

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN, TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN LA ESCALA DE VALORACIÓN ACTUAL DEL
RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESIÓN, UNIDAD DE
TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL PETROLERO OBRAJES LA PAZ,
GESTIÓN 2019**

AUTORA: Lic. Rosa Rivas Sánchez

TUTORA: MSc.Lic. Gladys Monica Machicado Poma

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

LA PAZ – BOLIVIA

2019

DEDICATORIA

La presente investigación la dedico a mi familia,
tutora por el tiempo y paciencia que tuvieron.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Todopoderoso por regalarnos la sabiduría en la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. ANTECEDENTES	4
IV. MARCO TEÓRICO	14
4.1. Lesiones por presión	14
4.1.1. Historia de las lesiones por presión	15
4.1.2. Fisiopatología de las lesiones por presión	16
4.1.3. Clasificación de las lesiones por presión	16
4.1.4. Medidas de prevención para las lesiones por presión	17
4.1.5. Síntomas de las lesiones por presión	17
4.1.6. Factores de riesgo de las lesiones por presión	18
4.1.6.1. Factores intrínsecos para la presencia de lesiones por presión	18
4.1.6.2. Factores extrínsecos para la presencia de lesiones por presión	19
4.1.7. Paciente de la Unidad de Terapia Intensiva con lesiones por presión	20
4.2. Escala Valoración Actual Riesgo Lesión por Presión (EVARUCI)	21
4.3. Conocimiento profesional de la enfermera intensivista	24
4.4. Adulto mayor	25
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	29
VII. OBJETIVOS	30
7.1. Objetivo General	30
7.2. Objetivos Específicos	30
VIII. HIPÓTESIS	31
IX. DISEÑO METODOLÓGICO	32

9.1.	Tipo de estudio	32
9.2.	Área de estudio	32
9.3.	Universo y muestra	33
9.3.1.	Universo.....	33
9.3.2.	Muestra.....	33
9.3.3.	Criterios de inclusión y exclusión	33
9.4.	Operacionalización de variables.....	34
	Dentro de las variables están descritos con detalles las variables dependientes e independientes.....	35
9.5.	Técnicas y procedimientos.....	36
9.5.1.	Obtención de la información.....	36
9.5.2.	Procesamiento y análisis.....	37
9.5.3.	Síntesis	37
X.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
XI.	RESULTADOS.....	39
11.1.	Características sociodemográficas del personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Orajés	40
11.2.	Competencias cognitivas del personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Orajés	44
11.3.	Competencias técnicas y procedimentales del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Orajés	52
XII.	DISCUSIÓN	55
XIII.	CONCLUSIONES	57
XIV.	RECOMENDACIONES	59
	BIBLIOGRAFÍA.....	60
	ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla N° 1 Edad del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva	40
Tabla N° 2 Grado de instrucción del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	41
Tabla N° 3 Tiempo de trabajo en el servicio profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	42
Tabla N° 4 Capacitación sobre la escala EVARUCI profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva	43
Tabla N° 5 Preguntas de conocimiento al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	44
Tabla N° 6 Preguntas de conocimiento individual del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva	47
Tabla N° 7 Conclusión del conocimiento del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	49
Tabla N° 8 Escalas de valoración aplicadas por el profesional de enfermería para la valoración de riesgos de lesión por presión, en la Unidad de Terapia Intensiva.....	50
Tabla N° 9 Observación al personal acerca del procedimiento de valoración de riesgos de lesión por presión en la Unidad de Terapia Intensiva	52
Tabla N° 10 Conclusión de la práctica del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico N° 1 Edad del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva	40
Gráfico N° 2 Grado de instrucción del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	41
Gráfico N° 3 Tiempo de trabajo en el servicio profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	42
Gráfico N° 4 Capacitación sobre la escala EVARUCI profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	43
Gráfico N° 5 Preguntas de conocimiento al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	45
Gráfico N° 6 Preguntas de conocimiento individual del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	47
Gráfico N° 7 Conclusión del conocimiento del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	49
Gráfico N° 8 Escalas de valoración aplicadas por el profesional de enfermería para la valoración de riesgos de lesión por presión, en la Unidad de Terapia Intensiva.....	50
Gráfico N° 9 Observación al personal acerca del procedimiento de valoración de riesgos de lesión por presión en la Unidad de Terapia Intensiva.....	52
Gráfico N° 10 Conclusión de la práctica del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.....	54

ÍNDICE DE ANEXOS

	PÁG.
ANEXO N° 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	67
ANEXO N° 2 CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO.....	68
ANEXO N° 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
ANEXO N° 4 ENCUESTA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	70
ANEXO N° 5 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	73
ANEXO N° 6 ESCALA EVARUCI.....	82

LISTA DE ACRÓNIMOS

EVARUCI	=	Escala de Valoración Actual Riesgo de Lesiones por Presión.
LPP	=	Lesiones Por Presión.
UTI	=	Unidad de Terapia Intensiva.
UCI	=	Unidad de Cuidados Intensivos.
NPUAP	=	National Pressure Ulcer Advisory.
mmHg	=	Milímetrosde Mercurio.

RESUMEN

Las lesiones por presión es un evento constante en salud y persistente en las Unidades Terapia Intensiva y una preocupación de enfermería al verse involucrada en el cuidado que demanda el 50% demás del tiempo utilizado. La presente investigación tuvo como **objetivo** Determinar conocimiento y aplicación del profesional de enfermería de la escala de valoración actual de riesgo de desarrollar lesiones por presión, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes, gestión 2019. La **metodología** utilizada fue de tipo descriptiva, observacional, transversal, el universo fue personal profesional en Enfermería de Unidad de Terapia Intensiva, siendo 12 Profesionales Enfermería, la muestra fue no probabilística, con la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, siendo 12 profesionales. Se utilizó una encuesta y la guía observación. Los **resultados** más importantes muestran que el 50% tenía una edad de 25 a 35 años, el 58% cuenta con Especialidad, el tiempo de antigüedad fue en el 67 % de 1 a 5 años, el 100% no recibió ninguna capacitación sobre el EVARUCI. En la variable de conocimiento el 50% demostró un conocimiento bueno, el 42% demostró un conocimiento regular. En los resultados de la variable aplicación de la escala ninguna usa EVARUCI, el 67% aplica Bárbara Bradem, el 33% Dorem Norton. En la aplicación el 60% no realiza y el 40% realiza. Se **concluye** que el profesional de enfermería debe fortalecer sus conocimientos sobre la escala EVARUCI y respecto a su aplicación también falta cumplir con todos los indicadores.

Palabras claves:

Escala EVARUCI, Profesional de enfermería, conocimiento, aplicación.

ABSTRACT

Pressure injuries are a constant event in health and persistent in intensive care units and a nursing concern to be involved in the care that requires 50% of the time spent. The purpose of this research was to determine the knowledge and application of the nursing professional of the current risk assessment scale of developing pressure injuries, in the Intensive Care Unit of the PetroleroObrajes Hospital, management 2019. The methodology used was descriptive, observational, transversal, the universe was the professional staff of the Intensive Care Unit, being 12 professionals, the sample was not probabilistic, with the application of inclusion and exclusion criteria, being 12 professionals. A survey and observation guide were used. The most important results show that 50% had an age of 25 to 35 years, 58% reached a bachelor's degree, seniority was 67% from 1 to 5 years, 100% did not receive any training on the EVARUCI . In the knowledge variable, 50% demonstrated good knowledge, 42% demonstrated regular knowledge. In the results of the variable application of the scale, none uses EVARUCI, 50% apply Barbara Bradem, 33% Dorem Norton. In the application 60% does not perform and 40% performs. It is concluded that the nursing professional must strengthen their knowledge on the EVARUCI scale and with respect to its application, all indicators must also be complied with.

Keywords:

EVARUCI Scale, Nursing Professional, knowledge, application

I. INTRODUCCIÓN

Las lesiones por presión (LPP) se han convertido en indicadores de la calidad y seguridad del paciente dentro las instituciones hospitalarias. Desde la perspectiva del paciente, la severidad de las lesiones por presión es sustancial debido al significativo impacto que tiene este tipo de lesiones en la calidad de vida de cada individuo. Es importante saber que el 95% de las lesiones por presión, son evitables se convierten en inevitables cuando se desarrollan a pesar de la implantación de un plan de cuidados preventivo (1).

Es por ello que, en los hospitales, y sobre todo en Unidades como Terapia Intensiva donde los pacientes se encuentran en estado crítico con alteraciones hemodinámicas con índice de cama ocupada alta, sin poder moverse por su propia voluntad es fundamental la responsabilidad que tiene la profesional de enfermería, ejerciendo diariamente el proceso enfermero con un enfoque preventivo para el desarrollo de lesiones por presión.

La Organización Mundial de Salud (OMS) afirma que las lesiones por presión son el resultado de la necrosis isquémica nivel de la piel, así como tejidos subcutáneos, comúnmente creado debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea se evidencia en pacientes incapaces de movilizarse las complicaciones de esta elevan a cuatro veces de mortalidad, considerando el III-IV grado como severas la posibilidad de fallecer en los próximos seis meses es el 50% aproximadamente. Se debe tener presente que las inflamaciones a presión fungen como índice importante para detectar un mal pronóstico considerando una enfermedad peligrosa (2)

Según Roca A. (2014) en España, donde sus resultados mostraron que los hombres de más de 60 años son los que frecuentemente desarrollan las lesiones por presión, y el lugar de aparición fue en su mayor el sacro. Situación similar se encontró en el estudio realizado en España por Roca A (2015), donde el 71.8% fueron hombres con una edad media de 60 años(3).

A nivel latinoamericano Jiménez, E(2015), en Perú demostró que el conocimiento del profesional de enfermería fue en el 44% medio sobre el uso de alguna escala de valoración de riesgo para las lesiones por presión, siendo que se necesitó aplicar propuestas que permitan fortalecer el conocimiento, puesto que por falta de cuidado el paciente es el más perjudicado(4).

En el ámbito Nacional el estudio de Chalco(2019) mostró que el conocimiento de las profesionales de enfermería sobre las lesiones por presión fue el 43% medio, en 28%Bajo y la practica fue en el 44% regular y el 28% deficiente mostrando un conocimiento rutinario y deben ser guiados por una guía estandarizada (5).

Bajo este contexto, las lesiones por presión presentan un problema clínico frecuente con una prevalencia de entre 8,5 y el 26% de las personas hospitalizadas las sufren, están asociadas al incremento en los días de estancia hospitalaria y el cuidado ofrecido por el personal de enfermería (5).

En este sentido, la profesional de enfermería debe contar con escalas validadas es sin duda el primer eslabón de la valoración dentro de plan de detección factores de riesgos y prevención Lesiones por presión (LPP) evitar las lesiones por presión en el paciente. Aunque es repetitivo decir que la mejor forma de prevenir las lesiones por presión es la prevención y la atención de calidad y seguridad que se debe otorgar al paciente crítico; pero realmente no hay muchos estudios sobre el tema. La prevención de las Lesiones por presión(LPP), ayuda a ahorrar económicamente hasta 2,5 veces el tratamiento, en caso de desarrollarlas.

Por todo lo expuesto la presente investigación se centra en Determinar Conocimiento y Aplicación del profesional de enfermería en la Escala de Valoración Actual de Riesgo de Desarrollar Lesiones por Presión, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajés, gestión 2019, a través de la aplicación de instrumentos de investigación como la encuesta y observación.

II. JUSTIFICACIÓN

Las lesiones por presión constituyen hoy en día un problema común de todos los países y niveles de asistencia de salud, afectan principalmente a pacientes de edad avanzada e influyen en la elevación de los costos de atención, además causan mucho dolor a los pacientes que lo sufren, así como a sus familiares. Sin embargo, también son en la mayoría de los casos, prevenibles y tratables.

Se considera a la prevención lesiones por presión como un indicador de calidad que está relacionado de forma directa con los cuidados que realiza el profesional de enfermería. En el caso de presentar lesión por presión un paciente, el tratamiento y curación tiene un proceso largo y complejo de costo alto. Por esta razón, es el personal de enfermería debe tener el mayor cuidado para prevenir las lesiones por presión, evitando el dolor y las molestias que ocasiona al paciente y familiares de este, incrementando la estancia hospitalaria y un mayor gasto en estancia hospitalaria. Esta es la principal razón para dar seguridad y calidad mediante el Proceso Enfermero (PE) al paciente crítico

Se pudo evidenciar que las profesionales de enfermería utilizan una escala de valoración antigua como lo es la Escala Dorem Norton; la escala no considera indicadores como la valoración hemodinámica y la respiratoria ideal para Unidad terapia Intensiva.

Los resultados de la investigación beneficiarán a la Unidad Terapia Intensiva Hospital Petrolero Obrajes, debido a que al utilizar una escala de valoración actual como lo es “Escala Valoración Actual Riesgo de Lesiones por presión Unidad Cuidados Intensivos” que servirá a la profesional como un instrumento para realizar una buena valoración de ingreso y realizar plan de cuidados en la detección de lesiones por presión en el paciente crítico, los procedimientos serán mejores. Asimismo, se beneficia el personal de enfermería para fortalecer su competencia y actualizar sus conocimientos en el manejo de escalas científicas. Finalmente, será beneficioso para los pacientes debido a que tendrán un control más exhaustivo sobre las lesiones por presión.

III. ANTECEDENTES

Ortega J. (2007), en México realizó el estudio “Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización” situación actual en el hospital Xeral de Vigo, en lo referente a úlceras por presión y riesgo que presentan los usuarios, mediante un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. El 58% de los 222 pacientes entre el 13 y el 20, presentan riesgo de padecer úlceras por presión, de los que 14 desarrollaron úlcera por presión, incidencia del 6,3%. Deben implementarse medidas correctoras como revisión de protocolos, cursos de formación, concientización del personal y dotación de material de prevención de úlceras por presión (6).

Gonzales J. Núñez P. Balugo S. Navarro L. García M. (2008), en España, realizaron el estudio “Estudio de validez de la Escala de Valoración Actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión en Cuidados Intensivos (EVARUCI)”, Determinar la validez de la escala de valoración actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión en cuidados Intensivos (EVARUCI) 97 pacientes fueron incluidos; 62 finalizaron el estudio. Desarrollaron (UPP) 11 pacientes (17.74%). El 57.6% fue de grado I; la localización más frecuente en la región sacra (26.92%) y talones 23.08%. Los resultados de la media de las puntuaciones en EVARUCI, las puntuaciones iniciales y finales fueron: sensibilidad (100%, 90.91), especificidad (68.63%, 49.02%, 92.16%) valor predictivo positivo (40.74%, 29.73%, 71.43%) valor negativo predictivo (100%, 100%, 97.2%). El área bajo la curva ROC, fue de 0.938, 0.909 y 0.952 representativamente La Escala EVARUCI es validada para detectar pacientes críticos con riesgo de desarrollar (UPP) (7).

Miyazaki M. Larcher M. Benedita C. (2010), en Brasil realizaron el estudio “Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión”. Describir y analizar el conocimiento de los miembros del equipo de enfermería, que actúan directamente en la asistencia a pacientes adultos y ancianos, en un Hospital Universitario, sobre la prevención de la úlcera por presión. Estudio Descriptivo-Exploratorio, realizado Enero-Marzo 2009, aprobado por el Comité de

Ética en Investigación de la institución. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario validado. De los 386 participantes, 64,8% eran auxiliares/técnicos de enfermería y 35,2%, enfermeros. El porcentaje promedio de aciertos en la prueba de conocimiento fue 79,4% para los enfermeros y 73,6% para los auxiliares/técnicos de enfermería. Se concluye que ambas categorías de profesionales presentan déficit de conocimiento en algunas áreas del tema en referencia. La identificación de las áreas deficientes puede orientar la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas por el equipo (8).

Roca A. García F. Chacón S. Rubio L. Olona M. Anguera L. García N. (2014), en España realizaron el estudio "Validación de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión EMINA Y EVARUCI en pacientes críticos" Contribuir a la validación de las escalas EMINA y EVARUCI en el paciente crítico para posteriormente comparar su capacidad predictiva en este mismo contexto. La metodología usada fue prospectiva y se inició en diciembre de 2012 hasta junio de 2013, los pacientes incluidos fueron pacientes mayores de edad y sin úlceras al ingreso, se valoró con la escala EMINA y EVARUCI. Los resultados mostraron que el 67,2% eran hombres con una edad media \pm desviación estándar de $59,4 \pm 16,8$ años, 53 (28%) desarrollaron úlceras, siendo la tasa de incidencia de 41 úlceras por cada 1.000 días de ingreso. El día medio de aparición fue de $7,7 \pm 4,4$ días y la localización más frecuente, sacro. La sensibilidad y la especificidad para la media de las observaciones fue de 94,34 (87,17-100) y 33,33 (25,01-41,66) para la escala EMINA para riesgo >10 y 92,45 (84,40-100) y 42,96 (34,24-51,68) para EVARUCI riesgo >11 . No se hallaron diferencias en la capacidad predictiva de ambas escalas. Para sensibilidades $>90\%$, las escalas se muestran poco específicas en la detección del riesgo de úlceras en el paciente crítico (9).

Álvarez E. (2014), en México se realizó un estudio denominado "Plan de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión". Diseñar un plan de cuidados de enfermería estandarizado que guíe al profesional de enfermería

del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” del IMSS de Acapulco Guerrero en la prevención y tratamiento de las (UPP) Descriptivo, transversal prospectivo, el universo identificado fueron los pacientes adultos mayores hospitalizados del Servicio de Medicina, 130 pacientes la muestra fue no probabilística el 85 paciente con criterios de inclusión y exclusión. Entre las variables analizadas fueron diagnósticos reales, diagnósticos de riesgo, diagnósticos de promoción a la salud, diagnósticos de salud. Entre los resultados más importantes el 40% fueron del sexo masculino, el 60% femenino, el 36.5% de 70 a 79 años, el 57.6% casados, 34.1% eran amas de casa, el 77.5% tenían un nivel de escolaridad de primaria, el 78.8% pertenecían a la religión católica. Por otro lado, el 23.1% mostró un patrón nutricional metabólico, en 45 casos se mostró deterioro de la movilidad física, en 39 casos hubo desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. Se concluyó que los protocolos de intervención de profesionales tienen la intencionalidad de guiar el trabajo de dichos profesionales (10).

Tzuc A. Vega E. Collí L. (2015), en México en el estudio “Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico “Describir el riesgo de aparición de las úlceras por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, con relación al tiempo y medición y estadio. Estudio cuantitativo, observacional descriptivo y longitudinal, conformada por 31 pacientes. El instrumento fue aplicado en 4 momentos: al ingreso, a las 24 y 72 hrs. y al séptimo día de estancia. En cada medición se determinó el riesgo con la escala Braden y se valoró la piel. El 100% de los pacientes tuvo alto riesgo al ingreso y 24%; se redujo en un 71% a los 7 días. El 6.4% desarrollo úlcera por presión al ingreso, el 12,9% a las 24 hrs. Y el 35.5% a las 72 hrs.: En general el 45.2% de los pacientes considerados como alto riesgo manifestaron úlceras por presión a los 7 días de estancia hospitalaria. Se observó una correlación entre las variables nivel de riesgo y aparición de úlcera por presión a las 72 hrs. ($r_s p = 0.04$). A pesar de que se reduce el riesgo a la mitad en las primeras 72hrs. Aumenta la incidencia de úlceras por presión en ese mismo lapso; así es importante que se realicen evaluaciones y revaloraciones desde el ingreso y durante

los 7 primeros días de estancia hospitalaria en los pacientes críticamente enfermos utilizando un instrumento de valoración predictivo (11).

Jiménez, E. (2015), en Perú desarrolló el estudio “Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las úlceras por presión antes y después de una capacitación, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplastias, Perú, 2014”. Determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras, antes y después de la capacitación sobre las úlceras por presión en pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2014. En la metodología utilizada fue de diseño descriptivo, cuasi experimental, es decir, se trabajó con dos grupos uno experimental y otro no experimental, asimismo fue prospectivo, observacional de corte transversal. La muestra elegida fue de 90 participantes, utilizó como instrumento la entrevista con la ficha de recolección de datos y el cuestionario, ambos fueron validados. Los resultados mostraron que antes de la aplicación de la propuesta el 44% demostró un conocimiento medio sobre el uso de alguna escala de valoración de riesgo para las úlceras por presión y posterior a la aplicación el 25% del personal demostró un conocimiento alto. Demostrando que la propuesta ejercida fue efectiva (12).

Grinspun, D. (2016), en España se realizó una Guía denominada: “Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales”. La Guía fue creada con el fin de ofrecer recursos los profesionales basada en la evidencia científica, siendo una herramienta para orientar la práctica y mejorar la toma de decisiones a cargo de equipos interprofesionales. El profesional de enfermería y demás gestores de la salud se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica, por ello la guía constituye una herramienta de fácil uso. Uno de los aportes de la guía es informar el cambio que se realizó del término úlcera por presión a lesión por presión. Este cambio se suscitó el 8 y 9 de abril de 2016, realizado por el Grupo Consultivo Nacional para las úlceras por presión de Estados Unidos (13).

Gonzales M. (2016), en España se realizó el estudio “Incidencia y Factores de Riesgo para el desarrollo e úlceras por presión en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío”. Determinar la incidencia de úlceras por

presión (UPP) e identificarlos factores de riesgo asociados a su desarrollo en el paciente crítico. Estudio observacional, longitudinal, prospectivo de cohortes en el ámbito de una UCI de 62 camas. 335 pacientes fueron incluidos durante dos periodos de estudio de un mes de duración cada uno de ellos. Como variable principal o dependiente se consideró la aparición de UPP en estadio del I al IV. Para el estudio de los factores de riesgo, se consideraron cuatro categorías: demográficas, clínicas, variables de pronóstico terapéuticas. La incidencia de los pacientes que desarrollaron UPP fue 8.1%. Las variables estadísticamente significativas para los valores de $p < 0.05$ fueron: sexo, edad, diabetes, complicaciones durante la estancia en UCI, puntuación de la escala SAPS3 y duración de la inmovilización. Estas tres se mostraron en el modelo multivariante como variables explicativas. Conclusiones Una severidad de la enfermedad suele demandar una mayor duración de la estancia en UCI que supondría exponer la piel de los pacientes a condiciones que favorecen el desarrollo de UPP. Asimismo, las complicaciones en la asistencia sanitaria van asociadas a un aumento de los días de estancia y de los costes sanitarios. El reposicionamiento y la movilización precoz, junto al resto de medidas preventivas, se tornan fundamentales para evitar la aparición de UPP en el entorno de atención al paciente crítico (14).

Montero J. (2016), en España, realizó el estudio "Prevención y tratamiento general de úlceras por presión" Reconocer e identificar la importancia del tratamiento de las lesiones por presión, dada la importancia que tiene dentro del marco de heridas crónicas. Los métodos para realizar el estudio fue una revisión bibliográfica, se buscó información en bases de datos como PubMed, Cuiden, Scielo, y Scopus, se encontró 434 documentos, la muestra final fue de 44 documentos. Entre los resultados importantes se confirma que el tratamiento local de las lesiones por presión es más efectivo si se controla los factores etiológicos y coadyuvantes, por ello el paciente requiere cuidado especial y personal. Entre los factores importantes a cuidar se tiene la nutrición y los apósitos que se usan, además de que el profesional de enfermería debe manejar las últimas innovaciones en tratamiento (15).

Garza R. Meléndez C. Fang M. González J. Castañeda H. Argumedo N. (2017), en México realizaron un estudio “Conocimientos, actitudes y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión” Identificar el nivel de conocimiento, actitud y barreras hacia las medidas de prevención de las úlceras por presión en el personal de enfermería que trabaja en servicios de hospitalización adultos. La metodología usada fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, y transversal, la población se constituyó de 243 personal de enfermería censado, incluyendo licenciadas en enfermería, enfermeras especialistas, enfermeras generales y auxiliares de enfermería, muestra fue de 119 participantes, para recolectar datos se utilizó tres cuestionarios y una ficha de datos sociodemográficos de las participantes. Los resultados mostraron que la edad media de los participantes fue de 35 años, con un predominio de mujeres y una experiencia laboral de 9.8 años. Respecto al conocimiento el 53.78% respondió correctamente a las preguntas del cuestionario. El 32.66% obtuvo menor a 14 respuestas correctas, y el 67.34% obtuvo mayor a 13 respuestas correctas, por el ello el conocimiento fue bajo. Se concluye que el personal de enfermería del hospital muestra un conocimiento bajo o inadecuado para sustentar el cuidado de los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión, se debe hacer notar que la actitud que demostró el personal fue positiva hacia el manejo de estos pacientes (16).

Homs E. Esperón J. Looreiro M. Cueto M. Paniagua M. Fluja A. Fontseré E. Rodríguez M. (2017) en México realizaron “Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso” Tuvo como objetivo fue Conocer la percepción de los distintos profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. La metodología que se utilizó fue descriptiva, de diseño transversal en la gestión 2016, para recolectar la información se usó una encuesta vía internet, para ello se usó Google drive y se remitió por correos corporativos, redes sociales, plataformas como researchGate y red linkedin, tenía la escala Likert, las variables que permitió recolectar fue los datos sociodemográficos, experiencia y ámbito de trabajo y las diferentes preguntas que se

podía conocer la opinión sobre los eventos adversos referentes a úlceras por presión, caídas y flebitis. Se concluyó que las úlceras por presión son prevenibles en la mayoría de los casos, aunque sigue siendo un grave problema de salud en España, que tiene consecuencias para el paciente como para la sociedad y los hospitales, se debe sensibilizar a los profesionales y las administraciones tomen conciencia de la magnitud de problemas, por ello se debe invertir en capacitaciones de los profesionales y materiales (1).

Rodríguez R. Esparza G. González S. (2017), en México en el estudio “Conocimiento del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión”. Tuvo el objetivo de determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. La metodología usada fue un estudio descriptivo, correlacional y transversal en una muestra aleatoria no probabilística por conveniencia de 102 enfermeros de cinco servicios de un hospital público. Se aplicó el instrumento REAC-PUKT, que es de estructura dicotómica falso/verdadero y está basado en recomendaciones y evidencias de la guía de práctica clínica mexicana (alfa = 0.73). Los resultados más importantes mostraron que el 62.7% fueron mujeres; el 42.2% tenían una edad de 31 a 40 años, el 35.3% trabajaban en el turno vespertino, el 28.4% tenían una experiencia de 6 a 10 años de experiencia laboral, el 31.4% tenían licenciatura. El puntaje global de conocimiento fue de 60.4%. Por categoría, en generalidades 56%, en prevención 63% y en tratamiento 62.2%. A mayor grado de estudios, mayores son los conocimientos sobre UPP ($r = 0.238$, $p = 0.008$) (18).

Torra J. Verdú J. Sarabia R. Paras P. Soldevilla J. López P. García F. (2017), en la investigación “Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión” la investigación fue una revisión narrativa, se revisaron elementos claves que estuvieron relacionadas con la historia de las lesiones por presión y su contexto, la información se fue organizando desde la edad antigua, el renacimiento, el siglo XIX hasta la edad moderna (19).

Souza M. Zanei S. Whitaker I. (2018), em Brasil realizaron el estudio “Risco de lesão por pressão em Unidade Terapia Intensiva: adaptação transcultural e confiabilidade de EVARUCI”. 2018 Realizar la adaptación intercultural de la Escala de valoración actual del desarrollo de las úlceras de presencia de cuidados intensivos (EVARUCI) al idioma portugués de Brasil y analizar su fiabilidad en pacientes de la Unidad de cuidados intensivos (UCI). En la metodología que se usó para la adaptación transcultural de EVARUCI, se utilizó como medio de verificación el coeficiente de alfa de Cronbach. Los resultados mostraron que la versión traducida al portugués de EVARUCI mostró un rendimiento aceptable en el análisis de la consistencia interna de la puntuación total y el acuerdo Inter observador mostraron una excelente correlación entre las evaluaciones realizadas de forma simultánea e independiente por diferentes enfermeras. Por esta razón, se presentó resultados satisfactorios con respecto a la confiabilidad, demostrando ser un instrumento de aplicación fácil y rápido, específico para la evaluación del riesgo de lesión por presión en pacientes críticos (20).

Challco S. (2018), en Bolivia realizó el estudio “Conocimiento y práctica de enfermería sobre úlceras por presión en pacientes hospitalizados” en la unidad de terapia intensiva adultos Clínica Médica Sur La Paz tercer trimestre 2018. Identificar nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre las úlceras por presión en pacientes hospitalizados Unidad de Terapia Intensiva Adultos Clínica Médica Sur la Paz tercer semestre 2018, este estudio es de tipo descriptivo de corte transversal y observacional. La población de estudio son 9 profesionales de Enfermería de los cuales 7 participaron del estudio con criterios de inclusión, el método que se realizó para la recolección de información fue a través de una encuesta aplicando un cuestionario. Los resultados obtenidos se identifican que el 28% tiene un nivel de conocimiento alto, 43% nivel medio y un 28% nivel bajo. A nivel práctica sobre la prevención de úlceras por presión el 44% es regular y un 28% deficiente. En la aplicación el 71% realiza y el 29% no realiza. Llegando a la conclusión que el conocimiento que posee el personal de enfermería debe ser de forma básica o

rutinaria, sino también debe enfocarse a proporcionar con conocimientos científicos bajo una guía estandarizada (21).

Talens F. Martínez N. (2018), en España realizó el estudio “Úlceras por presión un paso en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes”. Tuvo como objetivo Establecer la prevalencia total y nosocomial del hospital y construir un mapa del estado de las úlceras por presión en el centro con indicadores epidemiológicos descriptivos Muestra 11.959 pacientes, es interesante destacar, entre los distintos indicadores descriptivos, el indicador sintético de prevención superior al 98% en todos los años del estudio. La prevalencia total entorno 55 y una prevalencia nosocomial que no alcanza el 3% Unos resultados razonables positivos avala una práctica clínica enfermería que se fundamenta en la implementación de las principales recomendaciones preventivas de úlceras por presión basadas en la evidencia científica. Si bien todavía existen margen de mejora en la lucha contra las úlceras de presión (22).

Calero A. Sánchez A. (2019), en Perú realizaron el estudio “Cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión y satisfacción del paciente hospitalizado” La presente investigación correlacional se realizó con el propósito de determinar la relación que existe entre el cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión y la satisfacción del paciente de los servicios UCI Adultos, emergencias y medicina que cumplieron con los criterios de inclusión la población muestral estuvo constituido por 50 pacientes adultos a quienes se les aplico dos instrumentos el primero cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión y el segundo satisfacción del paciente; para establecer entre las dos variable que se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado llegando a los siguientes resultados. El 68 por ciento de los pacientes de los servicios de UCI, emergencias y medicina del hospital Eliazar Guzmán Barrón a la prevención de úlceras por presión refieren un deficiente cuidado de enfermería. El 50 por ciento de los pacientes de los servicios UCI adultos, emergencia y medicina, refieren satisfacción baja, el 38 por ciento regular y solo el 12 por ciento alta. Del hospital Eliazar Guzmán Barrón. Existe relación altamente

significativa entre el cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente en la prevención de úlcera

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Lesiones por presión

Las lesiones por presión son lesiones de etiología única y conocida (la presión y cizallamiento), pero en las que influyen múltiples factores de riesgo.

Según la National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP) y la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) se puede definir la lesión por presión como “una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general en una prominencia ósea, como resultado de las presiones, la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; las importancias de estos factores todavía no se han dilucidado (24).

Para su formación se debe tener en cuenta cuatro tipos de fuerzas:

1. **Presión:** La presión es una fuerza que actúa de forma perpendicular sobre las prominencias óseas y la piel. Se debe a la propia gravedad del cuerpo, la cual comprime dos planos entre sí; uno será la piel de la persona y otro externo al paciente (cama, sonda).
2. **Fricción:** la fricción se la puede definir como una fuerza tangencial que se ejerce por parte de un objeto externo sobre la piel, lo cual puede producir roces en la piel como consecuencia de los movimientos del paciente. Debido a estos movimientos se puede originar un aumento de la temperatura local, lo que puede originar ampollas y la posible destrucción de la epidermis.
3. **Cizallamiento:** El cizallamiento es la combinación de la presión y la fricción. Esta fuerza puede ser ejercida de forma paralela sobre el paciente sobre un plano duro o de manera tangencial. Puede ocasionar desgarramiento interno de los tejidos, debido a que distorsiona la piel y los tejidos blandos subyacentes.
4. **Humedad:** Ocasionadas por la exposición a la humedad que esté en contacto directo con la piel y mucosas (25).

4.1.1. Historia de las lesiones por presión

Se conoce de las lesiones por presión desde los inicios de la edad antigua, el primer registro de las lesiones por presión fue realizado por Hipócrates en 460 370 antes de Cristo, que fue descrito por la aparición de una lesión en un paciente parapléjicos con disfunciones en la vejiga y en los intestinos (19).

Con el nacimiento de Jesús se encuentra la leyenda de siete santos durmientes de Éfeso, según la leyenda estos santos durmieron por 200 años y fueron reposicionados, para evitar lesión por presión. En el renacimiento, Ambroise Paré un cirujano francés describió la primera lesión por presión, desde su valoración, hasta su tratamiento y una interpretación acerca de sus posibles causas. Este cirujano en su obra resalta el hecho de tratar las heridas, la causa, el manejo del dolor, la dieta, el hecho de dormir y descansar y hacer moderado ejercicio.

Paré en 1569 prescribió a un paciente un plan terapéutico que incluía las siguientes medidas: Animar al paciente en su recuperación, proporcionar al paciente un rico caldo de carne y hierbas, drenaje del absceso junto a la eliminación de fragmentos óseos, medicación inductora del sueño y aplicación de varios emplastes, linimentos y vapores para inhalar.

En el siglo XIX, Charcot, médico francés fue el primero en describir la esclerosis lateral amiotrófica. En su libro describió las úlceras por presión usando el término e decúbitos. En 1868 Charcot, publicó un informe en el que describía la aparición de úlceras por presión inmediatamente después del desarrollo de lesiones medulares, en dicho informe se afirmó que el desarrollo de este tipo de lesiones estaba relacionado con problemas tróficos y alteraciones en la nutrición tisular, que tenían como consecuencia la interrupción del aporte de nutrientes a los nervios.

En el siglo XX Munro, un neurocirujano de Boston escribió sobre las úlceras por presión, que se relacionó con la paraplejía rechazando la teoría neurotrófica de Charcot (19).

4.1.2. Fisiopatología de las lesiones por presión

El origen de las lesiones por presión, es isquémico localizado en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, es producida por la presión prolongada o la fricción entre dos planos duros, el primero es el paciente y el otro extremo a él. Para su desarrollo se presentan dos mecanismos la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la microcirculación. En su formación participan algunas fuerzas como la presión, fricción y cizallamiento.

Entre las zonas más susceptibles de desarrollar las lesiones por presión se tiene las siguientes: en el decúbito supino Occipital, codos, escápulas, sacro, coxis, talones. En la posición decúbito lateral, se tiene el pabellón auricular, escápulas, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos, tibias y maléolos tibiales. En el Decúbito prono se puede presentar la frente, pómulos, pabellón auricular, acromion, pechos, crestas iliacas, rodillas, genitales, pubis y dedos de los pies. En la posición sedestación se puede presentar escápulas, codos, sacro, y tuberosidades isquiáticas. En la posición Contención mecánica y otros dispositivos pueden presentarse fosas nasales, pabellón auricular, comisura labial, meato urinario, muñecas y tobillos (26).

4.1.3. Clasificación de las lesiones por presión

Se pueden clasificar en:

- **Categoría I: Eritema no blanqueable:** Esta categoría es la primera que se presenta, en las lesiones por presión se localiza en la capa más superficial de la piel, la epidermis. Se puede observar un eritema cutáneo no blanqueable al presionar. Esta lesión puede ir acompañada de sensaciones de dolor intenso o escozor, consistencia del tejido (edema o induración) y cambios en la temperatura de la piel (frío o calor). En esta categoría se observa la piel integra, relacionada con la presión, puede presentar cambios en la temperatura de la

piel, consistencia del tejido, sensaciones de dolor y escozor (26).

- **Categoría II: úlcera de espesor parcial:** Esta lesión se caracteriza por la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis y dermis superficial. Se caracteriza porque la zona eritematosa puede ir acompañada de edema, vesícula y ampolla. Es una úlcera superficial que tiene un aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- **Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel:** La categoría III, es cuando se presenta la pérdida completa del grosor de la piel. Esta situación conlleva lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Los esfacelos pueden estar presentes, asimismo pueden incluir cavitaciones y tunelizaciones.
- **Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos:** Es la pérdida total del espesor y grosor de la piel que afecta directamente a los huesos, músculos y estructuras de sostén como. En este caso se tiene la fascia, tendón o cápsula de la articulación. Este tipo de herida puede presentar esfacelos o escaras e incluir cavitaciones y tunelizaciones (25).

4.1.4. Medidas de prevención para las lesiones por presión

Normalmente, se consideran cuatro grandes áreas en las medidas de prevención, a continuación, se exponen:

- Valoración del riesgo de desarrollar una (LPP).
- Cuidados de la piel.
- Reducción de la presión: con medidas generales mediante el uso de superficies especiales de manejo de la presión y locales mediante apósito y otros materiales especiales.
- Educación sanitaria (25).

4.1.5. Síntomas de las lesiones por presión

Los síntomas que se presentan son los siguientes:

- **Dolor y di confort:** El dolor interfiere en la falta de sueño, en la movilidad de la persona, disminuye la capacidad de caminar y sentarse, la falta de adoptar posiciones cómodas, de desenvolverse en actividades de la vida diaria, de mantener relaciones sexuales y sobre todo en la socialización.
- **Exudado y olor:** La presencia de exudado también interfiere en el sueño, en el movimiento, también influye en la capacidad de caminar y sentarse, de adoptar posiciones cómodas, de desenvolverse en actividades de la vida diaria, además de mantener relaciones sexuales y en la socialización (27).

4.1.6. Factores de riesgo de las lesiones por presión

La etiología de las lesiones por presión debe considerarse siempre multifactorial, pudiendo establecerse dos grandes grupos que predisponen al desarrollo, son los factores intrínsecos y extrínsecos (27).

4.1.6.1. Factores intrínsecos para la presencia de lesiones por presión

Se relacionan con la condición física del paciente. Son muy difíciles de cambiar o los cambios se producen lentamente. Los factores extrínsecos se relacionan con el entorno mismo del paciente, determinan la magnitud, duración y tipo de fuerza que actúan a nivel de la superficie cutánea, así como las propiedades mecánicas de las capas superiores de la piel.

- Vasopresores:
- Hipotensión
- Hipoxemia.
- Anemia.
- Hipoventilación.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Discapacidad sensorial. Alteraciones del nivel de consciencia.
- Edad

- Cambios relacionados con el final de la vida.
- Fallo o fracaso de la piel.
- Paciente crítico traumático.
- Paciente quemado.

4.1.6.2. Factores extrínsecos para la presencia de lesiones por presión

Los factores extrínsecos son aquellos que son ajenos al paciente mismo:

- La inmovilidad.
- Elevación del cabecero de la cama.
- Posición de prono.
- Nutrición.
- Tiempo de estancia hospitalaria.
- Hábito tabaquismo.
- Dispositivos (27).

Se incluyen los factores de riesgo a todos los que reducen la resistencia tisular sobre todo se incluye:

- **Presión:** La presión es la fuerza que favorece a la formación de lesiones por presión, induce a la anoxia, isquemia y muerte celular. Es la fuerza que actúa de manera perpendicular a la piel que se presenta la gravedad y provoca el aplastamiento tisular entre dos planos. La ecuación es presión más tiempo igual lesión por presión aplicar una presión baja durante un periodo de tiempo largo provoca más daño tisular que una presión alta durante un periodo de tiempo corto.
- **Fricción:** Es una fuerza que actúa en la piel, se produce cuando partes del cuerpo del paciente roza contra una superficie áspera como la sábana, el roce

causa descamamiento de las células epidérmicas disminuyendo la resistencia del tejido.

- **Cizallamiento:** El cizallamiento es la combinación entre los efectos de la presión y de la fricción, las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies se deslizan una sobre otra. Se puede presentar cuando la persona se desliza o cuando está mal sentada (26).

4.1.7. Paciente de la Unidad de Terapia Intensiva con lesiones por presión

En la Unidad de Terapia Intensiva con frecuencia aparecen lesiones por presión, el problema de las lesiones por presión es grave, doloroso y abre una nueva dimensión debido a las características específicas de cada paciente, y a la gravedad de las patologías que presenta (28).

Las estrategias hospitalarias de calidad permiten que se cambie día a día las políticas de evaluación y de optimización de los recursos materiales y humanos existentes para conseguir llegar al máximo nivel de calidad asistencial. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes, tanto directos como indirectos, con lo cual es necesario incidir en las actuaciones preventivas para poder disminuir dichas cargas y costes, tomando conciencia de este grave problema asistencial, que produce en:

- Aumento de la morbimortalidad de los enfermos ingresados en cuidados intensivos.
- Aumento de las cargas de trabajo de Enfermería.
- Incremento de la estancia media de los enfermos.
- Incremento de los gastos sanitarios (28).

4.2. Escala Valoración Actual Riesgo Lesión por Presión (EVARUCI)

La escala (EVARUCI) es una Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar lesiones por Presión. Se utiliza generalmente en las Unidades de cuidados críticos Intensivos, en pacientes adultos, es una escala validada (29).

La Escala es un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar lesiones por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo (30).

Con el uso de las escalas de valoración del riesgo de lesiones por presión al ingreso, se obtiene información acerca del paciente y los factores predisponentes susceptibles de poder mejorar o aliviar. Para ello, se llevará a cabo procedimientos que ayuden a prevenir la aparición este tipo de lesiones, y en caso de que ya se presentaron será necesario tratarlo inmediatamente para evitar estadios muy largos (25).

La escala analiza cinco factores de riesgo como se explica a continuación: Está dividido en rangos de puntuación:

- **Conciencia:** Busca medir el nivel de consciencia:
 - **Conciente:** Analiza si es capaz de pronunciar su nombre y apellidos, edad y/o su fecha de nacimiento. Debe percibirse orientado, es decir, si conoce donde está y el mes en el que se encuentra. En caso de que el enfermo está intubado o no hable o escriba, se cambia de nivel.
 - **Colaborador:** Si responde a dos órdenes sencillas sin equivocación, por ejemplo: abrir y cerrar los ojos. En este punto se asegura la percepción sonora del paciente.
 - **Reactivo:** Reacciona y responde a estímulos dolorosos: localiza el dolor, retirada al dolor, flexión o extensión (31).
 - **Arreactivo:** Respuesta al dolor dudosa, leve o nula. Se observan pacientes con movimientos de descerebración o decorticación.

- **Hemodinámica:** Estudio del flujo sanguíneo y los mecanismos circulatorios en el sistema vascular. Las lesiones por presión se clasifican en:
 - **Sin soporte:** No se aplica drogas vasoactivas, ni se expande con suero ni hematíes 6 horas antes de la valoración (no se incluye plaquetas ni plasma), considerándose drogas vasoactivas: Dopamina, Dobutamina y Noradrenalina.
 - **Con expansión:** No tiene drogas vasoactivas, pero se expande con suero o hematíes en las 6 horas previas a la valoración.
 - **Con perfusión de Dopamina o Dobutamina:** Independientemente de la dosis.
 - **Con perfusión de Adrenalina o Noradrenalina:** Independientemente de la dosis.

- **Respiratorio:** Se mide el proceso respiratorio:
 - **Con baja necesidad de oxígeno:** Respiración espontánea, extubado, sin traqueotomía y en basal o con gafas nasales
 - **Con alta necesidad de oxígeno:** Extubado con necesidad de mascarilla Venturi o con reservorio, o está intubado o con traqueotomía con una nariz artificial, tubo en T o cualquier otro medio de aporte de oxígeno simple.
 - **Con soporte respiratorio:** Intubado o con traqueotomía necesitando CPAP o presión de soporte, o sometido a cualquier tipo de ventilación no invasiva sin estar intubado), y con ventilación mecánica (CMV, CVRP, IPPV).

- **Movilidad:** Se considera la movilidad del paciente:
 - **Independiente:** Es capaz de cambiar de movimiento por sí solo y/o según le parezca.

- **Dependiente pero móvil:** No es capaz de moverse por sí solo, sin embargo, tolera los cambios posturales o sedestación, como mínimo en el turno anterior.
 - **Escasa movilidad:** No tolera ningún tipo de cambio postural (decúbito supino, decúbito lateral izquierdo y derecho).
 - **Inmóvil:** Sin movimiento alguno.
- **Otros:** Es la consideración de estudio complementarios.
 - **Temperatura:** > 38°C.
 - **Saturación de oxígeno:** < 90%.
 - **Presión arterial sistólica:** < 100 mmHg.
 - **Estado de la piel:** Edemas, cianosis periférica o central, piel deshidratada, excesiva humedad o maceraciones en la piel, y diarreas, deposiciones líquidas con más de 500 cc en el turno anterior.
 - **Posición de paciente:** Paciente en prono.

Considerando que la escala de EVARUCI cuenta con su proceso de puntuación, posterior a la identificación de criterios se hace una exposición inextensa en el anexo 7, a fin de que se conozca el funcionamiento (29).

Escala valoración actual riesgo de desarrollar lesiones por presión Unidad Cuidados Intensivos

CONCIENCIA	HEMODINAMIA	RESPIRATORIO	MOVIMIENTOS	OTROS
1 consiente	1 sin Soporte	1 con bajo aporte de oxígeno	1 independiente	1 T°>38°C
2 colaborador	2 con Expansores	2 con Alta necesidad de oxígeno	2 dependiente pero móvil	1 Sat O2<90%
3 reactivo	3 con Dopamina o Dobutamina	3 con soporte respiratorio	3 escasa movilidad	1 PA sistólica <100 mmHg
4 arreactivo	4 con Adrenalina o Noradrenalina	4 con ventilación Mecánica	4 inmóvil	1 estado piel

Fuente: Báez, España 2019.

Cada semana de estancia en UCI, se suma 0,5 puntos (hasta un máximo 2). RANGO DE PUNTUACION: 4 riesgo mínimo hasta 23 riesgo máximo. No hay punto de corte claramente definido, aunque los autores consideran un punto de corte de 10 para el estudio de validez. (Ver Anexo 7).

4.3. Conocimiento profesional de la enfermera intensivista

Pilar fundamental dentro del equipo interdisciplinario de salud donde demuestra el importante papel en el Proceso Enfermero su profesionalización debe estar centrado en el cuidado del paciente crítico; evoluciona de la mano con los avances tecnológicos que requieren los servicios de salud y desempeña funciones de atención holística y facilita cumplimiento en la mejora continua mediante la calidad y seguridad al paciente crítico (32).

El nivel de conocimientos de enfermería en prevención y tratamiento de UPP a nivel internacional se ha reportado como insuficiente. En un estudio realizado en Canadá, en el que participaron 236 enfermeros, se buscó identificar el conocimiento en relación con la prevención y se obtuvo un puntaje global de 64.4% en el puntaje global del instrumento aplicado, lo cual demostró ser insuficiente (33).

La enfermería, es considerada como una disciplina que se fundamenta en la naturaleza dialéctica, implica que una vez conferida la teoría y modelos que explican gráficamente cómo validar los hechos del mundo empírico de enfermería, se requiere necesariamente del desarrollo teórico que, junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generarán el conocimiento disciplinar necesario para garantizar la autonomía de la práctica clínica logrando de esta forma el inicio del quehacer del cuidado, el conocimiento alcanzado debe ser puesto en práctica para alcanzar un mejor aprendizaje a partir de la retroalimentación (34).

La práctica de enfermería incluye la integración del conocimiento de enfermería a partir de conceptualizaciones generales de los modelos de enfermería, estos modelos de enfermería reflejan tendencias filosóficas que inundan el saber y que a partir de ello se deriva una visión conceptual y práctica de las actividades realizadas (35).

Con el conocimiento también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento (36).

4.4. Adulto mayor

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. Dentro el proceso de envejecimiento se presenta también el deterioro de las funciones orgánicas y por ende de la calidad de vida de la persona adulto mayor, este grupo etario es el más vulnerable a presentar debilidad en los huesos, presentando por lo general

osteoporosis, además de presentar consecuencias físicas, psíquicas y socioeconómicas, siendo una causa de morbilidad en este grupo etario (37).

El envejecimiento es un proceso fisiológico que se extiende por toda la vida y engloba una serie de transformaciones que inicia en el momento de la concepción, durante esta etapa se presentan cambios a nivel personal, familiar y social (38).

El envejecimiento es diferente según la condición social a la que pertenecen, El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónicas degenerativas e incapacidades (39).

En Latinoamérica y el Caribe el 60% de los adultos mayores son mujeres, la mayoría viven en áreas urbanas, solo alcanzaron el nivel primario de educación, el 40% de hombres y el 8% de mujeres de 60 años todavía trabaja y una proporción de mujeres ya no vive con sus maridos sino con un niño o pariente (40).

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La complejidad de los cuidados de enfermería avanzó notablemente en la atención al paciente crítico, es una de las áreas que ha evolucionado tanto por la complejidad en los problemas de salud, como en el uso de tecnologías; esta es un área que requieren cuidados de calidad y seguridad al paciente crítico. La calidad en atención terapéutica es segura, adecuada, efectiva, eficiente y sigue los principios de justicia, centrada en la persona con problemas de salud, siendo un aspecto primordial y de manera particular en el entorno de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que son polivalentes.

En la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajés hay paciente con una estadía prologada, índice de cama ocupada alta; es en aquellos pacientes que surge la problemática de tener riesgo de lesión por presión; donde se observó durante la supervisión lesiones por presión en comisura labial, lóbulo de nariz, región occipital y mentón con alteración hemodinámica y Neurológica. El paciente crítico tiene un alto riesgo de desarrollar problemas amenazadores para la vida y requieren de una valoración constante por la profesional de enfermería cualificada, así como actuaciones para prevenir complicaciones o lograr y mantener respuestas óptimas.

En lo que respecta la temática en observación es primordial realizar una valoración inicial y minuciosa y constante al paciente, utilizando los trece dominios del Proceso Enfermero(PE) en forma cefalo caudal en relación a desencadenar lesiones por presión, a la fecha el tipo de valoración se limita a valorar los factores de conciencia y movilidad del paciente al ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva; es así que la a partir de la Escala de Valoración Actual Riesgo Lesión por Presión en la Unidades Cuidados Intensivos (EVARUCI) se implementan tres elementos de análisis y valoración, tales como la hemodinamia , valoración respiratoria y otros aspectos como(saturación, temperatura, Presión Arterial y piel).

La evaluación inicial de enfermería durante la admisión a las Unidades de Cuidados Intensivos es vital para una atención de calidad y seguridad y evitar eventos adversos y posterior eventos centinelas, empieza con la valoración, primer paso para la planificación de cuidados. Consiste en la recogida de datos objetivos y subjetivos, así como su registro es de valioso para formular el diagnóstico y planificar la intervención de enfermería, así como para asegurar la continuidad de los cuidados. Por otro lado, la complejidad de los cuidados de enfermería hace visible la necesidad de una comunicación fluida entre los profesionales y con una documentación fiable que recoja en el menor tiempo los datos que permitan una atención al paciente durante las 24 horas.

El fin fundamental será ofrecer una máxima calidad y seguridad asistencial y un tratamiento integral al paciente crítico, la valoración, debe hacerse de una manera sistemática y protocolizada mediante escalas validadas que proporcionen confiabilidad y validez en la detección de lesiones por presión. Todo ello ayudará a alcanzar un alto nivel de confort y una mejor recuperación evitando eventos adversos que nos conlleva a un evento centinela. Para ello es necesario apoyarse en herramientas directas e indirectas relacionadas con una serie de indicadores de calidad y seguridad, como es la escala de valoración actual del riesgo de desarrollar lesión por presión en unidad cuidados intensivos.

Las complicaciones de lesiones por presión en las distintas unidades de cuidados intensivos ha sido objeto de múltiples estudios en los últimos años, habiéndose creado diversas escalas para la monitorización de los diferentes sistemas del paciente crítico y la valoración de los factores de riesgo.

Por lo expuesto, se considera importante tener conocimiento acerca de la escala que se utilizará en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Petrolero de Obraje La Paz con la necesidad imperiosa en la detección de riesgos de lesión por presión y de su adecuada aplicación y que sirva como un indicador de calidad y seguridad al paciente crítico.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el conocimiento y aplicación del profesional de enfermería en la valoración actual de riesgo a desarrollar lesiones por presión, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes, gestión 2019?

VII. OBJETIVOS

7.1. Objetivo General

- Determinar conocimiento y aplicación del profesional de enfermería de la escala de valoración actual de riesgo de desarrollar lesiones por presión, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes, gestión 2019.

7.2. Objetivos Específicos

- Describir los datos sociodemográficos del profesional de enfermería de la unidad de Cuidados Intensivos
- Evaluar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la escala de valoración actual de riesgo de desarrollar lesiones por presión.
- Observar la aplicación del profesional de enfermería de la escala de valoración actual de riesgo de desarrollar lesiones por presión, durante el desarrollo de sus actividades.

VIII. HIPÓTESIS

El profesional de enfermería cuenta con un nivel de conocimiento bueno y no aplica la escala de valoración actual de riesgo de desarrollar lesiones por presión en los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Petrolero Obrajes, gestión 2019.

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1. Tipo de estudio

Descriptivo: Debido a que este estudio busca especificar las características de las variables que se someten a análisis (38). Bajo este entendido, se realizó una descripción de las variables de investigación como son las características sociales y laborales del profesional de enfermería, el conocimiento y la aplicación de la Escala (EVARUCI).

Observacional: Se consideró un estudio observacional, porque se aplicó una lista de observación, o lista de chequeo que permitió la recolección de la información real durante los cuidados de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva.

Transversal: Este tipo de diseño investiga y recopila datos de un momento específico (39) Considerando el tiempo en el que se recolectó la información fue de diseño transversal. En este caso fue la gestión 2019 (enero a noviembre).

9.2. Área de estudio

El Hospital Petrolero de Obrajes se encuentra ubicado en la ciudad de La Paz, en la zona de Obrajes, cuenta con todas las especialidades brindando una cartera de servicios de: Rayos X, Tomografía, Resonancia Magnética, Ecografía, Laboratorio, Mamografía. Centellografías, Banco de Sangre para atender a pacientes de toda la población asegurada según grupo etario considerada como un hospital de tercer nivel (40).

La Unidad de Terapia Intensiva UTI se encuentra ubicada en el segundo piso, cuenta con una infraestructura propia con toda la implementación tecnológica, recurso humano e insumos. Cuenta con 5 camas distribuidas para 4pacientes con enfermedades comunes y una de aislamiento.

Cuenta con plantel de personal médicos que son 6, uno por día y realizan turnos un domingo por mes. También cuenta con 14 Licenciadas en enfermería distribuidas en diferentes turnos; el personal de licenciadas que también realiza su rote en áreas de Terapia Intermedia y Terapia Intensiva mensualmente. Así mismo se cuenta con 6 auxiliares de enfermería en la unidad.

9.3. Universo y muestra

9.3.1. Universo

Para el universo se tomó en cuenta a todo el personal profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos. Por ello se cuenta con 12 profesionales que prestan sus servicios en esta Unidad.

9.3.2. Muestra

El muestreo que se utilizó fue no probabilístico, por conveniencia, es decir, no se aplicó ningún muestreo, sino el investigador eligió al personal con la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, en este sentido, la muestra fue de 12 profesionales.

9.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

- Personal profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Adultos.
- Personal profesional de enfermería que acepte participar del estudio.
- Personal profesional de enfermería que no estén de vacación o baja médica.

Los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

- Personal profesional de enfermería de otras áreas diferentes a la Unidad de Terapia Intensiva.
- Personal profesional de enfermería que no acepte trabajar en la investigación.
- Personal profesional de enfermería que se encuentre de vacaciones.

9.4. Operacionalización de variables

Dentro de las variables están descritos con detalles las variables dependientes e independientes

9.4.1. Variable dependiente

Conocimiento y Aplicación del Profesional de Enfermería de la Escala de Valoración Actual del Riesgo de Desarrollar Lesiones por Presión, Unidad de cuidados intensivos

9.4.2. Variable Independiente

- Edad
- Tiempo de Trabajo
- Nivel académico
- Capacitación recibida

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Características demográficas	Recolección de datos sociodemográficos mediante un cuestionario selección múltiple	Cualitativa Ordinal	Edad en años	25 a 35 36 a 46 47 a 57	Cuestionario de Selección múltiple
			Experiencia Laboral	< 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años	
			Formación académica	Licenciatura Diplomado Especialidad Maestría	
			Recibió capacitación sobre la escala EVARUCI	Sí No	
VARIABLE DEPENDIENTE Nivel de conocimiento	Aplicación cuestionario de evaluación con 15 preguntas de selección múltiple con una calificación 100%	Cualitativa Nominal	Preguntas sobre el conocimiento de la escala actual desarrollar lesiones por presión en la terapia intensiva	Conoce No conoce Bueno 76-100% Regular 51-75% Malo 0-50%	Cuestionario selección múltiple
Aplicación de la escala EVARUCI	Aplicación de lista de chequeo	Cualitativa Nominal	Procedimiento en la identificación de lesiones por presión	Realiza No realiza	Lista de Verificación

9.5. Técnicas y procedimientos

Las técnicas y procedimientos que se utilizaron para la recolección de datos son: Encuesta y Lista de verificación; estos fueron estructurados en función a la operacionalización de variables, se midió las características sociales y laborales del profesional de enfermería, el conocimiento y la práctica de la Escala EVARUCI; se recoge la información sobre las siguientes variables. Instrumento que se auto administro su tiempo de llenado de aproximadamente 5 minutos fue sometido validación de estructura y contenido por profesionales expertas en el área tomando en cuenta sugerencias para el mejoramiento del instrumento

Todo el procedimiento de investigación fue organizado y reflejado en un cronograma Grantt, donde se explica los pasos que se realizaron durante la gestión 2019. (Ver Anexo 1).

9.5.1. Obtención de la información

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de la información fue una encuesta de carácter cerrado, con 15 preguntas, de las cuales las primeras preguntas se destinaron a las características de las profesionales y la segunda parte midió el conocimiento sobre la escala EVARUCI. (Ver los Anexos 3).

Posteriormente, se aplicó la guía de observación que fue elaborada en función a los indicadores de la Escala EVARUCI, contó con 5 grandes dimensiones y permitió la recolección de la información, en su ambiente natural. (Ver Anexo 3).

Ambos instrumentos fueron validados antes de la aplicación por expertos en la temática, además que se realizó durante el turno de trabajo y se aplicaron con la previa firma del consentimiento informado.

9.5.2. Procesamiento y análisis

Para el procesamiento de la información se recurrió al programa estadístico SPSS versión 15.0 mismo que permitió hacer la sistematización de la información. Posteriormente, se usó Excel de Microsoft para graficar los resultados. Asimismo, se tomó en cuenta la moda, media y mediana.

9.5.3. Síntesis

A través de los resultados se conocerá la posición del conocimiento y aplicación de la escala EVARUCI, asimismo se obtuvo la media, moda y mediana.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó los permisos correspondientes a las personas necesarias dentro el Hospital Petrolero de Obrajes de la ciudad de La Paz:

- Director del Hospital Petrolero de Obrajes.
- Jefe de Enfermeras de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes.
- Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Petrolero de Obrajes. (Ver Anexo 2).

De la misma, forma se aplicó el consentimiento informado, a todo el profesional de enfermería, con el fin de cumplir con las consideraciones éticas de la investigación. (Ver Anexo 4).

Cumpliendo y respetando los cuatro principios de la Bioética.

- **Autonomía:** Derecho que posee la persona para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores.
- **La no maleficencia:** Obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de los sujetos de estudio.
- **Beneficencia:** Llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas.
- **Justicia:** Que a todas las profesionales sean tratadas de la misma forma.

XI. RESULTADOS

Los resultados fueron se vaciaron de las encuestas y lista de observación realizado a las 12 Licenciadas de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Petrolero Obrajes La Paz.

La Interpretación es presentada en tres partes, respondiendo a los tres objetivos específicos planteados en la presente investigación:

Indicar las características sociales y laborales del profesional de enfermería relacionado edad, antigüedad laboral y grado de instrucción, luego los datos obtenidos conocimiento del profesional de enfermería sobre la escala de valoración actual de lesiones por presión y finalmente la aplicación de la escala de valoración actual de lesiones por presión por la profesional de enfermería durante el desarrollo de sus actividades en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Petrolero Obrajes La Paz gestión 2019.

11.1. Características sociodemográficas del personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes

Tabla N°1

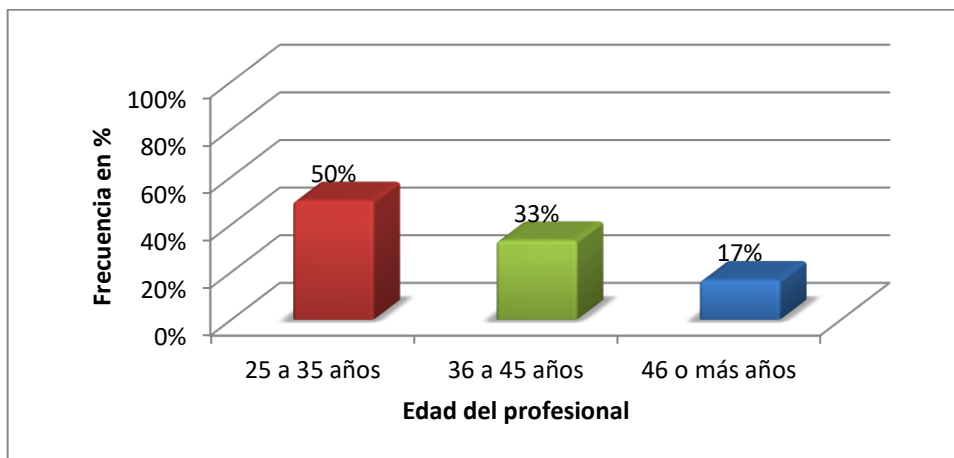
Edad del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Estadísticos	Nº
25 a 35 años	6	50%	Media	34
36 a 45 años	4	33%	Moda	28
46 o más años	2	17%	Mediana	34
Total	12	100%		

Fuente:Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°1

Edad del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019.

INTERPRETACIÓN:

En la encuesta aplicada al Profesional de Enfermería, el cual representa el 50% que corresponde al rango de edad entre 25 a 35 años; el 33% corresponde al rango de edad entre 35 a 45 años y un 17% corresponde al rango de edad de mayor a 46 años. La media y la mediana es de 34 años; entre un rango de 25 a 46 o más años.

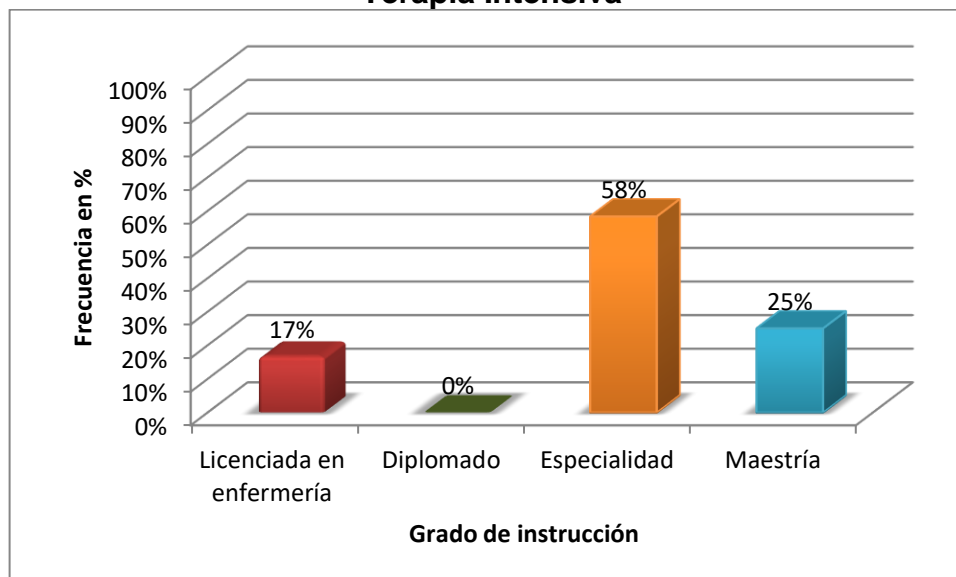
ANÁLISIS: De los datos expuestos se infiere que la mayoría de las profesionales en Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva son personas jóvenes, lo cual es positivo para la unidad.

Tabla N°2
Grado de instrucción del profesional de enfermería de la Unidad De Terapia Intensiva

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada en enfermería	2	17%
Diplomado	0	0%
Especialidad	7	58%
Maestría	3	25%
Total	12	100%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°2
Grado de instrucción del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

INTERPRETACIÓN:

La encuesta aplicada Profesional de Enfermería en relación al Grado de Instrucciónse tiene que el 17% alcanzó un nivel de licenciatura en enfermería, 0% no tienen diplomado; el 58% especialidad; y finalmente el 25% maestría.

ANÁLISIS:

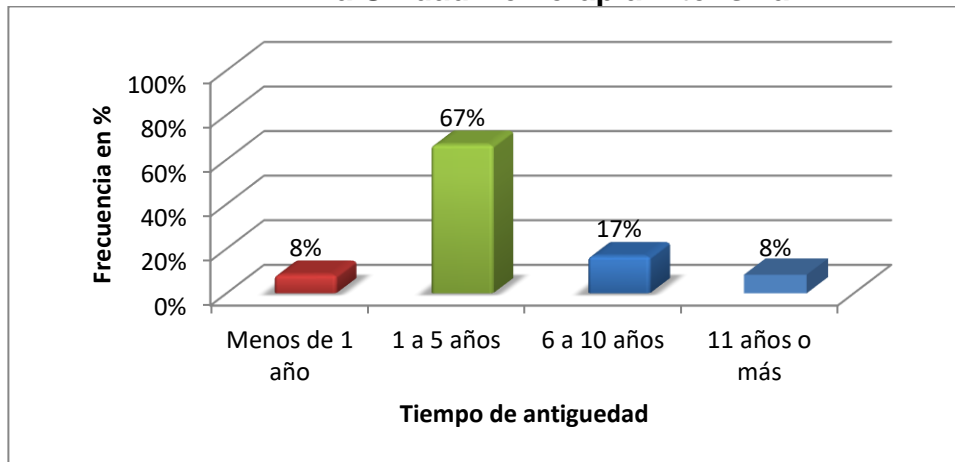
La mayoría de las profesionales cuentan con Especialidad.

Tabla N°3
Experiencia De Trabajo Del Profesional De Enfermería
En La Unidad De Terapia Intensiva

Tiempo de antigüedad	Frecuencia	Porcentaje	Estadísticos	Nº
Menos de 1 año	1	8%	Media	4
1 a 5 años	8	67%	Moda	2
6 a 10 años	2	17%		
11 años o más	1	8%	Mediana	3
Total	12	100%		

Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°3
Experiencia De Trabajo Del Profesional De Enfermería
En La Unidad De Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los Profesionales de Enfermería el 67% cuenta con experiencia de uno a cinco años, el 17 % tienen experiencia seis a diez años, el 8% de los encuestados trabaja once años y el 8% trabaja menor a un año. Cabe enfatizar que se considera la capacitación al profesional de enfermería. El valor mínimo es de 1 año y el máximo de 15 años, y está en un promedio de 4 años de tiempo de trabajo en el servicio.

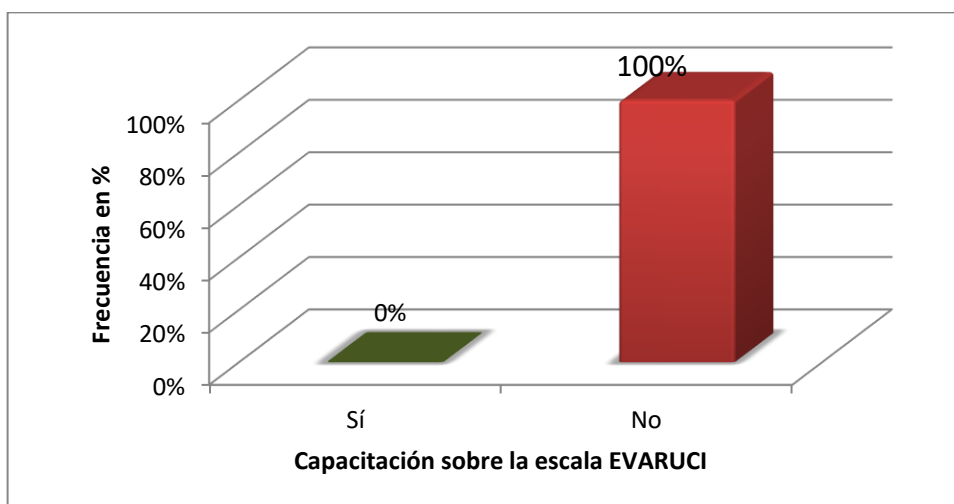
ANÁLISIS: El grupo de trabajadores cuenta con un tiempo corto de experiencia.

Tabla N°4
Capacitación sobre Escala Valoración Actual Riesgo Unidad Cuidados Intensivos al profesional de Enfermería

Capacitación sobre la escala EVARUCI	Frecuencia	Porcentaje
Sí	0	0%
No	12	100%
Total	12	100%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°4
Capacitación sobre Escala Valoración Actual Riesgo Unidad Cuidados Intensivos al profesional de Enfermería



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la encuesta aplicada al personal de enfermería en relación Capacitación sobre EVARUCI las Profesionales de Enfermería el 100% **NO** recibió capacitación acerca de la escala en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital.

ANÁLISIS:

El profesional de enfermería **NO** fue capacitado en la institución sobre el EVARUCI, lo que denota una debilidad, siendo que es una escala que ya se utiliza internacionalmente desde hace varios años.

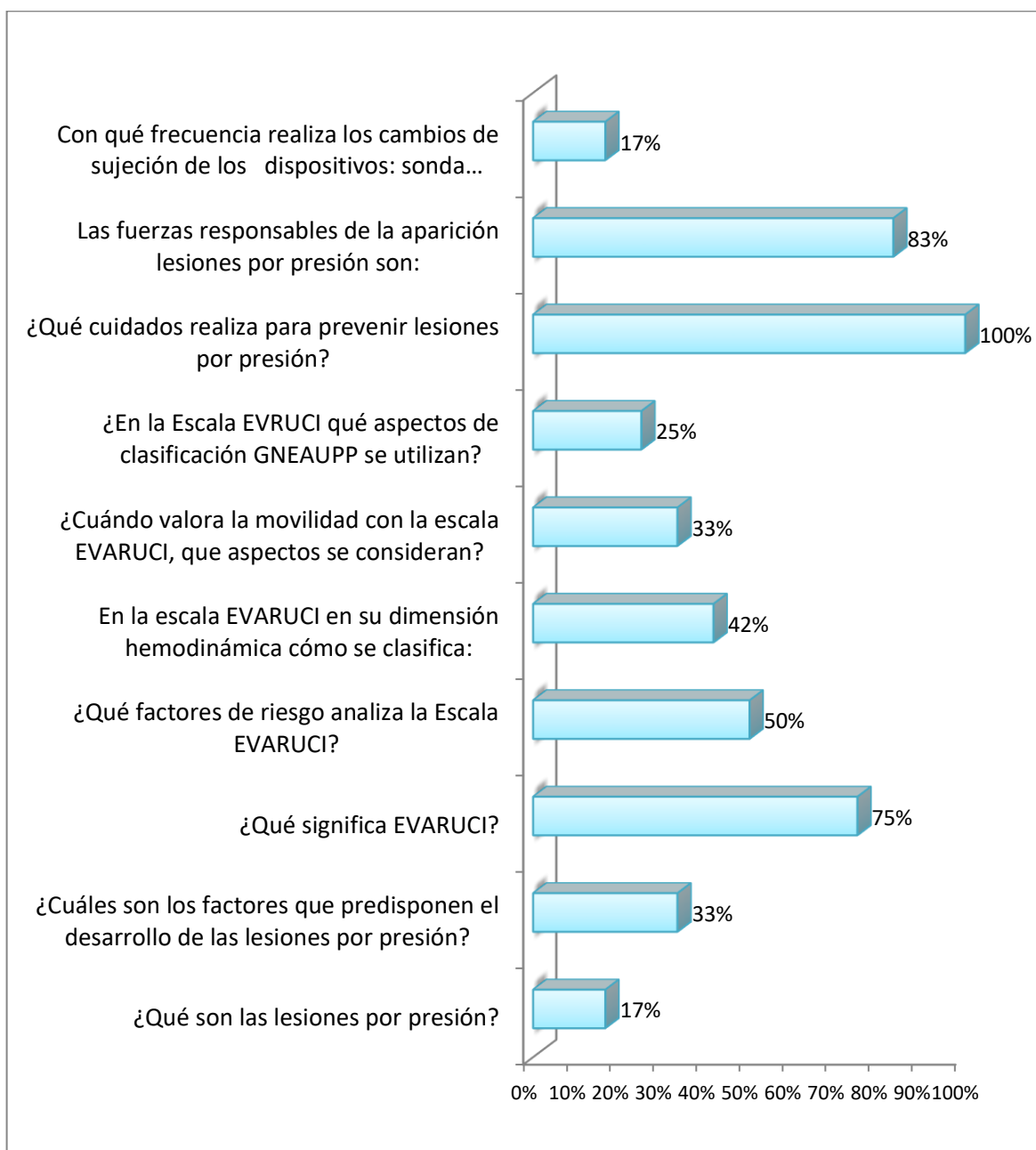
11.2. Competencias cognitivas del personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes

**Tabla N°5
Conocimiento del profesional
de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva**

Preguntas de conocimiento	Adecuado		Inadecuado	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
¿Qué son las lesiones por presión?	2	17%	10	83%
¿Cuáles son los factores que predisponen el desarrollo de las lesiones por presión?	4	33%	8	67%
¿Qué significa EVARUCI?	9	75%	3	25%
¿Qué factores de riesgo analiza la Escala EVARUCI?	6	50%	6	50%
En la escala EVARUCI en su dimensión hemodinámica cómo se clasifica:	5	42%	7	58%
¿Cuándo valora la movilidad con la escala EVARUCI, que aspectos se consideran?	4	33%	8	67%
¿En la Escala EVARUCI qué aspectos de clasificación GNEAUPP se utilizan?	3	25%	9	75%
¿Qué cuidados realiza para prevenir lesiones por presión?	12	100%	0	0%
Las fuerzas responsables de la aparición lesiones por presión son:	10	83%	2	17%
Con qué frecuencia realiza los cambios de sujeción de los dispositivos: sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal., tubo endotraqueal, tubo traqueostomía tubos de drenaje de los fluidos corporales	2	17%	10	83%
Promedio	5.7	47.5%	6.3	52.5%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°5
Conocimiento del profesional
de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019.

INTERPRETACIÓN:

La encuesta aplicada al personal en relación al Conocimiento de lesiones por presión al profesional de enfermería; el 17% tiene conocimiento qué son las lesiones por presión, así como también con qué frecuencia realiza los cambios de sujeción de los dispositivos, entre los más importantes se encuentran la sonda nasogástrica, sonda naso yeyunal, tubo endotraqueal, tubo traqueostomía tubos de drenaje de los fluidos corporales. Se destaca el mayor porcentaje, con 100% conoce acerca de qué cuidados realiza para prevenir lesiones por presión; grupo de preguntas tienen un acierto entre los 25% a 50%. Se distingue un promedio de 5.7 de todas las preguntas.

ANÁLISIS:

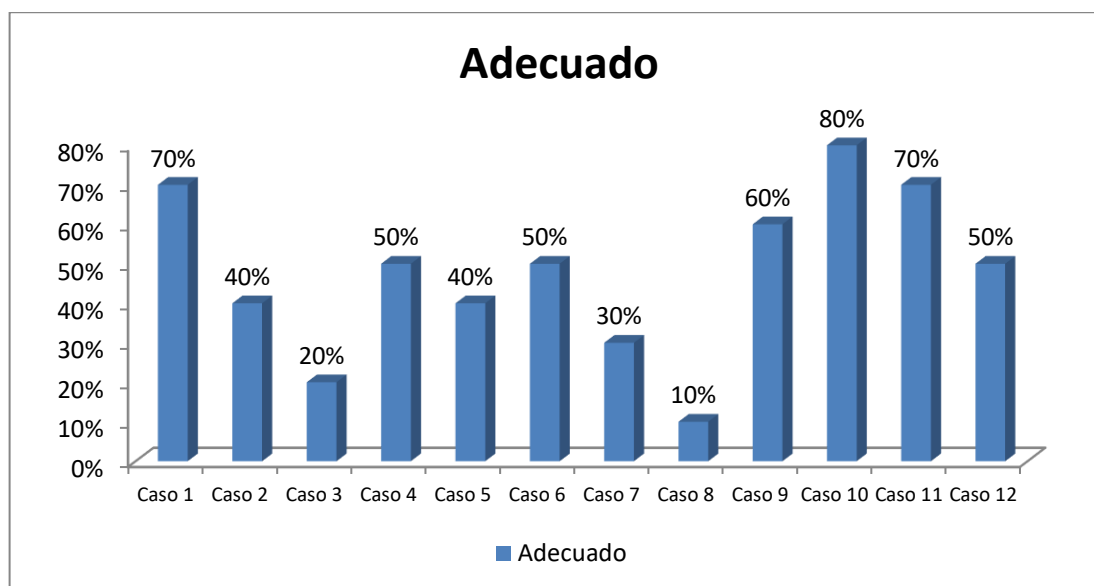
Los datos expuestos en el gráfico denotan que existe conocimiento adecuado sobre cada pregunta de la encuesta, siendo aceptable, debido a que la mayoría respondió correctamente. La pregunta que fue respondida adecuadamente en la totalidad de las profesionales fue acerca de los cuidados que se deben realizar para la prevención de lesiones por presión.

Tabla N°6
Preguntas de conocimiento Individual del
profesional de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva

Preguntas de conocimiento individual	Adecuado		Inadecuado		Total	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Caso 1	7	70%	3	30%	10	100%
Caso 2	4	40%	6	60%	10	100%
Caso 3	2	20%	8	80%	10	100%
Caso 4	5	50%	5	50%	10	100%
Caso 5	4	40%	6	60%	10	100%
Caso 6	5	50%	5	50%	10	100%
Caso 7	3	30%	7	70%	10	100%
Caso 8	1	10%	9	90%	10	100%
Caso 9	6	60%	4	40%	10	100%
Caso 10	8	80%	2	20%	10	100%
Caso 11	7	70%	3	30%	10	100%
Caso 12	5	50%	5	50%	10	100%
Promedio	5	47%	5	53%	10	100%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°6
Preguntas de conocimiento Individual del
profesional de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

INTERPRETACIÓN:

La encuesta aplicada al personal en relación al conocimiento individual del Profesional de Enfermería se destaca el conocimiento individual, es decir, por Enfermera, obteniendo como resultados relevantes que el caso ocho sólo acertó en un 10% del total de preguntas correctas o adecuadas; por otro lado, el mayor porcentaje se da en un 80% para el caso diez relacionada a un conocimiento adecuado. El remanente de los casosdenota un conocimiento en un rango de aciertos del 20% a 50% en su mayoría.

ANÁLISIS:

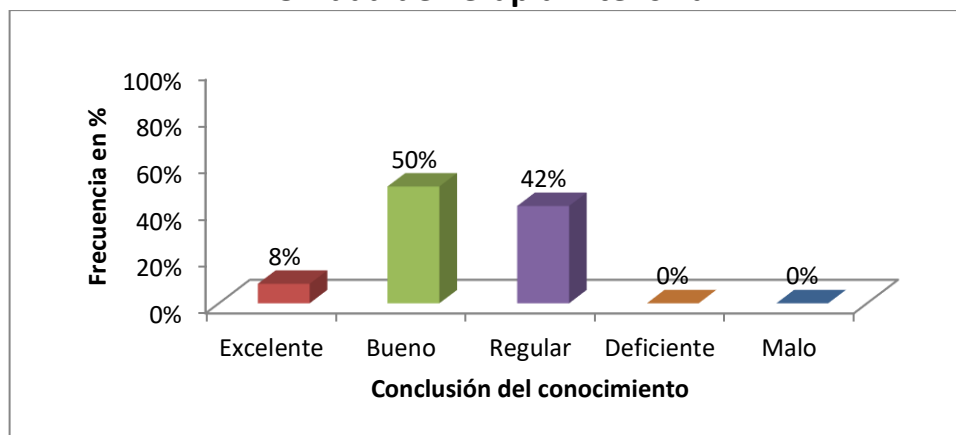
La información que se muestra del análisis individual por cada caso que se analizó se puede apreciar que las profesionales del caso tres y ocho fueron las que presentaron mayor debilidad en el conocimiento. Por otro lado, el caso diez presentó el mejor resultado, mostrando fortaleza en su conocimiento sobre EVARUCI.

Tabla N°7
Conclusión del conocimiento del profesional de enfermería de la
Unidad de Terapia Intensiva

Conclusión del conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	1	8%
Bueno	6	50%
Regular	5	42%
Deficiente	0	0%
Malo	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°7
Conclusión del conocimiento del profesional de enfermería de la
Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

INTERPRETACIÓN:

Se muestra la conclusión acerca del conocimiento teórico sobre EVARUCI, mostrándose que el 50% de las profesionales demostró un conocimiento bueno, el 42% demostró un conocimiento regular, el 8% demostró un conocimiento excelente. Ninguna demostró tener un conocimiento deficiente ni malo.

ANÁLISIS:

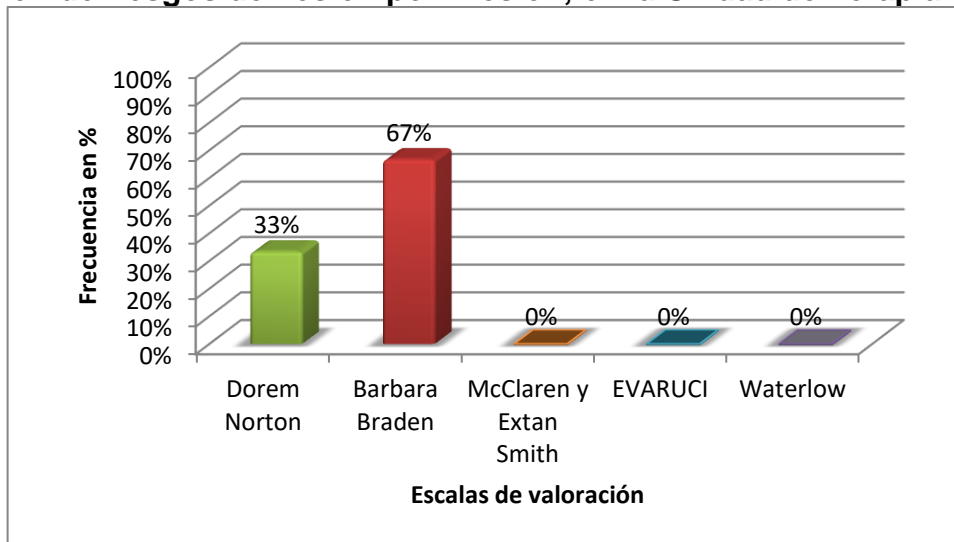
Los datos expuestos muestran que la mayoría obtuvo un conocimiento bueno, siendo positivo para la unidad y también para la institución; a pesar de que la institución no capacitó acerca de este tema.

Tabla N°8
Escalas de valoración aplicadas por el profesional de enfermería para la valoración de riesgos de lesión por presión, en la Unidad de Terapia Intensiva

Escalas de valoración	Frecuencia	Porcentaje
Dorem Norton	4	33%
Barbara Braden	8	67%
McLaren y Extan Smith	0	0%
EVARUCI	0	0%
Waterlow	0	0%
Total	12	100%

Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

Gráfico N°8
Escalas de valoración aplicadas por el profesional de enfermería para la valoración de riesgos de Lesión por Presión, en la Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados de la encuesta aplicada al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes, 2019

INTERPRETACIÓN:

La encuesta aplicada al personal en relación Valoración de riesgos de lesión por presión da como resultados que el 33% realiza la Escala de Dorem Norton, el 67% utiliza la escala Bárbara Bradem; y finalmente la Escala que relaciona al tema de investigación da el resultado del 0% el Profesional de Enfermería no aplica EVARUCI

ANÁLISIS:

Los datos muestran que la escala EVARUCI, no se utiliza en la Unidad de Terapia Intensiva, la escala más utilizada son Bárbara Braden y Dorem Norton. Las escalas que son utilizadas en la actualidad son muy antiguas y lo más importante es que no indican aspectos fundamentales que tienen la actual escala EVARUCI, por esta razón el paciente es valorado solo en algunos aspectos.

11.3. Competencias técnicas y procedimentales del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajés

Tabla N°9

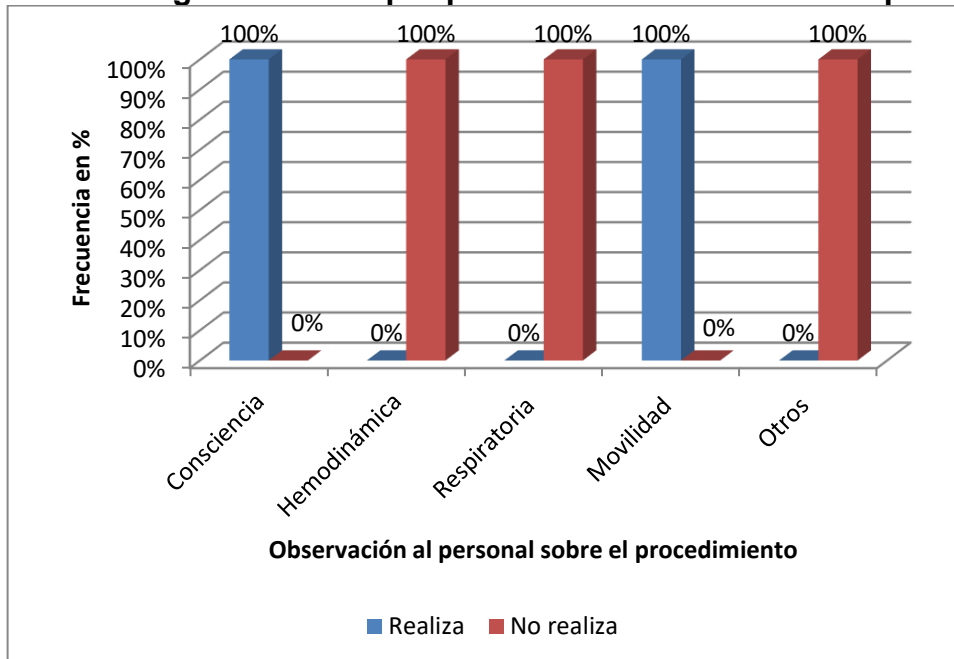
Observación al profesional de enfermería acerca del procedimiento de valoración de riesgos de lesión por presión en la Unidad de Terapia Intensiva

Observación al personal sobre el procedimiento	Realiza		No realiza		Total	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Consciencia	12	100%	0	0%	12	100%
Hemodinámica	0	0%	12	100%	12	100%
Respiratoria	0	0%	12	100%	12	100%
Movilidad	12	100%	0	0%	12	100%
Otros	0	0%	12	100%	12	100%

Fuente: Datos recolectados observación al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajés, 2019

Gráfico N°9

Observación al profesional de enfermería acerca del procedimiento de valoración de riesgos de lesión por presión en la Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados observación al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajés, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N°9 y la Gráfico N°9, se muestra que la encuesta aplicada al personal en relación al grado de instrucción profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajes. En la observación respecto de la escala que utiliza el personal de enfermería se pudo constatar que el 100% del personal realiza la valoración de conciencia; por otro lado el 100% no realiza la valoración de la hemodinamia del paciente, al igual que la valoración respiratoria; así también se corroboró en la observación que el 100% valora la movilidad del paciente; y finalmente se tiene que el personal no realiza la valoración de otros factores la temperatura > 38°C, Saturación de oxígeno <90%, la presión arterial sistólica < 100Hg, el estado de la piel y la posición del paciente en prono.

ANÁLISIS:

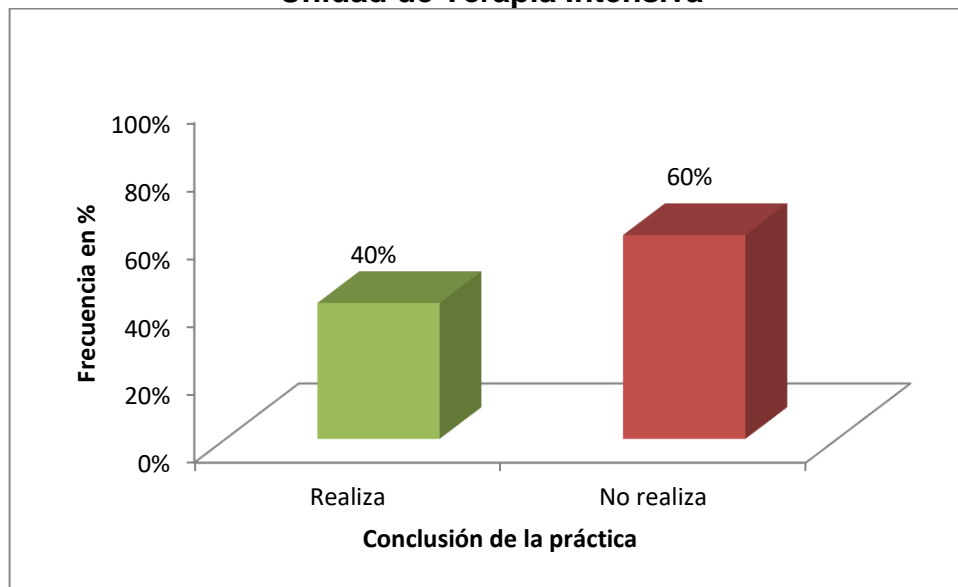
Se puede inferir que en la valoración que realiza el profesional de enfermería se considera la Consciencia y la Respiratoria, dejando de lado la valoración de la Hemodinámica, Movilidad y Otros, que son importantes para evitar las lesiones por presión.

Tabla N°10
Conclusión de la práctica del profesional de enfermería de la
Unidad de Terapia Intensiva

Conclusión de la práctica	Frecuencia	Porcentaje
Realiza	5	40%
No realiza	7	60%
Total	12	100%

Fuente: Datos recolectados observación al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajés, 2019

Gráfico N°10
Conclusión de la práctica del profesional de enfermería en la
Unidad de Terapia Intensiva



Fuente: Datos recolectados observación al profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajés, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N°10 y Gráfico N°10, se muestra la conclusión de la aplicación de EVARUCI, los datos muestran que el 40% realiza algunos aspectos EVARUCI, siendo los aspectos que corresponden a Consciencia y Movilidad, lo que se registra. Pero el 60% no realiza los aspectos de Hemodinámica, Respiratoria y Otros. Siendo que la totalidad no realiza el uso de la Escala EVARUCI.

ANÁLISIS:

Se concluye que el 60% no realiza la aplicación de la escala EVARUCI, siendo un porcentaje alto de no aplicación, el paciente es el más perjudicado, debido a que las escalas que se utilizan no contemplan aspectos importantes.

XII. DISCUSIÓN

En el estudio de Rodríguez R. Esparza G. González S. (2017), en México se encontró que el 62.7% fueron mujeres; el 42.2% tenían una edad de 31 a 40 años, el 35.3% trabajaban en el turno vespertino, el 28.4% tenían una experiencia de 6 a 10 años de experiencia laboral, el 31.4% tenían licenciatura (15). En la presente investigación se encontró que el 100% eran mujeres, el 50% tenían una edad de 25 a 35 años, el 58% tenían especialidad, el 67% tenían un tiempo de trabajo en el servicio de 1 a 5 años. De los datos expuestos se puede afirmar que el personal del Hospital Petrolero de Obrajés es más joven, pero con mayor preparación académica, debido a que la mayoría tenía especialidad. Respecto a los años de experiencia el profesional analizado en la presente investigación es de menor experiencia, porque trabajan de 1 a 5 años.

En el estudio de Garza, R. et al (2017), en México identificó el nivel de conocimiento, actitud y barreras hacia las medidas de prevención de las úlceras por presión que actualmente se considera como lesiones por presión en el personal de enfermería que labora en servicios de hospitalización de adultos, por lo tanto en 119 participantes, donde el 53.78% respondió correctamente a las preguntas del cuestionario (14), destacar que en el presente estudio se tiene un nivel de conocimiento del 50% se podría considerar como un conocimiento bajo lo que podría considerarse un riesgo para con el paciente.

Comparando el estudio de Miyazaki M. Larcher M. Benedita C. (2010), en Brasil sus datos mostraron que, de los 386 participantes, 64,8% eran auxiliares/técnicos de enfermería y 35,2%, enfermeros. El porcentaje promedio de aciertos en la prueba de conocimiento fue 79,4% para los enfermeros y 73,6% para los auxiliares/técnicos de enfermería. Se concluye que ambas categorías de profesionales presentan déficit de conocimiento en algunas áreas del tema en referencia (5). Los datos de la presente investigación demostraron que el 42% mostró un conocimiento regular, siendo que existe similitud en la información proporcionada con los datos de Miyazaki.

En complemento Según Jiménez E. (2015), en Perú en el desarrollo e indagación del nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las úlceras por presión antes y después de una capacitación se obtuvo que el 44% demostró un conocimiento medio sobre el uso de alguna escala de valoración de riesgo para las úlceras por presión, actualmente lesiones por presión (9). En la presente investigación se observó que un 50% de personal demostró un conocimiento bueno, y el 42% regular. Los datos encontrados son muy similares al estudio de Jiménez E.

Challco S. (2018), en Bolivia en sus resultados se identificó en la práctica sobre la prevención de úlceras por presión que el 71% de las profesionales demostró que realiza y el 29% no realiza, es decir no aplica los procedimientos necesarios de la Escala Valoración Actual riesgos Lesión por Presión (EVARUCI) (18). Los datos de la presente investigación mostraron que el 60% no realiza la aplicación de la escala EVARUCI, siendo un porcentaje elevado. En comparación con los datos de Challco, no existe similitud, puesto que en ese estudio la mayoría realiza el uso de la escala Brandem.

XIII. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llega en la presente investigación son las siguientes:

1. En lo que respecta al personal de enfermería según características sociales y laborales, se encuentra por debajo de los 45 años; por otro lado, al respecto a la formación académica se enmarca con un alto porcentaje de Especialistas en Medicina Crítica y terapia Intensiva, en relación a la antigüedad en el servicio una gran mayoría está entre 1 a 5 años. En relación a la participación de ciclos de capacitación la totalidad de los profesionales de enfermería establecen no haber recibido capacitación en lo que respecta a lesiones por presión y por ende no se capacitaron en la Escala Valoración Actual del Riesgo de Desarrollar Lesiones por Presión Unidad Cuidados Intensivos.
2. El nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la escala de valoración actual de lesiones por presión tiene un conocimiento el 50% demostró un conocimiento bueno, el 42% demostró un conocimiento regular y finalmente el 8% demostró un conocimiento excelente. Entre las variables más sobresalientes se identificó falta de conocimiento sobre la definición de las lesiones por presión, con el 83% que respondió inadecuado, respecto a la frecuencia realiza la sujeción de los dispositivos como: sonda nasogástrica, sonda naso yeyunal, tubo endotraqueal, tubo traqueostomía tubos de drenaje de los fluidos corporales.
3. La aplicación de la Escala Valoración Actual del Riesgo de Desarrollar Lesiones por Presión Unidad Cuidados Intensivos (EVARUCI) un 60% de los profesionales no realiza la valoración al paciente, y el 40% realiza la valoración mediante la Escala Bradem. Finalmente se afirma que existe debilidad en la técnica de aplicación de lesiones por presión.

Con relación al conocimiento y la aplicación de la Escala Valoración Actual del Riesgo de Desarrollar Lesiones por Presión Unidad Cuidados Intensivos

(EVARUCI) en el profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes se asevera que tiene un conocimiento adecuado medio; en algunos casos el tema de investigación denota novedad científica y despierta el interés en la profesional de Enfermería para su aplicación, puesto que pensó que EVARUCI se considera esencial dentro de una Unidad de Terapia Intensiva para la valoración y detección en relación a lesiones por presión en pacientes críticos.

4. Finalmente, dando a respuesta a la hipótesis formulada se pudo conocer que se prueba debido a que el profesional de enfermería cuenta con un conocimiento bueno y no aplica la Escala Valoración Actual del Riesgo de Desarrollar Lesiones por Presión Unidad Cuidados Intensivos (EVARUCI) en los pacientes de las Unidad de Terapia Intensiva Hospital Petrolero Obrajes, gestión 2019. Los datos obtenidos de la presente investigación muestran un conocimiento bueno en el 50% y no aplican la escala en el 60%.

XIV. RECOMENDACIONES

Finalizada la investigación se llega a las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda plantear, una guía con base científica en el uso de Escala Valoración Actual Riesgo Unidad Cuidados Intensivos para la Unidad de Terapia Intensiva Hospital Petrolero.
- Se considera unificar criterios en el personal de enfermería sobre el manejo de una escala validada, confiable que sirva de instrumento científico en la detección de riesgos de lesiones por presión, en las Unidades de Terapia Intensiva del hospital petrolero de obrajes, siendo que significa una prioridad de diagnóstico en el proceso enfermero para tener resultados beneficiosos en el plan de cuidados del paciente crítico.
- A futuras investigaciones se sugiere extender el tiempo de observación con el fin de ampliar la información encontrada y obtener más resultados. Incluso se podría investigar involucrando al paciente, haciendo un seguimiento del estado de salud respecto a las lesiones por presión.
- Se recomienda realizar un seguimiento constante de la temática, a fin de que su aplicación sea integral y ayude en el proceso de atención y desenvolvimiento del personal de enfermería.
- Se sugiere realizar talleres de la Escala Valoración Actual Riesgo de Lesión por presión en la Unidades Cuidados Intensivos en el Hospital Petrolero Obrajes para unificar criterios sobre el manejo y poner practica dicha escala y dar atención oportuna ya que es un Indicador de calidad en la seguridad del paciente. Y posterior hacer difusión a la Sociedad Enfermeras Medicina Critica y Terapia Intensiva Filial La Paz, Sociedad Boliviana de Enfermeras Medicina Critica y Terapia Intensiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Homs E. Esperón J. Looreiro M. Cueto M. Paniagua M. Fluja A. Fontseré E. Rodríguez M. Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 23 de agosto de 2019]; URL Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n1/1134-928X-geroko-29-01-39.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud Parte II: Úlceras por presión. Guía de diagnóstico (sede web); EE.UU Organización Panamericana de la salud ; (acceso 26 de agosto 20219) disponible en <http://www.sl.cu/galeriaspdf/sitios/gericuba/guía 30 .pdf>
3. Roca, A. García, F. Chacón, S. Rubio, L. Olona, M. Anguera, L. García, N. Validación de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión EMINA Y EVARUCI en pacientes críticos. 2014.
4. Ortega J. Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización. 2007. México. Disponible en: <file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-LasUlcerasPorPresionComoEfectoAdversoDeLaHospitali-4317063.pdf>.
5. Gonzales J. Núñez P. Balugo S. Navarro L. García M. Estudio de validez de la Escala de Valoración Actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión en Cuidados Intensivos (EVARUCI). 2008. España. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estudio-validez-escala-valoracion-actual-S1130239908727548>.
6. Miyazaki M. Larcher M. Benedita C. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Brasil. 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_22.pdf.
7. Roca, A. García, F. Chacón, S. Rubio, L. Olona, M. Anguera, L. García, N. Validación de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión EMINA Y EVARUCI en pacientes críticos. 2014.
8. Álvarez E. Plan de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 21 de agosto de

- 2019]; URL Disponible en: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/plan-de-cuidados-de-enfermera-para-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-lceras-por-presin>.
9. Tzuc A. Vega E. Collí L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. 2015. México. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-nivel-riesgo-aparicion-ulceras-por-S1665706315000792>.
 10. Jiménez, E. Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre las úlceras por presión antes y después de una capacitación, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú, 2014. Perú. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 07 de agosto de 2019]; URL Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/988/MAESTRO=2&isAllowed=y>.
 11. Grinspun D. Guía de buenas prácticas. Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. España. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 25 de julio de 2019]; URL Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0027_Manejo_LPP_2016_final.pdf.
 12. Gonzales M. Incidencia y Factores de Riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. 2016. España. Disponible en: <https://gneaupp.info/incidencia-y-factores-de-riesgo-para-el-desarrollo-de-ulceras-por-presion-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-del-hospital-universitario-virgen-del-rocio/>.
 13. Montero, J. Prevención y tratamiento general de úlceras por presión. Universidad de Jaén. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 16 de agosto de 2019]; URL Disponible en: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/prevencion-y-tratamiento-general-de-lceras-por-presin-revisin-bibliografica>.
 14. Rodríguez R. Esparza G. González S. Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. 2016. México. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim174b.pdf>.

15. Garza R. Meléndez C. Fang M. González J. Castañeda H. Argumedo N. Conocimientos, actitudes y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n3/0717-9553-cienf-23-03-00047.pdf>.
16. Rodríguez R. Esparza G. González S. Conocimiento del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. México. 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75988>.
17. Torra J. Verdu J. Sarabia R. Paras P. Soldevilla J. López P. García F. Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión. [en línea]. 2017. [fecha de acceso el 21 de agosto de 2019]; URL Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300151.
18. Souza M. Zanei S. Whitaker I. Risco de lesão por pressão em Unidade Terapia Intensiva: adaptação transcultural e confiabilidade da EVARUCI. Brasil. 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002018000200201&lng=pt&nrm=iso.
19. Challco S. Conocimiento y práctica de enfermería sobre úlceras por presión en pacientes hospitalizados. 2018. Bolivia. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/20957>.
20. Talens F. Martínez N. Úlceras por presión un paso en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. 2018. España. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400192.
21. Calero A. Sánchez A. Cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión y satisfacción del paciente hospitalizado. 2019. Perú. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11768>
22. National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP) y la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Úlceras por presión: categorías. España. 2018. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html>.

23. Requena, E. Monografía sobre el tratamiento y prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos. España. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 9 de agosto de 2019]; RUL Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8947/Requena%20Alvarez%20E..pdf?sequence=4>
24. Álvarez E. Plan de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 21 de agosto de 2019]; URL Disponible en: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/plan-de-cuidados-de-enfermera-para-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-lceras-por-presin>.
25. González, I. Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. España. [en línea]. 2016; [fecha de acceso 10 de agosto de 2010]; URL Disponible en: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/incidencia-y-factores-de-riesgo-para-el-desarrollo-de-lceras-por-presin-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-del-hospital-universitario-virgen-del-roco>.
26. Romero de San Pío MJ, Álvarez Prado C, Fernández Ordoñez B, González Fernández A, Rodríguez Madrid O, Valdés Fernández MT, et al. Disminución de la incidencia de úlceras por presión en sacro y talones en pacientes ingresados en cuidados intensivos. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 16 de agosto de 2019]; URL Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81035/disminucion-de-la-incidencia-de-ulceras-por-presion-en-sacro-y-talones-en-pacientes-ingresados-en-cuidados-intensivos/>.
27. Báez, V. Estudio de las escalas de valoración del riesgo de padecer úlceras por presión a los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Críticos. Universidad de La Laguna. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 23 de julio de 2019]; URL Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3664/estudio.pdf?sequence=1>
28. Pancorbo P. García F. Soldevilla J. Blasco C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. España. 2009.

29. Romanos B. Casanova N. Fiabilidad Inter observador de las escalas EMINA y EVARUCI en una Unidad de Cuidados Intensivos. España. 2017.
30. Martínez M. Competencias profesionales de la enfermera intensivista. 2017.
31. Claudia G, Diane M, Daphne SG, Daniele D. Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: a correlational study examining nurses' knowledge and best practice. *Int J Nurs Pract*. 2010.
32. Sánchez J. Aguayo C. Galdames L. Desarrollo del conocimiento de enfermería en busca del cuidado profesional, relación con la teoría crítica. *Revista Cubana de enfermería*. Cuba. 2017.
33. Gallardo A. Evolución del conocimiento en enfermería. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 5 de octubre de 2019]; URL Disponible en: https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001?ver=sin_diseño
34. Montesinos G. El conocimiento y la enfermería. *Revista Mexicana Enfermería*. México. [en línea] 2002. [fecha de acceso 5 de octubre de 2019]; URL Disponible en: <http://www.medwave.cl/link/medwave>.
35. Álvarez E. Plan de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 21 de agosto de 2019]; URL Disponible en: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/plan-de-cuidados-de-enfermera-para-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-lceras-por-presin>.
36. Quijada A. Características del adulto mayor. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 5 de octubre de 2019]; URL Disponible en: https://www.academia.edu/7776632/caracteristicas_del_adulto_mayor
37. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013. Ecuador. 2013.
38. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los adultos mayores en Latinoamérica y el Caribe. Bolivia. [en línea] 2018. [fecha de acceso el 5 de octubre de 2019]; URL Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=263:perfil-adultos-mayores-latinoamerica-caribe&Itemid=481

39. Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. Metodología de la investigación. MacGraw Hill. México. 2010
40. Canales, F.; Pineda, E.; Alvarado, E. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la Salud. 2004.
41. Hospital Petrolero de Obrajes. Historia del hospital. 2019.

ANEXOS

ANEXO N°1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	GESTIÓN 2019											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Búsqueda del tema a estudiar												
Organización de la teoría utilizada												
Validación y aplicación de los instrumentos de investigación												
Tabulación y sistematización de información												
Revisiones por la docente												
Análisis de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones												
Pre defensa												
Defensa de la maestría												

ANEXO N°2
CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO

La Paz 2 agosto 2019

A: Dr. Nelson Salas Delgado
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN H.P.O

DE: Lic. Rosa Rivas Sánchez
SUPERVISORA DEL H.P.O



Presente:

REF: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA RECOLECTAR DATOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS HOSPITAL PETROLERO OBRAJES.

Mediante la presente saludo a su distinguida persona, deseándole éxitos en las funciones que desempeña en nuestra prestigiosa institución.

Por intermedio de la misma comunico a Ud. que mi persona esta concluyendo el post grado de MAESTRIA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA EN ENFERMERIA, la modalidad de egreso es realizar una Tesis mediante un trabajo de investigación. Mi persona decidió realizar en nuestra institución un estudio con el tema: **APLICACIÓN DE LA EVARUCI COMO UN INDICADOR DE CALIDAD Y SEGURIDA EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PETROLERO OBRAJES LA PAZ EN EL TERCER SEMESTRE 2019**; por tal razón pido respetuosamente autorización a las instancias correspondientes para la recolección de datos cuyo método a utilizar será mediante un cuestionario y una lista de verificación.

Sin otro particular me despido de usted. Atentamente.


Lic. Rosa Rivas Sánchez
C.I. 3055630

Cc/Arch.

ANEXO N°3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Acepto participar voluntariamente en esta Investigación realizada por la Lic. Rosa Rivas Sánchez cursante del Postgrado de la Facultad Medicina Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) en La Maestría en Medicina Crítica y Terapia Intensiva en Enfermería sobre: **CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN ACTUAL DE LESIONES POR PRESIÓN-EVARUCI EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, GESTIÓN 2019**

Declaro haber sido informado(a) del trabajo de investigación, donde se menciona el propósito del mismo procedimiento a seguir y beneficios que serán obtenido durante la investigación. Estoy informado(a) que toda la información que brinde será estrictamente confidencial.

Al firmar este consentimiento llenare el siguiente cuestionario, que tomará 10 minutos aproximadamente expreso qué mi participación es totalmente voluntaria y que no recibiré ningún beneficio económico para participar. Entiendo que podemos hacer preguntas adicionales sobre la participación en la investigación para esto podemos contactarnos directamente con la Lic. Rosa Rivas Sánchez celular 79678108.

Una vez concluido el estudio la investigadora entregará una copia del Informe final y resultados de la investigación al personal que trabaja en la UTI Comité de Enseñanza e Investigación del Hospital Petrolero Obrajés La Paz.

Al firmar este consentimiento, acepto de manera voluntaria participaren el presente estudio.

Firma del participante

Firma del Investigador/Entrevistador
La Paz agosto 2019

C.I.

ANEXO N°4

No

ENCUESTA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA ESCALA DE VALORACIÓN ACTUAL DEL RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESIÓN, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL PETROLERO OBRAJES LA PAZ, GESTIÓN 2019

INSTRUCTIVO: La presente encuesta es anónima y voluntaria, garantizando la confidencialidad de los datos. Leer atentamente cada pregunta y responder según la vivencia.

I. CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1. **Edad** _____ años cumplidos
2. **Grado académico alcanzado:**
 - Licenciatura en enfermería
 - Especialidad
 - Diplomado
 - Maestría
3. **Tiempo de trabajo en el servicio** _____ años
4. **Recibió capacitación sobre la escala EVARUCI**
 - Sí
 - No

II. CONOCIMIENTO SOBRE LA ESCALA EVARUCI

5. **¿Qué son las lesiones por presión?**
 - Son lesiones que se presentan en la piel lastimada.
 - Son lesiones de etiología única y conocida, influyen múltiples factores de riesgo.
 - Son lesiones que se presentan por falta de movimiento.
6. **¿Cuáles son los factores que predisponen el desarrollo de las lesiones por presión?**
 - Factores intrínsecos y extrínsecos.
 - Factores intrínsecos y extrínsecos, propios de la Unidad.
 - Factores propios del paciente y los factores intervinientes del personal de enfermería.
7. **¿Qué significa EVARUCI?**
 - Escala de valoración actual del riesgo de lesiones por presión Unidad de Cuidado Intensivos.
 - Escala de valoración de úlceras por presión.
 - Escala nueva que ayuda a valorar a pacientes.

8. ¿Qué factores de riesgo analiza la Escala EVARUCI?

- Consciencia, hemodinámica y movilidad.
- Consciencia, respiratoria, movilidad.
- Consciencia, hemodinámica, respiratoria, movilidad, otros.

9. En la escala EVARUCI en su dimensión hemodinámica se clasifica en:

- Considera: Con soporte, sin soporte, con expansores.
- Considera: Sin soporte, con expansión, con perfusión de dopamina y con perfusión de adrenalina.
- Considera: Sin soporte, con perfusión y sin perfusión

10. ¿Cuándo valora la movilidad con la escala EVARUCI, que aspectos se consideran?

- El paciente es: Independiente o dependiente.
- El paciente es: Independiente, dependiente, movimiento restringido.
- El paciente es: Independiente, dependiente pero móvil, escasa movilidad, inmóvil.

11. ¿En la Escala EVARUCI qué aspectos de clasificación GNEAUPP se utilizan?

- Edad, entorno, validación, construcción, puntuación, definición.
- Edad, sexo, movilidad, tiempo de estancia, puntuación.
- Edad, sexo, movilidad, construcción, puntuación.

12. ¿Qué cuidados realiza para prevenir lesiones por presión?

- Higiene e hidratación piel por turno, cambios postural c/2 Hrs, uso de dispositivos y protección de zonas de riesgos, evitar arrastres, nutrición adecuada aporte nutricional
- Sujeción mecánica, piel húmeda, cambio postural cada 3 horas, uso de rodetes
- Piel limpia, nutrición, incontinencia de fluidos corporales, estado emocional

13. Las fuerzas responsables de la aparición lesiones por presión son:

- Rotación, Fricción
- Fuerza externa, desnutrición. Obesidad
- Presión, cizallamiento, compresión y fricción

14. Con qué frecuencia realiza los cambios de sujeción de los dispositivos: sonda nasogástrica, sonda naso yeyunal., tubo endotraqueal, tubo traqueostomía tubos de drenaje de los fluidos corporales

- Cada 6 horas
- Cada 12 horas
- Cada 24 horas
- Según necesidad

15. ¿Usted realiza la valoración de riesgos de lesión por presión mediante que escala que este validada para la UCI?

- DOREM NORTON
- BARBARA BRADEN
- MACLAREN Y EXTAN SMITH
- EVARUCI
- WATERLOW

Gracias por su colaboración...

ANEXO N°5

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

INVESTIGADOR J. C. Rosa Rivas Sánchez

FORMULARIO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1. Claridad en la redacción		2. Es preciso las preguntas		3. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4. Mide lo que pretende		5. Induce a la respuesta		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		✓		
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											





UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POSTGRADO

Facultad de Medicina, Enfermería,
 Nutrición y Tecnología Médica

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		✓	
Los ítems permite el logro del objetivo de la investigación		✓	
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo		✓	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.		✓	
El número de ítems es suficiente para recoger la formación en casode ser negativa su respuesta, sugiérelos ítems a añadir.		✓	
VALIDEZ			
APLICABLE		SI	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIÓ A LAS OBSERVACIONES			
Validada por: Lic. Beatriz J. Cusi Choque	C.I. 2689750 LP	Fecha: 15-09-19	
Firma: 	Celular: 715-79696	Email: beatrizcusi2019@gmail.com	
Sello: Lic. Beatriz Cusi Choque MAT. PROF. C-01-757	Institución donde trabaja C.R.S Hosp. Particular		





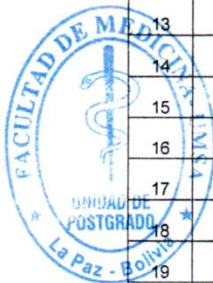
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

Facultad de Medicina, Enfermería,
 Nutrición y Tecnología Médica

INVESTIGADOR... Lic. Rogaz Bivas Sánchez

**FORMULARIO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
 DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1. Claridad en la redacción		2. Es preciso las preguntas		3. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4. Mide lo que pretende		5. Induce a la respuesta		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		✓		
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											



Calle Claudio Sanjinés N° 1738 - Miraflores • Teléfonos: 2612387 - 2228062 - 2227188
 Obrajes c. 5 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fment.umsa.bo> • La Paz - Bolivia



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

Facultad de Medicina, Enfermería,
 Nutrición y Tecnología Médica

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permite el logro del objetivo de la investigación	✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la formación en casode ser negativa su respuesta, sugiérelos ítems a añadir.	✓		
VALIDEZ			
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> NO APLICABLE <input type="checkbox"/>			
APLICABLE ATENDIÓ A LAS OBSERVACIONES			
Validada por: Lic Amalia Roque	C.I. 6965615	Fecha: 15-08-19	
Firma:	Celular: 77596571	Email: ami.roque@equigmail.com	
Sello:	Institución donde trabaja Clinice del sur		



Calle Claudio Sanjinés N° 1738 - Miraflores • Teléfonos: 2612387 - 2228062 - 2227188
 Obrajes c. 5 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fment.umsa.bo> • La Paz - Bolivia



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

Facultad de Medicina, Enfermería,
 Nutrición y Tecnología Médica

INVESTIGADOR Dr. Rosa Rivas Sánchez

**FORMULARIO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
 DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1. Claridad en la redacción		2. Es preciso las preguntas		3. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4. Mide lo que pretende		5. Induce a la respuesta		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9		✓	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		✓		
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											





UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

Facultad de Medicina, Enfermería,
 Nutrición y Tecnología Médica

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
El instrumento tiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permite el logro del objetivo de la investigación	✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la formación en casode ser negativa su respuesta, sugiérellos ítems a añadir.	✓		
VALIDEZ			
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>		NO APLICABLE <input type="checkbox"/>	
APLICABLE ATENDIÓ A LAS OBSERVACIONES			
Validada por:	C.I.	Fecha:	
Lic. EDITH AJATA FORRA	4896885 IP	15-8-19.	
Firma:	Celular:	Email:	
	73510289	liceduhgeta@gmail.	
Sello:	Institución donde trabaja		
	HOSPITAL OBRERO 109		



Calle Claudio Sanjinés N° 1738 - Miraflores • Teléfonos: 2612387 - 2228062 - 2227188
 Obrajes c. 5 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fment.unsa.bo> • La Paz - Bolivia

ANEXO N°6

ESCALA EVARUCI

Escala para pacientes adultos y ancianos
Escala EVARUCI

ESCALA EVARUCI

Nombre original	Año	País	Validada	Fiabilidad
Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar Ulceras por presión en Cuidados Intensivos.	2001	España	No	No

CLASIFICACIÓN GNEAUPP

Edad	Adultos / ancianos	A1
Entorno	Cuidados intensivos	B2
Validación	Validez parcial	C2 b
Construcción	En base a expertos	D2
Puntuación	Directa	E1
Definición	Clara	F1

Consciencia	Hemodinámica	Respiratorio	Movilidad	Otros (suman 1 punto)
1- Consciente	1- Sin soporte	1- Con baja necesidad de O2	1- Independiente	1- Temperatura > 38 °C
2- Colaborador	2- Con expansión	2- Con alta necesidad de O2	2- Dependiente pero movil	1- Sat O2 < 90%
3- Reactivo	3- Con Dopamina o Dobutamina	3- Con soporte respiratorio	3- Escasa movilidad	1- Presión arterial sistólica < 100 mmHg
4- Arreactivo	4- Con Adrenalina o Noradrenalina	4- Con ventilación mecánica invasiva	4- Inmovil	1- Estado de la piel
				1- Paciente en prono
Cada semana de estancia en UCI, se suma 0,5 puntos (hasta un máximo de 2)				

Rango de puntuación: 4 (riesgo mínimo) hasta 23 (riesgo máximo). No hay punto de corte claramente definido, aunque los autores consideran un punto de corte de 10 para el estudio de validez.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS:

Nivel de consciencia:

1- Consciente. Se considera consciente a que paciente que está consciente y orientado. Y se considera que el paciente está consciente cuando:

- Sabe decirnos su nombre y dos apellidos.
- Sabe decirnos su edad (+/- 2 años) o fecha de nacimiento (mes y año).

Se considera orientado a aquel paciente que:

- Sabe que está en un Hospital.
- Sabe el mes en que estamos.

Si no cumple claramente con estos cuatro requisitos no se le podrá considerar consciente. Si el enfermo está intubado y/o no puede hablar o escribir se pasará al siguiente punto.



Escalas para pacientes adultos y ancianos

Escala EVARUCI

2- **Colaborador.** Se considera colaborador aquel paciente que obedece de manera inequívoca por lo menos dos órdenes sencillas del siguiente tipo (abrir y cerrar los ojos; apretar y soltar la mano; movilizar la cabeza o extremidades). Si no estamos seguros que los movimientos del paciente sean una respuesta a nuestra petición (asegurarse de la percepción acústica del paciente), pasaremos al siguiente punto.

3- **Reactivo.** Para calificar de reactivo al paciente su respuesta ante un estímulo doloroso será de: localiza el dolor, retirada al dolor, flexión o extensión. Si la flexión o extensión es muy tenue y dudosa, pasaremos al siguiente punto.

4- **Arreactivo.** Paciente cuya respuesta al dolor es muy dudosa, leve o nula. También incluiremos en este apartado a aquel paciente que realiza movimiento de descerebración o descorticación.

Estado hemodinámico:

1- **Sin soporte.** Paciente que no tiene ninguna droga vasoactiva, ni se la ha expandido con suero ni hematíes (no se incluyen ni plaquetas ni plasma) 6 horas antes de la valoración. Consideramos drogas vasoactivas la dopamina, dobutamina y noradrenalina.

2- **Con expansión.** Paciente que no tiene drogas vasoactivas, pero que ha sido expandido con suero o con hematíes en las 6 horas previas a la valoración.

3- **Con perfusión de dopamina o dobutamina.** Paciente al que, independientemente de los sueros o hematíes que le hayan pasado, presenta una perfusión endovenosa de dopamina o dobutamina, independientemente de la dosis.

4- **Con perfusión de adrenalina o noradrenalina.** Se considera así al paciente que tiene en el momento de la valoración una perfusión de adrenalina o noradrenalina, independientemente de la dosis.

Estado respiratorio:

1- **Con baja necesidad de oxígeno.** Paciente que está en respiración espontánea, extubado, sin traqueostomía y en basal o con gafas nasales.

2- **Con alta necesidad de oxígeno.** Incluiremos en este apartado a aquel paciente que:

- o está extubado, con mascarilla de oxígeno con venturi o con reservorio.
- o Está intubado (oral o nasal) o con traqueostomía a los que tiene aplicado una nariz artificial, un tubo en T o cualquier otro medio de aporte simple de oxígeno.

3- **Con soporte respiratorio.** Es aquel paciente que:

- o está intubado o traqueostomizado y precisa CPAP, presión de soporte o cualquier otro sistema que no supla totalmente el esfuerzo del paciente.
- o No está intubado pero está sometido a cualquier tipo de ventilación no invasiva.

4- **Con ventilación mecánica.** Paciente que precisa ventilación mecánica en cualquier modalidad que supla totalmente la función respiratoria del paciente: CMV, CVRP, CPV, IPPV, A/C...

Movilidad:

1- **Independiente.** Paciente que es capaz e lateralizarse sólo y adoptar la postura que quiera en la cama.

2- **Dependiente pero móvil.** Consideramos así al paciente que:

- o no es capaz de movilizarse sólo pero que tolera los 3 cambios (DS, DLD, DLI) o por lo menos, los dados en el turno anterior.
- o Aunque no se le den cambios, o no se los pueda dar sólo, se la ha levantado al sillón en ese turno o los anteriores.



Escalas para pacientes adultos y ancianos

Escala EVARUCI

3- **Escasa movilidad.** Consideramos así al paciente que:

- o no tolera todos los cambios en el turno anterior, al que no se le pueden dar todos los cambios (por atelectasis, fracturas...)
- o paciente al que se le dan los cambios aunque luego se los quite solo y acabe siempre en supino.

4- **Inmóvil.** Paciente que no tolera ningún cambio o al que no ha dado ningún cambio en el turno anterior.

Otros factores (suman 1 punto cada uno):

- o **Temperatura.** Temperatura axilar mayor o igual a 38 °C
- o **Saturación de oxígeno.** Si el paciente presenta en algún momento durante su valoración una saturación capilar de oxígeno inferior al 90 %.
- o **Presión arterial.** Si el paciente presenta durante la valoración presión arterial sistólica inferior a 100 mmHg, tanto si realizamos una sólo toma mediante presión no invasiva; como si tiene una monitorización continua y baja en cualquier momento de la cifra señalada.
- o **Estado de la piel.** Si presenta claramente algunas de las siguiente alteraciones cutáneas:
 - Edemas generalizados, con signo de fovea en amnos y pies.
 - Cianosis periférica y/o central, evidencia de cianosis en dedos de pies, manos, labios o zonas acras.
 - Piel muy deshidratada o muy delicada.
 - Excesiva humedad o maceración de la piel.
 - Diarrea, deposiciones líquidas o abundantes con más de 500 cc ene el turno anterior.
- o **Paciente en decúbito prono.** Si el paciente en el momento de la exploración está en decubito prono.

Estancia en UCI: Se añade 0,5 puntos por cada semana de estancia completa del paciente en UCI.

Descripción:

- González Ruiz JM; García García P, González Carrero AA, Heredero Blázquez MT, Martín Díaz R, Ortega Castro E, Sánchez Sánchez MM, López Fernández-Peinado MI, García Granell C, González Ortiz B, de Vera Vera R. Presentación de la escala de valoración actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión en cuidados intensivos (E.V.A.R.U.C.I.). Enfermería Científica. 2001. 228-229: 25-31.

Validación:

- González-Ruiz JM, García-Granell C, González-Carrero AA, López Fernández-Peinado MI, Ortega-Castro E, Vera-Vera R, et al. Escala de valoración del riesgo de úlceras por presión en cuidados intensivos (EVARUCI). Metas Enferm. 2004. 7:27-31
- Gonzalez-Ruiz JM., Núñez-Méndez P., Balugo-Huertas S., Navarro de la Peña L., García-Martín MR. Estudio de validez de la Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar Úlceras por presión en Cuidados Intensivos (EVARUCI). Enferm. Intensiva. 2008. 19 (3): 123-131.
- González-Ruiz, J.M; Núñez-Méndez, P; Balugo-Huertas, P; Navarro-de la Peña, L; García-Martina, M.R. Estudio de validez de la Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar Úlceras por presión en Cuidados Intensivos (EVARUCI). Enferm Intensiva. 2008;19(3):123-31



ANEXO N°7
GUIA DE OBSERVACIÓN

**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA
ESCALA DE VALORACIÓN ACTUAL DEL RIESGO DE DESARROLLAR
LESIONES POR PRESIÓN, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL
PETROLERO OBRAJES LA PAZ, GESTIÓN 2019**

Turno.....

APLICACIÓN DE LA ESCALA EVARUCI

N°	Indicadores	Realiza	No Realiza	Valor EVARUCI
1	Consciencia			
	Consciente			
	Colaborador			
	Reactivo			
	Arreactivo			
2	Hemodinámica			
	Sin soporte			
	Con expansión			
	Con Dopamina o dobutamina			
	Con adrenalina o noradrenalina			
3	Respiratoria			
	Valora si está Con baja necesidad de O2			
	Valora si está Con alta necesidad de O2			
	Valora si está Con soporte respiratorio			
	Valora si está Con ventilación mecánica invasiva			
4	Movilidad			
	Valora si el paciente es Independiente			
	Valora si el paciente es Dependiente pero móvil			
	Valora si el paciente es Escasa movilidad			
	Valora si el paciente es Inmóvil			
5	Otros			
	Verifica Temperatura > 38°C			
	Verifica Saturación <90%			
	Verifica presión arterial sistólica < 100Hg			
	Verifica estado de la piel			
	Verifica paciente en prono			

ESCALA DE VALORACIÓN ACTUAL DE RIESGOS DE LESIONES POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES

Tabla N°11 Valoración del paciente con base en la escala EVARUCI para medir el riesgo de lesión por presión en la Unidad de Terapia Intensiva

N°	Indicadores	Ponderación EVARUCI	Paciente											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Consciencia														
1	Consciente	1												
	Colaborador	2												
	Reactivo	3												
	Arreactivo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Hemodinámica														
2	Sin soporte	1												
	Con expansión	2												
	Con Dopamina o dobutamina	3												
	Con adrenalina o noradrenalina	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Respiratoria														
3	Valora si está Con baja necesidad de O2	1												
	Valora si está Con alta necesidad de O2	2												
	Valora si está Con soporte respiratorio	3												
	Valora si está Con ventilación mecánica invasiva	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Movilidad														
4	Valora si el paciente es Independiente	1												
	Valora si el paciente es Dependiente pero móvil	2												
	Valora si el paciente es Escasa movilidad	3												
	Valora si el paciente es Inmóvil	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

5	Otros													
	Verifica Temperatura > 38°c	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Verifica Saturación <90%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Verifica presión arterial sistólica < 100Hg	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Verifica estado de la piel	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Verifica paciente en prono	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Valor EVARUCI		21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	
Tiempo en semanas		1	4	4	2	4	8	2	1	4	4	1	2	
Valor acumulado		21,5	23	23	22	23	25	22	21,5	23	23	21,5	22	

Fuente: Datos recolectados observación en el paciente de la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Petrolero de Obrajés, 2019