

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA DISMINUCIÓN DE
INCIDENCIAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN – ESSALUD. 2015 – 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

FANNY ISABEL MARCELO HURTADO

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES | SECRETARIO |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ | VOCAL |

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 188

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07/03/2018

Resolución Decanato N° 643-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la Situación Problemática	5
1.2 Objetivo	10
1.3 Justificación	10
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes	14
2.2 Marco Conceptual	22
2.3 Definición de Términos	54
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	57
3.1 Recolección de Datos	57
3.2 Experiencia Profesional	57
3.3 Procesos Realizados del Informe	69
IV. RESULTADOS	74
V. CONCLUSIONES	78
VI. RECOMENDACIONES	79
VII. REFERENCIALES	80
ANEXOS	82

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAASS) constituyen un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con la que se producen; estos incidentes producen sufrimiento, discapacidad, pérdidas en cantidades de recursos económicos gastados en hospitalizaciones prolongadas y atención innecesaria así como pérdida de ganancias y de la credibilidad del sistema de salud (1)

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.

Esta patología se presenta con frecuencia en la población de adultos mayores (≥ 60 años según la OMS). La proporción de dicha población viene aumentando considerablemente en los últimos años. Se estima que para el año 2025 existirán más de 100,5 millones adultos mayores (AM) en América latina y Caribe, representando en el Perú el 13,3% de la población

A partir de los 70 y 80 del siglo pasado, las úlceras por presión (UPP) continúan, aunque parezca imposible, un problema de salud con serias consecuencias para los pacientes, que la padecen, las Instituciones de

salud los profesionales de salud que trabajan en ella y para la sociedad en general.

El Enfermero, como responsable del cuidado de los pacientes, hemos asumido el liderazgo dentro del equipo interdisciplinario con claras prioridades hacia la prevención y el tratamiento de las UPP por ello para nosotros es un gran reto y un requisito básico para evaluar su efectividad es disponer de información de la oficina de Epidemiología para que nos permita dimensionar la evolución de dicho problema en el servicio de Emergencia del Hospital Alberto sabogal Sologuren.

La incidencia es sin lugar a duda un indicador que nos describe el número de nuevos casos y poder dimensionar el alcance del problema de las upp y monitorizar su evolución (2)

El presente informe de experiencia profesional titulado:“Intervención de enfermería en la disminución de incidencias de úlceras por presión en el servicio de emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015-2017”,tiene por finalidad describir en el tema de las incidencias de la UPP como indicador de calidad del cuidado de enfermería lo que me motivaron a la realización de esta estudio en la que se describen como se vienen desarrollando el proceso de los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión de tal manera que se contribuye a identificar y a tratar oportunamente los potenciales riesgos asociados a esta afección.

El presente informe consta de VII capítulos, en **El capítulo I:** Planteamiento del problema, descripción de la situación problemática,

objetivos, justificación, **el capítulo II**: Incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III**: Considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV**: Resultados; **capítulo V**: Conclusiones, **capítulo VI**: Las conclusiones y el **capítulo VII**: Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La úlcera por presión **es una complicación en los pacientes hospitalizados** y frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y con estancias largas.

En los servicio de Emergencia **existe una mayor incidencia** debido a una serie de factores que aumentan el riesgo de aparición de las mismas (gravedad del paciente, uso de drogas, deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, inmovilidad, nutrición, condiciones de la piel, enfermedades coadyuvantes) o un cuidado de Enfermería NO seguro, agregando a que su aparición podría ocasionar infecciones asociadas a la atención de salud.

Si bien la ausencia de Úlceras por Presión es considerada un indicador del cuidado de enfermería, en la que estos que los profesionales asumen de manera integral en los pacientes, el abordaje en la prevención y manejo debe ser multidisciplinario. Las Úlceras por Presión (UPP) son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal.

La OMS considera que la presencia de UPP es uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial

hospitalaria de un país. (Chigne 1998); que la incidencia varía entre 20-50%. Sin embargo en la actualidad las UPP a menudo han sido catalogadas como patologías, sin mucha importancia o patología sumergida ya que casi nunca aparecen como diagnóstico en los informes médicos en pacientes dadas de alta solo hay estudios de incidencia y prevalencia en Estados Unidos la incidencia de UPP oscila entre 2.7% y el 29.5%(3).

Es importante destacar que las úlceras por presión ocasionaron 29.000 muertes en todo el mundo en el año 2013. (4)

Cada año, más de 2,5 millones de personas en los Estados Unidos a desarrollar úlceras por presión (5) .En entornos de atención aguda en los Estados Unidos, la incidencia de úlceras por presión es de 0,4% a 38%.; dentro de la atención a largo plazo es del 2,2% al 23,9%, y en la atención domiciliaria, es del 0% al 17%. Del mismo modo, hay una amplia variación en la prevalencia: 10% a 18% en cuidados intensivos, un 2,3% a un 28% en atención a largo plazo, y de 0% a 29% en la atención domiciliaria. Hay una tasa mucho mayor de úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos debido a individuos inmunocomprometidos, con el 8% y el 40% de los que están en la UCI (6) Sin embargo, las incidencias de úlceras por presión depende de la metodología utilizada para recopilar los datos.

Las cifras de prevalencia obtenidas son: en hospitales, en adultos 7,87%; La prevalencia es más alta en unidad de cuidados intensivos (UCI), llegando al 18%.⁽⁷⁾

En el Perú las úlceras por presión son significativo en los hospitales y casas geriátricas, existiendo una prevalencia de 2 a 25% aumentando a 12% en las unidades de rehabilitación. A nivel hospitalario, la realidad no es menos significativa, estimándose una prevalencia de 3 a 11%. Frente a esta situación, se debe considerar que la población peruana está convirtiéndose en una sociedad de ancianos, con las características propias de una cultura generacional y social; estimaciones apuntan que en el año 2025 la población de ancianos alcanzará el 12,6% Lo anterior motiva al personal de salud a mejorar sus atenciones, ya que la mayoría de las enfermedades que aquejan a esta población son postrados que de mediano y largo tiempo requiere la atención del médico en el sector público como el sector privado .las úlceras por presión son un reto para los profesionales de salud, familiares y cuidadores de los adultos mayores .

La presente problemática de este estudio, surge en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del Callao, pudiéndose constatar que las úlceras por presión (UPP) no siempre es una incidencia y que la prevalencia como ya es conocido

es un problema constante en los hospitales y que son una causa importante de morbilidad.

En el entorno hospitalario estas contribuyen a una mayor duración de la estancia y de esta manera se obstaculiza el uso de las camas pudiendo ser utilizadas por la necesidad de otros pacientes.

Las úlceras por presión son definidas universalmente como una lesión causada por trastornos en la irrigación sanguínea y nutrición tisular, producida por la presión prolongada en prominencias óseas o cartilaginosas.

Existen cifras para las úlceras por presión en personas con enfermedades crónicas que acuden a los centros hospitalarios con la presencia de una UPP (prevalencia) que luego es mal tomado como una UPP como parte de una complicación hospitalaria.

Las Upp en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS) ya sea como prevalencia o incidencia-Evento Adverso (EA) está asociada con la incorrecta evaluación del paciente, por la dificultad en el uso de la Escala de Norton, ausencia de procedimientos estandarizados, prolongado tiempo de inmovilización, dudosa higiene al paciente, posicionamiento inadecuado del paciente, incorrecta inmovilización (por cizallamiento o fricción producidos por la inmovilización o por accesorios adicionales mal situados que generan laceraciones o heridas) ,uso de sustancias hidratantes de dudosa procedencia o de

características que no ajustan a los requerimientos así como la inadecuada aplicación durante la higiene del paciente ,realización de masajes sobre los lugares ya lesionados, agregamos además la falla en la valoración , respectiva identificación y señalización de las condiciones del paciente con alto riesgo de UPP.

REPORTES ESTADISTICOS DEL NUMERO DE INCIDENCIAS EN SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DESDE EL AÑO 2015 AL 2017.

- Según los reportes estadísticos del 2015, tenemos registrados 6 meses el número de casos de UPP con un número de 58.3 casos de los cuales no se especifican entre prevalencia e incidencia.
- En el año 2016, tenemos registrados 9 meses, presentándose 46 casos entre incidencia y prevalencia.
- En el año 2017 se registran los 12 meses del año, además de contar con los documentos en la que sustentan el seguimiento de la evolución de las UPP diariamente, tal es así que se obtiene la información mucho más exacta y se diferencia entre incidencia y prevalencia de los cuales resultan 74 casos de incidencias.

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería frente a la incidencia de Úlceras por presión en el paciente adulto hospitalizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren.

1.3 Justificación

Las úlceras por presión (UPP) representan una sustancial problemática frente a la salud a nivel nacional e internacional y sobre todo cobra mayor importancia porque se trata de hechos evitables. El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados que brinda el personal profesional de enfermería en los pacientes adultos que ingresan al servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren con respecto a las medidas preventivas, cuidados de la piel y /o tratamiento relacionado a la prevención, la educación continua brindada al personal Enfermería respecto a este tema durante el periodo 2015 – 2017, con el propósito de desacelerar el impacto de esta casuística.

Nivel Teórico: Para poder enfocar mejor el cuidado de enfermería a los pacientes propensos a presentar UPP y siguiendo con los principios de seguridad es necesario hacer una Planeación del Cuidado por lo que es obligatorio conocer el número de las

evidencias presentadas en el servicio de Emergencia del HNASS las cuales se hallan debidamente documentadas ; lo que en el futuro se convertiría en conocimientos basados en evidencias debidamente estructuradas con procesos , instrumentos y metodologías con el objetivo de minimizar el riesgo de sufrir este tipo de eventos adversos durante el proceso de atención directa de salud.

Nivel Metodológico: El presente informe servirá para la unificación de criterios, normalización y protocolización de las actuaciones aplicando siempre el Método Científico por los profesionales en enfermería en la prevención de las incidencias de las úlceras por presión además permitirnos definir la característica particular de cada población para de esta manera emplear protocolos de acuerdo al riesgo de los pacientes ya que el cuidado se debe individualizar debido a que cada paciente tiene sus propios riesgos, no obstante en la actualidad se cuenta con el conocimiento de medidas generales en temas de prevención, apoyados en escalas de valoración del riesgo.

Nivel Social: Con la exposición de la presente elaboración, se pretende contribuir con todos los profesionales de enfermería y además con los pacientes principalmente; en el caso del personal de enfermería porque motivara a este grupo ocupacional a planear

adecuadamente los cuidados, así como crear estrategias y/o crear planes de mejora que ayuden a suprimir este terrible mal que son las UPP; en el caso del paciente y su entorno familiar; lo que se convertirá en una oportunidad para implementar métodos de empowerment en temas relacionados a la prevención de UPP.

Nivel Práctico: con el presente informe, amplificara los conocimientos de los enfermeros, familia o cuidador sobre los diversos procedimientos de prevención de una UPP, mejorar la destreza para identificar los factores de riesgo: intrínsecos y extrínsecos que puedan relacionarse con el desarrollo de las UPP con lo que oportunamente estos registros puedan ser evaluados e investigados.

Además a partir de la presente se construirá planes de mejora en contribución a: UPP CERO en el servicio de Emergencia del HNASS.

Nivel Económico: Las UPP a pesar de tratarse de un problema de salud importante no se dispone con facilidad de los costos de la atención de las UPP en la están inmersos los gastos directos (insumos de tipo farmacéutico, tiempos de cuidados, incremento de las estancias hospitalarias) y gastos indirectos (relacionados con la calidad de vida y de ayuda para complementar las actividades

diarias inclusive gastos por probables demandas originadas por un no adecuado cuidado). De aquí la r importancia de anular las incidencias de las UPP en el servicio de Emergencia HNASS.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. PANCORBO Pedro / HIDALGO Francisco. “**Epidemiología de las úlceras por presión 4.º Estudio Nacional de Prevalencia**” (España) 2013.

Objetivos: 1-establecer la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en hospitales, centros socio sanitarios (CSS) y atención primaria en España; 2-determinar la frecuencia de UPP nosocomiales (generadas durante la estancia en hospitales o CSS), y 3-describir las características de los pacientes y de las lesiones identificadas.

Materiales y Métodos: encuesta epidemiológica, transversal, mediante cuestionario dirigido a profesionales que trabajen en centros sanitarios y socio sanitario, público o privado, en España. Realizada entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2013. Variables: descripción de los centros, población ingresada o atendida y pacientes con UPP, características demográficas y clínicas de los pacientes. Se calcula prevalencia bruta y prevalencia media para cada uno de los tres niveles asistenciales.

Resultados: se obtuvieron 509 cuestionarios válidos, un 66,7% son de hospitales, un 21,6% de atención primaria y un

16,7% de CSS. Las cifras de prevalencia obtenidas son: en hospitales, en adultos 7,87% (IC 95%: 7,31-8,47%); en unidades pediátricas de hospitales, 3,36% (IC 95%: 1,44-7,61%); en CSS, 13,41% (IC 95%: 12,6-14,2%), y en atención primaria, 0,44% (IC 95%: 0,41-0,47%) entre mayores de 65 años y 8,51% (IC 95%: 7,96-9,1%) entre pacientes en programas de atención domiciliaria. La prevalencia es más alta en unidad de cuidados intensivos (UCI), llegando al 18%. Son UPP nosocomiales un 65,6% del total y solo un 29,4% se han producido en los domicilios. El mayor porcentaje de las lesiones es de categoría 2, con un tiempo de evolución de 30 días (mediana) y un área de 6 cm² (mediana).

Conclusiones: la prevalencia de UPP en España no ha disminuido en 2013 respecto a años anteriores, e incluso se ha duplicado en los CSS. En hospitales, las UCI son las unidades con mayor prevalencia. En los CSS, hay una prevalencia más alta en los privados frente a los públicos. Casi dos tercios de todas las UPP son de origen nosocomial (hospitales o CSS), lo que indica un fallo en la prevención de estas lesiones.

2.1.2. MANCINI Pierina / OYANGUREN, Rosamaría. “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en

**adultos mayores hospitalizados -Hospital Nacional
Almanzor Aguinaga Asenjo”(Chiclayo- Perú) Febrero de
2014**

Objetivo: determinar los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados.

Materiales y Métodos: Estudio de Casos y Controles anidado en una cohorte realizado en adultos mayores hospitalizados en diferentes servicios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de mayo a setiembre 2012. Se realizó un muestreo probabilístico por densidad de incidencia, obteniéndose 61 casos y 122 controles. Se aplicó una ficha de recolección de datos inicial y se evaluó cada 48 horas. Se calcularon medidas de frecuencia y asociación y se aplicó la prueba de X^2 para variables cualitativas.

Resultados: El número de adultos mayores hospitalizados en el período mayo – setiembre que componen la muestra recolectada es de 189 con una media de edad de 76.8 ± 9.97 años. La incidencia acumulada es 3% y la densidad de incidencia es 45 por 1000 personas/día. En el análisis multivariado de regresión logística condicional los factores de riesgo son: edad (OR 1.06, IC 95% 1.01- 1.11, $p = 0.01$), sujeción mecánica (OR 0.28, IC 95% 0.09 - 0.86, $p = 0.02$), riesgo alto (OR 8.94, IC 95% 1.87 – 42.7, $p < 0.01$) y muy alto

(OR 7.93, IC 95% 1.48 – 42.41, p = 0.02) en la Escala de Norton.

Conclusiones: Las variables asociadas al desarrollo de Úlceras por Presión son: edad, sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta.

2.1.3. GUTIERREZ, Julian. “RIESGO A ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESCALA DE NORTON EN UNA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL CALLAO”- PADOMI. (Lima–PERU) 2015.

Objetivo: Determinar el Riesgo a desarrollar úlceras por presión mediante el uso de una Escala de Norton, clasificar el nivel de riesgo según proveedor de cuidados, desarrollo de protocolo de atención médica encaminado a la parte preventiva en un programa de una institución de la seguridad social.

Materiales y Métodos: El presente estudio cuantitativo descriptivo tipo transversal; realizado en el Programa de Prestaciones de Atención Domiciliaria/PADOMI, del Seguro Social de Salud/EsSalud de la Provincia Constitucional del Callao. La población estuvo conformada por 718 adultos mayores, considerando una muestra aleatoria de 152 adultos

mayores conforme criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante visita domiciliaria, entrevista y observación utilizando una ficha de trabajo que incluía datos sociodemográficos del adulto mayor/cuidador, y Escala Norton; para analizar los datos se usó la estadística descriptiva. **Resultados:** El 53,3% de los Adultos mayores se encuentran en un rango de 80-89 años, predomina el sexo femenino con un 39,4%, un 52,6% asistido por un cuidador informal. De la misma forma el 48% presenta un riesgo medio para Ulceras por Presión según Escala de Norton siendo el 53,9% presenta un Estado Físico General Regular, Estado Mental Apático de 55,3%, Actividad Disminuida con un 50,7%, Camina con Ayuda con 51,3% y en cuanto a Incontinencia Ocasional de 57,9%. En relación a clasificación de Riesgo según cuidador, destaca el Riesgo Medio en todos los cuidadores, pero el 20% obtuvo el Riesgo Muy Alto tanto el Cuidador Informal como Otro Cuidador y el 21,25% como Riesgo Alto al Cuidador Informal.

Conclusiones: La gran mayoría de Adultos Mayores tuvo un Riesgo Medio para presentar úlceras por presión.

2.1.4. CEDEÑO Verónica /MOLINA Lourdes. “ APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN

PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO” (Ecuador – Guayaquil) 2015

Objetivo: Determinar la participación del personal de enfermería en la aplicación del proceso de atención de enfermería para la prevención y cuidado de los pacientes con úlceras por presión en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de campo, desde esta perspectiva, se pretende determinar la participación de los profesionales de enfermería en la prevención y cuidado de las úlceras por decúbito. La muestra fue de 45 enfermeras profesionales que laboran en las diferentes áreas del hospital.

Resultado: Los resultados obtenidos tenemos lo siguiente: el 71% de las personas encuestadas evidencio a la inmovilidad prolongada de los pacientes como principal factor de riesgo para la aparición de las UPP.

Conclusiones: Existe un convencimiento del 100% de los profesionales de enfermería de la importancia del proceso de atención de enfermería para la prevención de

las UPP a pesar de que no existen ni protocolos ni registros para documentar los planes de cuidado.

2.1.5. SULLON María. “ CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO”(Chiclayo – PERÚ) 2017

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la Guía de prevención de UPP en pacientes hospitalizados en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga en los meses Agosto-Octubre de 2015.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal, cuya unidad de análisis fueron los procedimientos preventivos realizados a un paciente por turno para evitar las UPP realizados por el Personal de enfermería que labore y/o realice horas extras, incluyendo al cuidador presente en el turno evaluado que aceptó participar. Se utilizó la Lista de chequeo para el cumplimiento de Medidas preventivas de UPP de la Guía clínica de Essalud. Se realizó un muestreo aleatorio simple para obtener la cantidad de turnos a evaluar por cada mes; dando como resultado 15 turnos de evaluación

distribuidos en los meses de Agosto-Octubre, para obtener un tamaño muestra de 272 pacientes.

Resultados: El cumplimiento de la Guía de Prevención de UPP en el Servicio de Geriátría el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga fue 68,06%(Óptimo: 100%, Aceptable: 90%, Crítico.

2.1.6. GONZÁLEZ Renata / HERNÁNDEZ Yesica /MATIZ Gustavo.

“Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas”. REVISTA CUBANA EN ENFERMERIA. VOL33, NUM 3(2017)

Objetivo: Describir estrategias efectivas de enfermería para la prevención de lesiones de piel en personas que están en riesgo de padecerlas.

Métodos: Revisión sistemática de la producción científica disponible en los años 2005-2015 en las bases de datos Medline, Science Direct, FECYT, Embase, Ovid Nursing, Scielo y Cuiden. La evaluación de los artículos se realizó con el instrumento GRADE.

Conclusiones: las estrategias se estructuraron a partir de elementos fundamentales como: diagnóstico previo, uso de escalas de valoración del riesgo, uso de diferentes tecnologías de la información, herramientas educativas adaptadas a las necesidades identificadas y enseñanza

práctica, auditoría permanente que garantice el cumplimiento y actualización constante. Las estrategias efectivas para prevenir lesiones de piel deben enfocarse acorde a las necesidades identificadas en los pacientes y mantenerse en el tiempo para identificar oportunamente los factores que las generan. Se debe reconocer la existencia de otras lesiones como la dermatitis asociada a la incontinencia y lesiones por iatrogenia como posibles causas que originan lesiones más graves afectando la seguridad del paciente, a fin de que su prevención sea más efectiva.

2.2. Marco Conceptual

a) Concepto de UPP:

También conocida como llagas por presión o úlceras por decúbito, son zonas de deterioro localizado en la piel y en el tejido subyacente. Suelen producirse por fuerzas externas como la presión, las fuerzas en cizalla y la fricción la aparición de UPP se produce en entornos institucionales comunitarios se observa con mayor frecuencia en pacientes ancianos, debilitados e inmovilizados como aquellos con enfermedades graves agudas así como los que sufren carencias neurológicas (NHS- Center for Reviens and Dissemination 1995).

b) ETIOLOGÍA

Los mecanismos que alteran la integridad de la piel son:

- Presión.
- Fricción.
- Fuerza externa de pinzamiento vascular, que es la combinación de ambas.

c) FORMAS DE PRESENTACIÓN:

Las úlceras por presión, habitualmente son detectadas en revisiones de rutina o bien las personas encargadas del cuidado del paciente llaman la atención sobre ellas. Es frecuente que pasen desapercibidas debido al temor de mover al paciente por la idea errónea de que al movilizarlo puede provocar problemas de salud.

d) BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

PRINCIPALES CAUSAS

El factor causal más importante es la presión, sin embargo la humedad, el escoriamiento de la piel y el desgarro de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo. El tiempo de inmovilidad no necesita ser demasiado largo, inclusive el tiempo que se pasa sobre la mesa de cirugía puede ser causa de la aparición de estas úlceras. Se ha calculado que el tiempo mínimo para la aparición es de 2 horas. Sin embargo, no todos los adultos mayores inmovilizados desarrollan úlceras por presión.

Habitualmente las úlceras aparecen en adultos mayores debilitados por una enfermedad intercurrente.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA APARICION DE UNA ÚLCERA POR PRESION

FISIOPATOLÓGICOS:

- Déficit motor (paresia y parálisis),
- Lesiones cutáneas,
- Trastornos Circulatorios ,
- Polineuropatías (perdida de sensación dolorosa),
- Deficiencias nutricionales por defecto o por exceso

DERIVADOS DEL TRATAMIENTO

- Inmovilidad impuesta: dispositivos de seguridad y aparatos como escayolas, tracciones.
- Tratamientos o fármacos con acción inmunodepresoras (corticoides y citostáticos).
- Sondajes con fines diagnósticos o terapéuticos (sonda vesical o nasogástrica).

SITUACIONALES

- Inmovilidad relacionada con dolor o fatiga.
- Arrugas en ropa de cama

DEL DESARROLLO

- Rash del pañal.
- Pérdida de elasticidad de la piel (a mayor edad más riesgo de desarrollar Úlceras por presión).
- Alteraciones neurológicas,
- Desnutrición,
- Hipoproteinemia,
- Anemia,
- Alteraciones circulatorias.

Sin embargo, se debe reconocer que la presión sobre las prominencias óseas, es la condición sin la cual no se producirían estas úlceras. Por lo tanto, se puede considerar que la inmovilidad, es la causa última de su formación.

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA En todo paciente que presente factores de riesgo para la aparición de las úlceras, se debe realizar una búsqueda sistemática de las mismas. El papel del médico, de la enfermera y de la familia es muy importante para prevenir el problema y también para su tratamiento. Es importante evaluar la salud física del paciente, las complicaciones, el estado nutricional, el grado de dolor y su tratamiento, así como los aspectos psicosociales.

La evaluación del riesgo de aparición de la úlcera debe ser constante.

La evaluación identifica:

- Localización
- Fase,
- Tamaño,
- Túneles,
- Tejido necrótico,
- Presencia o ausencia de tejido de granulación y epitelización

Una de las escalas de evaluación más utilizadas e importantes es la de Norton .El diagnóstico de una úlcera por presión, no presenta problemas si se recuerda que un área de eritema que no blanquea con la presión constituye ya una úlcera por presión. Así mismo, las ampollas sobre prominencias óseas, también deben ser consideradas como úlceras por presión. No se debe olvidar que la clasificación de las UPP no es evolutiva, es decir, para que un paciente tenga una úlcera grado IV, no es necesario que pase previamente por las etapas I, II y III, así mismo, la curación no sigue de manera estricta el sentido contrario.

LOCALIZACIÓN

Existen diferentes zonas de aparición de las Úlceras por presión según los puntos de apoyo en las distintas posiciones:

- **Decúbito supino:**

Sacro

Talones

Codos

Omóplatos

Occipital

- **Decúbito lateral:**

Pabellón auricular

Costillas

Trocánteres

Espina ilíaca

Cóndilo femoral (rodillas)

Maléolos

- **Decúbito prono:**

Dedos de pies

Rodillas

Genitales en hombres

Mamas en mujeres

Cresta iliaca

Cresta tibial

Mejillas

Mentón

Pabellón auricular

Clasificación de lo Grados Evolutivos de las Ulceras por presión

I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO
Es una piel rosada o enrojecida o eritema de tipo intacta que no que cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes La presencia de calor, edema o endurecimiento también pueden ser indicadores.	Es una piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial	Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando hasta incluso a la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico	Es una pérdida de piel en toda su espesura con una extensa distribución, necrosis de los tejidos o daños en los músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsulas de las articulaciones.

CARACTERISTICAS DE LA ÚLCERAS POR PRESION

- Infección
- Necrosis
- Exudación
- Cavitación

- Tunelización.
- Granulación

Las complicaciones principales de las úlceras son las siguientes:

- Osteomielitis
- Sepsis
- Anemia
- Hipoproteinemia

MEDIDAS PREVENTIVAS

La manera más eficaz de tratar y cuidar a los pacientes con riesgo de desarrollar Úlceras por Presión es la prevención:

A. EVITAR Y ALIVIAR LA PRESIÓN:

Mediante la utilización de sistemas que disminuyan la presión en las prominencias óseas y evitar la isquemia tisular, esta disminución puede obtenerse mediante las técnicas de posición (cambios posturales) y la elección de una adecuada superficie de apoyo, y otras específicas en función de la necesidad de cada paciente.

CAMBIOS POSTURALES

Para eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales cada 1 a 2 horas de manera cíclica las 24 horas del día. Dichos cambios estarán planificados y registrados en el plan de cuidados.

DECUBITO SUPINO:

Las almohadas se colocarán

- Una debajo de la cabeza
- Una en el hueco poplíteo (para evitar hiperextensión de la rodilla) sacándola entre las rodillas para evitar roce de cóndilos.
- Una bajo la parte distal de la pantorrilla, sacándola entre ambas piernas para evitar roce de maléolos internos, dejando los talones libres.
- Los pies deben estar en ángulo recto.

DECÚBITO PRONO:

Las almohadas se colocarán

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo del abdomen
- Una debajo de los muslos
- Una debajo de las piernas,

- Dos bajo los brazos (opcional)

Esta postura está contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas y con respiración asistida.

DECÚBITO LATERAL:

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una apoyando la espalda (liberando zona sacra)
- Una entre las piernas.

DISPOSITIVOS PARA ALIVIAR LA PRESIÓN

- Taloneras y coderas
- Colchones y cojines: de espuma, de agua, de silicona, de aire, de aire alternante

Los dispositivos, son útiles pero no pueden sustituir los cambios posturales.

B. ESPECÍFICAS (ÚLCERAS POR PRESION E IATROGÉNICAS):

Sonda nasogástrica: Limpieza de las fosas nasales con suero fisiológico, y cambio de fijación de la sonda diario. Cuando precise ser cambiada, alternar con el otro orificio nasal.

Gafas y mascarilla de O2: Limpieza de fosas nasales y protección de superficie de apoyo del pabellón auricular y tabique nasal.

Sonda vesical: Sujeción al abdomen en varones y al muslo en las mujeres, alternando diariamente.

Tubos y cánulas endotraqueales: Utilizar tubos con balón de baja presión y alto volumen. Mantener la presión de llenado del balón por debajo de 20 mmHg. Para evitar las traqueo malacias, cambiar la fijación del tubo traqueal, proteger el punto de contacto con la piel y mantener alineado el tubo o cánula con zona de incisión, variando el punto de apoyo alternativamente.

Férulas y material de contención mecánica: Comprobar que tengan un correcto almohadillado.

C. HIGIENE

Aprovechar los momentos de cambio de posición para higienizar e inspeccionar la piel y detectar posibles enrojecimientos o roces aplicando ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo. El lavado se realizará con agua y jabón neutro y el secado será suave y sin arrastre, haciendo hincapié en los pliegues. Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.

D. NUTRICIÓN

Vigilar que mantenga unos buenos parámetros nutricionales y una buena hidratación.

TRATAMIENTO DE LA ÚLCERAS POR PRESIÓN

Un plan básico de cuidados locales de las Úlceras por Presión debe contemplar:

- Valoración

Clasificar Úlceras por Presión, medir y sacar foto si es posible

- Limpieza de la lesión
- Utilice guantes estériles.

Limpie las lesiones inicialmente y en cada cura, utilice como norma suero salino fisiológico, use una presión del lavado efectivo para facilitar el arrastre del detritus, bacterias y restos de curas anteriores, pero sin producir traumatismo en el tejido sano.

No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), tóxicos para los fibroblastos humanos.

Proteger la zona peliculara con un preparado a base de zinc.

El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 – 4 cm los bordes de la misma.

El plan de tratamiento de la úlcera por presión dependerá de la valoración de la lesión:

Si son lesiones de grado I

Aplicar apósito hidrocólicoide/hidrorregulador de baja absorción (transparente/extrafino) en placa. Si la zona lesionada es el talón utilizar siempre protección y dispositivo (almohadas) que evite la presión.

Si son lesiones de grado II

Aplicar apósitos hidrocólicoide en placa favorecedores de la limpieza rápida de la herida, que atrapan la secreción cargada de gérmenes. En la parte profunda de la úlcera aplicar gel, pasta o gránulos, además de la placa superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa.

En lesiones de grado III y IV

Si la úlcera está limpio tuviera esfacelos pero tras la limpieza quedara libre de ellos, aplicar apósito hidrocólicoide/hidrorregulador en placa. Si se observa en el lecho de la lesión tejido necrótico o esfacelotisular métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que *es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados:*

Desbridamiento quirúrgico: Recortar por planos y en diferentes sesiones, siempre empezando por el área central (salvo en el desbridamiento radical en quirófano). Es aconsejable la aplicación

de un antálgico tópico (gel de lidocaína 2%, etc.). Si sangrara aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos. Requiere conocimientos, destreza y una técnica y material estéril.

Desbridamiento enzimático: Aplicar productos enzimáticos del tipo de la colágenas; Aumentando el nivel de humedad con suero fisiológico. No utilizar como método único si ya existe placa necrótica seca. No asociar a hidrocoloide/hidrorregulador.

Desbridamiento autolítico: Aplicar cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda.

REGISTRO

Es importante el cumplimiento de la hoja de seguimiento de las Úlceras por Presión propia de la unidad en la que se encuentre el paciente

2.2.1. CUIDADOS DE ENFERMERIA

En el ámbito de la enfermería el cuidado es el aspecto primordial. Esta profesión es elegida por un grupo de personas con un objetivo en común, brindar un servicio a la sociedad, mediante conocimientos teóricos y prácticos, que se actualizan permanentemente por medio de la investigación.

Se establece una relación entre personas, que incluye enfermeros y pacientes. En esta relación se presentan dos tipos de persona;

una que tiene los conocimientos (enfermera) y otra que necesita la educación de esta (paciente).

La enfermería está dada por la comunicación eficaz y precisa, ya que en algunos momentos no es fácil para el paciente comprender y aceptar un mensaje no deseado.

La enfermera debe planificar y evaluar acciones en función de las necesidades del paciente.

La enfermería tiene como única función ayudar a las personas, enfermas o sanas, en situaciones que contribuyan a su salud, enfermedad, recuperación, o morir dignamente.

La enfermera debe realizar las actividades que la persona realizaría, si pudiera tuviera la fuerza voluntad o conocimientos necesarios.

En este trabajo se intentara profundizar en los conocimientos y cumplimiento de la responsabilidad de enfermería ante la prevención, educación y curación de úlceras por presión en los servicios de clínica médica y cirugía.

Según aspectos legales:

Solo desde la ignorancia e irresponsabilidad podría negarse la importancia que tienen las úlceras por presión como problema sanitario. Increíblemente hay una incidencia elevada de úlceras por presión teniendo en cuenta que la aparición de estas lesiones es evitable mediante la aplicación y educación de medidas

preventivas en las instituciones y en el hogar. Aún más grave es la falta de un tratamiento adecuado cuando estas lesiones han aparecido por situaciones diferentes (falta de personal en el piso, sobrecarga de trabajo en el personal, desinterés de los familiares por aprender y colaborar con los enfermeros).

Es evidente que la falta de una prevención o de un tratamiento adecuado de las úlceras por presión tienen una serie de consecuencias de diferentes índole y gran importancia: en primer lugar para las personas que las sufren; en segundo lugar para los profesionales, las instituciones sanitarias, y finalmente para las áreas tanto sanitarias, económicas y legales, en sentido de que es susceptible de reclamaciones y demandas judiciales.

Educación a familiares y cuidadores:

La educación a los familiares de pacientes con UPP es responsabilidad de enfermería, la enfermera deberá evaluar el grado de conocimiento de la persona a cargo del paciente y dará las pautas para el cuidado; ej. Humedad de la piel, enrojecimiento de una zona, movilización horaria del paciente, etc.

Esto implicara para el personal de enfermería la responsabilidad de:

Observar la preparación para asumir el cuidado:

1. La persona (o la familia) dice que es capaz de manejar su problema y saber cómo hacerlo:
 - La persona o miembros de la familia tienen información suficiente.
 - La información es correcta.
 - Comprende las causas y los efectos.
 - Sabe dónde puede obtener conocimiento adicional si es necesario

2. La persona (o la familia) demuestra la capacidad para manejar el problema o ejecutar la tarea:
 - La persona o familia realiza los tratamientos y procedimientos prescritos.
 - La tarea se realiza sin riesgo.
 - Los métodos se realizan según lo prescrito y se demuestra correctamente.

La competencia para el cuidado se determinará por rendimiento y será la enfermera responsable del paciente la que determine si los cambios son aceptados significativamente.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS Si el diagnóstico no es fácil, el tratamiento es mucho más difícil, por lo que la prevención es prioritaria.

El tratamiento empieza por identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar las úlceras y tratar de prevenirlas con las siguientes medidas:

DISMINUIR LA PRESIÓN: Esto se logra mediante cambios de posición al menos cada dos horas. - El paciente debe ser colocado en decúbito lateral aproximadamente a 30 grados (nunca a 90 grados) utilizando almohadas para mantener la posición, a las dos horas se le coloca en decúbito dorsal y a las dos horas siguientes, en decúbito lateral contrario al de inicio. Es conveniente que las rodillas se encuentren flexionadas en ángulo de 30 grados y con una Colocar una sonda de Foley, no disminuye el riesgo de presentar úlceras por presión y por lo tanto, no debe ser usada con esta intención almohada entre ellas. En las piernas se debe colocar un soporte de tal manera que los talones no toquen la cama o lo hagan ligeramente. De ser posible, el paciente no debe estar en semifowler, sino totalmente recostado. Es importante establecer un programa de reposicionamiento (cambios de posición frecuentes), basándose en el riesgo del paciente a desarrollar úlceras: mantenga la úlcera de presión libre. Es fundamental vigilar el paciente para la prevención de otras úlceras. - Existen muchos tipos de materiales y tipos de camas que disminuyen la presión. Los mejores en relación a costo/beneficio, son los colchones de hule espuma que presentan forma de cartón de

huevos. Estos se colocan sobre la cama con la parte lisa hacia abajo. También se pueden utilizar colchones de agua, aire o gel. - Si el paciente está sentado, los cambios de posición deben ser cada 15 minutos, ya que la presión sobre las tuberosidades isquiáticas aumenta de manera importante en esta posición.

NUTRICIÓN: Un aporte proteico y calórico suficiente, ha demostrado disminuir el riesgo de presentación, aún en ausencia de aumento de albúmina. El aporte proteico en estos casos debe ser de 1.2 gramos / Kg

PIEL SECA Y LIMPIA: Utilice un agente de limpieza suave para no irritar la piel (no puede quedar reseca o irritada y tampoco se debe friccionar la piel). Evitar ambiente con humedad baja y exposición al frío. Evite masajes en las prominencias óseas.

AUMENTAR ACTIVIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCAMADOS.

DISMINUIR LA SEDACIÓN PARA EVITAR LA INMOVILIZACIÓN.

Una vez que aparecen las úlceras

CONTROL DEL DOLOR: Se debe recordar que las úlceras por presión, son fuente de dolor importante, aunque muchas veces la enfermedad de base impide que el paciente lo pueda manifestar

directamente. De manera frecuente, el dolor se puede manifestar como delirium. Los cambios de posición incluyen también las horas de la noche. Si esto no es así, todo lo que se realice durante el día, ¡terminará siendo prácticamente inútil! Úlceras por presión.

MANTENER LA ÚLCERA HÚMEDA Y LA PIEL CIRCUNDANTE

SECA: Cuando es grado I y II, basta con los cambios de posición antes descritos y ocasionalmente se pueden cubrir con materiales que proporcionen protección y acojinamiento. A pesar de que existe un sin número de materiales de oclusión, los mejores son las gasas humedecidas en solución fisiológica

ASPECTOS DE PREVENCIÓN EN LOS PACIENTES DE RIESGO:

- Deben ser prioritarios: prevenir la úlcera, además de evitarle sufrimientos al paciente, evita mayor sobrecarga para los cuidadores. El trabajo con los cuidadores formales y los informales debe ser estrecho, insistiendo en los aspectos educativos. La cooperación de los cuidadores en el seguimiento de las úlceras y la prevención de complicaciones de las mismas, es fundamental. Las gasas deben ser cambiadas con suficiente frecuencia, para no permitir que éstas se sequen y se adhieran a la úlcera Úlceras por presión.
- Disminuir la presión es crítico, tanto para la prevención, como para el tratamiento de la úlcera.

- Las úlceras son el indicador de una enfermedad de base importante.
- Un solo día de manejo inadecuado es suficiente para provocar la aparición de úlceras.
- El tratamiento debe ser adecuado para cada persona, de acuerdo a su condición física, psicosocial y ambiental.
- El paciente debe ser colocado en decúbito lateral aproximadamente a 30 grados (nunca a 90 grados) utilizando almohadas para mantener la posición, a las dos horas se le coloca en decúbito dorsal y a las dos horas siguientes, en decúbito lateral contrario al de inicio. Es conveniente que las rodillas se encuentren flexionadas en ángulo de 30 grados y con una Colocar una sonda de Foley, no disminuye el riesgo de presentar úlceras por presión y por lo tanto, no debe ser usada con esta intención. Entre las piernas se debe colocar una almohada y en las piernas (talones) se debe colocar un soporte de tal manera que estas no toquen la cama o lo hagan ligeramente. De ser posible, el paciente no debe estar en semifowler, sino totalmente recostado. Es importante establecer un programa de reposicionamiento (cambios de posición

C. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Metaparadigmas desarrolladas en la teoría de M. Watson (8)

Watson considera a la persona como una unidad de cuerpo, mente, espíritu y naturaleza. Que están en una fuerte conexión y evolucionando

Cuidado de Enfermería

Para Watson la enfermería consiste en “conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión”

Se trata de que las enfermeras no solo miren la enfermedad sino al enfermo, que lo entiendan, lo comprendan, aumentando el proceso de cuidado humano, no dejar al paciente a un lado sin separarlo del entorno estableciendo una relación afectiva entre enfermera- paciente.

Salud

Originalmente, la definición de Watson de salud, derivaba de la definición dada por la OMS. Luego definió salud como “unidad y armonía en la mente el cuerpo y el alma”

Entorno

Watson plantea que el entorno y la persona están conectados, que el papel de la enfermera es crear un ambiente propicio y agradable para el paciente, ayudarlo a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. Así mismo hace una relación entre la ciencia del cuidado y el entorno, dice que “la ciencia del cuidado no es solo para mantener la humanidad, sino que también es

para mantener el planeta... permanecer en un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; es el nexo fundamental entre humanidad y la propia vida, en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades” (Watson 2003).

Forma Lógica

Watson al diferenciar cuidado de curación separa la enfermería de la medicina, esto sirve para clasificar el conocimiento enfermero como una ciencia independiente. Watson es inflexible en su afirmación de que la formación enfermera debe incorporar el conocimiento holístico de numerosas disciplinas e integrar humanidades, artes y ciencias, “La evolución de la teoría ha tendido a conceder mayor énfasis al cuidado transpersonal, la intencionalidad, la conciencia de cuidado y el cuerpo del cuidado”. Cree que las crecientes necesidades complejas del sistema de cuidado de la salud y las necesidades de los pacientes requieren que la enfermera reciba una educación extensa, liberal la cual se integra en la formación de la enfermera profesional.

Aceptación por parte de la Comunidad Enfermera

Práctica

La teoría de Watson se ha utilizado en muchos ámbitos tanto

hospitalarios como extra hospitalarios y con varias poblaciones; las enfermeras que participan aprenden de la teoría de cuidado de Watson, los factores de cuidado, la conciencia de cuidado, la intencionalidad y las prácticas de cuidado-curación. En los centros hospitalarios al aplicar la teoría de cuidado de Watson se obtiene soluciones a los problemas de estos a corto plazo, por ejemplo aumentar el número de camilla y mejorar las condiciones de sanidad y conseguir un cambio administrativo.

Formación

Los trabajos de Watson se centran en estudiantes universitarios de enfermería, a los que ofrece bases ontológicas, éticas y epistemológicas para su práctica, junto con instrucciones para la investigación.

Investigación

Watson recomienda para la investigación métodos cualitativos, naturalistas y fenomenológicos, y acepta que la investigación cualitativa y cuantitativa combinada puede ser útil.

Desarrollos Posteriores

Las publicaciones más recientes de Watson presentan pautas para el desarrollo, junto con objetivos, instrumentos e instrucciones para desarrollar la teoría del cuidado humano.

Critica:❖ **Claridad**

Watson utiliza un lenguaje no técnico, sofisticado, fluido y evolucionista para describir ingeniosamente sus conceptos, como cuidado-amor, factores de cuidado y caritas. Su inclusión creciente de metáforas, reflexiones personales, trabajo artístico y poesía hacen que sus conceptos sea más llamativos y fáciles de leer.

❖ **Simplicidad**

Para algunos la teoría de Watson es compleja ya que utiliza muchas disciplinas para formular su teoría y el lector debe estar familiarizado con una variedad de temas para poderla comprender. Por otro lado esta es una teoría que se trata más sobre ser que sobre hacer por lo que es fácil de entender y de llevarla a la práctica.

Generalidad:

La teoría de Watson puede ser general ya que abarca desde los cuidados para la prevención de la enfermedad hasta los cuidados para una muerte tranquila. Pero para algunos críticos su generalidad se ve limitada porque su teoría se enfatiza en los aspectos psicosociales más que fisiológicos del cuidado. Watson con su teoría busca ofrecer una base moral y filosófica para la enfermería.

Precisión:

La precisión empírica, Watson considera su teoría como descriptiva, ya que reconoce la naturaleza evolutiva de la teoría y acepta sugerencias de otros. La teoría no da lugar fácilmente a la investigación realizada con métodos científicos tradicionales. Sin embargo en sus publicaciones recientes Watson ofrece pautas de investigación, recomendaciones de diseño y una tabla de potenciales instrumentos para investigar los cuidados.

Consecuencias:

Los conceptos teóricos de Watson, como el conocimiento de uno mismo, las necesidades identificadas por el paciente, el proceso de cuidado y el sentido espiritual del ser humano pueden ayudar a las enfermeras y a sus pacientes a encontrar una solución a crear un ambiente de armonía en situaciones de dificultad. Gracias a estos grandes aportes a todo su conocimiento en filosofía, ciencias humanas y arte han hecho que muchos profesionales de diversas disciplinas reconozcan si sigan la labor de Watson.

Postulados:

Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro es la base fundadora del cuidado en

general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. (Fundamentos UNS, 2012).

La Teoría del Cuidado Humano sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa y biotecnológica de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería, es por esto que se basa, primero, en siete supuestos básicos (Urra, Jana & García, 2011):

- El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de

la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Diez Factores Curativos que después Watson denomina Proceso Cáritas de Cuidados, que corresponden a una extensión de los anteriores, pero ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas (Fundamentos UNS, 2012):

- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero– paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que busca la salud.
- Inculcación de la fe– esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva hacia un auto

actualización a través del auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

- Desarrollo de una relación de ayuda – confianza: el desarrollo de una relación de ayuda – confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos, debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero

es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental, espiritual y las creencias socioculturales. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los

pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

- **Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas:** la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud. Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación en la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Aplicación en la Práctica sobre la Teoría de Watson:

Las consecuencias de la presencia de las UPP tienen un impacto en la vida de la persona afectada y de su entorno, y cuando la persona se da cuenta de la existencia de esta pueden aparecer sentimientos como:

- Desesperanza: estado emocional y espiritual subjetivo en el cual una persona no ve alternativas o elecciones personales disponibles para la solución de problemas, o para la obtención de lo que es deseado, y es incapaz de movilizar energía en su beneficio para establecer metas.(Vázquez, 2003).
- Ansiedad: es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero; aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico; y aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. (Colaboradores de Wikipedia, 2014).
- Angustia: es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire.(Colaboradores de Wikipedia, 21014).
- Angustia Espiritual: angustia del espíritu humano es el disturbio en el principio vital que impregna todo el ser de una persona y que

integra y trasciende su naturaleza biológica y psicosocial. La persona presenta, o corre el riesgo de presentar, un disturbio en el sistema de creencias o valores que proporcionan la fuerza, la esperanza y el significado de vida. (Vázquez, 2003).

- **Aislamiento Social:** soledad experimentada por el individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador. (Vázquez, 2003). El cuidado espiritual al paciente con lesiones requiere madurez, serenidad y entender reacciones y prácticas frente a la enfermedad, pues el paciente en esta fase desea recibir atención y tratamiento personalizado. Este paciente ha perdido parte de la movilidad y/o sensibilidad de su cuerpo como consecuencias de la inmovilización y eso le restringirá capacidades. Debido a esto todo su entorno cambiará. Deberá readaptarse tanto en su hogar, como con sus amistades y en el ámbito laboral.

2.3. Definición de términos

- **ÚLCERAS POR PREVENCIÓN:** Según RNAO “Toda lesión ocasionada por una presión no inducida que produce daños en el tejido subyacente. Las úlceras por presión suelen producirse en una prominencia ósea y se clasifican según el grado de lesión en el tejido observado”.

- **RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:** Es la presión misma que causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos. Sin embargo, existen una serie de situaciones o factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar úlceras en la situación propicia
- **INCIDENCIAS: Según OMS** “Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.”
- **CUIDADOS DE ENFERMERIA** “El cuidado humano en enfermería no es una simple emoción, actitud, preocupación o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de enfermería en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la vida humana” (20). Este cuidado debe ser holístico, ejercido con conocimientos, y haciendo a su receptor partícipe del mismo. “La calidad del cuidado de enfermería se considera el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y la población en general” Trincado MT, Fernández E. Calidad en Enfermería. Rev. Cuba Enfer. [En línea]1995 [consultado el 25 de noviembre de 2008];11(1)
- **ESCALA DE NORTON:** Es la Escala de valoración del riesgo de las úlceras por presión. Cada apartado se puntúa sobre una escala de 1 a 4, donde 1 significa el estado menos favorable y el 4 el más

favorable, con `puntuaciones totales que varían de un máximo de 20 a un mínimo de 5. Interpretación :

Alto Riesgo: 12 o menos puntos.

Riesgo mediano: Entre 12 a 16 puntos.

Bajo Riesgo. Entre 16 y 20 puntos.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio de Enfermería de Emergencia, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

3.2 Experiencia Profesional

3.2.1 Recuento de la Experiencia Profesional

Actualmente laboro en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” desde el 11 de noviembre del 2004

En el año 2004 el Hospital “Alberto Sabogal Sologuren” era de nivel III de atención, donde el Servicio de Emergencia contaba con cinco áreas de observación “A”, “B”, “C”, “D” y “E”, tópicos de enfermería e inyectables y unidad de shock trauma. Los pacientes no eran bien evaluados en cuanto a la prevención, incidencias y prevalencias sobre las UPP y no se contaba con el material correcto para la prevención y curación.

Posteriormente con la implementación tecnológica del Servicio de Emergencia del Hospital “Alberto Sabogal Sologuren” y el incremento de la demanda de pacientes adquirió el nivel IV de atención y lego paso a ser Hospital Nacional desde el año 2013, por lo que comenzó a atender mejorar los procedimientos para la prevención y tratamiento de las

El profesional de enfermería efectúa rotaciones mensuales en las áreas de observación, en el tópicos de enfermería y dos veces al año en la unidad de shock trauma, el mismo que es capacitado periódicamente y actualmente existe en el Hospital el residentado de enfermería en la especialidad de Emergencias y Desastres.

En las áreas de observación A, B, C y en la unidad de Shock trauma se atiende pacientes en estado crítico y pacientes adultos que requieren muchas veces con larga estancia hospitalaria a esto se suma el escaso personal de enfermería.

3.2.2 Descripción del Área laboral

- Organización

El Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren es el órgano prestador desconcentrado de ESSALUD, encargado de brindar prestaciones asistenciales especializadas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno rehabilitación y cuidados paliativos a la población asegurada en el ámbito nacional referenciada por los establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución.

El servicio de Emergencia Adultos es la Unidad orgánica encargada de las atenciones medico quirúrgicas de emergencia a usuarios adultos, depende de la gerencia clínica, brinda atención las 24 horas del día.

De acuerdo a su nivel de complejidad el servicio de Emergencia está organizado en las siguientes áreas:

- Tópico de Medicina
- Tópico de Cirugía
- Tópico de Ginecología
- Tópico de Traumatología
- Tópico de Enfermería e Inyectables
- Farmacia
- Áreas de Observación (nueve)

- Unidad de shock trauma
- Cuenta con áreas de ayuda diagnóstica:
- Rayos X, tomografía, Laboratorio clínico ecografías.

RECURSOS HUMANOS

En el Servicio de emergencia del Hospital Nacional “Alberto Sabogal Sologuren” laboran:

- Licenciados de enfermería: 70
- Médicos especialistas en Emergencias y desastres: 31
- Técnicos en enfermería: 68

En la actualidad existe déficit de personal de Enfermería en el Servicio de Emergencia específicamente en las áreas críticas, shock trauma, debido al incremento en la demanda y complejidad de los pacientes que acuden, dicho déficit es cubierto con horas extras. Son programados de la siguiente manera:

Cuadro 3.1
RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO
SABOGAL SOLOGUREN

Áreas de trabajo	N° Enfermeros por turno programados por día	N° Enfermeros que deberían ser programados por turno	Tipo de pacientes
Shock Trauma	2	3	N° pacientes variable, según demanda
Tópico de Enfermería	1	1	N° pacientes variable, según demanda
Tópico de Cirugía	1	1	N° pacientes variable, según demanda
Tópico de Inyectables	1	1	N° pacientes variable, según demanda
Observación "A"	1	1	área crítica
Observación "B"	1	1.5	área crítica
Observación "C"	1	1.5	área crítica
Observación "D"	1	2	área crítica
Observación "E"	1	1	Pacientes dependientes, Grado II y Grado III dependencia
Observación "F"	1	1	Pacientes dependientes, Grado III dependencia
Observación "G"	1	1	Pacientes dependientes, Grado III dependencia
Observación "H"	1	1	12 pacientes por día
Observación "I"	1	1	12 pacientes por día
Observación "J"	1	1	12 pacientes por día
Observación "K"	1	1	N° pacientes variable, según demanda

- Infraestructura:

El Servicio de emergencia del Hospital Nacional "Alberto Sabogal Sologuren" está ubicado en el primer piso y, cuenta con

una infraestructura de material noble y prefabricado, la misma que es insuficiente para atender la demanda de pacientes.

El servicio de Emergencia cuenta con áreas de trabajo administrativas, asistenciales, conforme se detalla:

Áreas Administrativas

- Admisión
- Servicio Social
- Salas de espera
- Secretaria
- Jefatura médica y de enfermería
- Estacionamiento de ambulancias
- Sala de reuniones (médicos)
- Oficina de atención al asegurado

Área Asistencial: De atención al paciente

- Triage (02 ambientes)
- Unidad de Shock trauma y reanimación pulmonar (06 camas)
- Tópicos de atención diferenciada por especialidad: Enfermería, Cirugía, Inyectables y nebulizaciones, Traumatología, Gineco-Obstetricia, Medicina.
- Salas de observación
Observación "A" (05 camas)

Observación "B" (06 camas)

Observación "C" (06 camas)

Observación "D" (09 camas)

Observación "E" (10 camas)

Observación "F" (12 camas)

Observación "G" (12 camas)

Observación "H" (12 camas)

Observación "I" (12 camas)

Área Asistencial: De Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

Laboratorio clínico

Farmacia

Diagnóstico por imágenes

Otras Áreas de apoyo al personal asistencial

Servicios higiénicos para el personal y pacientes

La Unidad de Shock Trauma y Salas de Observación A, B, C y

D; del Servicio de Emergencia cuenta con:

- Sistema de oxígeno empotrado
- Sistema de aspiración empotrado
- Sistema de aire comprimido (para aspiración)
- Sistema de aire acondicionado
- Sistema de tomacorriente por cada cama

- Línea telefónica interna.
- Una computadora por servicio.
- Un taper completamente `preparado para la curación de las UPP y otras heridas

3.2.3 Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

El personal profesional de enfermería realiza procedimientos y acciones preventivas y curativas para mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión desde una perspectiva integral e individualizada

En la relación a la prevención de la UPP y el paciente

Cumplimiento de las disposiciones de la prevención de las UPP

Se realiza la identificación de Pacientes en riesgo de úlceras por presión:

- Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de emergencia mediante la aplicación de la Escala de Norton.(anexos)
- Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.

- Reevaluar periódicamente el riesgo y siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.

Aplicación de las medidas de prevención:

- Aplicación de las guías de atención para la prevención y control de las upp (anexo 4 y 5).
- Educación al paciente y familia para la prevención y cuidado de la upp.
- Determinar el grado de conocimiento del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Preparar los recursos materiales médicos, insumos y equipos para la prevención y manejo eficiente de úlceras por presión.

Cumplimiento de las disposiciones para la intervención y mitigación del daño:

Registro y notificación:

- Toda úlcera por presión se valora, se diagnostica y se informa al médico tratante, coordinadora de enfermería y jefa de enfermera del servicio. (Anexo 7).
- La enfermera responsable del cuidado del paciente apertura la hoja de control, valoración, diagnóstico, evolución y destino de pacientes con upp (Anexo 7).

- La coordinadora de enfermería de emergencia realiza la notificación de las upp (incidencia y prevalencia) en el formato registro diario de upp (a nexa 8).

Prevención del incremento del grado de la ulcera por prevención (mitigar el daño):

- Supervisión y monitoreo del cumplimiento de la Guía de curación de la upp.
- Comunicación diaria del estado de la upp al médico responsable.

Control de seguridad

En relación al control de seguridad se verifica que siempre se disponga de los materiales a emplear como medios preventivos: sábanas, soleras, batas, almohadas, pañales, soluciones protectoras, cremas hidratantes con vitaminas, apósitos hidrocoloide o en gel, colchones anti escaras si fueran posibles.

Confort físico

En relación al confort físico para que el paciente recupere su salud sin que se produzcan posibles eventos adversos el licenciado y la técnica en enfermería realizar al paciente el baño diario, aplicación de cremas para mantener la piel hidratada, movilización horaria cada dos horas en lo posible de acuerdo a la

condición del paciente para prevenir la presencia de las úlceras por presión.

Confort psicológico

La literatura nos dice que la presencia de una UPP produce mayor angustia por lo que nos apoyamos en la familia que es la que mayor fuente de apoyo social y personal de la que se pueden disponer. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.

Área Administrativa

- En relación a la Historia clínica de enfermería:
 - Llenado correcto de los datos de filiación del paciente
 - Registro correcto de las hojas de valoración de la Escala de Norton
 - Registro correcto de Notas de Enfermería.
- Registro del Anexo 7: Valoración, Diagnóstico y Evaluación de las Úlceras por presión.
- Participación en el cumplimiento del Anexo 22 Lista de chequeo “Cumplimiento de Guía de Cuidado para la Prevención de Úlceras por Presión”
- Reporte diario de las incidencias de UPP.

- Cumplir lo dispuesto en las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención del usuario, evitando riesgos y complicaciones.
- Completar el registro del Anexo 6 : Notificación del Evento Adverso Úlcera por Presión

Área docencia

- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería (02 horas programadas cada mes según rol)
- Brindar educación sanitaria al paciente y familia.

Área Investigación

- Participar en la actualización e implementación de directivas, normas, guías de atención y procedimientos relacionadas con las funciones del servicio.
- Recolecta información, realiza y conduce estudios de investigación con relación a los servicios de emergencia.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

3.3.1 Casos relevantes

- **Sobre las prevalencia vs. incidencias de UPP :**

Hace 14 años cuando iniciaba mi labor en el servicio de emergencia del HNASS el equipo de enfermería se encargaba de curar las heridas sin un protocolo existente sobre UPP, pero tampoco se investigaba las causas y diferenciar si era una incidencia o prevalencia; toda UPP era sumida como incidencia producida en nuestro servicio. El 05 de Marzo llega al HNASS la Directiva 010-66 ESSALUD -2103 sobre “PRACTICAS SEGURAS PARA LA PREVENCION Y REDUCCION DE RIEGO DE ÚLCERAS POR PRESION”, es así que la jefa de enfermería de ese entonces intenta iniciar la aplicación de la Directiva antes referida, con mucha dificultad , ya que no cuenta con un personal que pueda realizar el seguimiento a esta, sumo a esta la poca adherencia del personal de enfermería por el registro en los respectivos anexos ,inevitablemente la escasas de personal ,la no capacitación previa y la amonestación del incumplimiento de los registros por parte del personal asistencial de enfermería son los principales causales para no poder llevar a cabo toda medida de prevención .

En el año 2015 mejora el procedimiento de involucrase en obtener mayor datos estadísticos así como de capacitar al personal en el

tema de prevención y tratamiento de las UPP, se intenta mejorar la adherencia a los programas de Prevención de UPP y se aplica con mayor esmero el cumplimiento de los registros asociados al tema de UPP, pero no se deja de persistirse en la escases de personal asistencial , por lo que una coordinadora de apoyo intenta verificar el cumplimiento de lo establecido , Sin embargo aún queda sin darle mayor importancia a la diferenciación de entre las incidencias y prevalencia y no por deslindar responsabilidades si no por investigar los principales causales a la existencia de este terrible evento y por lo tanto dirigir e intentar sofocar este punto de partida y que además que todos estos datos contribuyan a que el tratamiento de las úlceras por presión se convierta en uno de los grandes desafíos para el sistema sanitario y que preocupe tanto a los profesionales clínicos como de gestión; pero **la evidencia nos enseña que la prevención es la clave a la hora de erradicar su aparición.**

En el año 2017, los registros, verificación de procedimientos, las auditorias, las capacitaciones, las evaluaciones, disponer de personal capacitado para el tema de Prevención y Curación de úlceras por presión a nivel institucional, en el caso del servicio de Emergencia no podía pasar por alto, se incrementa el número de coordinadores por grupos, de tal forma que se realiza un trabajo más exhaustivo con mayor detenimiento y verificar los resultados

para incrementar la importancia en la cánones y rangos de la prevención, lo que queda en suspenso hasta la fecha es conocer las estadísticas registradas de la disminución de las upp en el servicio de emergencia del HNASS.

3.3.2 Innovaciones –Aportes

- La ausencia de estudios de eficiencia, eficacia y costo beneficio para la prevención de UPP en el servicio de Emergencia del HNASS de tal forma que podamos conocer con certeza los posibles causales de la dificultad para llevar a cabo correctamente el tema de prevención sobre las de upp.
- Considero que es importante la creación de una enfermeras referentes o senior en el servicio de emergencia que sea capaz de ayudar a todas las compañeras y colegas con menor tiempo de servicio para puedan tener apoyo permanente en un programa preventivo de UPP y actuar de esta manera apropiadamente, recolectando evidencias y como estas evidencias a su vez sean útiles a la vida diaria.
- Seria importantísimo involucrar a todo el equipo multidisciplinario y abordar desde todos los ángulos por que no se pueden implementar correctamente el programa preventivo promocional
- Otro punto importante es la autoevaluación: Indagar si todas las actividades y medios que utilizamos para la prevención son los

adecuados para llegar a los porcentajes y cumplir con los indicadores a los cuales queremos llegar.

- Identificar cuáles son los errores clínicos que se cometen diariamente en la prevención de las úlceras, ya que a pesar de que existen protocolos, no significa de que no haya profesionales que cometen errores que no son preventivas.
- Otro punto muy importante es que todos los enfermeros debemos ser partícipes de los indicadores y resultados estadísticos encontrados en el servicio de emergencia, no vale de nada como hasta el momento, tener resultados y que no son mostrados detalladamente. Estos datos servirían para conseguir un feedback necesarios en salud y bajar las incidencias en el servicio y por qué no proyectarlo a otros servicios e instituciones, conjugando los resultados de lo apropiado y lo no apropiado demostrando así que lo que hacemos otorga resultados positivos y no hacemos cosas innecesarias esto apuntando a una buena gestión optima de recursos con los mínimos disponibles.
- La información de todos los hallazgos servirá para mejorar nuestras herramientas de la práctica clínica como son las guías de procedimientos, los protocolos, las buenas practicas sobre la prevención de la upp

- La documentación del registro de las actividades en la HCL sobre la prevención de las upp es casi nula por lo tanto se desconoce la efectividad del trabajo de enfermería.
- Otra observación muy importante es que la institución no compra dispositivos para la `prevención y si los hace los realiza en una escasa cantidad y sin los respectivos estudios previos que demuestren la efectividad de lo que se adquirido y esto netamente está asociada al tema de la cultura curativa y no preventiva, de una cultura de cumplimiento y no de convicción y sin pensar en optimizar los recursos.

3.3.3 Limitaciones para el desempeño profesional

- Dotación de recursos humanos insuficiente de acuerdo a las necesidades de la demanda y el nivel de complejidad.
- Dotación insuficiente de material e inadecuados.
- Falta de adherencia a las medidas preventivas.
- Desincentivación
- Poco interés en utilizar las herramientas de registro.
- Falla en la comunicación y de expresar las experiencias propias como mejora de las evidencias.
- Desconocimiento de las guías y protocolos de prevención de la upp.

IV. RESULTADOS

El presente cuadro nos muestra que en el año 2015, el registro sobre el cumplimiento sobre las medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de UPP en el servicio de emergencia es del 40.30 % debido a que no se realizó la verificación de las actividades preventivas en 06 meses del año.

Cuadro 4.1

**CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN
PACIENTES CON RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA- 2015**

Nº	MES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	ENERO	43.57
2	FEBRERO	40.14
3	MARZO	No hay registro de datos
4	ABRIL	100
5	MAYO	100
6	JUNIO	No hay registro de datos.
7	JULIO	No hay registro de datos
8	AGOSTO	No hay registro de datos.
9	SETIEMBRE	100
10	OCTUBRE	No hay registro de datos.
11	NOVIEMBRE	100
12	DICIEMBRE	No hay registro de datos.
	COMPLIANCE	40.30

Fuente: Jefatura de Enfermería de Emergencia HNASS (2016-2017)

En el presente cuadro nos muestra que en el año 2016, el registro sobre el cumplimiento sobre las medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de UPP en el servicio de emergencias del 75% debido a que no se realizó la verificación de las actividades preventivas en 03 meses del año.

Cuadro 4.2

**CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN
PACIENTES CON RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA- 2016**

N°	MES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	ENERO	100%
2	FEBRERO	No hay registro de datos
3	MARZO	No hay registro de datos
4	ABRIL	100%
5	MAYO	100%
6	JUNIO	100%
7	JULIO	100%
8	AGOSTO	100%
9	SEPTIEMBRE	100%
10	OCTUBRE	100%
11	NOVIEMBRE	100%
12	DICIEMBRE	No hay registro de datos
	COMPLIANCE	75%

Fuente: Jefatura de Enfermería de Emergencia HNASS (2016-2017)

En el presente cuadro nos muestra que en el año 2017, el registro sobre el cumplimiento sobre las medidas de prevención implementadas en pacientes con riesgo de UPP en el servicio de emergencia es del 82%, en este año se evidencia un mejor apego sobre las prácticas seguras para la prevención y reducción de riesgos de UPP.

Cuadro 4.3

CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN PACIENTES
CON RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA-
2017

Nº	MES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	ENERO	100%
2	FEBRERO	100%
3	MARZO	100%
4	ABRIL	100%
5	MAYO	84%
6	JUNIO	90%
7	JULIO	87%
8	AGOSTO	67%
9	SETIEMBRE	41%
10	OCTUBRE	92%
11	NOVIEMBRE	92%
12	DICIEMBRE	35%
	COMPLIANCE	82 %

Fuente: Jefatura de Enfermería de Emergencia HNASS (2017)

V. CONCLUSIONES

- a. La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente en cuanto a la disminución de las incidencias de las úlceras por presión.
- b. Desde el año 2015 hasta el 2017 el personal de enfermería del servicio de emergencia del HNASS ha mejorado tanto en la parte actitudinal, como en el registro de diferenciación de prevalencia e incidencias de la presencia de upp, en el cumplimiento del desarrollo de las guías de los cuidados para la prevención de úlceras por presión.
- c. El personal profesional de enfermería hace partícipe a la familia como un aliado estratégico en el tema de prevención haciéndolo conocedor de los potenciales riesgos a los cuales se encuentra sometido el paciente.
- d. Aun no se visualiza un enfoque multidisciplinario en la prevención de las upp.
- e. No se considera de importancia de la identificación de errores en el tema de prevención las cuales serían una oportunidad de mejora y hacer un correcto abordaje de barreras.

VI. RECOMENDACIONES

a) *A los profesionales:*

Documentar las experiencias propias de prevención las cuales se convierten en la mejor evidencia, considerando que las intervenciones se hacen más frecuentes cuando se encuentran los hechos documentados.

Se recomienda a los profesionales de Enfermería hacer uso de las Guías sobre Prevención de las UPP según RNAO.

b) *A la institución:*

Se recomienda a la institución adquirir materiales adecuados analizando el costo beneficio y no necesariamente de costos bajos, lo que no necesariamente produce ahorro institucional.

c) *Al servicio:*

El personal de enfermería debe tener acceso a las guías, los protocolos de prevención de upp.

Crear enfermeras referentes en el tema de prevención de upp para que puedan ser guías a las colegas de menor experiencia.

VII. REFERENCIALES

1. Barrero Garzón L, Rivera Vargas J. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Infecciones Asociadas a Dispositivos ,2016
2. Torra-Bou J, Verdú-Soriano J. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente, 2016.
3. Espinoza Herrera Magali Sujeli. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería Intensivista 2007: Lima-Peru. Universidad Nacional Mayor de San Marcos -Facultad De Medicina Humana -Unidad De Postgrado. 2009.
4. González García María Del Rosario .Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay. Para optar el Título de Máster Universitario en Gestión Integral e Investigación de las Heridas Crónicas. Uruguay. Escuela Universitaria de Enfermería “Casa De Salud Validecilla “. 2013.
5. Gonzales Méndez Isabel. Incidencia y Factores de Riesgo para el Desarrollo de Úlceras Por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen Del Rosario: Tesis para

optar el Título de Doctor. Sevilla- España. Universidad de Sevilla
2016.

6. ULCERAS.NET. Úlceras por presión – Epidemiología.
<https://www.ulceras.net/monograficos/86/96/ulceras-por-presion-epidemiologia.html>. consultada el 12 Diciembre 2017.
7. Scielo: Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006 Consultada el 5 de Diciembre del 2017.
8. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. España: Elsevier; 2011.

ANEXOS

**INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HNAS
– DICIEMBRE 2017**



FUENTE: Elaboración Propia

**DURANTE UNA CURACIÓN EN UNA HERIDA DE UPP.
DICIEMBRE 2017. SERVICIO DE EMERGENCIA - HNAS**



DURANTE LA CURACIÓN DE UNA UPP EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HNASS- NOVIEMBRE 2017



FUENTE: Elaboración Propia

**JORNADA DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
HNAS. NOVIEMBRE 2017.**



FUENTE: Elaboración Propia