 a 6 veces
- d) Más de 6 veces
- e) Ninguna vez

Con base a esta pregunta que encuestamos, pudimos observar en nuestro resultado que el 47% del personal pasante de enfermería ha realizado curaciones de 1 a 2 veces durante su carrera profesional. El 33% realiza curaciones de 3 a 4 veces y el 13% no ha realizado ningún tipo de curación a causa de las UPP, mientras que el 7% restante ha realizado curaciones más de 6 veces durante su carrera profesional. Nosotras como equipo de investigadores y como personal de enfermería podemos decir que hay un alto índice de pacientes con diagnóstico de UPP y que acuden a las salas hospitalarias para realizarle su limpieza de la herida.

10. ¿Que mateliales utiliza para realizar para una curacion por UPP?



- a) Gasas, apositos, jabon quirurgico, yodopovidona y sol. Fisiologica
- b) Gasas, apositos, jabon quirurgico y sol. Fisiologica
- c) Gasas, apositos, jabon quirurgico, alcohol y agua.
- d) Otros

Con base a esta pregunta que encuestamos, pudimos observar en nuestro resultado que el 93% del personal pasante de enfermería utiliza materiales necesarios para realizar las curaciones de las UPP por medio de: gasas, apósitos, jabón quirúrgico y sol. Fisiológica. Mientras que el 7% utiliza materiales como son: gasas, apósitos, jabón quirúrgico, yodopovidona y sol. Fisiológica. Nosotras como equipo de investigadores y como personal de enfermería podemos interpretar los resultados y decir que la mayor parte del personal conoce los materiales suficientes y sobretodo no utiliza materiales que pueden ser corrosivos para la piel o la lesión del paciente, como son en el caso del alcohol y el izodine o el yodopovidona, ya que en vez de ayudar a secar y regenerar la piel, está más las degrada o destruye la piel y hace que las úlceras aumenten de diámetro, de tamaño y de profundidad, el cual se va considerando una clasificación más grave. En cambio sí se utilizan los materiales suficientes para tratar y regenerar la parte lesionada de la piel, el paciente se puede recuperar lo más rápido posible de estas lesiones.

## 4.2.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A EXPERTOS

### 4.2.2.1 DEL PRIMER EXPERTO

**Nombre del entrevistado:** Dr. Oscar Emmanuel Roblero Cansino.

Fue egresado de la Universidad del ISSTECH de la capital de Tuxtla Gutiérrez con la profesión de Médico General, actualmente labora en la institución del Hospital Gilberto Gómez Maza de Tuxtla Gutiérrez, sus prácticas profesionales lo realizo en el hospital militar ISSTECH y en el Hospital Gómez Maza. Hizo su internado en el Hospital Regional y en el Hospital Gilberto Gómez Maza de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

#### **1.- ¿Para usted que es una ulcera por presión?**

R: Es una lesión al tejido cutáneo causado por la estancia prolongada y el mal manejo de cambios posturales.

#### **2.- ¿Que cuidados considera necesarios para prevenir las ulcera por presión?**

R: Cambios posturales mínimo cada 2 horas incluyendo las horas nocturnas.

#### **3.- ¿Para usted que son los signos de alarma en una ulcera por presión?**

R: Paciente de estancia prolongada, edad avanzada, con mal estado nutricional, paciente nefropatía.

**4.- ¿En cuántos grados o estadios se clasifican las ulcera por presión y cuáles son?**

R: Son 3, grado 1; ocupa hasta la epidermis, grado 2; dermis y tejido celular, grado3; tejido muscular y óseo.

**5.- ¿Cuáles los factores de riesgo que dan origen a una UPP?**

R: Paciente encamado, con déficit nutricional, enfermo renal, edad avanzada.

**6.- ¿Cuál es el tratamiento de las úlceras por presión?**

R: Curación 2 veces por día, evitar humedad en la ulcera, sistema de back de ser necesario.

**7.- ¿Que complicaciones se pueden generar ante una ulcera por presión?**

R: Necrosis de tejido cutáneo, sepsis, choque séptico y muerte.

**8.- ¿Qué opina usted de nuestra hipótesis?**

“A cuánto mayor sea la ejecución de cambios posturales en los pacientes hospitalizados menor será el riesgo a presentar una ulcera por presión”

R: Es correcto ya que todas las guías de práctica clínica mencionan que los cambios posturales como mínimo cada 2 horas disminuyen hasta en 80% la aparición de úlceras por presión.

#### 4.2.2.2 DEL SEGUNDO EXPERTO

**Nombre del entrevistado:** Lic. Isela Del Carmen García Gómez.

Fue egresada del Instituto Hispano Jaime Sabines Sede Comitán de Domínguez con la profesión de enfermería general, actualmente labora en la institución del Hospital Basico Comunitario de Frontera Comalapa. Inicio en SSA en junio del 2014, iniciando en primer nivel de atención donde hasta hoy labora.

**1.- ¿Qué sabe usted sobre las úlceras por presión?**

R: Son alteraciones de la piel y se desarrollan en las protuberancias de los pacientes por falta la de movilidad.

**2.- ¿Qué actividades considera necesario para prevenir las úlceras por presión?**

R: Movilización gentil, mantener piel seca y limpia, utilización de colchones o almohadas que ayuden a disminuir la presión.

**3.- ¿Cuáles son los signos de alarma que indican una úlcera por presión?**

R: Cambios en el color de la piel, cambios en la textura de la piel y la perdida de la sensibilidad.

**4.- ¿Conoce usted cuales son las complicaciones que se le puede generar a un paciente con UPP?**

R: Artritis séptica, osteomielitis, úlceras de marjolin (un tipo de carcinoma de células escamosas) y la septicemia

**5.- ¿Conoce usted qué pacientes son más propensos a presentar UPP y porque?**

R: En todos los pacientes que por su patología o diagnósticos que presenten deterioro de la movilidad física.

**6.- ¿Por qué cree usted que son más vulnerables de padecer UPP los pacientes adultos mayores?**

R: Recordemos que al paso de los años la piel se vuelve más sensible, menos hidratada y pierde su elasticidad. Y en los adultos mayores son más comunes estas características.

**7.- ¿Considera usted necesario los colchones de agua, como un método de prevención para las úlceras, porque?**

R: Si, porque esta es una medida de prevención para reducir el riesgo de UPP, ya que esto puede disminuir la presión en las protuberancias de los pacientes hospitalizados.

**8.- ¿Qué opina usted de nuestra hipótesis?**

“A cuánto mayor sea la ejecución de cambios posturales en los pacientes hospitalizados menor será el riesgo a presentar una úlcera por presión”

R: Recordemos que este es un indicador de calidad en enfermería y entre más lo apliquemos menos será el daño que el paciente pueda presentar durante su estancia hospitalaria.



## 4.2.3 RESULTADOS Y LOGROS DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### 4.2.3.1 DEL OBJETIVO GENERAL

### 4.2.3.2 DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS

## MARCO METODOLOGICO

Con base a nuestros datos obtenidos de nuestra encuesta, hemos observado que en el Hospital Básico Comunitario De Frontera Comalapa existe una gran prevalencia por este problema de úlceras por presión y para ello hemos decidido brindar información de UPP a través de pláticas al personal pasante de enfermería para que conozcan más y se actualicen sobre las diversas actividades que pueden realizar para llevar a cabo una buena prevención hacia los pacientes.

Nuestra actividad la llevaremos a cabo el día viernes 26 de junio del presente año, en las instalaciones del auditorio del Hospital Básico Comunitario De Frontera Comalapa. El cual dará inicio de apertura a las 09:00 de la mañana y daremos por finalizado a las 10:30 am.

## CONCLUSIÓN:

Como conclusión podemos decir que las úlceras por presión son de gran prevalencia dentro de las áreas hospitalarias, debido que el personal de enfermería descuida mucho a los pacientes que tiene a su cargo, lo cual no realiza actividades para llevar una buena prevención de las úlceras por presión, es por ello que nosotros los integrantes del equipo decidimos realizar entrevistas al personal pasante de enfermería del HBC Comalapa, para comprobar si conocen a cerca del tema y si tiene los suficientes conocimientos y sobre todo si realizan o llevan a cabo las actividades de forma correcta para los pacientes, sobre todo a los pacientes adultos mayores dentro de la edad de 45 a 60 años.

## BIBLIOGRAFÍA

Academia Nacional de Medicina. (2017). bases para la implementacion de un Programa de Prevencion, Diagnostico y Tratamiento de Úlceras por Presión. *Primer Consenso de Úlceras por presion*, 1-257.

CESAR, B. (2010). *METODOLOGIA DE LA INVSTIGACION* . COLONBIA: PEARSON EDUCACION .

Ezquerria, A. S. (S/F de S/F de 2017-2018). PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR. *universitat de lieida*. España: universitat de lieida.

HERNANDEZ, R., & FERNANDEZ, C. (2010). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*. MEXICO D.F.: EL COMERCIO.

JIMÉNEZ, M. C. (2008). Curación avanzada de heridas.  
*REVISIÓN DE TEMA*, 1-10.

LARA , E. (2011). *FUNDAMENTOS DE INVESTIGACION* .  
MEXICO D.F : ALFAOMEGA.

lara, & mendes . (217). *la sorrilla*. mexico d.f: alanaconda .

Libertad, P. (3 de Diciembre de 2019). Promueven hospitales  
de especialidades prevencion de las ulceras por presion.  
*Libertad en chiapas*.

Libertad, P. (3 de diciembre de 2019). promueven hospitales de  
especialidades prevencion de las ulceras por presion.  
*Libertad en chiapas*.

Merino, P. j., & Noriega, B. M. (S/F). Fisiologia general.  
*Universidad de Cantrabia*, 1-7.

Mijangos, P. M., Puga, C. C., Guillén, L. d., & Zúñiga, C. I.  
(2015). El manejo de las úlceras por presión:  
intervenciones encaminadas a un oportuno manejo  
hospitalario. *evidencia medica e investigacion en salud*,  
1-7.

MINSALUD. (s.f.). *PREVENCION ULCERAS POR PRESION*.  
republica de colombia : Versión 2.0.

ORTIZ , F. (2011). *DICCIONARIO DE LA METODOLOGIA DE  
LA INVESTIGACION* . ED. MEXICO : LIMUSA.

Ramírez, A. R., & Dagnino, U. B. (2006). Curación de heridas.  
Antiguos conceptos para aplicar y entender su manejo  
avanzado. *ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN*, 1-8.

Secretaria de Salud. (Del 23 al 29 de Agosto de 2015). Impacto de las úlceras por presión en el ambiente hospitalario. *Boletín epidemiológico*, págs. 1-64.

Servicio andaluz de salud, c. d. (S/F). Guía de práctica clínica . *guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión*, 1-78.

Universidad de Valladolid. (S/F). Grado en enfermería,. *Facultad de Enfermería*, 1-26.

Vela, A. G. (2013). Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* , 1- 6.

## ANEXOS

No hubieron fotografías, para evidenciar la realización de nuestras encuestas y entrevistas, ya que por motivo de la contingencia del COVID-19 solo la pudimos realizar por medio de llamadas y de mensajes. Es nuestras únicas evidencias que tenemos y de los formatos que rellenamos con base a sus respuestas de nuestros entrevistados.