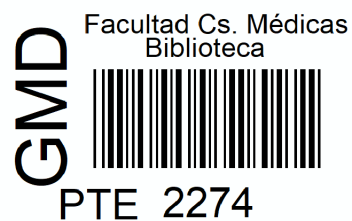


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Nivel de información sobre cuidados de las úlceras por presión relacionado con la edad, nivel de formación, antigüedad en el servicio y la asistencia a cursos de capacitación de los enfermeros de una Unidad de Terapia Intensiva.

Por: Enf. Martínez Corbalán, Tamara Soledad
Directora: Lic. Leonelli, Silvia
Docente Asesor: Lic. Acosta, Simón
Consultor: Sr. Medina, Omar

Rosario, 16 de diciembre 2021

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Agradezco en especial a mi familia por el acompañamiento incondicional, especialmente a mi hijo John, a mis compañeros de trabajo del Hospital que en todo momento sentí sus buenos deseos y a los profesores Simón y Omar que con su apoyo profesional hicieron posible la culminación de este proyecto.

RESUMEN

Las Úlceras por Presión representan un problema grave de Salud Pública generando en el paciente disminución de la calidad de vida, aumento de los costos de salud, pérdida de tiempo en el recurso humano. La mayor incidencia de UPP reside en la Unidad de Terapia Intensiva debido a las características del paciente crítico. Al respecto el conocimiento que presenten las enfermeras en cuanto a cuidados de prevención y tratamiento influyen notablemente en la incidencia de las mismas.

El objetivo del presente trabajo es describir el nivel de información sobre los cuidados de las Úlceras por Presión y la edad, nivel de formación, antigüedad en el servicio y asistencia a cursos de capacitación de los enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital de la ciudad de Firmat durante el mes de mayo del 2022.

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La población estará constituida por 24 enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva. La recolección de datos se realizará mediante un cuestionario denominado Reak-PUKT de estructura dicotómica verdadero/falso. El plan de análisis de los datos obtenidos se llevará a cabo aplicando estadística descriptiva, mediante análisis univariado y bivariado.

Palabras claves: Nivel de información sobre cuidados de Úlceras por presión, Enfermeros, Unidad de Terapia Intensiva.

INDICE

INDICE GENERAL	Pág.
Resumen y palabras claves	3
Índice general	4
Introducción	
Estado actual del conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	13
Hipótesis y objetivos	14
Marco Teórico	15
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	36
Sitio o Contexto de la investigación	36
Población y Muestra	37
Técnicas e instrumento para la recolección de datos	37
Personal a cargo de la recolección de datos	42
Plan de análisis	42
Plan de trabajo y cronograma	45
Anexos	46
I.Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	47
II.Instrumento de recolección de datos	49
III.Resultados del estudio exploratorio	54
IV.Resultados de la prueba piloto del instrumento	55
Bibliografía	57

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) representan un problema grave de salud pública no reconocido como tal, en la mayoría de los países de Latinoamérica. La ausencia de estadística oficial en Argentina respecto al tema no permite precisar una dimensión real de esta patología que genera disminución de la calidad de vida, aumento de los costos de salud y pérdida de tiempo en el recurso humano, además, pone de manifiesto la falencia de los sistemas de salud en cuanto a prevención y educación se refiere. La prevalencia mundial según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), oscila entre 5 y 12%. Argentina carece de estos datos y solo se cuenta con estadísticas y estudios de países como Canadá, Australia, Reino Unido, España y Estados Unidos, quien comunica que las UPP afectan a casi 1.3 millones de adultos. (1)

Las úlceras por presión son acontecimientos de gran importancia y su interés va en ascenso como tema de investigación de enfermería. Significa uno de los problemas que se encuentran con mayor frecuencia en la práctica diaria, cuyo cuidado es considerado como parte de la responsabilidad de la enfermera. Las UPP por lo general son consecuencia de las malas estrategias preventivas.

Los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos tienen mayor predisposición a la ocurrencia de UPP, por ese motivo allí se registran los mayores índices de incidencia y prevalencia. Según datos del 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España éstas alcanzan cifras del 21,05% en las Unidades de cuidados Intensivos de hospitales generales, siendo la prevalencia media en las unidades de hospitalización del 8,91%. El motivo por el cual se explica la mayor incidencia de UPP en las unidades de cuidados intensivos reside en las características del paciente crítico, tanto físicas como psíquicas, como así también en los diversos procedimientos terapéuticos a los cuales está sometido, estos son; sedación, ventilación mecánica, estado nutricional, fármacos vasoactivos o técnicas de depuración renal entre otras. (2)

Las úlceras por presión constituyen un problema frecuente y de inicio silente en el paciente internado. Esto requiere la vigilancia permanente por parte del profesional que enfrenta el desafío de prevenirlas y resolverlas. Dentro de los individuos internados en unidad de cuidados intensivos y con requerimiento de asistencia mecánica respiratoria (AMR), la presencia de UPP fue identificada como un predictor independiente de mortalidad.

El rol del enfermero profesional en cuidados críticos es crucial para la supervivencia del paciente, debiendo conocer las herramientas de abordaje diagnóstico para la prevención de las UPP en la unidad de cuidados críticos y tomar acciones tendientes a la comunicación permanente con los otros miembros del equipo, destinadas a mejorar el estado general del paciente. (3)

El desarrollo del conocimiento en enfermería es un tema complejo de tratar, ya que nuestra profesión trabaja con personas, dirige su atención en el ser humano y al cuidado brindado a éste. Al mismo tiempo el ser humano es dinámico, flexible, está en continua transición, al igual que nuestra disciplina. Esto conlleva a la variabilidad de cuidados que se otorgan y resulta casi imposible crear un conocimiento generalizado de aplicación estándar a las personas que cuidamos. Podemos tener similitudes en ciertos patrones de una teoría o modelo para un contexto determinado, pero lo particular está dado exclusivamente por la persona que lo realiza. Nunca un cuidado va a ser igual a otro, tampoco el mismo saber va a ser aplicado a diferentes personas. El desarrollo del estudio de enfermería no es un camino fácil.

Las teorías de enfermería apoyan y sustentan la práctica, direccionan a realizar las actividades con fundamento, orientándonos para tomar buenas decisiones en situaciones complejas. La falta de conocimientos y la poca utilización de los modelos conceptuales, provocan que la enfermería se siga viendo como dependiente de la labor médica, sin independencia a la hora de tomar decisiones frente al usuario.

El proceso generador de conocimientos es el pensamiento abstracto, por ello facilitan el nacimiento de nuevas teorías y promueven la investigación pudiéndose observar los resultados en la práctica. La presencia de estos factores es fundamental ya que nos ayudan a comprender, organizar y analizar la información del paciente y a tomar decisiones sobre los cuidados de enfermería. Favorece la planificación, ejecución y la evaluación de los resultados. La ciencia de la enfermería posee un alto nivel de complejidad, ya que las respuestas de los individuos son variadas, por ende es necesario brindar intervenciones acordes a cada individuo a través del abordaje holístico teniendo en cuenta la interacción con el paciente. (4)

Diversos estudios científicos evalúan los conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención de UPP, el objetivo de uno de los estudios plantea determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en prevención y tratamiento de las úlceras por presión mediante 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. Como resultado del mismo se obtuvo que el 62,7% fueron mujeres y el 70,4% contaban con formación básica de enfermería. En relación al puntaje obtenido, acorde a las categorías en estudio, evidenció que en lo que respecta al nivel conocimiento sobre generalidades arrojó un 56%, en prevención un 63% y en tratamiento el 62,2%, los cuales fueron considerados insuficientes según los puntajes de corte. Para que el conocimiento fuese considerado suficiente, se necesitaba una obtención del 70% que solamente fue conseguido por un total de 18 enfermeros en la prueba. Por ello concluye que los conocimientos en prevención son mayores que los de tratamiento, se observó que, a mayor grado de estudios del personal, el conocimiento sobre UPP se incrementaba. La falta de conocimientos del personal puede ser un factor determinante que influirá en la aparición de UPP en los pacientes hospitalizados. Considera la importancia de capacitar al personal en el uso de nuevos materiales de curación y sugiere unificar los criterios de atención en el cuidado de enfermería a los pacientes de alto riesgo de UPP mediante un protocolo de manejo intrahospitalario. (5)

En otro artículo publicado en la revista Conamed de México se propone como objetivo conocer el porcentaje de cumplimiento de las evidencias científicas y recomendaciones relacionadas con el cuidado de enfermería en la prevención primaria, tratamiento y seguimiento de las úlceras por presión contenidas en la guía de práctica clínica a través de un estudio descriptivo, no experimental, retrospectivo y transversal. Se utilizaron los registros de enfermería, contenidas en expediente de queja médica; el análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva con el software Microsoft Excel 2010. Surge como resultado que el porcentaje de cumplimiento de evidencias científicas en la fase de prevención fue de un 30% con un incumplimiento del 70%, en la fase de tratamiento de los 6 casos que presentaron úlceras por presión se evidenció un cumplimiento del 23% y un incumplimiento del 77%, en la fase de seguimiento se incumplió al 100%. Es importante mencionar que debido a un bajo cumplimiento de las evidencias científicas y recomendaciones en las tres fases preventiva, de tratamiento y seguimiento, 6 casos reportaron presencia de UPP en diversos grados de estadio posterior a su ingreso hospitalario. Ante ello concluyen que el porcentaje del cumplimiento de las evidencias y recomendaciones fue bajo, lo cual hace referencia al poco interés, conocimiento e implementación por el profesional de

enfermería de las intervenciones a nivel preventivo que resultan ser la herramienta clave en minimizar el riesgo. (6)

En una investigación realizada por Hernández, Méndez et al. exponen como objetivo identificar el nivel de conocimiento, actitud y barreras hacia las medidas de prevención de las UPP en el personal de enfermería que labora en servicios de hospitalización de adultos. Realizan un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en un Hospital de Seguridad Social, en una muestra de 119 enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran con pacientes adultos en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Se aplicaron tres cuestionarios autocumplimentados valoración de conocimientos hacia la prevención de úlceras por presión (APuP) y un apartado de barreras de prevención e intervención. Como resultado se identificó un 53,78% de respuestas correctas, lo que mostró un conocimiento bajo hacia las medidas de prevención. La actitud mostrada fue positiva con una media de 40,1 de 3,5. Las barreras identificadas en prevención fueron falta de personal (81,51%), pacientes que no cooperan (67,22%) y falta de tiempo(64,70%) en intervención falta de ayudantes para la movilización (91,59%), falta de enfermeras (80,67%) y falta de tiempo (72,26%). Arroja como conclusión que las enfermeras y auxiliares de enfermería mostraron un conocimiento bajo hacia las medidas de prevención de las UPP, con una actitud positiva hacia las mismas. El personal de enfermería que labora en UCI y Medicina Interna mostró tener una mejor actitud y las barreras más identificadas corresponden a falta de enfermeras, tiempo y personal que le asista en la movilización. (7)

En un artículo publicado en la Revista Científica Biomédica del ITSUP se plantea como objetivo general conocer los factores y la incidencia de UPP en los pacientes de la unidad de cuidados críticos. Mediante una encuesta realizada a 41 profesionales de enfermería tanto hombres como mujeres de la unidad de cuidados intensivos se pudo observar que los factores de incidencia son de ambiente patológico, a la vez se relacionan con el tiempo de estadía hospitalaria y el uso de equipos biomédicos. Las lesiones se pueden evitar realizando cuidados favorables y cumpliendo con el protocolo de accionar en los cuidados de enfermería. La importancia de este estudio es conocer, prevenir y minimizar el riesgo de lesiones. El diseño metodológico de este estudio fue descriptivo, observacional. La población objeto de estudio fueron 41 profesionales de enfermería que laboran en la UCI del Hospital de Especialidades Porto Viejo (Ecuador). De acuerdo a los resultados se puede concluir y evidenciar que los factores asociados al desarrollo de UPP pueden aparecer en cualquier paciente ingresado en una unidad

de cuidados intensivos, no existe una predisposición a que una UPP aparezca en una etnia o sexo predeterminado, pero si puede haber predisposición de que aparezca de acuerdo a los días de estancia hospitalaria. (8)

Los autores Valles, Monsivais et. al realizaron un estudio en el cual tuvo como objetivo determinar el cuidado de enfermería perdido percibido por el mismo y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o presencia de úlceras por presión. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. La población de estudio correspondió al personal de enfermería que proporciona atención directa y pacientes adultos con riesgo medio o alto a desarrollar UPP o con presencia de UPP hospitalizados en los diferentes servicios de una institución pública de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Participaron 161 enfermeras y 483 pacientes. Para medir los cuidados de enfermería perdidos se utilizó la encuesta MISSCARE (cuidado de enfermería perdido) para el personal de enfermería, la cual está compuesta por 54 reactivos divididos en 3 secciones. La primera sección constituida por datos demográficos y laborales del personal de enfermería con un total de 13 reactivos, la segunda sección está conformada por los elementos del cuidado de enfermería que se proporciona al paciente, cuenta con un total de 29 reactivos, de los cuales se utilizaron 13, la tercera sección incluye los factores por los que se omiten los cuidados de enfermería, con un total de 17 reactivos divididos en tres clasificaciones, recursos humanos, materiales y de comunicación. Se obtuvo como resultado de acuerdo a las características del personal de enfermería predominó el sexo femenino con un 64,6%, la edad predominante se ubicó entre los 26 a 30 años, en cuanto a nivel de formación el 41,6% refiere ser Licenciado en Enfermería, seguido de Técnicos en Enfermería con 35,4%. En cuanto a la antigüedad en la institución, en el servicio y experiencia laboral la mayor proporción se ubicó de 1 a 5 años.

Los cuidados que de acuerdo a la percepción del personal de enfermería predominaron como otorgados fueron el baño del paciente (75,2%), ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor de cinco minutos de solicitud (73,9%) y realizar evaluaciones de los pacientes por turno (73,3%). La mayor proporción de cuidado perdido se encontró en el cuidado de la piel/cuidado de heridas (38,5%), seguido de registrar los factores que predisponen a la aparición de UPP (33,5%) y en el cambio de posición al paciente cada día horas o por razón necesaria y en el plan de alta del paciente y educación (ambos con 31,1%).

Respecto a las características de los pacientes participantes, la media de edad se ubicó en 38 años con un valor mínimo de 21 y un máximo de 81. Promedio de los días de estancia fueron de 6,95 con un mínimo de 1 día y un máximo de 21, predominó el sexo masculino con un 62,5%, predominaron los pacientes hospitalizados en medicina interna con 23%. El 51,6% presentó riesgo medio para desarrollar UPP. Como conclusión los hallazgos del estudio permitieron identificar que existen cuidados de enfermería que se omiten de acuerdo a las necesidades de los pacientes durante su estancia hospitalaria y esto genera resultados negativos como es el desarrollo de UPP. Entre los factores asociados con el cuidado perdido el personal de enfermería ubicó en primer orden los relacionados con el recurso humano seguido de los recursos materiales y los de comunicación. Esto es relevante considerar por los administradores de enfermería, quienes requieren implementar medidas de gestión que permitan fortalecer los recursos humanos al interior de las organizaciones con la cantidad y competencias específicas para otorgar un cuidado continuo acorde a las necesidades de los pacientes y evitar el cuidado perdido y su impacto en los resultados de la atención. (9)

En otro artículo científico los autores plantean como objetivo describir el riesgo de aparición de las úlceras por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos con relación al tiempo de medición y estadio. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y longitudinal en un Hospital de segundo nivel de la ciudad de Mérida, Yucatán en el período de agosto a octubre 2013. La población estuvo conformada por 51 pacientes que fueron atendidos e ingresados en la unidad de cuidados intensivos adultos. La muestra se conformó por 31 pacientes críticos durante el tiempo que duró el estudio (3 meses). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron pacientes con integridad cutánea sin alteraciones, bajo tratamiento con sedación, ventilación mecánica e inmovilidad prolongada por siete días o más. La recolección de la información se realizó a través de la escala de Braden, constó de 3 apartados, en la primera parte se exploran datos sociodemográficos, edad, sexo y preguntas relacionadas con el diagnóstico médico, tratamiento, días de estancia, número de valoraciones y servicio de procedencia. La segunda parte incluyó la evaluación de los seis criterios de la escala de Braden con puntuaciones de 1-4: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y roce y peligro de lesión. El último apartado, de diseño propio, consistió en aplicar una lista de cotejo conformada por los estadios de las úlceras, para reportar los signos observados

en el paciente en cada una de las mediciones. La aplicación del instrumento se realizó en 4 mediciones, la primera al ingreso, la segunda a las 24hs, tercera a las 72 hs y la última al 7 día de estancia hospitalaria. En cada medición se determinó el nivel de riesgo y se valoró minuciosamente la integridad de la piel del paciente crítico, con énfasis en las zonas de mayor presión con la finalidad de identificar alguna úlcera. Los resultados obtenidos fueron en relación a la muestra que el 61,3% fue de sexo masculino y el 38,7% femenino. La edad media de los pacientes fue 42,8 años. Las UPP predominaron entre las edades de 51-60 años, los estadios identificados fueron I (9,7) y II (6,5%). Sin embargo el grado de mayor lesión (estadio II con 9,7%) estuvo en los pacientes de 41-50 años. No hubo diferencia entre los estadios de UPP y el total (22,6%) de personas lesionadas.

Con relación a la valoración del riesgo, el 100% fue calificado como de alto riesgo al ingreso y a las 24 hs de estancia hospitalaria, en la revaloración realizada a las 72 hs, las modificaciones en las puntuaciones -fueron mínimas en todos los criterios de la escala, en la última valoración (séptimo día) se observó mejoría en el estado de salud del paciente crítico ya que sólo el 29% permaneció en alto riesgo, el 51,6% fue de riesgo medio y el 19,4% de riesgo bajo. Todos los pacientes son considerados de alto riesgo al ingreso, durante las primeras 24 hs el 12,9% presentó lesiones en la piel. A las 72 hs de los 22 pacientes que continuó con riesgo alto, 10 desarrollaron úlceras nuevas, con relación a los 9 que obtuvieron riesgo medio, sólo uno presento nuevas UPP. El riesgo identificado al séptimo día fue el siguiente: de los 9 pacientes que obtuvieron alto riesgo, 6 presentaron úlceras, en los 16 que resultaron calificados con riesgo medio, 7 las desarrollaron y entre los que 6 se mantuvieron en riesgo bajo, sólo uno presentó deterioro de la piel. El total de pacientes que desarrollo UPP fue el 45,2%. Al explorar la distribución de los sitios anatómicos frecuentes para la presencia/aparición de UPP en relación con el género de los pacientes hospitalizados en (UCIA), se observaron 14 UPP en las cuales la zona de aparición más afectada fue la sacra predominantemente en el género femenino, seguida por la glútea y los talones. (10)

En un artículo científico realizado en Barcelona la autora propone como objetivo A identificar los conocimientos pre- y posintervención formativa sobre la prevención y tratamiento de las UPP de las enfermeras del ámbito cuidados intensivos y objetivo B analizar el impacto de una intervención formativa sobre la concordancia entre los registros de úlceras y la información aportada por la enfermera referente del paciente.

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, analítico y transversal pre- y posintervención en la UCI del Hospital del Mar entre enero y julio de 2017. Para la recolección de datos sobre conocimientos se utilizó el cuestionario Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de las úlceras por presión en Unidades Críticas, que reúne las mismas recomendaciones que el protocolo de la institución. El cuestionario consta de datos sociodemográficos, 11 preguntas sobre intervenciones preventivas y 11 preguntas de tratamiento de UPP. Cada ítem cuenta con 5 posibles respuestas con una sola válida. Cada respuesta correcta tiene el mismo peso y se hace un cálculo global siendo la puntuación máxima de 1. Para el objetivo A la muestra fue el total de la población que realizaron la encuesta pre- y posformación y la acción formativa, de tal modo que se pudieran analizar datos de conocimientos tanto de prevención como de tratamiento de UPP, una vez realizada la intervención. El período de tiempo para esta primera instancia fue de 15 días.

La intervención consistió en 6 sesiones presenciales y expositivas de 2 horas de duración y constaron de tres partes relacionadas a los aspectos teóricos y prácticos sobre prevención y tratamiento de las UPP. Una semana después de realizar la intervención se volvió a solicitar a las enfermeras participantes que cumplimentaran de nuevo el cuestionario de conocimientos (el mismo que antes de la formación) y así verificar la mejora o no de los conocimientos.

Para finalizar se obtuvieron los siguientes resultados, la participación fue del 46,2%, dado que fue voluntario. Se realizó formación a 30 (46,2%) profesionales y se obtuvieron 30 cuestionarios válidos antes de la intervención y otros 30 después de la intervención. La mayoría de los profesionales fueron mujeres (87%) mayores de 35 años (60%). El 44% fueron enfermeras con larga experiencia profesional de más de 15 años de carrera y práctica en la UCI (el 36% lleva más de 15 años en el servicio). El 80% de los profesionales consideran que la formación recibida sobre prevención y tratamiento en UPP ha sido principalmente en la diplomatura o grado de enfermería y el 40% refiere haber recibido formación específica a través de la formación continua. Con respecto al objetivo A considerando todas las preguntas como una nota global de cada uno de los participantes, se obtiene que en el cuestionario PRE se alcanzaron valores medios de 0,54, mientras que en el POST esta media fue de 0,73. La diferencia entre las notas globales pre- y post- del cuestionario resultaron estadísticamente significativas. Con referencia al objetivo B, en los registros de las UPP se observa que los días preformación el 27% de los pacientes ingresados presentaban úlceras, y de

estas el 25% no aparecían registradas informáticamente. En los días posformación aparecía un 9% de pacientes con UPP y todas ellas estaban registradas informáticamente. Para finalizar se puede concluir que las acciones formativas mejoran el conocimiento en prevención y tratamiento de las UPP de las enfermeras, los departamentos de formación continua deberían planificar y evaluar regularmente los conocimientos para ofrecer recursos según las necesidades. La formación y el aumento de conocimientos se ven reflejados en el aumento de registros y en logros clínicos gracias a la práctica basada en la evidencia. (11)

El propósito del presente estudio es conocer el nivel de información que tienen los enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva sobre los cuidados de las UPP, después de la realización del mismo y haber obtenido los resultados correspondientes se darán a conocer a los directivos del Hospital y a la jefa de enfermería para poder planificar programas de educación brindando información sobre el tema, por último se crearán protocolos de actuación, adaptados al servicio, para lograr cuidados de enfermería de calidad.

Ante esto se plantea el siguiente **problema de investigación**: ¿Qué relación existe entre el nivel de información sobre los cuidados de UPP y la edad, antigüedad en el servicio, nivel de formación y asistencia a cursos de capacitación de los enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital público de la ciudad de Firmat durante el mes de mayo del 2022?

Se plantean las siguientes **hipótesis**:

Los enfermeros con mayor nivel de formación y que asisten a cursos de capacitación presentan mayor nivel de información sobre cuidados de UPP.

Los enfermeros con mayor antigüedad en el servicio y edad poseen mayor nivel de información sobre cuidados de UPP.

El **objetivo general** de este estudio es describir el nivel de información sobre los cuidados de las úlceras por presión y la edad, antigüedad en el servicio, nivel de formación y asistencia a cursos de capacitación de los enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital público de la ciudad de Firmat durante el mes de mayo del 2022.

Objetivos específicos:

-Identificar la edad, antigüedad en el servicio, nivel de formación y asistencia a cursos de capacitación del personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva.

-Identificar el nivel de información sobre prevención de UPP que posee el personal de enfermería relacionado con la edad y el nivel de formación.

-Identificar el nivel de información sobre prevención de UPP que posee el personal de enfermería relacionado con la antigüedad en el servicio y la asistencia a cursos de capacitación.

-Determinar el nivel de información sobre tratamiento de UPP que posee el personal de enfermería relacionado con la edad y el nivel de formación.

-Determinar el nivel de información sobre tratamiento de UPP que posee el personal de enfermería relacionado con la antigüedad en el servicio y la asistencia a cursos de capacitación.

-Identificar el nivel de información sobre generalidades de UPP que posee el personal de enfermería relacionado con la edad y el nivel de formación.

-Identificar el nivel de información sobre generalidades de UPP que posee el personal de enfermería relacionado con la antigüedad en el servicio y la asistencia a cursos de capacitación.

MARCO TEÓRICO

Para comenzar se debe definir el término Información desde diferentes enfoques y especialistas

“desde su perspectiva cognitiva, al parecer está en la mente de las personas en forma de configuraciones de las cosas y, por otro lado, existen quienes ven la información como proceso social, al emplearse de modo consciente y planificado para informar o informarse, a partir de diferentes fuentes de información las cuales, a su vez, utilizan datos, y la experiencia obtenida mediante la observación directa del entorno”.

(12p203)

La información es el significado que cada individuo le da a determinado elemento. Los datos se asimilan a través de los sentidos, los cuales lo integran y transforman la información necesaria para el conocimiento quien posibilita tomar decisiones para llevar a cabo las tareas cotidianas. Esta presenta dos características una subjetiva que se genera en la psiquis de los sujetos y otra objetiva, cuando es transmitida en un proceso de comunicación. Entre ambas cualidades existe una interacción dialéctica.

La correlación inseparable entre la información, el conocimiento, el pensamiento y el lenguaje se traduce a partir de entender que la información es la manera de liberar el conocimiento que produce el pensamiento humano. Dicha liberación se realiza a través del lenguaje oral, escrito, gesticular. Por lo dicho anteriormente puede decirse que la información atraviesa por dos estados, en primera instancia cuando el intelecto asimila, procesa e interpreta, la transforma en conocimiento, y el segundo estado, se da cuando se asienta en forma documental que procede como fuente de información a través del lenguaje. La misma condiciona la creación de la nueva sabiduría teniendo en cuenta lo positivo de las diferentes fuentes de creación de conocimiento. La información puede comprenderse como el significado que se le otorga a los datos como efecto de un suceso consciente de adaptación de tres elementos, los datos del entorno, los objetivos y el contexto de aplicación, como también el intelecto del individuo. (12)

Por lo tanto, el conocimiento puede verse como una característica activa y reciproca de la realidad, el cual posee antecedentes históricos y sociales. A pesar de presentar ciertas diferencias, la información y el conocimiento conforman un binomio muy estrecho, donde el acceso a la primera es fundamental para el segundo y ambos

se relacionan de manera estratégica para toda actividad humana, individual, organizacional, social u otra.

La mente de cada individuo es inquieta, codiciosa y precursora, características necesarias para construir el conocimiento e internalizarlo, a raíz del mismo surge el nuevo aprendizaje y la construcción del saber. Cada tipo de información tiene un procedimiento humano diferente por ende se obtienen conocimientos de distinta calidad. El mismo debe constituirse sobre el conocimiento que se dispone y la información se debe adquirir de acuerdo al saber que se desea lograr. Esto se relaciona con el nivel de información que posee cada individuo, como procesa la información recibida y la utilización que le da a la misma de diferentes maneras se puede crear, aumentar, reproducir, generando aún más conocimiento. (13)

Con respecto a la teoría elegida como sustento de este proyecto se definirá la teoría del Pensamiento Crítico, haciendo una definición etimológica la refiere como la facultad o capacidad de pensar. Primero se debe hacer una diferenciación entre estos conceptos, habilidades de pensamiento y la competencia de Pensamiento Crítico (PC).

El pensar se reduce a operaciones mentales de más o menos complejidad, siendo una práctica que exige esfuerzo e intencionalidad. El pensamiento implica el funcionamiento en su totalidad del sistema cognitivo, con participación de los sistemas de memoria y los procesos de comprensión. Se trata de un desarrollo mental de alto nivel que incluye elementos funcionales adicionales como estrategias, reglas y heurísticos.

Se define al Pensamiento Crítico como:

“un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades, que incluyen actitud de indagación que implica capacidad de reconocer la existencia de problemas, el discernimiento en crear inferencias válidas, las abstracciones y generalizaciones y las habilidades en la aplicación de las anteriores actitudes y conocimientos” (14p24).

En la actualidad el pensamiento crítico se considera una competencia clave, con un marcado carácter de habilidad interpersonal. Esta competencia se relaciona con habilidades, actitudes y conocimientos. El PC en enfermería se asemeja a la reflexión, solución de problemas, la toma de decisiones, el juicio clínico y el razonamiento práctico. Esto conlleva a poner en práctica las capacidades cognitivas y utilizarlas de manera adecuada y competente. Los conocimientos relacionados con el PC son de acción y comprensión vinculados al entorno enfermero, sobre estos actúan las

habilidades y las disposiciones, y entre los tres elementos, cuando se consigue dar con el resultado deseado en un contexto de práctica profesional enfermera. Lo más importante no es el conocimiento que adquirimos sino la idoneidad para utilizarlo, el PC es un proceso.

A modo de resumen la aplicación del PC junto a sus componentes, permiten pensar de forma estratégica, examinar toda la información relevante atendiendo al contexto específico, detectar los problemas y buscar las soluciones más convenientes a partir de los resultados esperados.

Continuando con lo dicho anteriormente en el contexto enfermero el PC surge a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), la solución del problema y el método científico. Durante el PAE el razonamiento diagnóstico es dificultoso por dos motivos uno la complejidad intrínseca en las respuestas humanas y dos el desarrollo inferencial elaborado por la enfermera. Es por esto que a lo largo del proceso enfermero es donde el profesional muestra su idoneidad de análisis, de producir, de solucionar problemas y de tomar decisiones, estas capacidades van acompañadas de una postura abierta, dócil, observadora, íntegra, innovadora, aplicada y reflexiva, estando todas estas características ligadas al Pensamiento Crítico. (14)

En cuanto a la aparición de una Úlcera por Presión (UPP) es un hecho que está ligado a la seguridad clínica del paciente y los datos epidemiológicos disponibles indican que estas lesiones son un problema importante en las Unidades Críticas. Esto conlleva a realizar una prevención eficaz en beneficio del paciente, disminución de costos y reducción de carga de trabajo del personal de salud.

Los profesionales deben adquirir el compromiso de una actualización permanente de información que permita afrontar el reto de diferenciar aquellos conocimientos que deben ser incorporados a la práctica clínica.

Para acrecentar la calidad de los cuidados de enfermería que brindamos y disminuir las tasas de prevalencia, es imperioso disponer e implementar la práctica clínica basada en la evidencia, la cual está integrada por cuatro elementos la investigación, la experiencia del clínico, las preferencias-valores de los pacientes y los recursos disponibles, con el objetivo de lograr una asistencia y una práctica de calidad. Varias son las recomendaciones y guías de práctica clínica confeccionadas para una correcta prevención y tratamiento de las UPP. Pero para poder impartir cuidados de calidad a los pacientes se deben tener conocimiento de estas recomendaciones. (15)

Antes de introducirnos en el tema de las Úlceras por presión, se debe definir la estructura de la piel y sus funciones. La piel es el órgano más grande del cuerpo, algunas de sus características más importantes son, protección del cuerpo frente a los traumatismos, regulación de la temperatura corporal, mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico, sensación de estímulos dolorosos y agradables, interviene en la síntesis de vitamina D. Esta conserva las sustancias químicas y los nutrientes del cuerpo a la vez que evita la penetración de sustancias peligrosas en el organismo y actúa como escudo que lo protege de los rayos ultravioletas emitidos por el sol. Cualquier alteración en el funcionamiento o en el aspecto de la piel puede tener consecuencias importantes en la salud física y mental.

Consta de tres capas, epidermis, dermis y capa de grasa (capa subcutánea). Cada una cumple una tarea específica. Debajo de la piel hay nervios, terminaciones nerviosas, glándulas, folículos pilosos y vasos sanguíneos. La epidermis es la capa, relativamente fina y resistente, que constituye la parte externa de la piel donde la mayor parte de las células que la forman son queratinocitos. Estos se originan en las células de la capa más profunda de la epidermis, llamada capa basal. La parte externa de la epidermis, conocida como la capa córnea (estrato córneo), es relativamente impermeable y si no está dañada evita que las bacterias, los virus y otras sustancias extrañas penetren en el organismo. También protege los órganos internos, los músculos, los nervios y los vasos sanguíneos ante cualquier posible traumatismo. Los melanocitos son células que se encuentran repartidas por toda la capa basal de la epidermis y producen un pigmento llamado melanina. La epidermis también contiene las células de Langerhans que forman parte del sistema inmunitario de la piel. La siguiente capa de, la dermis, es delgada y de un tejido fibroso y elástico (compuesto en su mayor parte por colágeno, con un componente pequeño de elastina) que da a la piel su flexibilidad y consistencia. La dermis contiene terminaciones nerviosas, glándulas sudoríparas y sebáceas, folículos pilosos y vasos sanguíneos. Las terminaciones nerviosas son responsables del dolor, el tacto, la presión y la temperatura. Las glándulas sudoríparas producen sudor en respuesta al calor y al estrés. El sudor está compuesto por agua, sal y otras sustancias químicas. Las glándulas sebáceas producen sebo en los folículos pilosos. El sebo es un aceite que mantiene la piel húmeda y suave y actúa como una barrera contra las sustancias extrañas. Los folículos pilosos producen los diferentes tipos de vello corporal el cual tiene una serie de importantes funciones físicas, como regular la temperatura corporal, proteger de

posibles daños y acentuar las sensaciones, además , parte del folículo contiene células madre capaces de renovar la epidermis dañada. Los vasos sanguíneos de la dermis nutren la piel y ayudan a regular la temperatura corporal. El calor provoca la dilatación de los vasos sanguíneos, lo que permite que grandes cantidades de sangre circulen cerca de la superficie de la piel y liberen el calor. El frío causa que los vasos sanguíneos se contraigan y conserven el calor del cuerpo. Debajo de la dermis se encuentra una capa de grasa que ayuda a aislar el cuerpo del calor y del frío, proporciona un relleno protector y sirve para almacenar energía. La grasa se almacena en células vivas, denominadas células grasas, unidas entre sí por un tejido fibroso. (16)

Luego de una pequeña síntesis de la piel y sus funciones vamos a introducirnos en el tema de las Úlceras por Presión (UPP) la cual se define como:

“lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con daño de la integridad cutánea, que se origina por presión prolongada o por presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él o contrapuesto del mismo paciente” (1p26).

La etiopatogenia de las UPP está dada por una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos. Dentro de los factores extrínsecos se encuentran presión, humedad/ sequedad de la piel (xerosis), tracción, fricción. Por otro lado los factores intrínsecos son enfermedades asociadas-inmunidad, edad, estado nutricional, medicación.

La fuerza primaria que conlleva a la ocurrencia de úlceras es la presión directa. Es una fuerza que actúa de manera perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad y que provoca el aplastamiento tisular entre dos planos uno del paciente (plano esquelético y prominencias óseas) y el otro externo (camas, sillas, sondas). Si se ejercen presiones superiores a la presión capilar (12 a 32 mmHg) en un área limitada durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes provocando una degeneración de los tejidos, que en el tiempo produce una necrosis tisular. Es importante destacar el binomio tiempo-intensidad de la fuerza ejercida como dos variables elementales de la génesis de la isquemia (necrosis).

Otro factor extrínseco es la humedad que está relacionada con la incontinencia urinaria, fecal o mixta y/o sudoración profusa que modifican la barrera cutánea y alteran el manto de ácidos grasos protectores de la piel, predisponiendo a la maceración,

condición que permite que sea 5 veces más lábil a ulcerarse. Además de estos cambios también se altera la flora bacteriana. Esto incrementa la colonización de gérmenes sobre la zona afectada y da como resultado un ambiente favorecedor de las UPP. Por otro lado, la sequedad extrema junto con la atrofia, presentes en la mayoría de los sujetos gerontes, llevan a una pérdida de la elasticidad de la piel y ante mínimos cambios de postura o traumatismos se generan fisuras o pequeñas laceraciones que serán el origen de nuevas UPP.

Como tercer condicionante aparece la tracción o cizallamiento cuando el hueso es desplazado en sentido contrario a la piel y el músculo subyacente es traccionado entre la inserción muscular y la piel fija en su posición original. Esto genera la ruptura del tejido blando subyacente y de los vasos (Hematomas). Por último la fricción es la fuerza tangencial que actúa en forma paralela a la piel. Produce despulimiento de la piel con ruptura epidérmica, generalmente por el roce de sábanas o de cualquier superficie áspera, esto genera un trauma que conduce a la inflamación con eritema y ampollas por despegamiento.

En primer lugar como factor intrínseco aparecen todas las patologías que llevan a una pérdida de la sensibilidad y la movilidad como enfermedades neurológicas, estado de coma y cirugías prolongadas entre otras. El estado nutricional, el déficit proteico, calórico, de zinc y vitaminas A y C, se relacionan con el desarrollo de UPP. En estos pacientes hay un ascenso de los requerimientos proteicos y vitamínicos. Por otro lado, la falta de hidratación de la piel favorece la formación de arrugas con generación de fuerzas tangenciales.

Durante la edad avanzada se produce adelgazamiento y aplanamiento de la epidermis. En la dermis hay pérdida del espesor debido a la disminución de colágeno y fibras elásticas. Por ende, se observa disminución de la lubricación y la humedad, por descenso del número de glándulas sebáceas y sudoríparas.

Diferentes medicamentos pueden acrecentar el riesgo de desarrollar UPP. Los esteroides aumentan la fragilidad cutánea y enlentecen el proceso de regeneración tisular. Los simpaticomiméticos y las drogas vasoconstrictoras pueden generar una disminución de la perfusión tisular periférica y del aporte de oxígeno, elemento básico para mantener el trofismo y la vitalidad de la dermis. Los fármacos citotóxicos afectan al sistema inmunitario, fundamental para detectar el daño y activar el proceso reparativo. Por último los sedantes e hipnóticos así como los fármacos para tratamiento de dolor crónico favorecen la inmovilidad. (1)

Las localizaciones más frecuentes de las UPP, depende de la zona de la piel que está expuesta a mayor presión y de la postura que permanezca el paciente. Las localizaciones donde se observaran con mayor frecuencia van a ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo éstas son en decúbito supino tiene más predisposición la región sacra, talones, codos, omóplatos, nuca/occipital, coxis. En decúbito lateral maléolos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas ilíacas, cara interna de las rodillas. En decúbito prono dedo de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, crestas ilíacas. En sedestación, omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos. (17)

Las UPP se clasifican en 5 grados. Esta clasificación no es evolutiva, es decir, que para que un paciente tenga una úlcera grado IV no es necesario que transite las etapas previas. Cuando la necrosis impide la valoración de la profundidad de afectación de los tejidos, se denomina estadio 0 o no clasificable. Luego se clasifican de I a IV según su profundidad. (1)

La categoría I, se determina por eritema no blanqueable. En estos casos la piel se encuentra intacta con eritema en un área localizada, por lo general se observa sobre una prominencia ósea, aunque pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación de los tejidos adyacentes, pudiendo presentar edema o induración. El enrojecimiento no blanqueable puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura, por lo que es necesario valorar los cambios de temperatura, induración y edema de los tejidos. Su color puede diferir de la piel de los alrededores.

La categoría II, se observa una úlcera de espesor parcial, abierta poco profunda con un lecho de la herida normalmente rojo-rosado y sin la presencia de esfacelos. En este rango pueden darse confusiones con otras lesiones como las relacionadas con la humedad o la fricción. La valoración detallada de la lesión permite diferenciarlas, la existencia de signos de maceración orienta hacia lesiones por humedad, mientras que la presencia de ampollas o flictenas orienta hacia lesiones por fricción, aunque también pueden existir lesiones combinadas. Esta categoría no debería usarse para designar a lesiones por adhesivos, excoriaciones o laceraciones cutáneas.

En la categoría III, se presenta pérdida total del grosor de la piel, la grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están

expuestos. Puede presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco), que no oculta la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y/o tunelizaciones. La profundidad de esta úlcera varía según la localización anatómica. En el puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo, que no tienen tejido subcutáneo (adiposo), las úlceras pueden ser poco profundas. Las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de categoría III extremadamente profundas. En cualquier caso el hueso, el músculo o el tendón no son visibles o directamente palpables.

La categoría IV, aparece como pérdida total del espesor de los tejidos con hueso, tendón o músculo expuesto, pueden presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco). Con frecuencia también presentan cavitaciones y/o tunelizaciones. La profundidad de la úlcera también varía según la localización anatómica y el tejido subcutáneo (adiposo) que ésta contenga. Las úlceras de categoría IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación), pudiendo darse con bastante frecuencia una osteomielitis u osteítis. El hueso o músculo expuesto es visible o directamente palpable.

Por último se describen las UPP Inclasificable/ sin clasificar. Estas se muestran con pérdida total del espesor de los tejidos, donde la profundidad real de la úlcera es desconocida por estar completamente cubierta por esfacelos (amarillos, grises, verdes, marrones) y/o escaras (marrón, negra). Hasta que no son retiradas del lecho para dejar expuestas la base de la lesión, no puede determinarse la profundidad real de la herida, generalmente suelen coincidir con categoría III y IV. Por lo general son secundarias a fenómenos mecánicos antiguos, farmacológicos, postquirúrgicos o a implantes aloplásticos y en otros casos se asocian a comorbilidades. (18)

Como cuidado fundamental de las úlceras por presión en primer lugar debemos hablar de prevención para eso es necesaria la utilización de una escala de valoración de riesgo de UPP (EVRUPP), es un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar UPP en un paciente en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgos.

Diferentes asociaciones científicas internacionales coinciden en que la prevención es el método más eficiente para el abordaje inicial de las UPP. Las áreas a tener en cuenta en la aplicación de las medidas de prevención son valoración del riesgo de desarrollo de una UPP, cuidados de la piel, reducción de la presión y

educación. La valoración del riesgo de desarrollar una UPP es el aspecto clave en el proceso de prevención.

Para comenzar, se recomienda realizar una valoración del paciente en el primer contacto que este tenga con el Sistema Sanitario. Se considerará el estado clínico para evaluar el riesgo de padecer UPP según la escala de Braden, y se realizará una reevaluación periódica de las UPP de manera sistemática, para controlar la prevención o la evaluación de las mismas.

Las situaciones especiales que predisponen a riesgo de UPP son lesión medular, cirugía prolongada, duración, superficie de apoyo, tipo de cirugía, medicación vasoconstrictora, sedación, etc. Uso de dispositivos sonda nasogástrica y vesicales, tubuladuras, férulas, yesos, dispositivos venosos y arteriales, sistemas de presión negativa, etc. El dolor es un factor que puede reducir la movilidad en pacientes con enfermedades crónicas aumentando el riesgo de UPP. Además, los analgésicos y los sedantes utilizados para su tratamiento pueden ejercer una función depresiva del sistema nervioso central, reducir el estado de alerta mental, así como la actividad y la movilidad.

Para la población adulta/anciana, se destaca la incorporación en protocolos de actuación de la Escala de Braden. Esta selección se fundamenta en diferentes aspectos que se describen a continuación: es una escala validada a nivel internacional, ha sido ampliamente utilizada en diferentes contextos asistenciales, posee alta especificidad, alta sensibilidad y buen valor predictivo, es una escala con definición operativa clara de los factores, es fácil de aplicar con una capacitación previa adecuada. Dicha escala incluye seis indicadores uno de ellos es la percepción sensorial que es la capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión la cual puede estar completamente limitada, al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente reacciona solo a estímulos dolorosos o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo. Muy limitada, reacciona sólo ante estímulos dolorosos, no puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en la mitad del cuerpo. Ligeramente limitada este reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar al menos en alguna de las extremidades. Sin limitaciones,

responde a órdenes verbales, no presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

El segundo indicador es la exposición a la humedad, el cual está constituido por 4 ítems constantemente húmeda, piel constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o se gira al paciente. A menudo húmeda, piel a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno. Ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama al menos una vez al día. Raramente húmeda, la piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados de rutina.

Con respecto a la actividad, hace referencia al nivel de actividad física. Encamado, paciente constantemente en cama. En silla, paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada, no puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla. Deambula ocasionalmente, con y sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en la silla de ruedas. Deambula frecuentemente, deambula fuera de la habitación al menos 2 veces al día y dentro de la habitación al menos 2 horas durante las horas de paseo.

La movilidad es la capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo. Completamente inmóvil, sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o alguna extremidad. Muy limitada, ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición o las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo. Ligeramente limitada, efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición o las extremidades por sí solo. Sin limitaciones, efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Nutrición, patrón usual de ingesta. Muy pobre, nunca ingiere una comida completa, raramente toma más de un tercio de un alimento. Diariamente ingiere 2 comidas o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe poco líquido. No toma suplementos dietéticos o está en ayuno y/o dieta líquida o sueros más de 5 días. Probablemente inadecuada, raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos. La ingesta proteica incluye solo 3 servicios de carnes o productos lácteos por día. Ocasionalmente, toma un suplemento dietético o recibe menos de la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica. Adecuada, toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas. Ocasionalmente, puede rehusar una

comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición enteral o parenteral, cubriendo la mayoría de las necesidades nutricionales. Excelente. Ingiere la mayor parte de la comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

Fricción y deslizamiento, requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, sillas, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la silla o en la cama.

Luego de asignar un puntaje a cada indicador evaluado, se clasifica a los pacientes en tres grados de riesgo de padecer una UPP se considera paciente de alto riesgo con una puntuación menor o igual a 12 puntos, riesgo moderado 13 a 14 puntos, riesgo bajo 15 a 18 puntos. Sin riesgo mayor a 19 puntos. (1)

Como se mencionó con anterioridad la evaluación debe realizarse en el primer contacto con el sistema asistencial y ante cambios clínicos del paciente. En función del riesgo de valoración se sugieren reevaluaciones más espaciadas en los pacientes de riesgo bajo cada 7 días, en los de riesgo moderado cada 3 días y en los de riesgo alto, diario. La Escala de Braden debe estar presente en la historia clínica actualizada día a día y debe visualizarse en la cabecera de la cama del paciente. El puntaje debe ser incorporado junto al control de signos vitales en la hoja de control de enfermería. (1)

Para continuar se expondrán los cuidados competentes de enfermería empezando por la valoración y cuidados de la piel, inspeccionar la piel en el primer contacto con el paciente, una vez al día como mínimo y después de procedimientos prolongados. Observar la piel debajo y alrededor de los dispositivos diagnósticos y terapéuticos al menos 2 veces al día. Mantener una higiene básica de la piel. Para la higiene diaria lavar la piel con agua y jabón (pH neutro- no irritativos). Secar

cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos. Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO). No realizar masajes en las prominencias óseas. No utilizar soluciones que contengan alcohol, como así alcohol al 70% en lesiones.

Con respecto a los cuidados relacionados con el control de la humedad, se debe hacer una valoración de todos los procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel. Evaluar la posibilidad de utilizar dispositivos de control para cada caso, incontinencia, colectores, sondas vesicales, pañales absorbentes. Drenajes, utilización de dispositivos adecuados y vigilar fugas del mismo. Sudoración profusa, control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario. Exudado de heridas, utilizar apósitos adecuados, en las zonas de piel expuestas a humedad excesiva, se deben utilizar productos de barrera que no contengan alcohol y que protejan frente a exudados y adhesivos (cremas de base de zinc o películas barreras)

La utilización de una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP), depende del riesgo que presente el paciente para desarrollar UPP. Utilizar una SEMP activa como por ejemplo colchón antiescaras (sobre colchón) en el caso de pacientes con un mayor riesgo de desarrollar UPP y donde no sea posible efectuar cambios posturales. En pacientes con riesgo bajo-moderado usar dispositivo viscoelásticos (colchonetas-cojines estáticos de aire). Las superficies especiales no reemplazan a la movilización y rotación.

En cuanto a la movilización y cambios posturales del paciente que permanece en cama es uno de los eslabones más importantes en cadena de prevención de UPP, así mismo irremplazable. Los puntos clave de donde movilizar a los pacientes son hombros, caderas, tobillos. Posturas básicas en cama; supino, decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono, sentado. Realizar rotación en base a la tolerancia del sujeto. Recordar siempre que el material complementario no sustituye a la movilización. En todas las posiciones mencionadas valorar en el paciente crítico la posición de los distintos elementos de control, como de soporte ventilatorio y nutricional, extremar medidas de prevención en pacientes en decúbito prono, solicitando de ser factible dispositivos específicos para prevención de UPP. (19)

Con respecto a los cuidados del paciente crítico la inmovilidad y la prevalencia de UPP son dos condiciones estrechamente ligadas. Por lo general requieren ventilación mecánica, suelen desarrollar debilidad muscular que complica la patología de base y la capacidad de recuperación. La inmovilidad, la respuesta inflamatoria sistémica, el estado nutricional deficiente y la administración de agentes farmacológicos

contribuyen a potenciar la debilidad neuromuscular. La movilización de estos pacientes supone riesgos. Debido a la inserción y reinserción de los catéteres que pueden ser una causa de infección, además de ocasionar tensión y discomfort. Hay que tener en cuenta los equipos de soporte cardíaco y respiratorio, la medicación sedante, los trastornos del sueño y la alteración electrolítica, todo esto dificulta la movilización y los cambios de posición. (1)

Por otra parte el tratamiento de las úlceras por presión consta principalmente de la limpieza de la herida, desbridamiento, prevención y tratamiento de infecciones bacterianas y estimulación de la granulación y la epitelización. La limpieza de las lesiones debe realizarse empleando la mínima fuerza mecánica eficaz. Suele realizarse con suero fisiológico irrigando la herida con a presión. Para que el lavado sea efectivo, la presión ejercida debe ser suficiente para arrastrar los detritus y bacterias, pero sin dañar el tejido sano ni empujar las bacterias hacia el interior de la UPP (limpiando desde el interior hacia la periferia). El método que parece más eficaz es el lavado por gravedad a través de una jeringa de 20 ml con una aguja de 0,9mm y ejerciendo una presión de 1-4 kg/cm². Se desaconseja la limpieza rutinaria de la herida utilizando limpiadores cutáneos o antisépticos locales (povidona iodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito sódico, etc.) ya que son citotóxicos para el nuevo tejido y su absorción sistémica puede causar problemas.

El objetivo del desbridamiento es la eliminación de tejido necrótico para impedir la proliferación bacteriana y favorecer la curación. Existen varios métodos de desbridamiento, cuya elección dependerá de la situación clínica del paciente y de las características del tejido a desbridar. Así el desbridamiento sólo parece necesario para las UPP de grado III Y IV, ya que al contener frecuentemente tejido desvitalizado, requieren su eliminación.

El desbridamiento quirúrgico constituye el método más rápido para eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos profundos o de tejido necrótico húmedo. Este tipo de desbridamiento requiere profundizar hasta que aparezca tejido vital. Si la placa necrótica es muy dura puede asociarse con otros métodos de desbridamiento (autolítico o enzimático) para mejorar sus resultados.

El desbridamiento cortante total o parcial consiste en retirar en forma selectiva tejido necrótico, es el más utilizado en pequeñas escaras y úlceras que no comprometen estructuras vitales. Puede realizarse en varios procedimientos, y puede presentar dolor y sangrado. Se deberá tener en cuenta la analgesia local o sistémica y

control de hemostasia posterior al procedimiento. Se puede combinar con otros métodos como el autolítico o enzimático.

El desbridamiento mecánico es un método eficaz para tratar lesiones grandes y profundas, que suele realizarse con una gasa que actúa como material desbridante primario. La aplicación de la gasa seca absorbe el exudado arrastrando los restos necróticos al retirarla. Habitualmente, se emplea una gasa humedecida en suero fisiológico que se cambia cada 6-8 hs, según la cantidad de drenaje de la herida. El coagulo hidrosoluble que cubre la úlcera se disuelve y es absorbido por la gasa seca y al retirarla elimina el tejido necrótico superficial. Este método no está exento de complicaciones, así la retirada de la gasa seca puede ser dolorosa, dañar tejido sano y dificultar la epitelización. Se catalogan como hábitos de mala praxis.

El desbridamiento enzimático o químico se realiza mediante la aplicación tópica de enzimas (proteolíticos, fibrinolíticos) que inducen la hidrólisis del tejido necrótico superficial y ablandan la escara. No suelen ser muy eficaces para eliminar escaras muy endurecidas o grandes cantidades de material necrosado de capas profundas, además su poder de absorción es más lento que los hidrocoloides, por lo que suelen requerir varias aplicaciones para obtener un desbridamiento eficaz. Se aconseja su utilización tan sólo en úlceras superficiales, que no presenten signos de infección o como preparación al desbridamiento quirúrgico. Las curas deben realizarse al menos cada 24 hs, limpiando la herida previamente con suero fisiológico. Pueden causar irritación de la piel perilesional y no deben utilizarse durante la fase de granulación. Uno de los desbridantes enzimáticos más utilizado es la colagenasa, que promueve y protege la formación de colágeno nuevo.

El desbridamiento osmótico se realiza mediante la aplicación de sustancias hiperosmolares, facilitando el intercambio de fluidos que produce la degradación de tejido necrótico o esfacelo. Se debe curar periódicamente y suelen ser dolorosas. Los debridantes osmóticos conocidos son los siguientes poliacrilatos, son estructuras que en contacto con la humedad en forma progresiva al lecho de la herida, el cual, al saturarse con soluciones hiperosmolares, permite la degradación del tejido desvitalizado y disminuye las infecciones. Soluciones hiperosmolares en estructura amorfa similar a los hidrogeles que actúan sobre tejidos inertes. Dextrinomaltosas soluciones contenidas en la miel natural, se comportan como una solución hiperosmolar por su elevada concentración iónica. Azúcar-pasta de azúcar-miel: soluciones hiperosmolares con capacidad de desbridar tejidos blandos desvitalizados.

El desbridamiento autolítico consiste en la aplicación de un apósito oclusivo que, al crear un ambiente húmedo y anóxico, favorece que las enzimas, macrófagos y neutrófilos presentes en los fluidos de la herida actúen eliminando el material necrótico. Es la forma de desbridamiento menos traumática, más indolora y selectiva, ya que no afecta los tejidos sanos, si bien, su acción es más lenta requiriendo cambiar el apósito cada 5-7 días. Cualquier apósito que pueda producir condiciones de cura húmeda puede inducir desbridamiento autolítico. (17)

El diagnóstico precoz y la intervención efectiva y apropiada disminuyen los costos en salud y la aparición de resistencia antibiótica, producto del uso inadecuado de estos fármacos. La UPP se asocia a una estadía hospitalaria prolongada y a un incremento de la morbimortalidad del 50%.

Aquellos pacientes que presenten alteración del status inmunológico, disminución de la perfusión tisular (diabetes, inmunosupresión, insuficiencia renal, neoplasias, obesidad, desnutrición, enfermedades autoinmunes), uso de corticoides en altas dosis y tiempo prolongado terapia inmunosupresora y factores psicosociales como higiene personal deficiente y baja calidad en la curación de las heridas, tienen mayor riesgo de infección.

Las UPP que presentan mayor riesgo de desarrollar infección son las estadios III y IV, si bien la mayoría de las UPP está colonizada a expensas de una flora polimicrobiana. El binomio herida-infección bacteriana debe ser interpretado correctamente, se sabe que todas las heridas se encuentran contaminadas por bacterias y el interjuego con el huésped y su respuesta inmunitaria, es posible hallar diferentes estadios, tales como contaminación, colonización, colonización crítica e infección.

Se pueden identificar diferentes escenarios infectológicos en la UPP. Uno de ellos es la contaminación que es la presencia transitoria de microorganismos en la superficie de la úlcera que no proliferan. No hay adherencia bacteriana ni replicación, por lo tanto la úlcera puede cicatrizar sin dificultad. La colonización es la multiplicación activa de microorganismos sin evidencia clínica de infección ni alteración de la cicatrización, es decir las bacterias se multiplican y adhieren a la superficie de la úlcera, pero no interfieren con la granulación ni generan daño tisular. La colonización crítica se presenta en aquella situación en la cual una carga bacteriana determinada puede generar problemas en ausencia de indicadores evidentes de inflamación. Este estado de infección oculta o cubierta se corresponde con el término colonización crítica siendo

imprescindible implementar las intervenciones necesarias para prevenir el deterioro y facilitar la curación de la herida.

En la infección localizada las bacterias se replican, los mecanismos de granulación de la úlcera se enlentecen y hay daño tisular local con respuesta inflamatoria. El proceso local puede extenderse en profundidad y superficie con mayor componente de flogosis y compromiso regional (celulitis, abscesos, fascitis, osteomielitis). La infección sistémica o bacteriemia es el pasaje de bacterias al torrente sanguíneo a partir del foco séptico primario. (1)

Se denomina sepsis a la infección acompañada por hipotermia o hipertermia, taquicardia, taquipnea, leucocitosis o leucopenia. Las manifestaciones clínicas que permiten sospechar UPP infectadas son la presencia de inflamación (eritema, edema, tumor, calor) dolor, olor, fondo sanioso, exudado purulento, fiebre y deterioro del estado general. Se requieren dos o más de los signos clínicos mencionados y presencia de microorganismos en el cultivo obtenido por biopsia del tejido, para considerar que una UPP está infectada. Las complicaciones más importantes de la infección local de una UPP consecuencia de la extensión de la infección en superficie y profundidad incluyen celulitis, fascitis, colecciones, osteomielitis, bacteriemia y sepsis. La celulitis es el compromiso de la dermis profunda y el tejido adiposo subcutáneo. Se pueden asociar áreas con ampollas, equimosis, petequias y compromiso linfangítico. Por lo general se acompaña de manifestaciones sistémicas moderadas con presencia de fiebre, hipotensión, taquicardia y leucocitosis. Las bacterias que se aíslan con mayor frecuencia pertenecen al grupo de los estreptococos y en menor proporción, se observa staphylococcus aureus meticilino resistente. La Fascitis necrotizante es la infección subcutánea invasiva que se desarrolla a lo largo de la fascia superficial y compromete los tejidos localizados entre la piel y el músculo. Puede evolucionar en forma lenta o progresar en forma aguda, asociándose a toxicidad sistémica y sepsis. En las UPP la etiología es polimicrobiana pudiendo cultivarse hasta un total de 5 microorganismos en la herida (enterobacterias y anaerobios). Los abscesos son colecciones de pus en dermis y tejidos profundos. Evolucionan con signos de flogosis y áreas fluctuantes a la palpación. La etiología es polimicrobiana a partir de la flora de la piel o de microorganismos provenientes de las mucosas adyacentes. La osteomielitis es la infección del hueso por contigüidad. La incidencia de esta complicación varía de 30-80% en las UPP grado IV. El compromiso óseo no debe confundirse con el proceso inflamatorio a nivel del periostio (periostitis) observado en las UPP infectadas. Se

deberá sospechar osteomielitis en el caso de recurrencia precoz luego de un desbridamiento quirúrgico o una UPP estadio IV como foco no resuelto de osteomielitis que se manifiesta con fístulas y/o abscesos. El diagnóstico de osteomielitis por contigüidad es dificultoso. La toma de muestras múltiples se realiza por punción y/o toilette quirúrgica.

En las bacteriemias o sepsis las UPP infectadas generan el 49% de los focos primarios de bacteriemia, y en el 41% de las bacteriemias los aislamientos son polimicrobianos con predominio de proteus mirabilis, staphylococcus aureus, escherichia coli y anaerobios. En pacientes con fiebre y alta sospecha de infección sistémica se observa el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), que se caracteriza por frecuencia cardíaca >90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria >20 respiraciones por minuto o PCO₂ <32 mmhg, temperatura >38,5° C o <36°C y leucocitos >12000 cel/ml o <4000 cel/ml.

El objetivo del tratamiento es crear una superficie óptima que facilite la cicatrización rápida, con el uso prudente de los antimicrobianos, sin generar microorganismos multi resistentes ni reacciones locales de hipersensibilidad. Reducir la carga microbiana, drenaje y desbridamiento, eliminar tejidos necróticos, drenar abscesos, curación, terapia antimicrobiana, antisépticos locales, antibióticos tópicos y/o sistémicos. El tratamiento de las UPP infectadas es controvertido debido a la falta de calidad de la evidencia. Algunos esquemas terapéuticos según la gravedad del cuadro plantean desde tratamientos tópicos de 2 semanas hasta tratamientos sistémicos de 2 a 4 semanas con antibióticos orales o parenterales. El tratamiento antibiótico se indicará según la característica clínica de la úlcera. Úlceras sin signos de infección activa, se recomienda antibiótico tópico dirigido hacia los microorganismos que a menudo infectan las úlceras, la duración sugerida es de 2 semanas. Los fármacos recomendados son ácidos fusídico y sulfadiazina de plata. Las úlceras con signos de infección activa con celulitis, colecciones supuradas, osteomielitis o infección sistémica luego de los cultivos y eventual necesidad de abordaje quirúrgico, se iniciara tratamiento antimicrobiano sistémico. En esta etapa deberá intensificarse la limpieza y el desbridamiento.

Por otra parte la necesidad de nutrición juega un rol fundamental en el riesgo de sufrir una UPP y en la curación de las mismas. Si las deficiencias nutricionales no se corrigen en forma rápida y adecuada, los pacientes con UPP tienen más probabilidad de retraso en la cicatrización. La malnutrición afecta negativamente en la evolución de

las heridas, prolongando la fase inflamatoria de la cicatrización y disminuyendo la síntesis de colágeno y la proliferación de fibroblastos. En cuanto a esta necesidad es importante la detección temprana a través de una evaluación oportuna que identifique a los pacientes con factores de riesgo para desarrollar UPP por ejemplo edad, movilidad, niveles bajos de albúmina, índice de masa corporal (IMC) e incapacidad para alimentarse por sus propios medios. Para reducir un 25% la incidencia de UPP es necesaria una intervención nutricional oportuna, todo paciente hospitalizado debe recibir una valoración nutricional en las primeras 24 a 48 hs de internación.

Para hacer frente a la malnutrición es importante llevar a cabo el proceso de atención nutricional que comprende las siguientes etapas evaluación nutricional, diagnóstico nutricional, intervención nutricional, monitoreo y evaluación. La evaluación nutricional debe realizarse en todo paciente crítico y tiene como finalidad determinar el estado nutricional al ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Los cambios en el peso corporal, la ingesta previa al ingreso en terapia intensiva, el grado de severidad de la injuria, las comorbilidades y la función del tracto gastrointestinal, son factores que deberían ser evaluados. Las recomendaciones nutricionales están aumentadas en las personas con UPP. Dado que se debe promover el anabolismo es necesario un aporte nutricional adecuado en cuanto a cantidad y calidad nutricional.

La presencia de UPP produce un aumento de las necesidades calórico-proteicas para el recambio de colágeno y para promover el anabolismo. Deben ajustarse las necesidades en base a la edad del individuo, estado clínico y nutricional, el número y tamaño de las heridas y las comorbilidades. En pacientes con UPP graves se deberá tener en cuenta el gasto cardíaco de energía basal y se prestará especial atención al aumento de pérdida de líquidos a través de la herida. En el paciente en estado crítico se deberá evitar la sobrealimentación, ya que puede generar un retraso en la retirada de la ventilación mecánica, hiperglicemia e inmunosupresión.

En cuanto a los tipos de soporte nutricional debe ser el apropiado de acuerdo a la situación clínica del paciente. Alimentación oral adecuada a las necesidades individuales, suplementos orales, nutrición enteral (SNG), nutrición parenteral (NPT). La nutrición enteral en pacientes con UPP, está indicada cuando el tracto gastrointestinal funciona normalmente pero la ingesta dietética es inadecuada. El motivo para instaurarla es cuando la ingesta oral no cubre el 75% de los requerimientos nutricionales. Como primera instancia se elegirá el acceso gástrico por sonda nasogástrica o gastrostomía. La nutrición parenteral debe utilizarse cuando el tracto

digestivo no sea funcionante, cuando no pueda accederse a él o cuando los requerimientos sean mayores a los que se puedan cubrir por vía digestiva. (1)

Por consiguiente se realizará una relación entre los cuidados descritos anteriormente y el modelo de enfermería de Virginia Henderson.

“La cual considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible”. (20p6)

Enfermería brinda cuidados a los sujetos con el fin de satisfacer las necesidades básicas para conservar la salud, rehabilitarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. Para que el paciente logre su independencia, se debe tener presente todos los condicionantes externos que afectan la vida y el desarrollo de la persona.

Con respecto a este modelo se han planteado cuatro conceptos con su paradigma. La salud, condición fundamental para lograr el nivel óptimo de funcionamiento del organismo. Es la habilidad del paciente para satisfacer por sí sólo las 14 necesidades básicas. Salud es igual a independencia. El paciente crítico no está en condiciones de satisfacer sus propias necesidades por ende somos el pilar fundamental para lograr su rehabilitación e independencia. Persona, sujeto que requiere de ayuda para lograr su salud e independencia o una muerte en paz. Debemos tener una mirada holística del sujeto de atención relacionando los cuatro componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Y trabajar en todos los aspectos. El entorno, el sujeto sano es capaz de controlarlo y modificarlo, sin embargo cuando el individuo presenta una enfermedad con requerimiento de internación en cuidados críticos es enfermería responsable de transformar el mismo adecuándolo para minimizar los riesgos, teniendo también presente en este punto la relación con la familia. La enfermera, el paciente en área crítica es totalmente dependiente de la enfermera ya que no puede satisfacer sus necesidades básicas, el profesional va a brindar cuidados hasta que el individuo logre su independencia.

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano posee, estas integran los aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Se detallan a continuación, respirar normalmente, alimentarse e hidratarse, eliminar por todas las

vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas, comunicarse con los demás para expresar emociones y temores, vivir de acuerdo con los propios valores y creencias, ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Para concluir se puede decir que en la relación enfermera/o- paciente esta cumple el rol de sustituto debido a una insuficiencia de la fortaleza física, la cual puede ser de carácter temporal o permanente. (20)

Para finalizar la autora considera importante hacer un breve resumen sobre aspectos éticos y legales ya que durante muchos siglos se ha considerado al paciente como una persona incapaz de decidir de manera razonable, por lo que era el personal sanitario quien decidía lo que era bueno o no, lo que demostraba una total asimetría entre enfermera/o-paciente. A medida que pasaron los años se fueron reconociendo los derechos del paciente, entre ellos la capacidad de decidir de forma autónoma, reflejado en el consentimiento informado. La aceptación de la horizontalidad de la relación clínico-asistencial se ha ido recogiendo en diversas leyes, decretos, planes y carta de los derechos de los pacientes, donde se reconoce la especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentran motivo por el cual deben gozar de derechos específicos.

Dentro de esta evolución de reconocimiento de derechos de los pacientes/usuarios, con respecto a las UPP también se encuentran presentes. La Declaración de Río de Janeiro, texto promulgado en 2011, constituye una reivindicación de la prevención de Úlceras por Presión Como Derecho Universal. (18)

Para concluir los profesionales de enfermería que han elegido esta carrera de forma voluntaria asumen con esta elección un compromiso, no sólo de excelencia profesional llevando adelante una buena praxis (conocimientos y aptitudes), además la ética profesional lo obligará a ir más allá para ser un profesional bueno (actitud). Este deber comprende responsabilidad, ser capaz de dar respuesta ante actos profesionales en base a argumentos que los respalden. Esta responsabilidad es un deber moral para el profesional de la salud. Hay dos principios universales cuya vulneración por parte de los profesionales de la salud no podría ser justificada éticamente, los principios de no maleficencia y de justicia.

Para los profesionales implicados en el cuidado de personas en general y en el de pacientes con lesiones evitables en particular, los registros suponen el justificante de su actuación en la documentación clínica, este documento sirve como prueba de mala praxis o de haber actuado correctamente.(18)

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio será observacional, ya que las variables serán estudiadas tal como se presentan en su contexto natural, sin manipulación por parte del investigador; descriptivo ya que tiene como objeto determinar cómo es la situación de las variables que se están estudiando en una población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, la frecuencia con la que se presentan y en quienes, describe lo que está pasando en un lugar y tiempo determinado, en tal sentido, se determinará el nivel de información sobre los cuidados de las úlceras por presión que poseen los enfermeros relacionado con la edad, nivel de formación, antigüedad en el servicio y asistencia a cursos de capacitación. A su vez, será Transversal dado que las variables se medirán simultáneamente, en un tiempo determinado y en un sólo momento. Prospectivo ya que se recolectarán datos primarios a medida que los hechos vayan ocurriendo.

SITIO Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la selección del sitio de investigación se aplicó una guía de convalidación (Ver anexo I) la cual no se pudo realizar una comparación con otra institución ya que es el único efector de la localidad que cuenta con Unidad de Terapia Intensiva y además es de interés del investigador. Ante ello, se realiza un relevamiento de datos del sitio, y tras los resultados del estudio exploratorio (Ver anexo III) permite seleccionarlo ya que reúne los criterios de elegibilidad, es decir, posee la población de estudio y están presentes las variables que se pretenden medir, además se cuenta con la autorización correspondiente para llevar a cabo el siguiente proyecto.

El sitio seleccionado es un hospital de dependencia provincial de la ciudad de Firmat, ubicado en la zona céntrica y pertenece al segundo nivel de atención. Forma parte de una de las subregiones que conforman el Nodo Venado Tuerto constituida por 13 localidades del sur santafesino. Con respecto al sistema de referencia se articula con el tercer nivel de atención que es el Hospital de la ciudad de Venado Tuerto. Es el único efector público de la localidad.

Es un hospital polivalente, que brinda atención a pacientes pediátricos y adultos. Se atienden diferentes especialidades entre ellas están; obstetricia y ginecología, pediatría, cardiología, traumatología, cirugía, clínica general, psicología,

nutrición, kinesiología, etc. Se realizan estudios tales como laboratorio, radiografías y ecografías

Cuenta con 15 habitaciones en sala general, 2 individuales, 4 compartidas con 2 camas, 1 que tiene 3 camas y 2 salas una de hombre y otra para mujeres con 6 camas cada una. Además la sala de maternidad que tiene 5 camas.

El servicio de Terapia Intensiva está formado por tres salas a raíz de la pandemia covid-19, dos de uso exclusivo para pacientes con SARS-CoV-2 con cinco camas útiles en cada sala, y una polivalente para el resto de las patologías con 5 camas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estará constituida por todos los enfermeros asistenciales de la Unidad de Terapia Intensiva.

La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros asistenciales de la Unidad de Terapia Intensiva que reúnan los siguientes criterios:

Criterios de exclusión:

- Enfermeros con antigüedad en el servicio menor a seis meses.
- Enfermeros que sean partícipes de comités de heridas.

Según los datos aportados tras los resultados del estudio exploratorio el tamaño de la población será aproximadamente de 24 enfermeros, por este motivo no se tomará muestra ya que la población es reducida y factible de ser medida en su totalidad.

En cuanto a la validez externa los resultados podrán ser generalizables solo a la población de estudio. Posee limitaciones para generalizar los hallazgos obtenidos ya que se realizará en un solo sitio, no se realizará muestreo probabilístico y el número de la población es reducido, introduciendo la posibilidad de sesgos en los resultados.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la medición de la variable nivel de información sobre cuidados de úlceras por presión se utilizará la técnica de la encuesta cuyo instrumento será un cuestionario autoadministrado, denominado ReAc-PUKT (Renobato-Acosta Pressure Ulcer Knowledge Test) (5), de estructura dicotómica con opciones de respuesta de verdadero y falso el cual está adaptado a partir de la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión a Nivel Intrahospitalario, el mismo se basa en el realizado por Pieper y Zulkowsky (Ver anexo II). El instrumento está constituido por 37

ítems que evaluarán tres dimensiones, 19 ítems responden a la dimensión prevención, 11 ítems responden a la dimensión tratamiento y 7 ítems responden a la dimensión generalidades.

Para las variables edad, antigüedad en el servicio, asistencia a cursos de capacitación y nivel de formación de los enfermeros se incorporarán al encabezado del instrumento antes mencionado para recolectar estos datos.

El instrumento tiene como ventaja que es práctico y posibilita mayor tiempo de reflexión para las respuestas por parte del encuestado; es de bajo costo en su mayor aplicación y proporciona mayor cobertura de la población; brinda posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados lo que posibilita mayor libertad en las respuestas, además brinda datos objetivos al disminuir el riesgo de distorsiones producidas por el investigador. Es fácil para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos.

Como desventaja podemos nombrar que es poco flexible, la información no puede variar ni profundizarse, además la falta de control sobre la tasa de respuesta, que las personas no comprendan las preguntas y la posibilidad de que el encuestado decida completar al azar.

Operacionalización de las variables

Variable: Edad. Función independiente, tipo cuantitativa, simple. Escala de medición razón.

Indicador: será la edad en años según refiera el enfermero.

Variable: Nivel de formación. Función independiente. Tipo cualitativa, simple. Escala de medición ordinal.

Indicador:

-Licenciados en enfermería

-Enfermeros profesionales

-Auxiliares de enfermería

Variable: Antigüedad en el servicio. Función independiente. Tipo cuantitativa, simple. Escala de medición razón.

Indicador: será la antigüedad en años según refiera el enfermero.

Variable: Asistencia a cursos de capacitación. Función independiente. Tipo cualitativa simple. Escala de medición nominal.

Indicador:

- Asiste a cursos
- No asiste a cursos

Variable: Nivel de información sobre cuidados de las úlceras por presión. Función dependiente. Tipo cualitativa, compleja. Escala de medición ordinal.

Definición conceptual: nivel de información es el nombre por el que se conoce un conjunto organizado de datos procesados que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto, en este caso cuidados sobre úlceras por presión.

Dimensión 1: Generalidades de úlceras por presión.

Definición conceptual: Conocimientos totales relacionados a las úlceras por presión.

Indicadores:

-El estadio I de la úlcera por presión se caracteriza por la presencia de eritema cutáneo que no palidece a la palpación en personas con piel blanca.

-La úlcera por presión en estadio III es definida como pérdida parcial del grosor de la piel, lo cual afecta la dermis y la epidermis.

-Existen escalas validadas para medir el riesgo de úlceras por presión, de las cuales las más recomendadas por su predicción son las escalas Norton y Crishton.

-La úlcera por presión en estadio IV se observa como destrucción extensa, necrosis de tejidos, lesión de músculos, tendones, huesos con o sin pérdida total del grosor de la piel.

-La úlcera por presión en estadio II afecta la totalidad de la dermis y el tejido subcutáneo, lo cual puede afectar más allá de la fascia muscular.

-El talón es una zona de alto riesgo para osteomielitis debido a la cercanía del hueso calcáneo con la piel.

-Las úlceras por presión son heridas estériles.

Dimensión 2: Prevención de úlceras por presión.

Definición conceptual: conocimiento sobre las medidas que se deben aplicar para evitar la aparición de UPP.

Indicadores:

- Los factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión son: inmovilidad, incontinencia urinaria/fecal, déficit nutricional, cizallamiento y estado de conciencia alterado.

-Todos los individuos hospitalizados en riesgo de úlcera por presión deberían tener una inspección sistemática de la piel al menos una vez al día.

-El agua caliente y el jabón pueden secar la piel e incrementar el riesgo de úlceras por presión.

-Es importante masajear las prominencias óseas para prevenir la aparición de úlceras por presión.

-Apósitos transparentes, cremas y apósitos hidrocoloides no protegen contra los efectos de la fricción.

-Una adecuada ingesta de proteínas y calorías debe mantenerse durante la estancia hospitalaria.

-Los pacientes postrados deberían ser reposicionados cada 2 horas o menos, dependiendo de las características físicas de cada una de las úlceras por presión.

-Un horario de cambios de posición debería estar colocado en la cabecera de los pacientes de alto riesgo de sufrir úlceras por presión.

-El uso de superficies como colchones antiescaras o taloneras alivian por sí solos la presión ejercida en prominencias óseas.

-Los cojines en forma de dona ayudan a prevenir la aparición de úlceras por presión.

-Los pacientes que son posicionados en decúbito lateral deben tener un ángulo mayor de 30° de inclinación para equilibrar el peso sobre los trocánteres.

-La cabecera de la cama debería mantenerse en el menor ángulo de elevación posible (preferentemente no mayor a un ángulo de 30°).

-Una medida para disminuir el riesgo de úlceras por presión sería el manejo de la fricción y el cizallamiento con el tendido de cama.

-La epidermis debe mantenerse limpia y seca.

-Un ambiente bajo de humedad puede predisponer a una persona a padecer una úlcera por presión.

-Las prominencias óseas no deberían tener contacto directo unas con otras.

-Una persona que presenta riesgo de úlceras por presión debería ser posicionada en una superficie redistribuidora de presiones (colchón antiescaras).

-El uso de colchones redistribuidores de presión es una herramienta que reemplaza la movilización en los pacientes encamados.

-Un alto puntaje en la escala de Braden o Norton está asociada con un incremento en el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Dimensión 3: Tratamiento de úlceras por presión.

Definición conceptual: Conjunto de medios ya sea quirúrgico, fisiológico y farmacológicos que se aplican para el tratamiento de las UPP.

Indicadores:

-Para limpiar la úlcera se irriga utilizando suero fisiológico al 0,9% con una jeringa de 20 ml y aguja de 0,9 x 25mm que ofrece una presión suficiente para eliminar bacterias, escaras y otros riesgos.

-La presencia de tejido necrótico obstaculiza la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera por presión, lo cual incrementa la probabilidad de infección.

-El tejido esfacelado es amarillento o de apariencia cremosa-necrótica en una UPP.

-La formación de una costra necrótica es buena señal en el proceso de curación de una herida.

-La piel macerada con la humedad se ulcera más fácilmente.

-La limpieza de la herida en la curación de úlceras por presión se hace con jabón, agua oxigenada o yodo povidona para disminuir la carga bacteriana y la posible infección.

-No debe preocupar la presencia de una ampolla o flictena en el talón.

-Los signos de alerta que traducen infección y están relacionados con el empeoramiento de una úlcera son: aumento de exudado, edema en borde de la úlcera, ausencia de tejido de granulación y exudado purulento.

-Todas las úlceras por presión están colonizadas por bacterias, lo que implica una infección bacteriana.

-Existen distintos tipos de desbridación entre los que destacan: quirúrgica, autolítica y enzimática.

Se llevó a cabo una prueba piloto al instrumento (ANEXO IV) en un grupo reducido de enfermeras con características similares a la población de estudio pero que no participarán del mismo, para valorar cómo funciona el instrumento, si los ítems están bien formulados, si son comprensibles, si las instrucciones formuladas para su llenado son suficientes y precisas. Además, se deben tener presente los requisitos básicos del instrumento referidos a la validez, confiabilidad y precisión.

Durante toda la investigación se tendrán en cuenta los **Principios Bioéticos**, fundamentales para la protección de sujetos humanos.

-Principio de beneficencia, se refiere a la máxima sobre todo no dañar. Se respetará este principio para que los sujetos que conforman la población de estudio, no estén expuestos a daños físicos, ni psicológicos. Se evitará infringir daño teniendo en cuenta que los beneficios deberán superar los efectos indeseables. Se deberá asegurar a todos los participantes que se mantendrá la confidencialidad y los datos obtenidos no serán revelados, ni difundidos.

-Principio de respeto a la dignidad humana, los sujetos tendrán derecho a la autodeterminación y a la información completa. Para que las personas puedan decidir si participan o no, se le brindará información suficiente y completa. Por ello, se entregará un Consentimiento Informado (Ver anexo II) cuyo proceso de consentir estará libre de coacción y coerción. En él, se explicará con detalle la naturaleza y el objetivo del estudio, el derecho a negarse a participar o retirarse cuando lo desee sin que ello implique represalia, a no responder preguntas cuando considere que invaden su privacidad.

-Principio de justicia, se respetará el derecho de los sujetos a un trato justo y preservar su intimidad. La selección de los participantes se hará de manera equitativa. Este principio prohíbe poner a un grupo de personas en situación de riesgo para beneficiar únicamente a otro.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La autora del proyecto se encargará de la recolección de datos, ante esto, no se necesitará del adiestramiento de colaboradores. Se realizará los días lunes y viernes durante la mañana y los días martes en el turno tarde durante el mes de mayo del 2022. El tiempo estimado son 30 minutos por día las cuales se pautarán previamente con la coordinadora de UTI. El lugar donde se llevará a cabo será en el SUM del efector ya que está acondicionado para tal fin, es un ambiente tranquilo, sin ruidos y con buena iluminación.

PLAN DE ANALISIS

En primer lugar se agruparán los datos recogidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones, lo que se denomina tabulación. Luego para poder codificarlos se debe traducir cada respuesta a símbolos o valores según la escala de medición de cada una de las variables en estudio. El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico EPI DATA.

Se aplicará estadística descriptiva mediante análisis univariado y bivariado.

Para la variable edad se recolectará el dato de la edad según refiera el encuestado para poder aplicar las pruebas estadísticas de tendencia central que serán modo, mediana y media, para luego cualificarlos en rangos etarios de la siguiente manera de 20-30 años, 31-40 años, 41-50 años, 51-60 años, más de 60 años.

Para la variable antigüedad en el servicio se recolectará el dato según refiera el encuestado y se aplicarán pruebas estadísticas de tendencia central estas son modo, mediana y media para luego cualificarlos en rangos que serán antigüedad menor a 1 año, de 1-5 años, de 6-10 años, de 11-15 años, de 16-20 años, más de 20 años.

Los datos de las variables edad y antigüedad en el servicio serán representados mediante histogramas.

En cuanto a la variable nivel de formación se le asignará un valor a cada indicador donde 3 será el de mayor jerarquía el Licenciado en enfermería, 2 para el Enfermero profesional y 1 el Auxiliar de enfermería.

Para la variable asistencia a cursos de capacitación los indicadores estarán representados por el valor 1 si es SI y el valor 2 a la respuesta NO.

Con respecto a las variables nivel de formación y asistencia a cursos de capacitación se recolectará el dato y se aplicarán las pruebas estadísticas de distribución de frecuencia y porcentaje. Las mismas estarán representadas mediante gráficos de torta.

La variable nivel de información sobre cuidados de úlceras por presión el instrumento consta de 37 ítems dividido en tres dimensiones donde se debe responder con verdadero y falso al cual se le asignará el valor 1 a las respuestas correctas y el 0 si la respuesta es incorrecta. La dimensión 1 nivel de información de los enfermeros sobre generalidades de UPP contiene los ítems número 1 y 6 que son verdaderos y los ítems 2, 3, 4, 5, 7 son falsos. Se construye la siguiente escala, nivel de información bajo si la puntuación está entre 0-2, medio con una puntuación entre 3-4 y alto entre 5-7 puntos. La dimensión 2 nivel de información de los enfermeros sobre prevención de UPP corresponden los ítems número 8, 9, 10, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24 son verdaderos y los falsos son los ítems número 11, 12, 16, 17, 18, 25, 26, se construye la siguiente escala nivel de información bajo si la puntuación está entre 0-6, medio con una puntuación entre 7-12 y alto entre 13-19 puntos. La dimensión 3 nivel de información de los enfermeros sobre tratamiento de UPP los ítems número 27, 28, 29, 31, 35, 37 son verdaderas y los falsos corresponden a los ítems número 30, 32, 33, 34, 36. Se construye la siguiente escala nivel de información bajo con una puntuación entre

0-3, nivel de información medio con una puntuación entre 4-7 y alto con un puntaje de 8-11. La reconstrucción de la variable nivel de información será de la siguiente manera la puntuación máxima lograda será 37 puntos y la mínima 0. Clasificando un alto nivel de información si la puntuación está entre 25-37, nivel de información medio entre 13-24 y bajo de 0-12.

En este caso se realizará distribución de frecuencia, absoluta, relativa y acumulada, además las medidas de tendencia central moda y mediana, el gráfico utilizado será un histograma.

La relación entre los datos obtenidos de la variable dependiente nivel de información sobre las UPP y las independientes que son edad, antigüedad en el servicio, nivel de formación y asistencia a cursos de capacitación se representaran a través de una tabla de doble entrada.

Para el análisis de los datos se solicitará colaboración de un especialista en estadísticas.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Actividades	Mayo				Junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recolección de datos												
Procesamiento y tabulación de datos												
Análisis de los datos												
Elaboración de los resultados												
Conclusiones												
Redacción de informe final												
Difusión de los resultados												

ANEXOS

ANEXO I

Guía de convalidación de sitio

- ¿La institución me autoriza a realizar la investigación?
- ¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- ¿El hospital cuenta con Unidad de Terapia Intensiva?
- ¿El hospital cuenta con comité de investigación y docencia?
- ¿Cuál es la dotación total de enfermería?
- ¿Cuántos enfermeros laboran en Terapia Intensiva?
- ¿Cuántos enfermeros trabajan por turno?
- ¿La jornada laboral en Terapia Intensiva es de 6 horas?
- ¿Qué antigüedad poseen los enfermeros?
- ¿En Terapia Intensiva hay personal que ingresó en los últimos 6 meses?
- ¿La institución brinda capacitación al personal?
- ¿El hospital brinda herramientas para que el personal mantenga una capacitación continua?
- ¿En los últimos 6 meses algún enfermero de Terapia Intensiva realizó capacitación sobre úlceras por presión?
- ¿Alguno de los enfermeros de Terapia Intensiva participa de los Comité de cicatrización de heridas o similar?
- ¿El efector cuenta con protocolos vigentes sobre cuidados de úlceras por presión?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que TAMARA Sdeolad Martínez es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.

Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 10 de noviembre 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. SAMUEL JULIETA
Vice Directora
Samco Firmat

Anexo II

Instrumento para la recolección de datos:

Cuestionario:

Se le agradece la participación en el proyecto de investigación Nivel de información de los enfermeros sobre cuidados de úlceras por presión.

El siguiente cuestionario es anónimo, solo se publicarán los datos que corresponden a edad, antigüedad en el servicio, nivel de formación y asistencia a cursos de capacitación. Además el correspondiente a nivel de información.

Edad: -----

Nivel de formación:

Auxiliar de enfermería. ()

Enfermero Profesional. ()

Licenciado en enfermería ()

Antigüedad en el servicio:-----

Asistencia a cursos de capacitación: SI - NO

El cuestionario se debe completar con una X la respuesta correcta, según corresponda verdadero o falso.

Nivel de información de los enfermeros sobre los cuidados en generalidades de úlceras por presión	V	F
1-El estadio I de la úlcera por presión se caracteriza por la presencia de eritema cutáneo que no palidece a la palpación en personas con piel blanca.		
2-La úlcera por presión en estadio III es definida como pérdida parcial del grosor de la piel. Lo cual afecta la dermis y la epidermis.		
3-Existen escalas validadas para medir el riesgo de úlceras por presión, de las cuales las más recomendadas por su predicción son		

las escalas de Norton y Crishton.		
4-La úlcera por presión en estadio IV se observa como destrucción extensa, necrosis de tejido, lesión de músculos, tendones, hueso con o sin pérdida total del grosor de la piel.		
5-La úlcera por presión en estadio II afecta la totalidad de la dermis y el tejido subcutáneo, lo cual puede afectar más allá de la fascia muscular.		
6-El talón es una zona de alto riesgo para osteomielitis debido a la cercanía del hueso calcáneo con la piel.		
7-Las úlceras por presión son heridas estériles.		
Nivel de información de los enfermeros en los cuidados sobre prevención de úlceras por presión		
8-Los factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión son: inmovilidad, incontinencia urinaria/fecal, déficit nutricional, cizallamiento y estado de conciencia alterado.		
9-Todos los individuos hospitalizados en riesgo de úlcera por presión deberían tener una inspección sistemática de la piel al menos una vez al día.		
10-El agua caliente y el jabón pueden secar la piel e incrementar el riesgo de úlceras por presión.		
11-Es importante masajear las prominencias óseas para prevenir la aparición de úlceras por presión.		
12-Apósitos transparentes, cremas y apósitos hidrocoloides no protegen contra los efectos de la fricción.		
13-Una adecuada ingesta de proteínas y calorías debe mantenerse durante la estancia hospitalaria.		
14-Los pacientes postrados deberían ser reposicionados cada dos horas o menos, dependiendo de las características físicas de cada		

una de las úlceras por presión.		
15-Un horario de cambios de posición debería estar colocado en la cabecera de los pacientes de alto riesgo de sufrir úlceras por presión.		
16-El uso de superficies como colchones antiescaras o taloneras alivian por sí solos la presión ejercida en prominencias óseas.		
17-Los cojines en forma de dona ayudan a prevenir la aparición de úlceras por presión.		
18-Los pacientes que son posicionados en decúbito lateral deben tener un ángulo mayor de 30° de inclinación para equilibrar el peso sobre los trocánteres.		
19-La cabecera de la cama debería mantenerse en el menor ángulo de elevación posible (preferentemente no mayor a un ángulo de 30°)		
20-Una medida para disminuir el riesgo de úlceras por presión sería el manejo de la fricción y el cizallamiento con el tendido de cama.		
21-La epidermis debe mantenerse limpia y seca.		
22-Un ambiente bajo de humedad puede predisponer a una persona a padecer una úlcera por presión.		
23-Las prominencias óseas no deberían tener contacto directo unas con otras.		
24-Una persona que presenta riesgo de úlceras por presión debería ser posicionada en una superficie redistribuidora de presiones. (colchón antiescaras)		
25-El uso de colchones redistribuidores de presión es una herramienta que reemplaza la movilización en los pacientes encamados.		
26-Un alto puntaje en la escala de Braden o Norton está asociado con un incremento en el riesgo de desarrollar úlceras por presión.		
Nivel de información de los enfermeros sobre los cuidados en el		

tratamiento de las úlceras por presión.		
27-Para limpiar la úlcera se irriga utilizando suero fisiológico al 0,9% con una jeringa de 20ml y aguja de 0,9 x 25mm que ofrece una presión suficiente para eliminar bacterias, escaras y otros riesgos.		
28-La presencia de tejido necrótico obstaculiza la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera por presión, lo cual incrementa la probabilidad de infección.		
29-El tejido esfacelado es amarillento o de apariencia cremosa-necrótica en una UPP.		
30-La formación de una costra necrótica es buena señal en el proceso de curación de una herida.		
31-La piel macerada con la humedad se ulcera más fácilmente.		
32-La limpieza de la herida en la curación de úlceras por presión se hace con jabón, agua oxigenada o yodo povidona para disminuir la carga bacteriana y la posible infección.		
33-No debe preocupar la presencia de una ampolla o flictena en el talón.		
34-El apósito de plata es el ideal para el manejo de la curación de las úlceras por presión.		
35-Los signos de alerta que traducen infección y están relacionados con el empeoramiento de una úlcera son: aumento de exudado, edema en borde de la úlcera, ausencia de tejido de granulación y exudado purulento.		
36-Todas las úlceras por presión están colonizadas por bacterias, lo que implica una infección bacteriana.		
37-Existen distintos tipos de desbridación entre los que destacan: quirúrgica, autolítica y enzimática.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....DNI.....

Declaro que he sido informado/a he invitado/a por la Enf. Tamara Martínez estudiante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario a participar en el proyecto de investigación denominado Nivel de información que tienen los enfermeros sobre úlceras por presión. Entiendo que este estudio tiene como objetivo conocer el nivel de información que tienen los enfermeros sobre úlceras por presión relacionado con la edad, nivel de formación, antigüedad en el servicio y asistencia a cursos de capacitación.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, que mi participación es absolutamente voluntaria y soy libre de retractarme en el momento que así lo desee, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Certifico, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad

Firma

Firmat,_____

Anexo III

Resultados exploratorio del estudio

Justificación del sitio.

La institución elegida me otorga la autorización pertinente para realizar la investigación y a publicar los resultados de la misma. Cuenta con la Unidad de Cuidados Críticos desde el año 2006.

El efector no cuenta con un comité de investigación, ni de docencia en enfermería.

Con respecto a la dotación total de enfermería en el hospital es de 64 enfermeros entre auxiliares, profesionales en enfermería y licenciados en enfermería. El total de enfermeros que labora en la Unidad de Cuidados Críticos es de 24. Las jornadas de trabajo son de 6 horas y trabajan 3 enfermeros por turno.

La antigüedad de los enfermeros es variada teniendo en cuenta que hay algunos con 30 años de antigüedad y otros que han ingresado hace 1 año. Sin embargo en los últimos 6 meses no tuvimos personal de nuevo ingreso.

La institución no brinda capacitación al personal actualmente, si se han realizado capacitaciones en años anteriores. Desde el hospital se fomenta la capacitación continua, otorgando los permisos correspondientes al personal que desee realizarlo y en varias oportunidades se han costeado económicamente cursos a pedido del personal.

A partir del comienzo de la pandemia tuvimos que adaptarnos a las nuevas estrategias de aprendizaje y conectividad haciendo cursos de actualización sobre COVID-19 y no se realizaron relacionados al tema de las úlceras por presión.

Hoy en día no tenemos ningún enfermero que sea partícipe del comité de cicatrización de heridas.

Actualmente en nuestro efector no contamos con protocolos vigentes, sería de gran importancia contar con los mismos.

ANEXO IV

Resultados de la prueba piloto

Se realizó una prueba piloto del instrumento a 4 enfermeras que anteriormente desempeñaban sus funciones en la Unidad de Terapia Intensiva del hospital, se les explicó con anticipación el objetivo de la investigación, se hizo entrega del instrumento, sólo le llevo 20' su resolución, no hubo necesidad de explicación con respecto a los ítems la formulación de los mismos fue clara y de fácil interpretación, por lo dicho anteriormente se decide la utilización del instrumento sin necesidad de realizarle modificaciones.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que TAMARA Sdeleal Martínez es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.

Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 10 de noviembre 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. SAMUEL JULIETA
Vice Directora
Samco Firmat

BIBLIOGRAFÍA

1. PriCUPP. Primer consenso de úlceras por presión. Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión. 1st ed. Benaim F, Neira J, editors. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires; 2017.
<http://www.anm.edu.ar/PriCUPP.pdf>
2. Roca-Biosca A. VGea. Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo. Enfermería intensiva. 2012 Diciembre; 23(4): p. 155-163.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239912000648>
3. AIACH Cde. Guía para la prevención y el tratamiento de Lesiones por Presión en pacientes críticos en decubito prono. PANDEMIA COVID-19. Asociación interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Herida. 2020 Julio;; p. 3-15. aiach.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/guiaCovidAIACH-1.pdf
4. Gallardo AI. Evolución del conocimiento en enfermería. Revista Biomédica revisada por pares. 2011 Abril 1; 11(4).
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001?ver=sindisenos?ver=sindisenos>
5. Rodriguez Renobato Rea. Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017 Mayo; 4(25): p. 245-256.<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim174b.pdf>
6. Caro AF. Cumplimiento de evidencias científicas y recomendaciones en el cuidado Intrahospitalario de úlceras por presión. CONAMED. 2016 noviembre 04; 21(3): p. 127-132.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79586>
7. Hernandez R, Mendez Cea. Conocimiento, actitud y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. Ciencia y enfermería. 2017 diciembre; 23(3).
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300047
8. Johana AC. Factores e incidencia de lesiones por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Científica Biomédica del ITSUP. 2020 Diciembre 31; 1(3).
<https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/470>
9. Hernandez Valles JH, Moreno Monsiváis MG, al. e. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016;; p. 2-8.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/BDBxH8NzyFf4J8qtF4WhNG/?format=pdf&lang=es>
- 10 Tzuc Guardia A, Vega Morales L, al e. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en estado crítico. Enfermería universitaria. 2015 Noviembre 18; 4(12): p. 204-211.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000792#!>
- 11 CHércoles López I. Valoración de los conocimientos sobre úlceras por presión en cuidados intensivos. Gerokomos. 2019 Diciembre; 30(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

. [928X2019000400210](#)

- 12 Goñi CI. Algunas reflexiones sobre el concepto de información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. ACIMED. 2000 Enero 27; 8(3): p. 201-207.
<http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v8n3/aci05300.pdf>
- 13 Cabrera Cortés I. El procesamiento humano de la información: en busca de una explicación. ACIMED. 2003 Nov.-Dic.; 11(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000600006
- 14 Roca LJ. X Jornada de trabajo AENTDE. "Pensamiento crítico y taxonomías: conocer, razonar y cuidar". Ponencias y Comunicaciones. 2015 Mayo 9; p. 24-29. <https://docplayer.es/27933427-Ponencias-y-comunicaciones.html>
- 15 Quesada Ramos C. GDR. Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. Enfermería Intensiva. 2008 Enero; 19(1): p. 23-34. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-evaluacion-del-grado-conocimiento-las-S1130239908727408>
- 16 Julia B. Estructura y funcionamiento de la piel. Manual MSD. 2019 abril.
<https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-de-la-piel/biolog%C3%ADa-de-la-piel/estructura-y-funcionamiento-de-la-piel>
- 17 Rodríguez M ARea. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. 2004;; p. 17. <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-ulceras-por-presion.pdf>
- 18 Paniagua Asencio ML. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización. Conocerlas para prevenirlas. 2020 Agosto. <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2020/08/Paniagua-2020.-LRD.-Prevencio%CC%81n-clasificacio%CC%81n-y-categorizacio%CC%81n.pdf>
- 19 Dario B. Cuidados de la piel en el personal de enfermería y en el paciente crítico. Tele-revista. 2020 agosto;; p. 6. <https://plataformavirtualdesalud.ms.sal.gov.ar/course/view.php?id=344§ion=29>
- 20 Hernandez MC. El modelo de Virginia Henderson en la práctica e enfermería. Universidad de Valladolid. 2016;; p. 6-10. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>