



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS EN ESTADO
CRÍTICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL II ESSALUD
CAJAMARCA. 2016 – 2017”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO**

AUTORAS

Lic. Enf. ERICKA ROXANA DEL PILAR GALLARDO PISCOYA

Lic. Enf. MARÍA CLODESVINDA VÁSQUEZ RAMOS

ASESORA

Dra. TANIA ROBERTA MURO CARRASCO

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

**“CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS EN ESTADO
CRÍTICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL II ESSALUD
CAJAMARCA. 2016 – 2017”**

PRESENTADO POR:

Lic. Enf. ERICKA GALLARDO PISCOYA
AUTORA

Lic. Enf. MARÍA VÁSQUEZ RAMOS
AUTORA

Dra. TANIA ROBERTA MURO CARRASCO
ASESORA

APROBADO POR:

Dra. MARÍA M. FANNING BALAREZO
PRESIDENTA

Mg. NORA E. SÁNCHEZ DE GARCÍA
SECRETARIA

Mg. CRUZ M. POLO CAMPODÓNICO
VOCAL

DEDICATORIA

A DIOS Padre, por guiarme y mostrarme el camino correcto; A mi querida madre, quien día a día me incentivó para culminar este sueño anhelado, A mi padre que desde el cielo me acompaña y me protege; A mí amado esposo e hijo quienes con su amor y paciencia me apoyaron para lograr mis metas.

ERICKA

A DIOS, por darme la oportunidad de vivir y la fortaleza suficiente para seguir escalando profesionalmente y cumplir mi sueño ansiado; A mis Padres, hermanos y familiares, por su apoyo, comprensión incondicional y por compartir la felicidad de lograr uno más de mis anhelos ansiados.

MARÍA

AGRADECIMIENTO

*A la Gerencia Departamental de Cajamarca
ESSALUD y al personal profesional de
enfermería por el apoyo brindado.*

ERICKA

*A mis amigos y compañeros de trabajo que me
apoyaron para poder cumplir con el propósito
perseguido.*

MARIA

*A nuestra querida Profesora y Asesora,
expresarle nuestro más profundo
agradecimiento, por guiarnos y conducirnos
para hacer posible la realización de este
estudio de investigación.*

LAS AUTORAS

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

SUMMARY

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Base Teórica Conceptual.....	12
2.3. Base Contextual	49

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación.....	53
3.2. Trayectoria Metodológica	53
3.3. Informantes.....	58
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	60
3.5. Análisis de Datos	64
3.6. Rigor Científico	66
3.7. Principios Éticos	68

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de los Resultados.....	72
4.2. Discusión de los Resultados	74

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones Finales	118
5.2. Recomendaciones	120

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 122

ANEXOS 129

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo caracterizar el Cuidado Enfermero en personas en estado crítico con úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017, el tipo de estudio fue cualitativo, con abordaje de estudio de caso. La muestra estuvo conformada por 5 Licenciadas y 6 familiares. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista a profundidad y la observación participante, los discursos fueron analizados temáticamente. Se obtuvieron las consideraciones finales siguientes: las enfermeras investigadas brindan su atención enmarcados en un paradigma biomédico. Se considera a las úlceras por presión (UPP) como lesiones en la piel con diversos factores causantes. El cuidado preventivo se da por la valoración de riesgos de UPP, brindando cuidados a la piel a través de la higiene y la humectación, controlando el exceso de humedad e interviniendo en la presión en prominencias óseas. El Cuidado Enfermero recuperativo, se orienta a continuar con los cuidados preventivos, valorando y clasificando las UPP, así como su limpieza y desbridación, evitando la infección. Existen limitaciones tanto institucionales como personales y metodológicas para que el profesional de enfermería brinde un cuidado enfermero idóneo. La Metodología del Cuidado Enfermero en la Prevención y Tratamiento de las UPP está caracterizado por la falta de utilización de las Taxonomías NANDA, NOC y NIC. Durante todo el proceso de la investigación se tomaron en cuenta los principios éticos según el Reporte Belmont y Criterios de Rigor Científico según Polit.

Palabras claves: Cuidado Enfermero, Paciente Crítico, Úlceras por Presión.

SUMMARY

This research work is to characterize the nursing care in people in critical condition with pressure ulcers in the Intensive Care Unit of the Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 - 2017, the type of study was qualitative, case study approach. The sample was composed of 5 Licensed and 6 family rooms. For the collection of data was used in-depth interviews and participant observation, the speeches were analyzed thematically. The final considerations were obtained following: nurses investigated provide your care framed in a biomedical paradigm. It is considered to pressure ulcers (PU) as injuries in the skin with various causal factors. Preventive care is given by the risk assessment of UPP, providing care to the skin through the hygiene and moisturizing, controlling the excess moisture, and intervening in the pressure on bony prominences. The Nursing Care recuperative, aims to continue with the preventive care, assessing and classifying the UPP, as well as its cleanliness and desbridacion, avoiding infection. There are both institutional and personal limitations and methodological issues for the nursing professional to provide a suitable nursing care. The methodology of the nursing care in the prevention and treatment of the UPP is characterized by the lack of use of taxonomies NANDA, NIC and NOC. Throughout the research process took into account the ethical principles according to the Belmont Report and criteria of scientific rigor according to Polit.

Keywords: Critical Care Nurse, Patient, pressure ulcers.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), requieren de personal profesional con elevado nivel científico y técnico que se desempeñe eficientemente, por una parte, a las exigencias del desarrollo tecnológico avanzado con que están equipados estos servicios, y por otra a las necesidades de atención de persona cuidadas graves que requiere de un alto nivel de sensibilidad y humanismo. En otras palabras, de un adecuado Cuidado Enfermero.

El Cuidado Enfermero, es un conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentada en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico y científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad¹.

Las Úlceras por Presión son áreas en que se ha esfacelado la piel, pueden desarrollarse en personas encamadas mucho tiempo, en especial si no pueden moverse libremente. Se debe a la presión prolongada en una parte del cuerpo, con la consiguiente pérdida de la circulación en el área y destrucción tisular. Los factores que predisponen a las úlceras por decúbito incluyen presión continua en un área, humedad, alteración de la superficie de la piel, mala nutrición, deshidratación, mala circulación sanguínea, delgadez (las salientes óseas no están protegidas por tejido adiposo) y presencia de bacterias patógenas².

La incidencia de úlceras por presión (UPP) es considerada como un indicativo de calidad de los cuidados. Su presencia se asocia con un aumento de la estancia hospitalaria, de cargas de trabajo de enfermería, de costes y con una mayor morbilidad y mortalidad de las personas cuidadas afectadas. La prevención: cambios posturales, higiene e hidratación de la piel, protección de zonas de presión, uso de superficies de apoyo especiales y adecuada nutrición, junto a la identificación mediante escalas apropiadas de los pacientes con mayor riesgo de desarrollar este problema, son las principales medidas a adoptar para el control del mismo. La escala de Waterlow incorpora una serie de factores de riesgo específicos para el paciente ingresados en UCI³.

En España hay alrededor de 100 000 afectados por, al menos, una úlcera por presión y el 85% de ellos tienen más de 65 años, aunque también pueden desarrollarse en personas jóvenes y niños. El Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles (EPINE) 2011, con cifras de 287 hospitales de toda España y un total de 61 222 pacientes estudiados, concluía que el 6,2% de las personas ingresadas sufren úlceras y que estas, además, están infectadas un 3,08%. Por este motivo, todos avances en su abordaje son de especial importancia. Tanto que incluso, desde octubre de 2011, la Declaración de Río de Janeiro establece la prevención de las úlceras por presión como un derecho universal⁴.

En una Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios en México, los profesionales de enfermería tienen una importancia vital, ya que son los

encargados de establecer un plan de cuidados para prevenir la aparición de úlceras por presión. Así mismo realizaron un estudio sobre la presencia de UPP en personas internadas en esta área, en donde encontraron que la presencia de úlceras por presión es elevada (80%); y que las mismas empeoraban al transcurrir el tiempo, por lo que concluyeron que la maniobra de prevención más utilizada es la movilización.⁵

La incidencia de las úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos (UCI) continúa siendo elevada. A pesar de la cantidad de recursos invertidos, persiste como un serio problema de salud. El trabajo de Yepes D⁶ en 150 personas cuidadas de una UCI en Bolivia indica un 26,7% de incidencia de UPP de grado II o superior. Esta elevada cifra es recientemente confirmada por otros autores, como Nijs N⁷, que en 2008 publican una incidencia del 20,1% de UPP grado II o superior en una muestra de 520 enfermos de una UCI médico-quirúrgica.

En el Hospital de ESSALUD de Cajamarca, se evidencia que existen muchos factores predisponentes para que la persona cuidada presente una UPP. El Área de Cuidados Intensivos, recibe personas cuidadas procedentes de otras áreas críticas como trauma shock y emergencia, en estas áreas debido a la carga laboral y la corta estancia no permite la adecuada valoración y atención integral del estado de la piel. Cabe señalar que además se reciben pacientes del servicio de medicina, cirugía en estado de salud crítico, con grado de dependencia en su mayoría IV.

Dentro de los Cuidados de Enfermería para prevenir UPP, se han implantado una serie de actividades, entre las cuales destaca el de cambios de posición, sin embargo, por diferentes motivos no se realiza adecuadamente, así como las veces que debe movilizarse a los pacientes. Esta realidad nos conduce a preguntarnos si se brinda o no cuidados de calidad a la persona cuidada, si se está cumpliendo con las normas de ética como personas y como profesionales y si en el cuidado se tiene en cuenta los derechos de los pacientes de recibir una atención de calidad.

La práctica de la enfermera está respaldada por la Bioética, la cual orienta las acciones como grupo. Son muchos los aspectos éticos presentes en cuidar y por ello los procedimientos enfermeros deben estar basados en los principios de justicia, respeto y autonomía donde el propio paciente tiene libertad de escoger lo que considere mejor para él⁸.

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital II ESSALUD - Cajamarca, al ingreso de un paciente se realiza exhaustivamente una evaluación céfalo caudal además de la valoración de la piel en la persona cuidada mediante la observación, registrándose en qué estado ingresa a la Unidad, evidenciándose que en muchas ocasiones se recibe a persona con flictenas en zonas de presión como son zona sacra, talones, trocánteres, que evolucionan desfavorablemente, teniendo que utilizar sustancias químicas para su tratamiento dependiendo del grado de las UPP, como: tegaderm, duoderm, alginato de calcio, biafine o trolamina, entre otros, todo ello incrementa la estancia y el costo hospitalario, así como

preocupación a los familiares, incomodidad a las personas cuidadas, dolor y los expone a riesgos de infección.

Además de observa, en la UCI que no se cumple con la movilización de estas personas cuidadas cada dos horas, ni la realización de masajes en estas zonas de presión, muchas veces las soleras, sabanas, cobijas no son alisadas, permaneciendo arrugadas y en contacto con estas zonas, tampoco se observa que la enfermera valore permanentemente estas zonas y menos que existan registros o reportes en la entrega de servicio, que evidencien estos cuidados, lo que hace prever que no se planifica la intervención de enfermería en función de las necesidades de los pacientes.

Aunado a lo anterior, se evidencia que de tres pacientes que ingresan a la unidad de Cuidados Intensivos, el 80% de ellos ingresan con algún grado de UPP, de los cuales el 40% evolucionan a un grado superior de UPP, Cuando se les pregunta a algunas enfermeras al respecto, responden “tenemos tantos pacientes que no nos alcanza el tiempo para este tipo de cuidados”, “se les arregla las camas, pero los colchones no ayudan a mantenerlas en su lugar”.

Así mismo se observó que cada enfermera cuida esta zona según su propio criterio, algunas justifican su cuidado en las capacitaciones recibidas, pero cuando se les pide socializar sus conocimientos o tener reuniones para unificar criterios las respuestas suelen ser negativas. Es importante señalar que, en la UCI de este hospital, no existen guías clínicas acerca del cuidado de este tipo de problemas basado en evidencia científica y unificación de criterios.

Frente a esta problemática observada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II – ESSALUD Cajamarca, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el Cuidado enfermero en personas en estado crítico con úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017?

El objetivo es caracterizar el Cuidado enfermero que se brinda a personas en estado crítico con úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017

Los resultados de la presente investigación acerca del Cuidado enfermero en personas en estado crítico con úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017, ha servido para conocer la práctica de enfermería en este aspecto, que permita mejorar la calidad del cuidado proporcionado al usuario. Al entender el significado de esta práctica de enfermería se ha obtenido un conocimiento más profundo del cuidado enfermero que se brinda a los pacientes de la UCI y puede contribuir a planear mejoras en la atención de pacientes con UPP.

Así mismo, el estudio beneficiará a la comunidad en general, puesto que demandarán atención de calidad, debido a que las UPP ocasionan deterioro en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, aumentan el costo social e incrementan el consumo de recursos en salud.

El hospital de ESSALUD también se beneficiará puesto que podría dotar de personal necesario en función al grado de dependencia de los pacientes, promover

la actualización de sus profesionales y preocuparse por prevenir daños agregados a la estancia Hospitalaria, aunque no siempre son ocasionados por el cuidado enfermero, optimizando de esta manera la calidad de servicio en la institución,

Finalmente consideramos, que este estudio, servirá de consulta y referencia a próximas investigaciones, a todas aquellas personas interesadas en la temática planteada, y dejar abierta la línea de investigación para una posible profundización.

El informe está estructurado en los siguientes acápite:

Capítulo I: Introducción, donde se presenta la problemática, el problema y los objetivos de la investigación y la justificación e importancia de la investigación.

Capítulo II: Base teórica conceptual, que aborda los antecedentes, el marco de referencia y análisis de un grupo de teorías que sirven como fundamento para explicar los antecedentes e interpretar los resultados de la investigación.

Capítulo III: Metodología, describe la metodología utilizada, que es de tipo cualitativo - descriptivo, cuya finalidad es interpretar los fenómenos sociales como procesos ligados a un contexto, el significado que los sujetos le dan; analizando e interpretando los discursos y las conductas observadas en las enfermeras; sobre el cuidado que brindan a personas en estado crítico con Úlceras por presión, hospitalizados en la UCI del Hospital II Es Salud Cajamarca 2016 – 2017.

Capítulo IV: Resultados y discusión, en la que se presentan los resultados de la investigación.

Capítulo V: Consideraciones finales y Recomendaciones, donde dan algunas sugerencias que pueden ser de utilidad para otras investigaciones o para la institución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Revisando la Literatura no hemos encontrado ninguna investigación que se relacione directamente con nuestro tema; sin embargo, hemos recopilado información sobre temas afines, los cuales nos ayudaron en nuestra Investigación.

A nivel internacional:

López P⁸. 2016. España. En un estudio titulado: “Prevención de las Úlceras por Presión ¿Cuánto se puede atribuir a los cambios posturales?”, cuyo objetivo fue: Analizar el papel de los cambios posturales en la Prevención de las UPP y explorar las motivaciones y actitudes de las enfermeras frente a esta medida, se concluyó: que no existen estudios que comparen la efectividad de los cambios posturales frente a la no realización de los cambios posturales, la probabilidad de desarrollar una UPP es de 1,7% veces mayor en las personas a las que no se le realizan cambios posturales frente a los que si se les realiza, la aplicación de un protocolo específico para pacientes de alto riesgo y sin posibilidad de cambios posturales puede evitar el 85% de las UPP

Cedeño V, Molina L⁹. 2015. Ecuador. En un estudio titulado: “Aplicación del proceso de atención de enfermería en persona cuidadas con úlceras por presión en el Hospital Universitario”, cuyo objetivo fue:

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, concluyó: que la inmovilización prolongada, sea esta por indicación médica o como resultados de procesos patológicos es un factor de riesgo, es en un 71% el de mayor influencia, reconocido por los profesionales de enfermería encuestados, así mismo señala que los profesionales utilizaron la escala de Norton, que es una escala conocida, sin embargo el 30% no utilizó estas escalas. Dentro de las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería se destacan los cambios de posición, prevención de úlceras por presión, protección contra las infecciones, cuidados de las úlceras por presión, y los resultados de enfermería fueron control de riesgos, proceso infeccioso, integridad tisular piel y membranas mucosas, curación de herida por segunda intención y no se encontró institucionalizado el proceso de atención de enfermería en UPP.

A nivel Nacional:

Cottos M¹⁰. 2014. Lima. En un estudio titulado: “Factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2009”, tuvo como objetivo: Determinar los factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de Úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Nacional, concluye: que los factores que limitan la

práctica de cuidados preventivos de UPP es el no uso de tablas o registros para valoración e identificación de factores de riesgo de UPP, no priorizan la aplicación de medidas preventivas de UPP frente a la curación lo que favorece su aparición, no utilizan colchones de silicona, cojines de aire, cojines de silicona para la prevención de UPP.

Espinoza M¹¹. 2009. Lima. En un estudio titulado: “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en las personas hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Angloamericana, 2007”; cuyo objetivo fue: determinar los factores de riesgo para el desarrollo de UPPI, durante el mes de Enero – Febrero - Marzo del 2007, concluyó que dentro de los cuidados prestados por la enfermera, esta realiza la valoración de la piel y actúa en un 92% del total de enfermeras y un 8% solo identifica pero no actúa contra algunos factores, o simplemente no lo registra ni lo reporta.

2.2. Base Teórica Conceptual

El objeto de investigación lo constituye el Cuidado enfermero en personas en estado crítico con úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017, por lo que se abordaron temas que permitieron fundamentar este objeto como son: enfermería cuidado enfermero, unidad de cuidados intensivos, úlceras por presión, fisiopatología de las úlceras por presión, características, tipos,

grados, complicaciones, prevención y tratamiento, cuidado enfermero en estos pacientes, respaldados por la teoría de enfermería de Jean Watson, en el contexto del Hospital II – ESSALUD Cajamarca 2016 – 2017, el cual atiende a personas aseguradas.

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio cuya base es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas en el proceso de vivir y morir. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la profesión de enfermería y constituye un modo de ser¹².

Aunque el cuidado haya sido y siga siendo visto desde diferentes perspectivas, por teóricos y filósofos, este continúa siendo la esencia de la enfermería, la cual, ha evolucionado conjuntamente con la historia de la humanidad y su cuidado.

El cuidado es la acción mediante la cual se trata de entregar lo mejor de uno mismo como cuidador en bien de la persona cuidada. Al respecto Álamo M¹³., menciona que el pensador Boff, y en base a la idea de Heidegger define el cuidado como “una actitud fundamental, un modo-de-ser mediante el cual la persona sale de si y se centra en el otro con desvelo y solicitud.”

Para Waldow R¹⁴. El cuidado como esencia del ser, y en el área de salud la esencia de Enfermería, tiene relevancia fundamental como una acción que hace la diferencia al lidiar con el dolor, la ansiedad, la angustia, el

sentimiento de pérdida, el temor de lo desconocido y tantos otros sentimientos que acometen al sujeto cuidado. La enfermedad ocasiona una alteración global en todas las dimensiones del ser. Esta alteración afecta desde la estructura exterior del ser como a su estructura interior.

En este sentido el cuidado, es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados¹⁵.

El cuidado en Enfermería es definido como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. Estos comportamientos son: respeto, gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, y ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad”¹⁴.

El Colegio de Enfermeros del Perú, define al cuidado enfermero como: “un conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentada en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico y científico orientada a comprender a la persona

usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad”¹. Esta definición es interesante en la medida que fundamenta el cuidado en la relación interpersonal que es clave para brindar un cuidado de calidad.

Nuestra Investigación se desarrolló dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, la cual es definida como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, la UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados¹⁶.

El Ministerio de Salud, en su norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de hospitales del sector salud indica, que un servicio de cuidados intensivos “Es una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo. Es una Unidad Técnica Operativa integrada por profesionales especializados en Medicina Intensiva y que tienen a su cargo el cuidado y manejo del paciente crítico”¹⁷

Dentro de nuestro estudio de investigación trataremos el cuidado de las Úlceras por Presión (UPP), las cuales son definidas por la Organización Mundial de la salud (OMS) considera que las úlceras por presión son uno de los indicadores más importantes que determina la calidad asistencial de una red hospitalaria, de un país e incrementa el costo de la atención hospitalaria debido a que no sólo pueden prolongar la estancia hospitalaria sino que también pueden conllevar a demandas médico- legales, así como la afectación psicológica de los persona cuidadas, familiares, representan pérdidas de ingresos, discapacidades y gastos médicos que anualmente suman un alto rubro, razón por la cual se pueden considerar un problema de salud pública o sanitaria¹⁸.

Las Úlceras por Presión (UPP), son un problema que data de años atrás, el cual ha afectado y sigue afectando a todas las personas del mundo sin importar raza, credo, o condición social. La piel es muy susceptible a sufrir daño, en aquellos pacientes que la movilidad está restringida o limitada. Las UPP se deben a la isquemia localizada, una deficiencia del aporte sanguíneo al tejido. El tejido está comprimido entre dos superficies, generalmente la superficie de la cama y del esqueleto óseo. Cuando la sangre no puede llegar al tejido, el oxígeno y los nutrientes no llegan a las células, los productos residuales del metabolismo se acumulan en las células y, como consecuencia de ello, el tejido muere. La presión continua y prolongada también daña los vasos sanguíneos pequeños²⁰.

Después de que la piel se ha comprimido, su aspecto es pálido, como si se hubiera sacado de ella la sangre. Cuando se alivia la presión, la piel toma un color rojo brillante, llamado hiperemia reactiva. El color se debe a la vasodilatación, es un proceso en que la sangre inunda toda la zona para compensar el periodo anterior de flujo sanguíneo obstaculizado. La hiperemia reactiva suele durar de la mitad a tres cuartos de lo que dura el obstáculo al flujo de sangre a la zona. Si desaparece el eritema en este tiempo, podemos anticipar que no se producirá daño en el tejido. Pero si el eritema no desaparece, entonces se ha producido daño en el tejido²⁰.

Las úlceras por presión pueden desarrollarse por diferentes causas, al respecto Silva O, et al.¹⁹ nos indica que **la etiopatogenia en las UPP** se producen 3 aspectos: presión, fricción y cizallamiento. *La presión*, es una fuerza que actúa perpendicular a la piel ejercida por la propia fuerza de la gravedad del cuerpo, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.), *la fricción*, Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres, dando como resultado un aumento de la temperatura local y, por consiguiente, la aparición de ampollas y destrucción de la epidermis, *el cizallamiento*, en este se combinan los efectos de presión y fricción.

Existen dos grupos de riesgo de persona cuidadas que pueden desarrollar UPP y son: Ancianos: El 70% de los mayores de 70 años son los

candidatos a desarrollar UPP, pacientes con lesión medular o parálisis cerebral; de estos pacientes un 50% de los ingresados en centros especializados son candidatos a desarrollar UPP¹⁹.

Los **factores contribuyentes** a la producción de úlceras se pueden agrupar en: *Fisiopatológicos*, como consecuencia de diferentes problemas de salud como edema, sequedad de piel, falta de elasticidad; trastorno en el transporte de oxígeno, deficiencias nutricionales, deshidratación, trastornos inmunológicos, infección, alteración del estado de conciencia, deficiencias motoras, deficiencias sensoriales, *los factores derivados del tratamiento* son aquellos que se producen por la aplicación de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos, como son: la inmovilidad impuesta, tratamientos o fármacos inmunosupresores, presencia de sondas / drenajes. *Los factores Situacionales* se dan como resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.; *los factores del desarrollo* son aquellos que se relacionan con el proceso de maduración, *los factores derivados del entorno* están relacionados con la falta de educación sanitaria, praxis deficiente por parte del equipo asistencial, la sobrecarga de trabajo del profesional¹⁹.

Las localizaciones más frecuentes de Úlcera por Presión son: Decúbito supino: occipital, escápula, codo, sacro, talón; Decúbito lateral: costillas, oreja, cresta iliaca, cóndilos, maléolos, hombro, trocánter; Decúbito prono: mejilla, mamas, genitales, rodillas, punta dedos de los pies, nariz; otras

localizaciones: meato por sondaje vesical, orificios nasales por gafas/mascarilla para oxigenoterapia o sonda nasogástrica, muñeca/tobillo por sujeción, isquion por sedestación prolongada, boca por tubos endotraqueales, zonas inmovilizadas con férulas o yesos¹⁹.

La **Clasificación de las UPP**, se puede dar evaluando según su afectación en profundidad están clasificadas en estadios. La clasificación que internacionalmente se utiliza es la de la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ¹⁹, que se indica a continuación: *Estadio I*: Alteración observable en la piel íntegra, se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor).

Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial, *Estadio III*: Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.)

También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

La **Valoración de las UPP** se da por la aplicación de Escalas de valoración del riesgo de UPP validadas hasta la fecha²², las cuales son: **La Escala de Waterlow**, con una escala con seis subescalas (relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito) y cuatro categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación). (Anexo N°1). **Escala de Braden**, consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. (Anexo N°2),

Escala EMINA, Contempla cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Con la primera letra de cada factor se le ha dado nombre a la escala (EMINA). (Anexo N° 3). **Escala de Norton**, considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo, su puntuación de corte es 16 (Anexo 4).

Escala de Cubbin-Jackson, Consta de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro (edad, peso, estado de la piel, estado mental,

movilidad, estado hemodinámica, respiración, nutrición, incontinencia e higiene). Se trata de una escala compleja, difícil de utilizar.

Las complicaciones de las UPP son varias, sin embargo, resaltamos: el dolor e infección (local o sistémica), las UPP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados¹⁹. La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis.¹⁹.

Las complicaciones sistemáticas potenciales son: Amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, Pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o abscesos, carcinoma de células escamosas en la UPP, **complicaciones derivadas del tratamiento tópico** (toxicidad por el yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica), anemia¹⁹. **Las complicaciones secundarias** son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o iatrogenia.

Las úlceras por presión son prevenibles, por ello es importante resaltar que la prevención es la actividad prioritaria de los cuidados de enfermería en las personas cuidadas con riesgo de padecer UPP. Una vez que se identifica el

riesgo, esta actividad se realizará de forma individualizada, teniendo en cuenta el mayor o menor riesgo que presente el paciente y los factores alterados¹⁹.

Para la **prevención de las UPP** es necesario contar con un programa de prevención, para lo cual, según López J, Morales J, Quesada A. García FP²² detallan, incluye: identificar a los pacientes con riesgo que necesitan medidas de prevención, así como los factores específicos que motivan el riesgo; mantener y mejorar la tolerancia a la presión de los tejidos para prevenir las lesiones; proteger frente a los efectos perjudiciales de fuerzas externas: presión, fricción y cizallamiento y mejorar los resultados de los pacientes con riesgo mediante programas educativos. Para lograr estos objetivos se debe realizar *la valoración exhaustiva de la persona en estado crítico a cuidar*, para ello resaltamos que la valoración se realiza a todo paciente con movilidad o actividad disminuida. Todo paciente con movilidad o actividad disminuida, especialmente aquéllos encamados o en sillón, ha de ser valorado lo antes posible tras su ingreso.

Cuidados de la piel, a todos los pacientes con riesgo se les debe hacer una inspección sistemática de la piel (de la cabeza a los pies), observándose especialmente las zonas de prominencia ósea, al menos una vez al día. Esta valoración puede realizarse en el momento de la higiene del paciente. En ella hay que identificar edema, eritema local, calor, cambios de turgencia, excoriaciones, pequeñas lesiones, induración, etc., como alteraciones de

alarma. Hacer hincapié en la valoración de las prominencias óseas, vigilando los puntos de apoyo específicos según la posición del paciente (sacro, coxis, codos, talones, caderas, omóplatos, isquion, etc.).

En el cuidado de la piel, efectuar la higiene con agua tibia, utilizando un jabón neutro que no altere el pH de la piel, ni la irrite, tras el lavado aclarar bien la piel y secarla minuciosamente sin fricción, prestando atención a los pliegues cutáneos y a los espacios interdigitales, no aplicar sobre la piel productos que contengan alcohol, ya que la secan, evitar la sequedad de la piel mediante cremas o lociones hidratantes aplicadas de forma suave y sin masaje hasta conseguir su completa absorción, no masajear las zonas enrojecidas ni las prominencias óseas, pues no sólo no previene la aparición de UPP, sino que además puede ocasionar daños adicionales .

Control del exceso de humedad, se debe reducir al mínimo la exposición cutánea a la humedad debida a incontinencia, sudoración, drenajes y exudado de las lesiones existentes, así mismo, valorar y tratar las diferentes situaciones que pueden producir un exceso de humedad en la piel del paciente. Para ello se deberá en situaciones de incontinencia urinaria y fecal, utilizar dispositivos de recolección adecuados (colector de orina, pañales absorbentes) y realizar para conseguirlo se realizará la higiene y se cambiará la ropa del paciente tantas veces como sea necesario. *Manejo de la presión*, las medidas de prevención están orientadas a minimizar el efecto de la

presión como factor principal en la aparición de UPP. Para ello es necesario llevar a cabo un programa activo de cambios posturales a los pacientes.

Movilización y cambios de posición al paciente, los cambios de posición del paciente deberán efectuarse como una medida básica de prevención de UPP, siempre que su estado clínico no se comprometa con la movilización y la adopción de determinadas posiciones. Estos cambios se realizarán cada dos horas y tendrán que quedar registrados para garantizar una continuidad de los mismos y evitar repeticiones innecesarias, además, seguir una rotación programada e individualizada. Para mantener la posición y proteger las prominencias óseas pueden usarse dispositivos, en el caso de los decúbitos lateralizados, la aplicación de una cuña de almohada en la zona sacra puede ser de gran utilidad para disminuir los niveles de presión.

Es necesario *mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente* en todo momento, hay que evitar el contacto entre dos prominencias óseas, utilizando para ello almohadas y dispositivos similares. Cuando el paciente presente UPP no se apoyará el peso del cuerpo encima de las mismas. En la realización de cambios posturales utilizar las técnicas para evitar lesiones en la columna vertebral y en el caso de que se utilicen grúas se extremarán las precauciones para evitar lesiones en la espalda de los pacientes.

En las UCI hay pacientes a los que, por diferentes motivos (inestabilidad hemodinámica, dispositivos de presión intracraneal, fracturas

vertebrales no fijadas, lesiones esternales, etc.), no se les pueden aplicar cambios posturales. Estos pacientes deberán estar apoyados necesariamente en superficies dinámicas especiales para el manejo de la presión (SEMP) que permitan disminuir los niveles de presión en las zonas de apoyo hasta cifras que no produzcan colapso vascular (16-20 mmHg).

Superficies especiales para el manejo de la presión, en todos los pacientes considerados con riesgo de presentar UPP deben utilizarse superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) cuando estén en cama y cuando estén sentados. En el mercado existen dispositivos destinados a aliviar las presiones que se basan en el principio de flotación y permiten el reparto de presiones en los puntos de apoyo.

Protección local, se debe hacer una protección local de la presión en las zonas de mayor riesgo: talones, región occipital y maléolos. Algunos apósitos hidrocélulares almohadillados adaptados al talón son mejores para prevenir las UPP en esta localización que los sistemas de uso extendido y escasa eficacia, como los vendajes protectores de talón. En ningún caso se utilizarán dispositivos en forma de rosco o anillo. Los apósitos hidrocoloides y los de película de poliuretano carecen de acción protectora ante la presión y sólo sirven ante la fricción, otro modo de protección local frente a la presión en zonas expuestas a ésta y al rozamiento por sondas, mascarillas, sistemas de presión positiva, dispositivos de inmovilización, yesos, etc., es la aplicación

de medidas de protección en dichas zonas, como los apósitos hidrocelulares no adhesivos con capacidad de manejo de la presión.

Nutrición, es muy importante garantizar una dieta equilibrada, ajustada a los requerimientos energéticos y a la situación fisiopatológica en que se encuentre el paciente para aportar una cantidad adecuada de todos los nutrientes necesarios con el fin de mantener la integridad cutánea. Si existe malnutrición, la dieta debe establecerse a partir de un plan de soporte nutricional (aumentar la ingesta de proteínas, calorías, vitamina C y zinc). El aporte hídrico óptimo a estos pacientes tiene que asegurarse mediante una ingesta diaria mínima de 1,5 a 2 litros de líquidos. Si la ingesta alimenticia es inadecuada, habrá que considerar la utilización de alimentación enteral o parenteral.

Educación, en la prevención de las UPP constituye un aspecto importante el desarrollo de programas de educación estructurados, sistemáticos y adaptados a las características del paciente y de sus cuidadores. Estos programas educativos deben planificarse, realizarse y evaluarse teniendo en cuenta los principios didácticos y metodológicos de la educación de adultos. Han de contemplar la dimensión interdisciplinar y facilitar la continuidad de los cuidados de los pacientes en sus tránsitos dentro de las instituciones de salud, así como en los diferentes niveles asistenciales.

En los programas educativos de prevención de las UPP debe incluirse información sobre etiología y factores de riesgo, valoración de la piel,

selección y empleo de superficies de alivio de la presión, desarrollo y aplicación de programas individualizados de cuidados de la piel, movilización, cambios de posición y documentación de la información.

Para el **Tratamiento de las UPP**, López J, Morales J, Quesada A. García FP²² detallan; que dentro del tratamiento de los pacientes con úlceras por presión, se tiene en cuenta **cuidados generales:** referido a que se debe tener en cuenta el hecho de que el paciente con úlceras debe ser considerado como de alto riesgo; por lo tanto, lo primero que se hará será poner en práctica las medidas preventivas adecuadas descritas antes, valorar la UPP, especificando cuál es el tejido que compone el lecho de la úlcera, valorar el estado de la piel perilesional: es fundamental para saber si la lesión va a tender a extenderse, *valorar la secreción o exudado:* generalmente será escasa o nula o, en su caso, moderada o abundante, *signos de infección:* la presencia de los signos tradicionales de infección, dolor, tumor, calor o rubor.

Limpieza de las úlceras por presión, consiste en la eliminación por arrastre de tejidos necróticos, exudados y restos metabólicos, con el fin de favorecer la cicatrización y disminuir el riesgo de infección. Actualmente se sabe que hay que limpiar inicialmente en cada cura y usar única y exclusivamente suero salino. Para evitar dañar el tejido sano de granulación en las mismas, se recomienda aplicar el lavado mediante jeringa (de 20 a 50 ml) conectada con una aguja o catéter 19 G, lo que proporcionaría una presión de arrastre óptima (de 2 kg/cm²), sin producir lesión tisular.

Considerar uso de la mínima fuerza para el secado, ya que en muchas ocasiones es aquí donde se lesionan los tejidos sanos. Uno de los elementos más controvertidos es el uso de antisépticos locales y desinfectantes cutáneos en las úlceras por presión.

Se aconseja sólo el uso de suero salino para la limpieza de las heridas o, en su defecto, de agua del grifo susceptible de ser bebida, ya que estudios confirman que no existen diferencias entre la tasa de infecciones y/o curación de las mismas cuando se utiliza suero o agua potable del grifo. Por tanto, el uso de los antisépticos debería quedar reservado únicamente a la realización de técnicas diagnósticas invasivas o, cuando se requiera, a disminuir la carga bacteriana en situaciones puntuales, como la realización de un desbridamiento quirúrgico o cortante.

Desbridamiento, consiste en la eliminación del tejido necrótico o desvitalizado del lecho de la úlcera para proporcionar un ambiente favorable para la cicatrización. Existen cuatro tipos de desbridamiento complementarios entre sí y, por lo tanto, combinables para conseguir una mayor eficacia:

Desbridamiento quirúrgico: es el método más rápido de desbridamiento. Consiste en el corte mediante tijeras y/o bisturí del tejido desvitalizado. Está indicado en caso de infección. Debe hacerse por profesionales cualificados y preferentemente tras prescripción, ya que sus dos potenciales complicaciones (dolor, hemorragia) pueden requerir los servicios de otros profesionales.

Desbridamiento enzimático: es el que se realiza mediante enzimas proteolíticas (colagenasa, fibrinolisisina y DNAasa; estas dos últimas, hoy en desuso), lo que puede favorecer la granulación. No obstante, los desbridadores enzimáticos no son selectivos, por lo que pueden dañar la piel perilesional, que debe ser protegida cuando se opte por estos productos. También están indicados cuando existen necrosis secas (escara) que, aplicándolas junto con los hidrogeles, favorecen el paso a necrosis seca y su eliminación por medios quirúrgicos.

Desbridamiento autolítico: se conoce como tal al producido por los hidrogeles en estructura amorfa o por los hidrogeles en malla. Es, por tanto, un tipo de desbridamiento basado en la cura húmeda y que actúa por hidratación de la úlcera, fibrinólisis y acción de enzimas endógenas. Por lo tanto, el desbridamiento autolítico es un método selectivo, atraumático y bien tolerado. No obstante, cuando es utilizado de manera aislada su acción es lenta. La utilización de apósitos hidrocelulares, de hidrogel en malla en combinación con el desbridamiento enzimático, constituye una excelente combinación de desbridamiento enzimático y autolítico.

Desbridamiento mecánico: es un método en desuso basado en la abrasión mecánica por dextranómeros, por cepillado o por la utilización de apósitos húmedos que pasan a secos. Es una técnica no selectiva y muy traumática que lesiona el tejido de granulación.

Manejo y control de la infección, en la mayoría de los casos el manejo y el control de la infección pasan únicamente por aumentar la frecuencia de la limpieza y el desbridamiento. Hasta ahora la mayoría de las guías de práctica clínica recomendaban el uso de la limpieza y el desbridamiento como pasos iniciales en el manejo de las lesiones crónicas con signos de infección durante dos a cuatro semanas. Actualmente existen evidencias clínicas que demuestran la ventaja de la utilización conjunta de apósitos de plata y limpieza y desbridamiento en lesiones infectadas, frente a la limpieza y desbridamientos solos.

Es importante destacar que la composición (cantidad de plata), el tipo de plata, el mecanismo de liberación de la plata y la capacidad de actuar como barrera, así como la efectividad ante gérmenes multirresistentes y las posibilidades de combinación con otros apósitos, varían de un tipo a otro de apósito, por lo que su elección estará determinada por los objetivos que se desee conseguir en la herida en relación con la carga bacteriana.

Granulación y epitelización de las lesiones, el aspecto más complejo en el cuidado local de las úlceras por presión sea el de los productos que se deben aplicar cuando se trata de lesiones limpias cuya granulación y epitelización se pretende favorecer. Se sabe que tiene mayor efectividad la cura en ambiente húmedo (CAH) que la cura seca o tradicional, afirmación extensible a la dimensión coste-beneficio. Los productos basados en la CAH y que son los adecuados para esta fase de granulación se pueden agrupar en:

Apósitos hidrocelulares (espumas de poliuretano): también reciben el nombre de hidropoliméricos. Son derivados del poliuretano a los que se le ha asociado una estructura hidrofílica que favorece el uso en úlceras exudativas. Tienen capacidad autolítica como los hidrocoloides; a diferencia de estos últimos, no se deshacen en contacto con el exudado de la herida.

Apósitos hidrocoloides: son los productos más conocidos y más utilizados en el tratamiento de las úlceras por presión y de las heridas crónicas, aunque su uso no es extensible a cualquier lesión, ya que su capacidad de absorción es limitada. Están compuestos por formulaciones de carboximetilcelulosa sódica junto con otras sustancias como las pectinas, sustancias adherentes y una capa de poliuretano que les confieren propiedades de oclusividad. Son de fácil aplicación e hipoalérgicos; hay que extremar las precauciones en su retirada ya que pueden dañar pieles perilesionales frágiles.

Actúan al deshacerse en contacto con el exudado de la herida y crean un medio ligeramente ácido bacteriostático y húmedo a temperatura corporal que favorece la migración celular y disminuye el dolor. Permiten mantener el apósito varios días sin cambiar. Se pueden presentar solos, asociados con plata, asociados con alginatos, con hidropartículas absorbentes, en malla o *tul* y en forma de hidrofibras de hidrocoloides de gran capacidad de absorción.

Apósitos de hidrogel: son sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos que actúan al favorecer el desbridamiento por hidratación de las costras secas, con efecto calmante inmediato que favorece el

crecimiento de los fibroblastos y el cierre de las lesiones. Pueden asociarse a otros productos, como la colagenasa, son indoloros y no adherentes. Se pueden usar con infección. Se presentan como placas, mallas o gel granulado de estructura amorfa.

Apósitos de alginato cálcico: son polímeros de cadena larga procedentes de las algas. Se caracterizan por su gran capacidad para absorber el exudado, hasta veinte veces su peso, hidratándose y cambiando iones calcio por iones sodio, por lo que son solubles en solución salina. Actúan al crear un medio húmedo y caliente y favorecen la cicatrización, a la vez que pueden retener gérmenes. Son asociables a los hidrocoloides y a los hidrocélulares. Presentan una gran facilidad de aplicación, aunque no tanto de retirada.

Apósitos de colágeno: constituyen una nueva generación de productos que aportan colágeno externo. Actúan sirviendo de alimento a las proteasas del organismo, con lo que protegen los factores de crecimiento endógenos y los fibroblastos. Su relación coste-eficacia aún está por demostrar y por supuesto no son el producto de elección inicial, sino que más bien parecen indicados para el uso en aquellos casos en los que el resto de productos haya fracasado.

Monitorización de las lesiones, el estadiaje es un sistema de valoración que clasifica las úlceras por presión en función de la profundidad anatómica del tejido dañado. Es erróneo considerar que una úlcera de estadio

IV puede pasar a ser de estadio III, estadio II y/o, consecuentemente, de estadio I.

Cuando una úlcera de estadio IV ha cicatrizado debe ser clasificada como una úlcera de estadio IV cicatrizada y no como una úlcera de estadio 0. La reversión del estadiaje no permite caracterizar de una manera cuidadosa los fenómenos fisiológicos que tienen lugar en la úlcera. La progresión de la cicatrización de una úlcera sólo puede documentarse a partir de las características de la úlcera o bien mediante la mejora de las características de la lesión según un instrumento validado para determinar la cicatrización de una UPP.

Es por ello por lo que desde el año 1996 el NPUAP ha desarrollado y validado un instrumento llamado *Pressure Ulcer Scale for Healing* (de ahí su acrónimo en inglés, PUSH) que permite documentar la cicatrización de una úlcera por presión. El PUSH, traducido al castellano por el GNEAUPP como instrumento para la monitorización de la evolución de una úlcera, está conformado por tres variables a las que se les pueden asignar diferentes puntuaciones: *Longitud por anchura, cantidad de exudado, tipo de tejido*.

Las autoras consideran que el Cuidado Enfermero a personas que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos, comienza desde su recepción en la cual, de manera rápida, se realiza una pre valoración, posteriormente, es llevado a su unidad en donde se le podrá valorar más detenidamente, buscando mejorar su estado de salud; sin embargo pese a los esfuerzos que se

hace en la Unidad de Cuidados Intensivos por que la persona cuidada permanezca con la piel integra existen factores que no permiten lograr dicho objetivo.

Dentro de estos factores se menciona la pesada carga laboral, en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca, pues se asigna tres pacientes por enfermera, la cual aun después de haber sido disminuida continúa siendo un factor limitante importante al momento de realizar los cuidados específicos para la prevención de una UPP.

Por otra parte, los usuarios y sus familiares valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias, es por ello la importancia de que las enfermeras otorguen cuidados centrados en los usuarios y que los cuidados humanizados se integren a la praxis para mejorar la calidad del cuidado enfermero en los servicios de salud.

El Cuidado Enfermero se encuentra enmarcado dentro de la teoría de Jean Watson, la cual construye conceptos con base ontológica, ética y epistemológica; confirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”. Watson fundamenta su teoría en los siguientes conceptos²²:

Interacción enfermera-paciente: Define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se

involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

Campo fenomenológico: Corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

Relación transpersonal de cuidado: Para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son: *Transpersonal:* ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente, *cuidado transpersonal:* intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

Momento de cuidado: Es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un

tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

Watson, indica que el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo²³. Insiste en que la enfermera(o), el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente. La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos.

Jean Watson basa la confección de su teoría en once supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), los cuales serán mencionados a continuación.

En primer lugar, *los supuestos*, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, los cuales están relacionados con los valores del Cuidado Humano²³:

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.

2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.

3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.

4. En principio debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y tratarnos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.

6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería - la esencia de la enfermería.

7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.

8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.

9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.

10. El Cuidado Humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos ínter subjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Estos once supuestos de Watson serían complementados con los **Factores Caritativos del Cuidado**, que después Watson denomina Proceso Caritas de Cuidados²⁴:

1. 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 persona cuidadas. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero persona cuidada y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

2. 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.

3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la 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.

4. 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.

5. 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. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

6. 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.

7. 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 – aprendizajes diseñados para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8. 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 de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y la persona cuidada. Las personas cuidadas

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

10. 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.

Las autoras consideramos que el cuidado de enfermería en la actualidad, se fundamenta en una visión holística, más allá de realizar procedimientos con base científica, se trata de interconectarlos con la calidad y calidez, el brindar un cuidado humanizado, basado en el respeto hacia la persona cuidada y su familia.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar a la persona cuidada a armonizar mente cuerpo y alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo.

La disciplina en enfermería es multifacética, los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar muy particular, que le permite desarrollar la base teórica de la profesión mientras que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de

enfermería²⁵. Nuestra investigación se encuentra inmersa en el paradigma de transformación, el cual se refiere a que cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea²⁶.

La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio. La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas.

De acuerdo a Merton el paradigma de transformación cumple las siguientes funciones²⁵:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.

- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica, aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Con lo detallado anteriormente podemos afirmar que el cuidado enfermero no es resultado de acciones empíricas ni producto de la necesidad del momento, sino más bien están fundamentados en el conocimiento científico, otorgándole de esta manera el carácter de ciencia a la Profesión de Enfermería y contribuyendo a brindar un cuidado con calidad a la persona en estado crítico.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad.

Para las autoras el paradigma de la transformación involucra a la Enfermería dentro de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. En este sentido el Enfermero crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona que a su vez se beneficia de la persona para el desarrollo de su propio potencial, orientado a la persona, entorno, salud y enfermedad. Por lo tanto, enfermería requiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y sus prioridades.

El proceso de enfermería es un método por el cual se aplica esta estructura a la práctica. La participación del cliente en este proceso es de

importancia fundamental, ofrece subvenciones para el estudio y validación de los datos, expresa sus problemas reales, tratando de lograr un intercambio de información, expectativas y experiencias²⁷.

El proceso de enfermería consiste en una serie de pasos: la recogida de datos, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, que se centran en la individualización de la atención a través de un enfoque de la solución de los problemas que se basa en teorías y modelos conceptuales de la enfermería. Entre estos pasos, el diagnóstico de enfermería se ha puesto de relieve por el caso de un escenario dinámico, sistemático, organizado y complejo en el proceso de enfermería, es decir, no una simple lista de problemas, sino una fase que implica la evaluación crítica y toma de decisiones²⁷.

Utilizando el diagnóstico de enfermería, en una clasificación como la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es posible el uso de un lenguaje común de estructura organizada²⁷. Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que se detecta en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema²⁸.

A continuación, presentaremos un Plan de Cuidados dirigidos a Personas en estado crítico que están en riesgo de padecer Ulceras por presión o presentan una UPP.

Plan de cuidados, para personas con riesgo de padecer UPP:²⁰

Se debe realizar una **Valoración** del riesgo de todos los pacientes con un déficit de movilidad o actividad (Escala de Braden).

Diagnósticos Enfermeros reales o potenciales:

DOMINIO 4. Actividad/reposo: (00085) Deterioro de la movilidad física, (00109) Déficit de autocuidado: Baño/higiene

DOMINIO 11. Seguridad/protección: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, (00035) Riesgo de lesión, (00046) (00004) Riesgo de infección. Deterioro de la integridad cutánea, (00044) Deterioro de la integridad tisular,

Objetivos: Mantener, mejorar y recuperar la integridad cutánea en los pacientes ingresados durante la estancia hospitalaria.

Plan de Cuidados y ejecución de cuidados en la prevención de UPP:

Actividad/reposo: Realizar cambios posturales alternando las áreas más expuestas a la presión, establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma regular, evitar ejercer presión directa sobre

las prominencias óseas, utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de apoyo, no realizar masajes sobre las prominencias óseas.

Seguridad/protección: Utilizar dispositivos de elevación como lonas o grúas eléctricas cuando se mueve al paciente disminuyendo de este modo las zonas de fricción, utilizar apósitos protectores (hidrocoloides) para reducir las lesiones por fricción, colocar a los pacientes con riesgo bajo sobre superficies estáticas como los colchones de silicona o colchones viscoelásticos, colocar a los pacientes con riesgo moderado o alto sobre superficies dinámicas de apoyo de baja presión, tales como colchones de aire de presión alternante, mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

Evaluación (Criterios de resultados): El paciente al que se le ha aplicado dicho plan de cuidados no ha presentado UPP durante su ingreso (a nivel individual), una vez puesta en marcha la guía de cuidados, se debería haber disminuido la prevalencia (indica el número de individuos con lesiones por presión) la cual puede verse influida por factores externos, y en especial la incidencia (número de nuevas UPP desarrolladas) puesto que esta última es el único indicador que se puede utilizar como indicador de calidad (a nivel global), se recomienda que los sistemas de gestión del paciente utilicen un instrumento de medida constante del estadio de las lesiones por presión que permitan medir con precisión la incidencia de las mismas (a nivel global), por último, se recomienda calcular la tasa de incidencia cuando se implanten

nuevas directrices y cuando haya transcurrido un tiempo tras su implantación (a nivel global).

El Plan de Cuidados a personas en estado crítico con UPP,²⁰ al igual que el preventivo, en primer lugar, se tiene que identificar los diagnósticos de enfermería según la NANDA, a continuación, mencionaremos los principales diagnósticos de enfermería:

Valoración, la cual debe estar enfocada en detener el avance de las UPP, se realizará básicamente en base a las mismas actividades que en el apartado de prevención, y prestando especial atención a la zona dañada. El área dañada debería clasificarse según un sistema de clasificación uniforme y universal.

La Planificación y ejecución de cuidados del Plan:

Actividad/reposo: Realizar cambios posturales alternando las áreas más expuestas a la presión, establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma regular, evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas, utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de apoyo, no realizar masajes sobre las prominencias óseas.

Seguridad/protección: Utilizar dispositivos de elevación como lonas o grúas eléctricas cuando se mueve al paciente disminuyendo de este modo las zonas de fricción, utilizar apósitos protectores (hidrocoloides) para reducir

las lesiones por fricción, colocar a los pacientes con riesgo bajo sobre superficies estáticas como los colchones de silicona o colchones viscoelásticos, colocar a los pacientes con riesgo moderado o alto sobre superficies dinámicas de apoyo de baja presión, tales como colchones de aire de presión alternante, mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

Ante la teoría descrita creemos que el Cuidado a Personas en Estado Crítico con Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017, se define como la atención especializada a una persona en estado crítico, frente a las respuestas humanas que se relacionan con el proceso de vivir y morir en este caso frente al problema relacionado con las úlceras por presión, este cuidado debe brindarse en forma holística, bajo un paradigma de transformación, tratando de logra un equilibrio en la salud de la mente el cuerpo y el espíritu de la persona, buscando interrelacionar el beneficio de la persona cuidada y del enfermero, logrando brindar un cuidado de calidad y con calidez, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería en la Prevención, Cuidado y Tratamiento de las UPP. Esta investigación será respaldada por la teoría de Jean Watson y en el contexto del Hospital II ESSALUD Cajamarca.

Las autoras consideramos que los diagnósticos de enfermería clasificados por la NANDA, así como los criterios de resultado NOC y las Intervención NIC, son herramienta de trabajo importantes que permitiría mejorar el cuidado que se le brinde a la persona en estado crítico; sin

embargo, es de vital importancia que el profesional de enfermería se concientice sobre ellos y los aplique adecuadamente.

Con fines de la presente investigación nuestro objeto de investigación comprenderá la comprensión de los conocimientos sobre el cuidado de personas con úlceras por presión, que constituirá su saber, la prevención y tratamiento de las UPP aplicando su metodología de cuidado que es el Proceso de Atención de enfermería, utilizando la Taxonomía NANDA, NOC Y NIC que constituye su quehacer, todo ello sustentado bajo el paradigma de transformación y la teoría de Jean Watson en el contexto de la Unidad de cuidados Intensivos del Hospital de ESSALUD de Cajamarca.

2.3. Base Contextual

El marco contextual en el cual se ha desarrollado la presente investigación es la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca.

El Hospital de ESSALUD por ser de nivel II, es además hospital de referencia de los Centros Médicos y Postas Médicas de la Red Cajamarca, cuenta con especialidades e infraestructura adecuada para su nivel, solucionando problemas de salud de la población asegurada, contando además con servicios como: Medicina, Cirugía, Neonatología, Centro Quirúrgico, Emergencia, Tópico de Emergencia, Shock Trauma, Farmacia y

Servicios de ayuda diagnóstica y Laboratorio (Banco de sangre). Dentro de los cuales está La Unidad de Cuidados intensivos donde actualmente se recepcionan pacientes en estado crítico de salud y con riesgo de morir, donde requieren de cuidados especializados.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cuenta con personal capacitado y especializado en cuidados críticos: 01 Médico Intensivista Jefe del servicio, 02 Médicos Intensivistas, 01 Médico Internista, 02 Enfermeras Intensivista en adulto, 02 Enfermeras especialistas en cuidados críticos emergencias y desastres con estudios concluidos, 01 Enfermera Intensivista con estudios concluidos, rotando una enfermera por cada turno con su respectivo técnico de enfermería. Además, se cuenta con 05 técnicas de enfermería en total, personal de limpieza a exclusividad del servicio y otro personal de mantenimiento.

Estructuralmente, la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca, cuenta con equipos de soporte ventilatorio y hemodinámico como: ventiladores mecánicos, monitores Multiparámetros para monitoreo invasivo y no invasivo, y demás equipos de emergencia.

Las personas cuidadas en esta Unidad son predominantemente de patologías agudas y crónicas de fondo, cuyas edades mayormente fluctúan entre los 45 a más, son personas aseguradas que requieren cuidados especializados.

El personal de enfermería que ha formado parte de este estudio tiene

entre 38 a 61 años y cuentan con más de 5 a 15 años de servicio a la institución. Cabe resaltar que los profesionales responsables del cuidado directo del paciente son los profesionales de Enfermería. Se asigna una enfermera por cada 3 pacientes con grado de dependencia IV, quienes cuentan con conocimientos actualizados en el área crítica que les permite brindar un mejor cuidado. El cuidado que se brinda en esta área crítica es especializado, apoyándose en la tecnología con la que cuenta el establecimiento de la Seguridad Social.

El Seguro Social del Perú ESSALUD, ha tomado una posición firme, colocando a la prevención de úlceras por presión como indicador de calidad de los servicios que presta, buscando disminuir el índice de prevalencia de Úlceras por Presión en sus centros asistenciales.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo cualitativo descriptivo, porque ha permitido caracterizar el cuidado enfermero que se brinda a los pacientes de la UCI del Hospital, analizar e interpretar los fenómenos sociales como procesos ligados a un contexto, analizando e interpretando los discursos y las conductas observadas en las enfermeras; sobre el cuidado que brindan a personas en estado crítico con Úlceras por presión, hospitalizados en la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca en el período 2016 – 2017.

3.2. Trayectoria Metodológica

El abordaje de la presente investigación es de tipo “Estudio de Caso”, por ser una metodología ideal cuando se requiere de un estudio holístico dentro de una investigación. Para Polit²⁹, los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, unidades sociales o instituciones.

Es un estudio de caso, que permitió caracterizar el cuidado enfermero a personas en estado crítico con Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca.

Se ha tomado en cuenta a Nisbet y Watt citado por Ludke que caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases³⁰:

La Fase Exploratoria:

El estudio, se inició con un plan inicial, que se fue delimitando más claramente en la medida en que se desarrolló el estudio; existiendo inicialmente preguntas o criterios, producto de las observaciones o declaraciones hechas por las investigadoras sobre el problema; las cuales surgieron del contacto inicial con la situación problema en el contexto, el cual fue en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca.

Esta fase se formuló la siguiente pregunta: ¿cómo es el Cuidado enfermero que se brinda a personas en estado crítico con úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca. 2016 – 2017?

Fase Sistemática de Delimitación de Estudio:

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, se procedió a recolectar y seleccionar de forma sistemática y ordenada la información, utilizándose como técnica de recolección de datos la entrevista abierta a profundidad, cuyos datos se recolectaron utilizando como instrumento una guía de entrevista (apéndice N°3) dirigida a la enfermera, al paciente fue imposible aplicar ya que en todo momento estuvo sedado, y al

familiar acompañante (apéndice N°5). Por tratarse del cuidado enfermero, este fue observado por las investigadoras teniendo como instrumento de recolección la guía de observación participante (apéndice N°6) y el cuaderno de campo. (Bitácora).

Fase de Análisis Sistemático y la Elaboración del Informe:

Luego de la recolección de los datos, la información se transcribió en forma narrativa de acuerdo al objeto y objetivos de estudio, fueron leídos varias veces, luego se procedió a codificarlos mediante nombres de categorías según la temática encontrada. Se categorizaron según la transcripción de los relatos manifestados por las enfermeras, y los familiares de los hospitalizados, lo que permitió realizar el análisis y la discusión del Cuidado Enfermero a Personas con Úlceras Por Presión en Áreas Críticas durante su práctica diaria.

Primero se identificó unidades de significado, luego las sub categorías y finalmente las categorías, las cuales fueron discutidas a la luz de la bibliografía, los antecedentes, la teoría que respalda la investigación y el contexto.

Principios del Estudio de caso.

Al realizar la presente investigación, las investigadoras tuvimos presentes los principios del estudio de caso, según el modelo de Menga Ludke y Marli Andre, citado por Polit²⁹ tales como:

El estudio de caso se dirige hacia el descubriendo: a pesar que se partió de algunos supuestos teóricos iniciales, se procuró mantenerse constantemente atento a nuevos elementos importantes que puedan surgir durante el estudio. El conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y se rehace constantemente. Siendo así las investigadoras estarán siempre buscando nuevas respuestas y nuevas investigaciones en el desarrollo del trabajo.

Este principio permitió que las investigadoras se orienten al descubrimiento de nuevas informaciones de diferentes revisiones bibliográficas y estas puedan plantearse en el marco teórico. Además, se buscó describir a través de los instrumentos metodológicos como la entrevista; identificar los aspectos relevantes para comprender nuestro objeto de estudio, el cual se profundizó en el desarrollo de la presente investigación.

El estudio de caso enfatiza la interpretación en el contexto: un principio básico de este tipo de estudio es que para la comprensión más compleja del objeto de estudio es preciso llevar en cuenta el contexto en el que se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionados a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están ligadas.

Este principio ayudó a desarrollar la investigación dentro de un contexto que nos facilitó una mejor comprensión sobre el objeto de estudio, el cual se tomó en cuenta para poder enfocarnos en la problemática presentada, además tuvimos presente las características propias de nuestro sujeto de investigación y nos basamos en el entorno en el que se desarrollan.

El estudio de caso usa una variedad de fuentes de información:

Las investigadoras, recurrieron a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas y con una variedad de informantes. Como fuente de información primaria a las Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca y familiares de los pacientes internados, Además, las observaciones realizadas por las investigadoras.

El estudio de caso revela experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales: este principio buscó que las investigadoras relaten sus experiencias durante el estudio, de modo que pueda servir a otros investigadores para realizar generalizaciones naturalistas. Es decir, que otros investigadores rescaten de este estudio aquellos aspectos que por semejanza pueden aplicarse a su realidad. A través de este principio se trató de narrar las experiencias de los sujetos de estudio, las cuales fueron descritas de manera precisa, de modo que puedan servir de referencia para su generalización naturalista, es decir que puedan ser reconocidas como semejantes en otros escenarios con realidades similares.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje sencillo y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación: los relatos escritos se presentan en forma narrativa, ilustrados con figuras de lenguaje, citas, ejemplos y descripciones. La transmisión es directa, clara y bien articulada del caso y en un estilo que se aproxime a la experiencia personal del lector. Se puede decir que el caso es construido durante el proceso de estudio el solamente se materializa en cuanto al caso, en el relatorio final, donde queda evidente si él se constituye realmente en un estudio de caso. Esto significa que el objeto de estudio es tratado como único, una representación singular de la realidad que es multidimensional e históricamente situada.

Este principio permitió a las investigadoras describir de manera clara, precisa, sencilla las narraciones que manifestaron las personas sujeto de estudio durante la entrevista abierta la cual fue de manera individualizada viendo a la persona de forma singular y de manera individualizada.

3.3. Informantes

En esta investigación los informantes estuvieron constituidos por las 5 enfermeras que constituyen el total de personal profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca, y también se incluyó a 6 familiares para corroborar o no los discursos de las enfermeras, en este caso debido a que son tres pacientes con estancias

prolongadas, muchos de ellas con visitas limitadas debido a las ocupaciones de sus familiares, no se pudo contar con la participación de más familiares, fue imposible entrevistar a los pacientes ya que en todo momento estuvieron sedados e intubados y conectados a respirador artificial.

Se determinó a cada informante según la siguiente nomenclatura Enf – edad - tiempo de servicio, así tenemos que:

Enfermera 1 : ***Enf1 -38a-11as***

Enfermera 2 : ***Enf2 -59a-15as***

Enfermera 3 : ***Enf3 -38a-10as***

Enfermera 4 : ***Enf4 -40a-10as***

Enfermera 5 : ***Enf5 -61a-18as***

Así mismo a los familiares se les determino según la siguiente nomenclatura:

Familiar 1 : ***Fam1***

Familiar 2 : ***Fam2***

Familiar 3 : ***Fam3***

Familiar 4 : ***Fam4***

Familiar 5 : ***Fam5***

Familiar 6 : ***Fam6***

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Fase de coordinación:

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al director del Hospital II ESSALUD Cajamarca, la Jefatura de Enfermería y Coordinadora de Servicio de Cuidados Intensivos; para obtener el permiso para la ejecución de la investigación. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con los profesionales de enfermería, quienes firmaron el consentimiento previa información, se estableció el cronograma de recolección de datos posteriormente (apéndice N°2).

Como técnica de recolección de datos se utilizó:

La observación participante: mediante la cual las investigadoras pudieron estar inmersas en el entorno (UCI) donde ocurrió el fenómeno a estudiar y en donde se familiarizó con él. Se observó el entorno y la situación generada por el profesional de enfermería, observando como actuaron e interactuaron en un determinado tiempo y espacio.

Notas de campo: fue un registro, una libreta en donde se apuntó todo lo referente a nuestras experiencias con el grupo de Licenciadas de Enfermería que laboran en la UCI. Se utilizó como instrumento la pregunta guía, las observaciones fueron realizadas durante los turnos de cada enfermera en la mañana desde las 8 am a 12 pm y en la tarde desde las 14 pm

a 18 pm, los pacientes estuvieron totalmente sedados e intubados y conectado a ventilador mecánico, esta característica no nos permitió entrevistar a los pacientes ya que no se encontraban en condición adecuada.

Entrevista abierta a profundidad cuyos datos se recolectaron utilizando como instrumento una guía de entrevista (apéndice N°3) dirigida a la enfermera y al familiar acompañante (apéndice N°5). La entrevista fue grabada y posteriormente transcrita a Word para poder categorizar y subcategorizar los párrafos de similares características para que de esta manera podamos analizar el actuar de enfermería frente a pacientes en estado crítico en la Prevención y Cuidado de Úlceras por Presión. Para la realización de la entrevista se coordinó la fecha, hora y el lugar. Se usó como técnicas de profundización el parafraseo, el resumen y la confrontación.

La entrevista abierta se llevó a cabo a través de las siguientes fases:

Fase de Entrevista: La entrevista abierta a profundidad, permitió obtener detalladamente la información relativa del cuidado enfermero en personas con úlceras por presión hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, la presente entrevista exigió una serie de condiciones, además de determinadas cualidades y aptitudes por parte de las investigadoras que se resumió en: actitud de aceptación, comprensión y permisividad, se respetó las posiciones del entrevistado, se permitió al participante expresarse de forma propia, se creó un clima de confianza y de relación que permitirá al

entrevistado comunicarse con total libertad, se escuchó y se apreció las opiniones sin juzgarlas, nos presentamos con total naturalidad al entrevistado.

En la entrevista abierta a profundidad se planteó dos preguntas guías para el profesional de enfermería y una pregunta para los familiares. Se entrevistó a las personas antes indicadas grabando cada una de las entrevistas sin interrumpir el desenvolvimiento de las personas entrevistadas, Así mismo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes. Al finalizar la entrevista se agradeció a las participantes y se les solicitó algún número telefónico en caso se necesitara nuevamente su apoyo, caso que no ocurrió.

Fase de Contrastación: el instrumento utilizado fue la guía de entrevista para las enfermeras (apéndice n°3) y consta de aspectos generales donde está considerado el contexto como, seudónimo, la edad, estado civil, tiempo de servicio en el Área de Unidad de Cuidados Intensivos, pero también aspectos específicos que permitieron identificar o develar como es el Cuidado Enfermero a Personas en Estado Crítico con Úlceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca, para ello se plantearon las siguientes interrogantes dirigidas a las enfermeras (apéndice N° 3); ¿Cómo cuida Ud. a las personas en estado crítico para evitar úlcera por presión?, ¿Cómo cuida Ud. a personas en estado crítico con úlcera por presión?. Para contrastar los discursos vertidos por las enfermeras, se interrogó a los familiares sobre el cuidado que la enfermera brinda a su

paciente en este caso. Del mismo modo el instrumento es la guía de entrevista (apéndice N°5).

Estas guías constaron de aspectos generales donde está considerado el contexto como, seudónimo, la edad, estado civil, sexo, pero también aspectos específicos que permitirán identificar o develar la manera cómo perciben ellos los Cuidados que le brinda la Enfermera de UCI, para ello se plantearon las siguientes interrogantes: a los familiares de los pacientes ¿Cómo es el cuidado que la enfermera brinda a su familiar para prevenir y tratar las escaras de su familiar? Se necesitó un promedio de dos meses para la obtención de la información, la cual fue procesada.

Las investigadoras para contrastar los discursos obtenidos de las diferentes fuentes realizaron la observación participante del cuidado que brinda la enfermera de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca para prevenir y tratar las úlceras por presión. Para ello se utilizó la guía de observación (apéndice N° 6) y los datos se recolectaron en un cuaderno de campo.

La *validación del Instrumento*, se realizó a través de Juicio de Expertos, el cual lo definimos como una opinión informada de personas con experiencia en el tema, las cuales son reconocidas por otros profesionales del área como expertos en esta materia y por lo tanto pueden dar una información, juicios, valoraciones evidencias e informaciones. Para ello se remitió una carta solicitando validación de nuestro instrumento adjuntando la

hoja de valoración del instrumento. Los expertos fueron la Jefa de La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II – ESSALUD Cajamarca, una Licenciada con especialidad en Cuidados Intensivos que labora en el Área de Emergencia y una Docente de la Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo” con experiencia en investigación. Realizando los ajustes necesarios para aplicar los instrumentos.

3.5. Análisis de Datos

En la presente investigación se realizó el análisis cualitativo temático, para ello el análisis se realizó a partir de las transcripciones de los discursos de los informantes y las observaciones acerca del objeto de investigación realizada por las investigadoras.

El análisis temático comprendió tres etapas: la primera etapa denominada **pre análisis**; consistió en la organización del material a analizar, en la que se diseñó y definieron los ejes de plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis. En esta etapa se grabaron, y transcribieron palabra tras palabra de manera fidedigna en el programa de Microsoft Word las entrevistas realizadas a las enfermeras y a los familiares, para esto las investigadoras escucharon atentamente las grabaciones, prestando atención tanto al contenido de la conversación como al tono de voz, y las inflexiones, organizando las entrevistas de manera ordenada por números, teniendo en cuenta el anonimato. Los datos recolectados a través de

la observación participante fueron registrados oportunamente en nuestro cuaderno de campo anotando cada una de las observaciones resaltantes que nos sirvieron de apoyo en nuestra investigación al igual que en la entrevista se protegió a cada una de las participantes teniendo en cuenta el anonimato.

La segunda etapa de **codificación**; consistió en realizar una transformación de los “datos brutos”, es decir el material original, a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron las fragmentaciones del texto, o sea el establecimiento de unidades de registro y la categorización de elementos. Así mismo en esta etapa se realizó una lectura y relectura de los discursos, además se les proporcionó dicha información a las personas entrevistadas para que puedan dar veracidad al documento, donde se rescataron los significados más importantes de los discursos, cambiando de un lenguaje “emic” a un lenguaje “etic”, buscando las unidades de significados de los discursos y la observación no participativa, cada unidad de significado se cortó colocándole el seudónimo y su edad, asignándoseles códigos correspondientes, y las que no encajaran dentro de algunas categorías se agruparon en otro espacio. Se procedió de manera similar con las observaciones.

Finalmente, la tercera etapa es la **categorización**, en la cual se organizó y clasificó las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización será el semántico, es decir, se agruparon las unidades obtenidas de los discursos y de las

observaciones por similitud en cuanto a su significado, formando subcategorías, éstas en conjunto formaron las categorías para un mejor estudio y entendimiento del tema. Siendo necesarias varias y sucesivas lecturas para poder encontrar convergencias y divergencias. Procesándolas de acuerdo a la trayectoria metodológica descrita y luego se analizó.

El análisis de los datos recolectados a través de las observaciones y de las respuestas de las enfermeras, y los familiares, se analizaron de manera conjunta, confrontándolos con los antecedentes, el marco teórico y contextual. En todo momento se tuvo en cuenta los principios de exclusión mutua y exhaustividad de las unidades de significado

3.6. Rigor Científico

Según Guba y Lincoln, citados en Polit, se considerarán los siguientes criterios de Rigor Científico ²⁹.

Confidencialidad

Referido a que la información manifestada por las enfermeras y familiares, se mantienen en secreto, asegurándole en todo momento el anonimato, mediante la utilización de seudónimos. Esto garantizó la sinceridad de los informantes.

Credibilidad/ Valor verdadero:

Se refiere a que la investigación que se obtuvo durante la entrevista se apegue a la verdad. También se refiere a la veracidad de los resultados que se obtuvieron del estudio. El valor verdadero se refiere al valor de verdad, en la cual se refleja la validez interna de la Investigación.

De acuerdo con esto en este estudio se buscó establecer empatía y confianza con las enfermeras de la UCI y familiares participantes, procediendo a realizar las entrevistas de manera auténtica y las versiones que se obtuvieron de las entrevistas fueron transcritas de tal manera que mantengan su naturalidad posible.

Confiabilidad:

Es la confianza que se deposita en los resultados de una investigación y en los procedimientos empleados para su realización. Los discursos de las informantes claves no fueron alterados, ni modificados, dichos resultados se obtuvieron de las descripciones dadas por las mujeres y sin tener prejuicios en la investigación.

Confirmabilidad o Auditabilidad

Este criterio se aplicó mediante un proceso de análisis reflexivo y reconstrucción de las interpretaciones coincidentes desde varios ángulos o fuentes de datos. Por tanto, este criterio se centró en la contextualización de las ideas y experiencias, se apoyó en la importancia de las interpretaciones y

de la comprensión de las acciones, los símbolos, los acontecimientos, la comunicación y otras actividades humanas a medida que adquieran significado en el contexto en que viven, o en la totalidad de las experiencias vitales de las enfermeras. Así mismo se dejó un registro completo de todos los discursos, decisiones e ideas que las investigadora experimentaron (cuaderno de campo), en relación al estudio y que pueden ser solicitadas por otro investigador para una mejor comprensión del objeto de estudio.

3.7. Principios Éticos

La realización de una investigación involucra también aspectos morales, ya que cada ser humano es peculiar con respecto a su personalidad, medio social, capacidades mentales, morales y formas de vivir entre otros. Por ello cuando se trabaja con seres humanos como sujetos de investigación científica debe tenerse mucho cuidado de asegurar el respeto a sus derechos, por el cual se tomó en cuenta los principios éticos según Belmont Report³³ los cuales se mantuvieron durante todo el desarrollo de esta investigación:

Principio de Beneficencia. - Es uno de los principios éticos fundamentales en la investigación, cuyo lema es “por sobre todas las cosas no hacer daño físico ni psicológico a los participantes”. Este principio, para la mayoría de los investigadores, encierra múltiples dimensiones, entre ellas:

Garantía de que no sufrirán daños, se buscó proteger a las personas que participaron en la investigación, contra cualquier daño así como algunas consecuencias psicológicas, de modo que requieren de mayor atención y sensibilidad, esta última se acrecienta en el estudio cualitativo, que implica la exploración profunda de aspectos del Cuidado Enfermero en Personas con Úlceras por Presión, de las enfermeras que están al cuidado de los mismos y de los familiares cercanos, en el Hospital II ESSALUD Cajamarca.

Además, es inaceptable exponer a las participantes en investigación que resulten en daño serio o permanente; es por ello que las investigadoras no expusieron en ningún momento a los participantes a ningún tipo de daño, por lo que los resultados que se obtuvieron, fueron utilizados estrictamente para fines investigativos.

Principio de Respeto a la Dignidad Humana.- Comprende el derecho a la autodeterminación, quiere decir que los seres humanos deben ser tratados como entidades autónomas, capaces de conducir sus propias actividades y destinos, donde los participantes tendrán derecho a decidir si participarán en un estudio sin el riesgo de exponerse a un trato prejudicado, y también a dar por terminada su participación en cualquier momento, incluyendo a no sufrir coerción de ningún tipo; dentro de este principio también se encuentra el derecho al conocimiento irrestricto de la información, implica que el participante sea informado y tome voluntariamente la decisión de participar en un estudio, decisión que no puede tomarse sin un

conocimiento absoluto de la información, el cual conllevará a que el investigador describa detalladamente a los posibles participantes la naturaleza del estudio, el derecho que tienen a no participar.

Así pues, dicho principio se aplicó a las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos y familiares de los mismos en el Hospital II ESSALUD Cajamarca, ya que de forma anticipada a su participación se le explico de forma sencilla y clara la naturaleza de la información, objetivos y procedimientos que se utilizaron para recabar la información y dieron por finalizada la entrevista cuando ellos lo desearon, lo que está plasmado en el Consentimiento informado del cual participaron. (Anexo n°1)

Principio de Justicia. - Tiene que ver con el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad. Las enfermeras y familiares tuvieron derecho a un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación en la presente investigación, entendiendo como un trato justo a los siguientes aspectos: selección justa y no discriminatoria de los sujetos de investigación, trato sin prejuicios de quienes se rehusaron a participar o que abandonaron el estudio después de haber aceptado participar, cumplimiento de todos los acuerdos que se establecieron entre el investigador y el sujeto, acceso de los participantes a la investigación en cualquier momento a fin de aclarar cualquier información y por último el trato respetuoso y amable en todo momento.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de los Resultados

La Enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos, debe brindar cuidados especializados, tener una visión clara de la naturaleza de nuestra profesión, sus objetivos, principios y valores dentro de una ética que respete la dignidad del ser humano, favoreciendo de esta manera la salud no solo de la persona internada sino de su familia en conjunto, buscando ser más auténticas, sinceras y humanas en la resolución de problemas y toma de decisiones. Este estudio tuvo por objetivo caracterizar el cuidado enfermero en personas en Estado Crítico con úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital II ESSALUD – Cajamarca.

El análisis de datos realizado en la investigación es abordado desde la perspectiva cualitativa, es decir, se trabajó a partir de los datos obtenidos con el fin de extraer los significados más relevantes en relación al objeto de estudio. La lectura sucesiva de los discursos, apoyada en las notas de nuestro cuaderno de campo el cual detalla el desenvolvimiento de las profesionales de enfermería en el cuidado, así como los discursos de las entrevistas a los familiares nos permitieron identificar las subcategorías y categorías emergentes las cuales fueron interpretadas y discutidas con la bibliografía utilizada en el marco teórico. Dentro de estas categorías y subcategorías tenemos:

I. BASE TEÓRICA QUE SUSTENTA EL CUIDADO ENFERMERO

- 1.1. Enfermería como una carrera de cuidados eficientes, de calidad y humanos.
- 1.2. Evidenciando nociones sobre cuidado enfermero bajo un paradigma biomédico.
- 1.3. Definiendo las Úlceras por presión como lesiones en la piel.

II. CUIDADO ENFERMERO PREVENTIVO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

- 2.1. Valorando riesgos de úlceras por presión.
- 2.2. Brindando Cuidados a través de masajes, higiene y humectación de la piel.
- 2.3. Controlando exceso de humedad.
- 2.4. Interviniendo en la presión en prominencias óseas.

III. CUIDADO ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

- 3.1. Continuando con los cuidados preventivos
- 3.2. Clasificando las úlceras por presión
- 3.3. Limpiando y desbridando las úlceras por presión.

- 3.4. Previniendo infecciones de las úlceras por presión.

IV. RECONOCIENDO LIMITACIONES PARA BRINDAR CUIDADO ENFERMERO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.

- 4.1. Falta de evidencia en la aplicación de la metodología del cuidado enfermero en la prevención y tratamiento de úlceras por presión
- 4.2. Insuficiente recurso humano, material e instrumentos de gestión para el cuidado de las UPP.

4.2. Discusión de los Resultados

En nuestra investigación se interpretaron los discursos obtenidos de nuestra fuente de información, las cuales fueron subcategorizadas y reunidas en tres categorías que a continuación se detallan:

I. BASE TEÓRICA QUE SUSTENTA EL CUIDADO ENFERMERO

El Cuidado Enfermero en úlceras por presión implica el conocimiento de otros conceptos primarios en el que hacer de enfermería, los cuales se interrelacionan entre sí para lograr brindar un cuidado adecuado y de calidad.

En esta Categoría se muestra los conocimientos que el Profesional de Enfermería lleva consigo desde su formación y adquirido a través de su ejercicio profesional el cual aplica en beneficio de las personas en estado

crítico a las cuales cuida. Esta emerge de tres sub categorías, que se complementan y permiten ahondar en el actuar diario del profesional de enfermería.

1.1. Enfermería como una carrera de cuidados eficientes, de calidad y humanos

La Enfermería es una profesión que brinda cuidado humano. Esta definición amplía el campo que la enfermería tenía hacía muchos años y la inserta dentro de las Profesiones Biomédicas no como una Profesión Subordinada sino como una profesión autónoma que se complementa con otras profesiones para obtener el Producto deseado.

En esta sub categoría, el profesional entrevistado resalta a la Enfermería como una carrera que brinda un cuidado eficiente, eficaz en bienestar de la persona cuidada.

“Enfermería es una profesión, ah es una carrera que brinda cuidados de calidad eficiente y eficaz con un trato humano que ahora actualmente está en boga” (Enf4 -40a-10as)

“Enfermería es una carrera que brinda cuidados con un trato humano.” (Enf4 -40a-10as)

Ante la pregunta guía las enfermeras nos mencionaron en primer lugar que era Enfermería según su criterio, dicha definición coincide parcialmente con Verástegui M²², quien manifiesta que la Enfermería se

ha caracterizado por ser una profesión de servicio cuya base es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser.

Las profesionales de enfermería llevan consigo desde su iniciación en el estudio de la profesión conceptos básicos los cuales ponen en práctica en su desenvolvimiento profesional, es por ello que las enfermeras del Hospital II ESSALUD Cajamarca.

Finalmente consideramos que las profesionales de enfermería nos definen a la Enfermería como una carrera que brinda cuidados eficientes, de calidad y humanos, esta conceptualización no difiere de la encontrada en la bibliografía, ya que si bien no la conceptualiza exactamente tiene noción de que enfermería ve a la persona cuidada como un ser humano al cual hay que brindarle cuidados humanizados.

1.2. Evidenciando nociones sobre cuidado enfermero bajo un paradigma biomédico

El Cuidado Enfermero es un conjunto de actividades que desarrolla diariamente el profesional de enfermería, con la finalidad de lograr el bienestar de la persona internada en esta área.

En esta subcategoría, las profesionales de enfermería, nos definen que es el Cuidado Enfermero.

“El Cuidado Enfermero, más que todo enfocándonos a las Úlceras por Presión es un conjunto de actividades que se desarrollan teniendo en cuenta el diagnóstico, al pronóstico y a diferentes otras fisiopatologías que se puedan presentar en el paciente.” (Enf1 -38a-11as)

“El Cuidado Enfermero son todas las intervenciones que realizamos abocándonos a la atención de la patología y a cumplir indicaciones médicas.” (Enf4 -40a-10as)

Se pudo observar que las profesionales de enfermería ejecutan las actividades aprendidas durante su formación académica o durante su vida profesional y probablemente la multiplicidad de funciones hace que no tomen en cuenta que no obstante la sedación es un ser humano que siente y tiene experimenta emociones durante el cuidado humano y que la enfermera tiene que observar esas reacciones.

Al respecto el Colegio de Enfermeros del Perú¹ define Cuidado Enfermero como un conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentada en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico y científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad. Watson²² define al cuidado como un

proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

Finalmente consideramos que dentro de las profesionales de enfermería domina una concepción biomédica en lo que respecta al cuidado enfermero, ya que anteponen el cuidado de la patología principal, el cumplimiento de órdenes médicas, dejando de lado el cuidado humanizado, holístico dentro de un paradigma transformador.

1.3. Definiendo las Úlceras por presión como lesiones en la piel.

Las úlceras por presión, son lesiones que aparecen en la piel por falta de irrigación sanguínea en la zona, esto provoca una necrosis de tejido y posteriormente una ulceración.

En esta Subcategoría, el personal de enfermería nos detalla según su criterio que es una úlcera por presión.

“Las Úlceras por Presión son lesiones que se presentan por permanecer mucho tiempo en la misma posición, a veces puede darse por falta de cuidado por nuestra parte.” (Enf3 -38a-10as)

“Las Úlceras por Presión son lesiones que afectan la piel, porque están mucho tiempo en la misma posición o a veces por la humedad, entre otros factores causantes.” (Enf4 -40a-10as)

“Las úlceras por presión o las anteriormente llamadas escaras son heridas que aparecen en la piel, las causas son varias hay que determinar la principal para poder prevenirlas” (Enf5 -61a-18as)

Los familiares detallan:

“Las escaras son heridas en la piel que se se dan por que la paciente está mucho tiempo de un solo lado.” (Fam1)

“Las escaras son heridas que aparecen en la piel no, creo que por qué no la movían” (Fam2)

“Las úlceras por presión son heridas en la piel por que el cuerpo recibe mucho peso y para eso hay que moverlos creo ¿no?” (Fam3)

Al respecto Berman A, Snyder S.²⁹ mencionan que las úlceras por presión son lesiones de la piel y/o del tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, que se produce debido a la acción de una fuerza sola o combinada con el movimiento. Las úlceras por presión son un problema tanto del entorno de cuidados agudos como el entorno de cuidados a largo plazo, incluyendo en el hogar.²⁹

Se aprecia que las licenciadas en enfermería tienen una definición correcta de úlcera por presión como una lesión en la piel que se produce por permanecer mucho tiempo en una misma posición o tal vez por falta de cuidado, debido probablemente a la experiencia ganada, sin embargo, se observó que a veces le dan mayor atención a las patologías principales

de ingreso a la UCI y a cumplir indicaciones médicas, que también son prioritarias para los pacientes.

Finalmente consideramos que las úlceras por presión son lesiones que se presentan en la piel cuyos factores causantes son diversos.

II. CUIDADO ENFERMERO PREVENTIVO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

El Cuidado Enfermero es el conjunto de actividades articuladas, que realiza el profesional de enfermería, el cual se desarrolla dentro de un ámbito preventivo y recuperativo.

En esta categoría se buscó identificar las actividades que se realizan en el cuidado tanto preventivo. Esta categoría emerge de las siguientes 4 subcategorías:

2.1. Valorando riesgos de úlceras por presión.

La valoración de toda persona cuidada en la unidad de cuidados intensivos es la base del Cuidado Enfermero, por ello es importante realizarla de manera adecuada y dentro de los parámetros indicados, con la finalidad de encontrar riesgos para una úlcera por presión. En esta subcategoría, se explica como la enfermera de UCI realiza la valoración del riesgo de UPP a una persona en estado crítico que recién ingresa a esta unidad o a las personas que ya se encuentran en la misma.

“Cuando una persona ingresa a la UCI, realizamos una valoración céfalo caudal de la misma, esta valoración la hacemos rápido y sucinta en el momento del ingreso y luego cuando ya está en la unidad la vamos valorando más detenidamente y luego registramos los posibles riesgos de una UPP” (Enf1 -38a-11as)

“En primer lugar cuando una persona ingresa a la UCI, se realiza la valoración del paciente la cual se da en forma rápida, ya que el tiempo no nos permite ahondarla en ese momento, pero luego al momento del baño vamos valorando el estado más que todo de la piel e identificando que zonas de riesgo propensas a presentar UPP.” (Enf3 -38a-10as)

“Cuando un paciente llega a la UCI, la enfermera valora riesgos de UPP a través de escala de Braden o Norton.” (Enf5 -61a-18as)

Al observar esta intervención de enfermería se identificó que se realiza la valoración a la recepción del paciente la cual es rápida y sucinta y posteriormente lo hacen más detenidamente registrando esta valoración en la hoja de Monitoreo y Valoración de enfermería en la UCI, la cual contiene la escala de Norton para evaluar riesgos de UPP (Anexo 4).

Al respecto López J, Morales J, Quezada A, García F ²², manifiestan que todo paciente con movilidad o actividad disminuida, especialmente aquéllos encamados o en sillón, ha de ser valorado lo antes posible tras su ingreso. Prácticamente todos los pacientes ingresados en

las UCI cumplen con este criterio. Debe realizarse una valoración sistemática usando una escala de valoración del riesgo de UPP validada y repetir la valoración periódicamente o cuando cambie el estado del paciente.

En un reciente estudio realizado por Cedeño v, Molina L⁹, concluyen que, en la valoración del proceso de atención de enfermería, los profesionales utilizan la escala de Norton, que es la más conocida en las instituciones del ministerio de salud pública ya que se incluye en muchos protocolos de atención para persona cuidadas con riesgos de UPP, pero que aún existe un porcentaje de alrededor del 30% que no utiliza escalas de valoración de riesgos para este tipo de persona cuidadas.

La valoración de los riesgos para una UPP es de vital importancia al momento de trabajar con personas en estado crítico, ya que debido a su postración permanente y de larga duración tienden a presentar este problema agregado a su patología de ingreso, al respecto el personal de enfermería de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca coincide con la literatura utilizada ya que al ingreso se realiza una valoración de riesgos de úlceras por presión, utilizando la escala de Norton que según la investigación de Cedeño v, Molina L⁹ es la más utilizada dentro de los establecimientos de salud.

Finalmente se considera que las enfermeras del Hospital II

ESSALUD Cajamarca, realizan la valoración física céfalo caudal pero en forma rápida y sucinta, esperan que el paciente se encuentre totalmente instalado en su unidad y proceden inmediatamente a realizar las valoraciones correspondientes y la registran en hoja de monitoreo y valoración de enfermería de UCI, en donde se encuentra detallada la valoración, incluida la escala de valoración de Norton (Anexo 4), para identificar zonas de presión y categorizar las UPP encontradas.

2.2. Brindando Cuidados a través de masajes, higiene y humectación de la piel.

El cuidado de la piel es una intervención de enfermería que ayuda a prevenir las úlceras por presión, para ello es importante mantener la piel limpia y humectada, ya que como es conocido la falta de higiene incrementa la proliferación de microorganismos patógenos que al encontrar una puerta de entrada se coloniza y comienza a ocasionar daños en la persona internada. Junto a la higiene se debe contemplar también la humectación de la misma ya que por el mismo estado en que se encuentra la persona internada su piel se reseca y esta resecación de la piel ocasiona grietas en la misma que son la puerta de entrada para la proliferación de agentes patógenos.

En esta subcategoría las profesionales de enfermería detallaron los cuidados preventivos que realizan para mantener integra la piel de la

persona cuidadas o es su defecto prevenir que aparezcan otras UPPS en zonas de presión.

“Para cuidar la piel de la persona internada, se realiza la higiene de la piel, masajes suaves,” (Enf1 -38a-11as)

“El cuidado de la piel se da a través de la higiene y la humectación de la mismas, para ello es también importantísimo no utilizar jabones y colocar cremas humectantes a fin de mantener la piel adecuadamente.” (Enf2 -59a-15as)

“La higiene y la humectación de la piel es una de las intervenciones preventivas que nos permiten asegurar que la piel se mantendrá en óptimas condiciones.” (Enf3 -38a-10as)

“En el cuidado preventivo es de vital importancia brindar una higiene, humectación de la piel adecuadamente, así mismo se dan masajes, capotajes.” (Enf5 -61a-18as)

Al respecto los familiares mencionaron:

“Me piden cremas humectantes para que a mi papá no le salgan escaras porque la piel se reseca.” (Fam2)

“Las enfermeras cuidan la piel de mi mamá porque le hacen su higiene, le colocan cremas hidratantes para que no le salgan escaras” (Fam3)

Se observó que en las noches las enfermeras bañan a la persona internada en la UCI y le colocan cremas humectantes a la vez que le realizan masajes suaves.

Según López J, Morales J, Quezada A, García F ²² refieren que para el cuidado correcto de la piel, se tendrán en cuenta las siguientes medidas: efectuar la higiene con agua tibia, utilizando un jabón neutro que no altere el pH de la piel ni la irrite, tras el lavado, aclarar bien la piel y secarla minuciosamente sin fricción, prestando atención a los pliegues cutáneos y a los espacios interdigitales, no aplicar sobre la piel productos que contengan alcohol (de romero, colonia, etc.), ya que la secan, evitar la sequedad de la piel mediante cremas o lociones hidratantes aplicadas de forma suave y sin masaje hasta conseguir su completa absorción, no masajear las zonas enrojecidas ni las prominencias óseas, pues no sólo no previene la aparición de UPP, sino que además puede ocasionar daños adicionales.

Para las profesionales de enfermería de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, el cuidado de la piel incluye la higiene y humectación de la misma, sin embargo, el masaje que realizan por más suave que sea puede producir más zona de presión y contribuir a la presencia de una UPP por lo que no es recomendable hacerlo, utilizan clorhexidina al 2% es preferible que lo realicen con cloruro de sodio puro

ya que como menciona la literatura, estos tipos de soluciones pueden irritar la piel y lesionarla.

Finalmente consideramos que el cuidado de la piel a través de la higiene y humectación es dado adecuadamente, sin embargo, realizan el masaje, el cual se debería obviar ya que por más suave que este sea no contribuye a la prevención de una UPP, sino por el contrario permite que esta aparezca y se complique de esta forma la estancia hospitalaria.

2.3. Controlando exceso de humedad.

La humedad es un factor predisponente a padecer de una úlcera por presión, es por ello que se debe tener controlado a través de diferentes actividades diarias de la enfermera como la evaluación constante de la ropa de cama, el cambio oportuno de pañal y de ropa húmeda entre otras actividades que las licenciadas del Hospital II ESSALUD Cajamarca nos detallan. En esta subcategoría, las enfermeras nos detallan como es que ellas contrarrestan las consecuencias del exceso de humedad, ya que como se evidenció todos los pacientes se encuentran en estado de sedación y con uso permanente de pañal, lo que genera humedad en zonas de prominencias óseas.

“En cuanto al control de la humedad para prevenir las úlceras por presión, Para esto evitar también que la piel se deteriore el cambio de pañal, uso de medidas protectoras como pomadas cremas

antiescaldaduras protegiendo también de edemas que hace que la piel se ponga más sensible más delicada.” (Enf1 -38a-11as)

“Evitar que estén mucho tiempo con la ropa húmeda ah sí sabemos bien que por estadística la zona donde con mayor frecuencia se producen las úlceras por presión es en la zona sacra y son pacientes que a veces no controlan, no regulan la eliminación entonces es obvio que tenemos que realizar el cambio adecuado.” (Enf2 -59a-15as)

Los familiares corroboran estas intervenciones ya que detallan:

“A mi mama le cambian cada tres o cuatro veces el pañal, ya que como recibe dieta líquida su deposición es muy líquida” (Fam2)

“Se compra bastantes pañales porque se necesitas al día por lo menos tres, es que los cambian mañana tarde y noche creo” (Fam1)

“Si no le cambiaran el pañal a mi papa seguro que la úlcera que tiene se le complicaría más, pero creo que le cambian y eso le ayuda mucho” (Fam5)

En la observación directa se evidenció que las enfermeras cambian el pañal y la ropa de cama como regla cada vez que recepcionan el turno y cuando la persona critica lo necesita, sin embargo, a veces se limitan ya que hay paciente que no pueden comprar pañales.

López J, Morales J, Quezada A, García F ²², detallan: respecto al control del exceso de humedad, que hay que reducir al mínimo la exposición cutánea a la humedad debida a incontinencia, sudoración, drenajes y exudado de las lesiones existentes, así mismo, valorar y tratar las diferentes situaciones que pueden producir un exceso de humedad en la piel del paciente.

Para ello se deberá realizar en situaciones de incontinencia urinaria y fecal, el uso de dispositivos de recolección adecuados (colector de orina, pañales absorbentes) y realizar la higiene, así como se cambiará la ropa del paciente tantas veces como sea necesario. Con los cuidados aplicados se debe lograr que no desarrollen UPP, sin olvidar que las medidas preventivas se deben continuar aplicando una vez desarrollada la lesión, para evitar que progrese a estadios superiores, favoreciendo con ello el proceso de curación.

Prestar atención a los pacientes con sudoración profusa, por ejemplo, en episodios febriles, y cambiar la ropa y las sábanas cuando éstas se encuentren húmedas. Se pueden utilizar productos barrera tópicos que protejan la piel contra el efecto del exudado y de la humedad excesiva y continuada, así como de la incontinencia.

El cuidado preventivo de la piel a través del control de la humedad, se da oportunamente y dentro de los parámetros consignados dentro de la literatura, realizan el cambio de pañal y de ropa húmeda del paciente

oportunamente. Estas intervenciones coinciden con las detalladas en la literatura.

Finalmente consideramos que el cuidado de la piel en lo que respecta al control de la humedad se da identificando oportunamente las situaciones de humedad en el paciente y previniendo que esta humedad deteriore la piel de la persona internada.

2.4. Interviniendo en la presión en prominencias óseas

En esta sub categoría, el profesional de enfermería detalló como maneja la presión en zonas de prominencias óseas, hay que tener en cuenta que todas las personas internadas en esta área están conectados a ventiladores mecánicos, y los tubos endotraqueales también ejercen presión en la boca y puede presentarse úlcera por presión en la comisura. Los profesionales de enfermería tratan de buscar, prevenir y cuidar las UPP localizadas en prominencias óseas.

“En primer lugar, esto, usamos la movilización cada dos horas previa evaluación de la integridad de la piel.” (Enf1 -38a-11as)

“Como medida primera seria la movilización cada dos horas reloj, otras de las medidas es tratar de que las zonas donde hay prominencias óseas tengan algún tipo de soporte como son los aros no los aros que nos produzcan que no ejerza presión con la zona que podrían ser vulnerable a tener la úlcera por presión, después tener mucha, mucha seguridad y

revisar en que la cama este la ropa de cama perfectamente estirada otra cosa los movimientos debe ser levantarlos no jalarlos como porque ahí se producen las fricciones no.” (Enf2 -59a-15as)

“El cambio de posición, cambiar al paciente cada dos horas, inspeccionar que la cama este correctamente tendida que no haya arrugas no jalar al paciente sino levantarlo pedir apoyo para poder levantarlo, proteger las zonas de presión de las prominencias óseas.” (Enf3 -38a-10as)

“Los cambios posturales, como es el tendido de cama, evitando las arrugas para evitar las lesiones en la piel ya que estas se producen por los agrietamientos muchas veces de los cobertores, entonces realizamos los cambios posturales, protección de prominencias óseas con rodetes, aplicando rodetes a veces colocamos guantes con agua fría y sobre el guante colocamos una toalla para evitar que este roce también pueda ocasionar una lesión.” (Enf4 -40a-10as)

“En primer lugar el cambio postural o cambio de posición cada dos horas, protegiendo sobre todo las prominencias óseas que son las que más rápido producen las UPPs por ser zonas muy susceptibles.” (Enf5 -61a-18as)

Al respecto los familiares detallan:

“Creo que la movilización del paciente es importante para que no le salgan heridas ¿no? Y las enfermeras los mueven por eso no les sale heridas.” (Fam4)

“Bueno el cuidado es bueno porque veo que los movilizan cada que tiempo no puedo precisar, pero los mueven por que a veces desde afuerita se ve cuando entregamos los pañales que los están moviendo” (Fam5)

En la Observación se pudo evidenciar que el personal de enfermería, realiza el cambio de posición cada dos horas salvo cuando reciben una persona nueva para internar en la UCI que es cuando demoran un poco más de tres horas, además les colocan rodets, bolsas de agua fría o guantes con agua fría para contrarrestar la presión. La posición varía de acuerdo al paciente, ya que hay dos pacientes que por indicación médica se encontró uno a 30° y el otro a 45° de cabecera en relación al resto de su cuerpo. Cabe resaltar que no cuentan con guías o protocolos de cuidado para prevención de UPP.

El manejo de presión en la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, los profesionales de enfermería lo realizan cambiando de posición cada dos horas o cada tres según el grado de dependencia de las personas internadas, utilizan también superficies especiales para el manejo de la presión como rodets inflables o bolsas con agua fría.

López J, Morales J, Quezada A, García F ²², nos detallan: ***Movilización y cambios de posición al paciente*** Los cambios de posición del paciente (cambios posturales) deberán efectuarse como una medida básica de prevención de UPP, siempre que su estado clínico no se comprometa con la movilización y la adopción de determinadas posiciones. Estos cambios se realizarán cada dos horas y tendrán que quedar registrados para garantizar una continuidad de los mismos y evitar repeticiones innecesarias.

Además, tienen que seguir una rotación programada (decúbito supino, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono, decúbito lateral derecho) e individualizada. Para mantener la posición y proteger las prominencias óseas pueden usarse dispositivos, tales como almohadas o cojines de espuma. En el caso de los decúbitos lateralizados, la aplicación de una cuña de almohada en la zona sacra puede ser de gran utilidad para disminuir los niveles de presión.

Las movilizaciones del paciente en la cama han de hacerse utilizando una sábana travesera para evitar la fricción sobre la piel. Hay que tener en cuenta, además, ciertas consideraciones: en decúbito supino o lateral no deben sobrepasarse los 30° de elevación del cabecero de la cama, para evitar el cizallamiento en sacro y talones, en decúbitos laterales no deben sobrepasarse los 45° de inclinación para evitar lesiones en las zonas trocántreas.

Es necesario mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente en todo momento, hay que evitar el contacto entre dos prominencias óseas, utilizando para ello almohadas y dispositivos similares. Cuando el paciente presente UPP no se apoyará el peso del cuerpo encima de las mismas.

En todos los pacientes considerados con riesgo de presentar UPP deben utilizarse superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) cuando estén en cama y cuando estén sentados. En el mercado existen dispositivos destinados a aliviar las presiones que se basan en el principio de flotación y permiten el reparto de presiones en los puntos de apoyo. Se consideran dos tipos de SEMP: los colchones especiales o colchones de reemplazo (sustituyen al colchón convencional) y los sobre colchones o colchonetas (se colocan encima de un colchón convencional).

Si no se dispone de dicho material específico, se usarán en su lugar cojines y almohadas colocados de forma adecuada para liberar la presión las zonas de riesgo. De todas maneras, la utilización de SEMP adecuadas al riesgo de los pacientes constituye una medida básica e imprescindible para prevenir las UPP en cualquier entorno asistencial, especialmente en aquéllos con pacientes de alta dependencia, como los que están ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Las enfermeras de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, coinciden con los cuidados preventivos de manejar la presión, priorizan dentro de todos sus cuidados preventivos el cambio de posición cada dos horas, utilizan también superficies especiales para el manejo de la presión como rodetes inflables o bolsas de agua fría, pero cada enfermera actúa de acuerdo a sus conocimientos no cuentan con un Protocolo de Cuidados o Guías de Procedimientos, esto hace que cada una realice lo que a su parecer está bien.

Finalmente consideramos que el cuidado enfermero preventivo de manejar la presión está dado por los cambios de posición, así como la utilización de superficies especiales para manejo de presión.

III. CUIDADO ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

El que hacer de enfermero en personas en estado crítico internadas con diagnóstico agregado de úlcera por presión es amplio y diverso en primer lugar se tiene como meta evitar que las úlceras por presión progresen en grado, se infecten y produzcan complicaciones más graves como la sepsis.

En esta Categoría las enfermeras de UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, detallan las principales actividades que realizan en el cuidado de una Úlcera por Presión, las actividades fueron agrupadas en cuatro subcategorías, que se describen y analizan a continuación.

3.1. Continuando con los cuidados preventivos

Los cuidados preventivos siguen siendo importantes en esta etapa en donde ya se ha presentado una úlcera por presión, ya que si bien la úlcera está presente es importante prevenir que aparezcan nuevas úlceras en zonas de piel intacta.

En esta subcategoría se describe como aun cuando ya hay una úlcera por presión se debe continuar los cuidados preventivos, ya que cabe la posibilidad que, debido a la postración, al estado de sedación entre otras causas la persona cuidada pueda presentar otra UPP en zonas de presión.

“Cuando ya se ha presentado una úlcera por presión, es importante continuar con los cuidados preventivos, ya que cabe la posibilidad que aparezcan nuevas úlceras por presión.” (Enf1 -38a-11as)

“Cuando ya presentan una úlcera por presión, ya prácticamente para la enfermera es un reto, en primer lugar, porque tenemos que seguir con la prevención porque podría prevenirse la formación de úlceras en otras zonas de las que ya está presentando.” (Enf2 -59a-15as)

“Cuando ya se presenta esta úlcera por presión es importante continuar brindando todos los cuidados preventivos anteriormente

descritos, para evitar que estas úlceras progresen en grado o que aparezcan otras úlceras en áreas donde no se encontraban anteriormente no.” (Enf3 -38a-10as)

Durante la observación se pudo identificar que las enfermeras realizan el cuidado de las úlceras por presión sin dejar de lado las intervenciones preventivas.

En el discurso de las profesionales de enfermería se encuentra la necesidad de continuar brindando cuidados preventivos e impedir la aparición de nuevas UPP. Pero durante la observación, se pudo apreciar que el qué hacer y priorización de la enfermera es la curación, la parte preventiva no se observa.

López J, Morales J, Quezada A, García F ²², indica, que, aunque parezca obvio, es muy importante tener en cuenta el hecho de que el paciente con úlceras debe ser considerado como de alto riesgo; por lo tanto, lo primero que se hará será poner en práctica las medidas preventivas adecuadas descritas antes.

Asimismo, enfatiza que los pacientes que ya padecen de una UPP, deben seguir siendo tratados igual que como si no presentaran las UPP. Sin embargo, se observa que al momento de tratar a personas críticas con UPP, las enfermeras de la UCI del Hospital II EESALUD Cajamarca le dan más prioridad al cuidado de las lesiones antes que continuar con

acciones preventivas, esto ha ocasionado que algunos pacientes presentes más de una UPP.

Finalmente consideramos que es importante continuar con el área preventiva, ya que si bien es cierto en esta etapa se prioriza el cuidado de las úlceras por presión es importante evitar la presencia de nuevas úlceras, ya que esto ocasionaría el incremento en la carga laboral para las enfermeras de la unidad.

3.2. Clasificando las úlceras por presión

La clasificación de las úlceras por presión nos permite distribuir adecuadamente nuestro tiempo al momento de brindar cuidados de enfermería, por ello es importante clasificarlos según el nivel de lesión.

En esta sub categoría las enfermeras de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, detallan como clasifican una úlcera por presión.

“En primer lugar se debe clasificar la úlcera por presión, para ello utilizamos la escala de valoración de la piel con la que contamos en nuestra unidad en donde se clasifica a las UPP según la profundidad de afectación de los tejidos.” (Enf1 -38a-11as)

“Hemos hecho una valoración de la cual hemos podido clasificar las úlceras por presión y de acuerdo a ello nosotros vamos a realizar nuestro plan de cuidados para luego ser ejecutados y posteriormente se verá el resultado.” (Enf4 -40a-10as)

Tanto en el discurso como en la práctica se observó que las enfermeras realizan la valoración de las úlceras por presión, utilizando la escala de evaluación de la piel que está incluida en la hoja de valoración y monitoreo diario de enfermería. Llama la atención que las enfermeras determinen el grado de lesión de la úlcera, sin embargo en las notas de enfermería no registran las medidas tomadas ni los resultados del tratamiento de enfermería.

La **Clasificación de las UPP**, se puede dar evaluando según su afectación en profundidad están clasificadas en estadios. La clasificación que internacionalmente se utiliza es la de la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ¹⁹, que se indica a continuación: *Estadio I:* Alteración observable en la piel íntegra, se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor).

Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial, *Estadio III:* Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la

fascia subyacente, pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.) También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

Es importante identificar el estadio I de una UPP, a fin de prevenir su avance y posibles complicaciones, de encontrarse presente una UPP se debe realizar primero una limpieza previa a la determinación del estadiaje.

Las enfermeras de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, mencionaron que se debe valorar la lesión UPP para poder trabajar, sin embargo, esta valoración no está registrada ni detallada en las anotaciones de enfermería, solo llenan la hoja de valoración y monitoreo diario, sin embargo, la clasificación utilizada en su hoja de monitoreo diario corresponde a los alcances brindados en la literatura.

Finalmente se considera que es importante realizar una adecuada valoración y clasificación de la UPP, ya que esto permitirá identificar si las intervenciones que realiza el profesional de enfermería están ayudando a la curación de la UPP o si por el contrario la está complicando

3.3. Limpiando y desbridando las úlceras por presión.

La limpieza y desbridación de una úlcera por presión es pieza clave en la recuperación de la piel dañada por esta patología agregada, sin embargo, hay que tener nociones de cómo realizarlas ya que a veces la falta de capacitaciones no permite la unificación de criterios y esto complica el cuadro de una UPP.

En esta sub categoría, se detalla cómo curan una úlcera por presión y cuándo pasar a una desbridación.

“Para cuidar una UPP, en primer lugar, realizamos una correcta limpieza de las UPP, la cual la realizo con clorhexidina 2% o cloruro de sodio o dextrosa, luego se seca la UPP con mucho cuidado y posteriormente se debrida aplicando apósitos de hidrogeles en mallas o en fibra.” (Enf1 -38a-11as)

“Para la limpieza de una UPP, utilizo Se utiliza, el cloruro de sodio, jabón tipo espuma, hay que tener cuidado al secar de no ejercer mucha fuerza y posteriormente según la necesidad se desbrida la UPP con apósitos de hidrogel.” (Enf2 -59a-15as)

“La Limpieza de una UPP se realiza con clorhexidina al 2% y cloruro de sodio puede ser también dextrosa al 5% o al 33%, azúcar impalpable o azúcar también rubia pero que mandamos a esterilizar, luego desbridamos las UPP con duoderm, parches hidrocoloides y

alginato de calcio que a veces vienen en parche y otras veces como fibra tipo algodón” (Enf3 -38a-10as)

“La limpieza de una UPP es importante y se realiza con cloruro de sodio y clorhexidina al 2% y otros antisépticos con los que contamos, luego de ello se realiza la desbridacion de las UPP con parches hidrocoloides o duoderm, pero existen UPP de cuarto grado tiene que pasar obligatoriamente a sala para que desbriden la UPP” (Enf4 -40a-10as)

“Si las escaras son de segundo, tercer y cuarto grado en primer lugar se hace la limpieza con solución antiséptica que generalmente se hace con la clorhexidina al 2%, pero solo limpiamos y desbridamos UPP hasta tercer grado con duoderm o alginato de calcio, las de cuarto y quinto grado, esas van a sala de operaciones para desbridacion quirúrgica” (Enf5 -61a-18as)

En el discurso se aprecia que las enfermeras conocen una serie de ungüentos para tratar las UPP de acuerdo al grado de las mismas. Usan cloruro de sodio algunas y otras con dextrosa, utilizan clorhexidina al 2%, para limpiar las heridas, utilizan apósitos hidrocoloides, así como alginato de calcio, ninguna hizo mención a la existencia de guías o protocolos que ayuden a realizar la limpieza eficaz de las úlceras por presión.

En la observación se evidenció que las enfermeras de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, realiza la intervención de limpieza y desbridación de UPP usando frecuentemente cloruro de sodio, así como clorhexidina al 2% y uso de parche hidrocoloides, alginato de calcio y duoderm, las úlceras por presión de cuarto y quinto grado son tratadas en sala de operaciones para que se le realice una desbridación quirúrgica.

Al respecto, López J, Morales J, Quesada A. García FP²², nos detalla que la limpieza de las úlceras por presión, consiste en la eliminación por arrastre de tejidos necróticos, exudados y restos metabólicos, con el fin de favorecer la cicatrización y disminuir el riesgo de infección. Actualmente se sabe que hay que limpiar inicialmente en cada cura y usar única y exclusivamente suero salino. Para evitar dañar el tejido sano de granulación en las mismas, se recomienda aplicar el lavado mediante jeringa (de 20 a 50 ml) conectada con una aguja o catéter 19 G, lo que proporcionaría una presión de arrastre óptima (de 2 kg/cm²), sin producir lesión tisular.

Considerar uso de la mínima fuerza para el secado, ya que en muchas ocasiones es aquí donde se lesionan los tejidos sanos. Uno de los elementos más controvertidos es el uso de antisépticos locales y desinfectantes cutáneos en las úlceras por presión.

Se aconseja sólo el uso de suero salino para la limpieza de las heridas o, en su defecto, de agua del grifo susceptible de ser bebida, ya

que estudios confirman que no existen diferencias entre la tasa de infecciones y/o curación de las mismas cuando se utiliza suero o agua potable del grifo. Por tanto, el uso de los antisépticos debería quedar reservado únicamente a la realización de técnicas diagnósticas invasivas o, cuando se requiera, a disminuir la carga bacteriana en situaciones puntuales, como la realización de un desbridamiento quirúrgico o cortante.

Desbridamiento, consiste en la eliminación del tejido necrótico o desvitalizado del lecho de la úlcera para proporcionar un ambiente favorable para la cicatrización. Existen cuatro tipos de desbridamiento complementarios entre sí y, por lo tanto, combinables para conseguir una mayor eficacia:

Desbridamiento quirúrgico: es el método más rápido de desbridamiento. Consiste en el corte mediante tijeras y/o bisturí del tejido desvitalizado. Está indicado en caso de infección.

Desbridamiento enzimático: es el que se realiza mediante enzimas proteolíticas (colagenasa, fibrinolisisina y DNAasa; estas dos últimas, hoy en desuso), lo que puede favorecer la granulación. No obstante, los desbridadores enzimáticos no son selectivos, por lo que pueden dañar la piel perilesional, que debe ser protegida cuando se opte por estos productos.

Desbridamiento autolítico: se conoce como tal al producido por los hidrogeles en estructura amorfa o por los hidrogeles en malla. Es, por tanto, un tipo de desbridamiento basado en la cura húmeda y que actúa por hidratación de la úlcera, fibrinólisis y acción de enzimas endógenas. Por lo tanto, el desbridamiento autolítico es un método selectivo, atraumático y bien tolerado

Desbridamiento mecánico: es un método en desuso basado en la abrasión mecánica por dextranómeros, por cepillado o por la utilización de apósitos húmedos que pasan a secos. Es una técnica no selectiva y muy traumática que lesiona el tejido de granulación.

En lo que respecta a limpieza y desbridación de UPP, así como el resto de cuidados brindados no son uniformes en las enfermeras de la UCI, ya que cada enfermera brinda cuidados según su criterio, no existen en la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca guías y protocolos que estandaricen y unifiquen criterios para realizar estas actividades. Usan cloruro de sodio, otras, dextrosa, según la bibliografía la única solución que se debe utilizar es el cloruro de sodio ya que el resto de soluciones pueden producir daño al tejido de granulación. Se observó que algunas enfermeras secan con fuerza la herida o la limpian utilizando fuerza y esto ocasiona que el proceso de cicatrización se retrase tal y como manifiesta la literatura utilizada.

En cuanto a la desbridación las enfermeras utilizan la de tipo autolítico, que es menos traumática, pero a veces no cuentan con estos apósitos hidrocoloides que ayudan en este proceso. La desbridación quirúrgica se realiza en casos que ya no puedan seguir curando en la UCI y es necesario pasarlos a sala. Es importante que se elaboren protocolos de limpieza y desbridación de las úlceras por presión para evitar que cada profesional brinde atención de acuerdo a su criterio y/o conocimientos y en otros casos sean un riesgo para los pacientes.

Finalmente consideramos que las enfermeras de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca limpian las UPP con cloruro de sodio al 2%, en ocasiones con dextrosa lo que no es muy recomendable, además realizan el secado de la UPP con mucha delicadeza a fin de no lesionar tejido en buen estado y utilizan la desbridación autolítica que es la más recomendable.

3.4. Previniendo infecciones de las úlceras por presión.

La finalidad del cuidado de una UPP, es evitar que esta progrese en estadiaje o que se produzca una infección que complique el cuadro por el que fue ingresada una persona a la UCI. En esta subcategoría, el personal de enfermería detalla las siguientes actividades de enfermería que realizan para evitar infecciones de una UPP.

“Para evitar infecciones por UPP, el médico indica la aplicación de cremas antimicóticas, antibióticas como sulfadiazina de plata.” (Enf1 -38a-11as)

“En la prevención de infecciones de las UPP, utilizamos cremas tópicas como biafine, cremas regeneradoras de tejido como el hipogloss, antibióticos como sulfadiazina de plata.” (Enf3 -38a-10as)

“Para evitar complicaciones como la infección de una UPP, utilizamos cremas tópicas como biafine, hipogloss; también solemos utilizar el nistagloss que es un medicamento, es una crema tópica que contiene además de regenerador de tejido un antimicótico que es para los hongos, así mismo usamos sulfadiazina de plata es la más común” (Enf4 -40a-10as)

“Para evitar infecciones, utilizamos cremas tópicas que lo usual en el servicio es el biafine y cremas antibióticas que con eso se tiene muy buenos resultados.” (Enf5 -61a-18as)

Se observa que las enfermeras de la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca, luego de la limpieza y desbridación si es necesaria aplican hipogloss, nistagloss, biafine y cremas antibióticas como sulfadiazina de plata para prevenir infecciones y agravar el estado de salud de los pacientes. Así mismo se evidenció que las medidas de prevención de infecciones de la UPP son intervenciones que se realizan por las profesionales de enfermería dentro de los parámetros establecidos, estas

son llevadas a cabo por los conocimientos y experiencias de las mismas, cabe recalcar que en la UCI no hay Guías ni Protocolos de atención es por ello que el personal de enfermería debe unificar criterios para la utilización de antibióticos antes que regeneradores de tejido.

Al respecto, López J, Morales J, Quezada A, García F²², indica que es necesario distinguir entre contaminación (presencia de bacterias en la úlcera) e infección (invasión de tejidos por las bacterias y consiguiente reacción al huésped). En la mayoría de los casos el manejo y el control de la infección pasan únicamente por aumentar la frecuencia de la limpieza y el desbridamiento.

Destaca también que es importante que la composición (cantidad de plata), el tipo de plata, el mecanismo de liberación de la plata y la capacidad de actuar como barrera, así como la efectividad ante gérmenes multirresistentes y las posibilidades de combinación con otros apósitos, varían de un tipo a otro de apósito, por lo que su elección estará determinada por los objetivos que se desee conseguir en la herida en relación con la carga bacteriana. Este constituye la primera alternativa en el tratamiento, si no se lograra disminuir los signos de infección, lo conveniente sería la toma de muestras para cultivo en ese momento y no antes.

Finalmente consideramos que las infecciones de las úlceras por presión, se evitan utilizando antibióticos con contenido de plata que les

da mejores resultados, además de las cremas indicadas que son regeneradoras de tejido.

IV. RECONOCIENDO LIMITACIONES PARA BRINDAR CUIDADO ENFERMERO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.

El mantenimiento de la integridad de la piel es el objetivo principal de las intervenciones de enfermería para brindar un adecuado Cuidado a personas en estado crítico postradas por periodos prolongados, las úlceras por presión (UPP) constituyen una alteración frecuente de dicho objetivo. La calidad del cuidado de la integridad cutánea, es un reto profesional para las enfermeras que laboran en la UCI, sin embargo existen algunas limitaciones entre las que destacan el que no exista evidencia de la aplicación de la metodología del cuidado, así como la insuficiente dotación de recursos humanos y materiales para que dicho cuidado sea brindado oportunamente y en las mejores condiciones.

4.1. Falta de evidencia en la aplicación de la metodología del cuidado enfermero en la prevención y tratamiento de úlceras por presión

En esta subcategoría en base a las observaciones realizadas por las investigadoras, y anotadas en el cuaderno de campo se encontró que el personal de enfermería que labora en la UCI del Hospital II ESSALUD Cajamarca cumple con las intervenciones adecuadas de acuerdo al área

preventiva o recuperativa de las Úlceras por presión, sin embargo, no existe evidencia de que se diagnostique en base a la valoración realizada y se planifique teniendo en cuenta estos diagnósticos mucho menos registradas en las anotaciones de enfermería o en la hoja de monitoreo hemodinámico el cual se llena en forma diaria.

En lo que respecta a la Aplicación de la Metodología del Proceso Enfermero, se observó el mismo actuar en todas las enfermeras: Enf1-38a-11as, Enf2-59a-15as, Enf3-38a-10as, Enf4-40a-10as, Enf5-61a-18as:

Respecto a la Valoración: La enfermera realiza la Valoración a la recepción (ingreso) del paciente a la UCI, en forma rápida y sucinta, posteriormente vuelve a realizar la valoración de la piel en forma más detallada, estos resultados son descritos en la Hoja de Monitoreo Hemodinámico, el cual es llenado diariamente y en cada turno, sin embargo, no está descrito en las anotaciones de enfermería.

En cuanto a los Diagnóstico Enfermeros: No se evidencia que elabora diagnósticos de Enfermería, y mucho menos que utilice la taxonomía NANDA, que considera las respuestas humanas, en cada etiqueta diagnóstica.

En relación a la Planeación del cuidado enfermero: No se evidencia la planificación de intervenciones ni actividades según la Taxonomía NOC y NIC

Teniendo en cuenta la Ejecución de los cuidados, se observó que realizan las intervenciones de acuerdo a su criterio, no cuentan Guías Clínicas para Cuidado Enfermero Preventivo o Recuperativo de Úlceras por Presión. Cada Enfermera cuida a su paciente según su propio criterio, sin embargo, cada uno de los cuidados son coincidentes con los explicados en la Bibliografía utilizada.

La Evaluación: Evalúan parcialmente los resultados y estos son descritos muy brevemente en sus anotaciones de Enfermería, tampoco tienen en cuenta la puntuación Diana

El proceso de enfermería es un método por el cual se aplica esta estructura a la práctica. La participación del cliente en este proceso es de importancia fundamental, ofrece subvenciones para el estudio y validación de los datos, expresa sus problemas reales, tratando de lograr un intercambio de información, expectativas y experiencias²⁷.

De acuerdo con Silva O, Sabroso J, Cáceres Y, Bermúdez T, García I, Suárez C, et al²⁰, la enfermera debe aplicar el ***Plan de cuidados, para personas con riesgo de padecer UPP***, el cual considera que se debe realizar una **Valoración** del riesgo de todos los pacientes con un déficit de movilidad o actividad (Escala de Braden).

Los **Diagnósticos Enfermeros reales o potenciales** según la Taxonomía NANDA, relacionados con el cuidado de las UPP y los cuales debe realizar la enfermera según sea el caso son:

DOMINIO 4. Actividad/reposo: (00085) Deterioro de la movilidad física, (00109) Déficit de autocuidado: Baño/higiene

DOMINIO 11. Seguridad/protección: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, (00035) Riesgo de lesión, (00046) Deterioro de la integridad cutánea, (00044) Deterioro de la integridad tisular, (00004) Riesgo de infección

Objetivos: Mantener, mejorar y recuperar la integridad cutánea en los pacientes ingresados durante la estancia hospitalaria.

La ejecución de cuidados en la prevención de UPP:

Actividad/reposo: Realizar cambios posturales alternando las áreas más expuestas a la presión, establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma regular, evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas, utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de apoyo, no realizar masajes sobre las prominencias óseas.

Seguridad/protección: Utilizar dispositivos de elevación como lonas o grúas eléctricas cuando se mueve al paciente disminuyendo de este modo las zonas de fricción, utilizar apósitos protectores (hidrocoloides) para reducir las lesiones por fricción, colocar a los pacientes con riesgo bajo sobre superficies estáticas como los colchones

de silicona o colchones viscoelásticos, colocar a los pacientes con riesgo moderado o alto sobre superficies dinámicas de apoyo de baja presión, tales como colchones de aire de presión alternante, mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

Evaluación (Criterios de resultados): El paciente al que se le ha aplicado dicho plan de cuidados no ha presentado UPP durante su ingreso (a nivel individual), una vez puesta en marcha la guía de cuidados, se debería haber disminuido la prevalencia (indica el número de individuos con lesiones por presión) la cual puede verse influida por factores externos, y en especial la incidencia (número de nuevas UPP desarrolladas) puesto que esta última es el único indicador que se puede utilizar como indicador de calidad (a nivel global), se recomienda que los sistemas de gestión del paciente utilicen un instrumento de medida constante del estadio de las lesiones por presión que permitan medir con precisión la incidencia de las mismas (a nivel global), por último, se recomienda calcular la tasa de incidencia cuando se implanten nuevas directrices y cuando haya transcurrido un tiempo tras su implantación (a nivel global).

Para el tratamiento de personas con UPP, dentro del Plan de Cuidados se tiene: **Valoración**, la cual debe estar enfocada en detener el avance de las UPP, se realizará básicamente en base a las mismas actividades que en el apartado de prevención, y prestando especial

atención a la zona dañada. El área dañada debería clasificarse según un sistema de clasificación uniforme y universal.

La Planificación y ejecución de cuidados del Plan:

Actividad/reposo: Realizar cambios posturales alternando las áreas más expuestas a la presión, establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma regular, evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas, utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de apoyo, no realizar masajes sobre las prominencias óseas.

Seguridad/protección: Utilizar dispositivos de elevación como lonas o grúas eléctricas cuando se mueve al paciente disminuyendo de este modo las zonas de fricción, utilizar apósitos protectores (hidrocoloides) para reducir las lesiones por fricción, colocar a los pacientes con riesgo bajo sobre superficies estáticas como los colchones de silicona o colchones viscoelásticos, colocar a los pacientes con riesgo moderado o alto sobre superficies dinámicas de apoyo de baja presión, tales como colchones de aire de presión alternante, mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

Finalmente consideramos que Generalmente no existe evidencia de la aplicación de la Metodología del Cuidado Enfermero en la Prevención y Tratamiento de las UPP, ya que solo se observa que realizan

adecuadamente la valoración, no evidenciándose la utilización de los Diagnósticos de Enfermería según la Taxonomía NANDA y la Planificación de intervenciones y actividades según la Taxonomía NIC y NOC, ni el registro con el modelo SOAPIE. Los resultados obtenidos, narran en las anotaciones de enfermería.

4.2. Insuficiente recursos humanos, materiales e instrumentos de gestión para el cuidado de las UPP.

En esta subcategoría, el personal profesional de enfermería reconoce que hay situaciones que limitan su actuar al momento de brindar el cuidado enfermero para personas en estado crítico con o sin UPP.

“Tenemos limitaciones para ejercer nuestras actividades en cuanto a la prevención y cuidado de úlceras por presión, por ejemplo, no tenemos los colchones antiescaras para poder contrarrestar el peso entonces no tendría que ser la movilidad cada dos horas sino antes quizás hora y media” (Enf2 -59a-15as)

“Existen situaciones que limitan nuestro cuidado enfermero por ejemplo no tenemos Guías y Protocolos de Cuidados para UPP, aún no hemos unificado criterios con nuestras colegas, hace tiempo que no recibimos capacitaciones sobre el cuidado en UPP, no tenemos material logístico adecuado, faltan insumos, medicamentos.” (Enf3 -38a-10as)

“Hay limitaciones en cuanto al personal, en nuestra UCI tenemos tres pacientes para una enfermera y entonces hay muchas veces que el tiempo no nos alcanza.” (Enf3 -38a-10as).

Los familiares también identifican limitaciones para el actuar de enfermería y lo detallan así:

“Las enfermeras tienen limitaciones para hacer su trabajo, hay mucho trabajo, falta personal” (Fam3)

“No hay Medicamentos necesarios para que hagan su trabajo y eso creo que las limita.” (Fam6)

Durante la observación se pudo apreciar que presentan limitaciones al momento de brindar cuidados ya que a veces no cuentan con el material logístico, clínico y medicamentos para poder brindar un cuidado de calidad, aunado a ello la falta de personal ya que en la UCI de Cajamarca labora una enfermera por cada tres pacientes y los tres cuentan con respirador artificial, se les administra varios medicamentos hay uno con úlcera por presión, etc.,

Respecto a las limitaciones en el cuidado Cottos M¹⁸, encontró que los factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de UPP en la Unidad de Cuidados Críticos del HNGAI en un mayor porcentaje está ausente las tablas o registros para valoración e identificación de factores de riesgo de UPP, no priorizan la aplicación de medidas preventivas de

UPP frente a la curación lo que favorece su aparición, priorizan otro tipo de cuidado en comparación con los cuidados preventivos de UPP, no utilizan colchones de silicona, cojines de aire, cojines de silicona para la prevención de UPP en el persona cuidada postrado.

El cuidado preventivo de una UPP debe ser la base del cuidado de las personas en estado crítico con esta patología agregada, sin embargo debido a muchos causales las profesionales de enfermería tanto del hospital HNGAI y el Hospital II ESSALUD Cajamarca priorizan el trabajo recuperativo de una úlcera por presión antes que el preventivo, así tenemos además que la realidad institucional de ambos hospitales es la misma, falta de insumos, logística, medicamentos y lo más importante el personal insuficiente en el área de cuidados intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca.

Finalmente consideramos que en el personal de enfermería investigado manifiesta limitantes para que se brinde el cuidado idóneo a personas en estado crítico con úlceras por presión, estos podemos agruparlos en insuficiente recursos materiales e insumos y de personal profesional de enfermería, aunado a ello la inexistencia de guías de atención clínica y de procedimientos en UPP.

CAPÍTULO V:

CONSIDERACIONES FINALES Y

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones Finales

En el marco conceptual sobre el cuidado enfermero de las UPP, se encuentra que las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca, consideran que Enfermería es una carrera que brinda cuidados, y estos están enmarcados dentro de un paradigma biomédico. Las úlceras por presión (UPP), son lesiones en la piel cuyos factores causantes son diversos. Sin embargo podríamos considerar que las enfermeras investigadas no brindan un cuidado en el amplio sentido de la palabra, pues existen momentos en el que solo evidencian brindar atenciones de acuerdo a las circunstancias presentadas.

El cuidado enfermero Preventivo en las UPP se da bajo cuatro pilares fundamentales la valoración de riesgos de úlceras por presión, el cual se realiza en forma rápida y sucinta utilizando la escala de valoración de Norton, brindando cuidados a la piel a través de la higiene y la humectación, controlando el exceso de humedad con la detección oportuna de situaciones de humedad, así como interviniendo en la presión en prominencias óseas, a través de cambio de posición oportuno y la utilización de SEMPS.

El Cuidado Enfermero en el Tratamiento de las UPP se orienta a continuar con los cuidados preventivos de una UPP, valorando y clasificando

las UPP, así como la limpieza y desbridación de las UPP a través del cloruro de sodio al 0.9%, la clorhexidina al 2% y el secado suave de las UPP, la desbridación de las UPP se dan a través de insumos autolítico como parches sin embargo existen úlceras por presión de más de 4to. Grado las cuales son limpiadas y desbridadas en sala de operaciones, las infecciones de las UPP se evitan a través de la utilización de medicamentos (ungüentos) a base de plata así como cremas regeneradoras de tejido.

Existen limitaciones para que el profesional de enfermería brinde un cuidado enfermero idóneo, las cuales se agrupan en que generalmente no existe evidencia de que las enfermeras investigadas apliquen la Metodología del Cuidado Enfermero en la Prevención y Tratamiento de las UPP, ya que solo se observa que realizan adecuadamente la valoración, no evidenciándose la utilización de los Diagnósticos de Enfermería según la Taxonomía NANDA y la Planificación de intervenciones y actividades según la Taxonomía NIC y NOC, en el registro con el modelo SOAPIE. Por otro lado la insuficiente dotación de recursos materiales, así como de personal profesional de enfermería y la inexistencia de guías de atención clínica y de procedimientos para las UPP forman parte de las principales limitantes

5.2. Recomendaciones

A las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II ESSALUD Cajamarca:

- Que refuercen sus conocimientos respecto a las características del cuidado humano teniendo en cuenta el paradigma transformador, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería - PAE con sus taxonomías NANDA, NIC y NOC, así como mejorar sus conocimientos en el cuidado de UPP utilizando recursos propios e institucionales y solicitar a la institución condiciones mínimas (equipos y materiales) para que puedan brindar un cuidado enfermero de calidad en función de las necesidades de los pacientes.
- Socializar con el equipo profesional del servicio de la UCI, la información nueva que puedan obtener a través de capacitaciones. Tener en cuenta que el éxito de una enfermera es la de todo el equipo de profesionales en esta área.
- Que tengan en consideración que si bien las actividades de curación de las UPP son importantes y válidas es mucho más la prevención de las mismas, para evitar el sufrimiento de pacientes y familiares y mayores costos a la institución.
- Que es imprescindible el registro de cada una de las actividades que realizan en las anotaciones de enfermería y sobre todo la respuesta del

paciente al tratamiento de enfermería. Puesto que se convierte en importante recurso para auditorías en enfermería que permitan socializar y transferir procedimientos sencillos a otros servicios para prevenir, limpiar, desbridar y evitar infecciones en úlceras por presión.

A la Jefatura de Servicio:

- Generar programas continuos de capacitación sobre temas de importancia como es el cuidado enfermero y la unificación de criterios en el cuidado preventivo de una persona en estado crítico con UPP y en el cuidado a personas en estado crítico con UPP. Dar impulso a las anotaciones de enfermería en este aspecto
- Se sugiere promover la elaboración de Protocolos de Atención, de valoración de la evolución de una UPP, que ayude a los profesionales de enfermería a realizar un trabajo con agrado y eficaz en beneficio de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos y que no estrese más a los profesionales.

A la Gerencia de la Red Asistencial Cajamarca, realizar estudio que mejore la gestión de personal profesional de Enfermería en la UCI y el apoyo logístico básico para que los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión no estén supeditados al criterio de la enfermera sino a protocolos establecidos y uso de medicamentos / ungüentos etc., aprobados por el servicio y la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de la gestión de la calidad del cuidado enfermero. Resolución N° 141-87-CEP/CN. Lima. 2008.
2. Dugas, B. Tratado de Enfermería Practica. 5ta. ed. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.; 2012.
3. Velasco J. Valoración del riesgo de aparición de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos. REMI [Internet]. 2005 [Citado el 27 May 2016]; 5(11). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/11/REMI0923.htm>
4. Consumer.es [Internet]. España: Eroski Consumer; 1998 [actualizado 16 Nov 2012; citado 30 May 2016]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2012/11/16/214204.php>
5. Campos K, Castellanos A. Riesgo a padecer úlceras por presión en pacientes del servicio de medicina, Hospital Ruiz y Páez Julio-Septiembre 2009 [tesis en Internet]. Venezuela: Universidad de Oriente; 2010 [citado 30 May 2016]. 63 p. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2856/1/05-TESIS.RIESGO%20A%20PADECER%20ÚLCERAS%20POR%20PRESI%C3%93N.pdf>
6. Yepes D, Molina F, León W, Pérez E. Incidencia y factores de riesgo con las úlceras por presión en enfermos críticos. Medicina intensiva [Internet]. 2009 [Citado el 27 May 2016]; 33(6): 276 – 281. Disponible en <http://www.medintensiva.org/es/incidencia-factores-riesgo-relacion-con/articulo/S0210569109721953/>

7. Nijs N, Toppets A, Defloor T, Bernaerts K, Milisen K, Van Den Berghe G. Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. J Clin Nurs [Internet]. 2009 [Citado el 27 May 2016]; 18(9): 1256 – 1266. disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19077028>
8. López P. Prevención de las úlceras por presión. ¿Cuánto se puede atribuir a los cambios posturales? [tesis doctoral en Internet]. España: Universidad de Alicante; 2016 [citado 31 May 2016]. 118 p. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57510/1/tesis_lopez_casanova.pdf
9. Cedeño V, Molina L. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Pacientes con Úlceras por Presión en el Hospital Universitario [tesis en Internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015 [citado 01 Jun 2016]. 89 p. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8170/1/TESIS%20FINAL.pdf>
10. Cottos M. Factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoin, 2009. [tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 15 Jun 2016]. 104 p. Disponible en http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3231/1/Cottos_Bustamante_Marianela_Lizeth_2014.pdf
11. Espinoza M. 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, 2007. [tesis en Internet]. Lima:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009 [citado 29 Jun 2016]. 59

p. Disponible en

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/759/1/Espinoza_hm\(2\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/759/1/Espinoza_hm(2).pdf)

12. Verástegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. [tesis doctoral en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 30 Jun 2016]. 225 p. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3620/1/Verastegui_lm.pdf

13. Álamo M. La idea de cuidado en Leonardo Boff. Revista Tales [Internet]. 2011 [citado 02 Jul 2016]; 4: 243-253

<https://revistatales.files.wordpress.com/2012/05/revista-tales-nro-4-20111.pdf>

14. Waldow VR. Cuidado Humano: Vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index Enferm [Internet]. 2014 [citado 02 Jul 2016]; 23(4):234 - 238. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>

15. Loncharich N. Los Cuidados de Enfermería. Rev. enferm Herediana [Internet]. 2010 [citado 02 Jul 2016]; 3(1):1. Disponible en:

http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/enero/Editorial%203_1.pdf

16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos: Estándares y recomendaciones [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 04 Jul 2016]. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
17. Ministerio de Salud. Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud, Lima 2004. [Consultado 26 de Feb 2017]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/46/Norma%20T%E9cnica%20Unidad%20Cuidados%20Intensivos.pdf>
18. Bravo J, Pérez A. Factores que condicionan la presencia de Úlceras por presión en el Adulto Mayor Hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo-2013. Rev. Salud & Vida Sipanense [Internet]. 2014 [citado 04 Jul 2016]. 1(1)30 – 37. Disponible en: <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/SVS/article/view/69/68>
19. García F. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. [tesis doctoral en Internet]. España: Universidad de Jaén; 2011 [citado 10 Jul 2016]. 232 p. Disponible en: http://www.sobest.org.br/arquivos/Escalas_RiesgoUPP_PacoPedro.pdf
20. Silva O, Sabroso J, Cáceres Y, Bermúdez T, García I, Suárez C, et al. Guía del Cuidado de enfermería en la prevención y tratamiento de Úlceras por Presión [en línea]. Gobierno de Canarias: Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil; 2007. [fecha de acceso 01 Jun 2016]. Disponible en:

<http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-úlceras-por-presión.pdf>

21. Berman A, Snyder Sh. Fundamentos de Enfermería – Kozier & Erb. Vol I. 9º ed. España: Pearson Educación, S.A.; 2013.
22. López J, Morales J, Quesada A. García FP. Cuidados al Paciente Critico Adulto. Vol. II. [Libro electrónico]; España: Difusión Avances de Enfermería; 2007 [citado 15 Jul 2016]. Disponible en <http://www.fideco.cl/biblioteca/enfermeria/upp2>
23. Fundamentos UNS. Teorías de Enfermería UNS [Internet]. España: Fundamentos UNS; n.d.- Jean Watson; 12 de Junio de 2012 [citado 12 Jul 2016]; [sobre 7 pantallas]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>
24. Muñiz, S. Teóricas de Enfermería [Internet]. México: Jean Watson: Teoría del Cuidado Humanizado y espiritual; n.d.-; 13 de Marzo 2015 [citado 15 Jul 2016]; [sobre 7 pantallas]. Disponible en: <http://teoricasenf.blogspot.pe/2015/03/jean-watson.html>
25. Urra E. Jana A. García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2011 [Citado el 15 Jul 2016]; XVII (3): 11 – 22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
26. Martínez L; Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Universidad de Guanajuato. Unidad de Investigación

- Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. México. [citado 16 Jul 2016]: disponible en:
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf>
27. Rodríguez S. Teorías y Modelos en Enfermería. [Internet]. España: Stephany Rodríguez S. n.d.-; 13 de Marzo 2015 [citado 18 Jul 2016]; [sobre7 pantallas]. Disponible en: <http://teoricasenf.blogspot.pe/2015/03/jean-watson.html>
28. Carvallo C, López S, Calvalcanti G, Machado A, Marinho M. Diagnósticos de Enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: Una revisión de la literatura. Enfermería Global [Internet]. 2009 [Citado el 25 Jul 2016]; 1(17): 1 – 12. Disponible en:
- <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75301/73041>
29. NANDA-NOC-NIC. Actualización en Enfermería Nanda, Noc Nic. Relación NANDA-NOC-NIC. [Citado 15 Agosto del 2016]. Disponible en:
- <http://enfermeriaactual.com/relaccion-nanda-noc-nic/>.
30. Polit D, Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Sexta edición. México D.F.: McGraw- Hill; 2000.
31. Lüdke M. El Estudio de Caso: Su Potencial en Educación. Traducción de Lucia Aranda. Doctora en Enfermería P.P.T.C-UNPRG. Lambayeque-Perú; 1986.
32. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6ta. ed. México D.F.: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2014.

33. Gerrish K, Lacey A. Investigación en enfermería. Quinta edición. España: Mc Graw Hill Interamericana 2008. Pág. 210
34. Universidad de Navarra [Página en Internet]. Navarra: Universidad de Navarra; c2002 [actualizada 25 Febrero 2002; consultado 25 Set 2016]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>

ANEXOS

(ANEXO N° 1)

ESCALA DE WATERLOW						
Relación Talla / Peso	Aspectos de la Piel	Continencia	Movilidad	Sexo/Edad	Apetito	Factores Especiales
0:Promedio Normal	0:Normal	0:Completa	0:Total	1:Varon	0: muy	8:Mala Nutrición, caquética
2:Por encima de la medida	1:Gerodermica	1:Ocasional	1:Restringid a	2:Mujer	1: Poco	5:Privacion sensorial
3:Por debajo de lo normal	1: seca	Catéter y/o incontinencia heces	2:Lenta, escasa y difícil	1: 14 – 49 años	2:anorexia	
	1:Edematosa	3:Doble incontinencia	3:Muy poca, con ayuda	2: 50 – 65 años		1:Muy fumador
	1: Fría		4:Nula	3: 65 - 75 años		3.Fractura reciente, cirugía
	2: Alterada de color			4: 75 – 80 años		
	3:Lesionada			5: Más de 81 años		

(ANEXO N° 2)

ESCALA DE BRADEN						
Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Apetito	Roce y Peligro de Lesiones
0:Completamente Limitada	1:Constantemente Húmeda	1:Encamada/o	1:Completamente inmóvil	1:Muy pobre	0: muy	1:Problema
2:Muy Limitada	2:A menudo húmeda	2:En silla	2:Muy Limitada	2:Probablemente inadecuada	1: Poco	2:Problema potencial
3:Ligeramente Limitada	3:Ocasionalmente húmeda	3:Deambula ocasionalmente	3:Ligeramente limitada	3:Adecuada	2:anorexia	3: No existe problema
4:Sin Limitaciones	4:Raramente Húmeda	4:Deambula frecuentemente	4:Sin limitaciones	4:Excelente		

(ANEXO N° 3)

ESCALA DE EMINA					
Puntos	Estado Mental	Movilidad	Humedad r/c Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Limitación ligera	Urinaria o fecal adicional	Incompleta ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Limitación Importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta > 72 horas	No deambula

(ANEXO N° 4)

ESCALA DE NORTON					
ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUÍDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO / COMATOSO	INMÓVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

- PUNTUACION DE 5 – 9 : RIESGO MUY ALTO
- PUNTUACION DE 10 – 12 : RIESGO ALTO
- PUNTUACION DE 13 – 14 : RIESGO MEDIO
- PUNTUACION > 14 : RIESGO MÍNIMO / NO RIESGO



Apéndice N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”



**ASUNTO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO**

Lambayeque,de del 2016

.....

Presente.

Nos es grato dirigirnos a Ud. Para hacer llegar un saludo cordial, al mismo tiempo Después de un cordial, nos presentamos como ex alumnas de la Enfermería Segunda Especialidad en Cuidados Intensivos del adulto UNPRG. Actualmente nos encontramos desarrollando el Proyecto de Investigación: “CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS EN ESTADO CRITICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA. 2016 – 2017”

Por tal motivo, recurrimos a su persona para solicitar su opinión profesional con el fin de validar los instrumentos de nuestra investigación.

Agradeciendo anticipadamente su valioso aporte en función a su experiencia, le hacemos llegar los siguientes documentos:

1. Matriz de consistencia.
2. Hoja de validación del instrumento de medición.
3. Instrumento de investigación.

Atentamente.

Lic. Enf. Ericka Gallardo Piscoya

Lic. Enf. María Vásquez Ramos



Apéndice N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



FECHA:.....

HORA:.....

Por la presente:

Yo....., acepto participar de la investigación titulada “CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS EN ESTADO CRITICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA. 2016 – 2017”

Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será espontánea y concuerdo con la utilización de datos de mi entrevista para fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto sigilo y fielmente relatadas por los investigadores.

Que los investigadores estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.

3. Que la información brindada será utilizada sólo para fines de trabajo científico.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Chiclayo,..... de..... del 2016



Apéndice N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUIA ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD

DIRIGIDA A LA ENFERMERA



Objetivo: Recolectar información para la investigación: “CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS EN ESTADO CRITICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA. 2016 – 2017”

1. Datos Generales

Seudónimo.....

Edad.....

Estado civil.....

Tiempo de servicio en la UCI.....

2. Aspectos específicos

¿Cómo cuida Ud. a las personas en estado crítico para evitar úlcera por presión?

¿Cómo cuida Ud. a personas en estado crítico con úlcera por presión?



Apéndice N° 4

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA



GUIA ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD

DIRIGIDA AL FAMILIAR CUIDADOR

Objetivo: Recolectar información para la investigación: “CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS EN ESTADO CRITICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA. 2016 – 2017”

1. Datos Generales

Seudónimo.....

Edad.....

Tiempo de Internamiento en la UCI de su familiar.....

2. Aspectos Específicos

¿Cómo es el cuidado que la enfermera brinda a su familiar para prevenir y tratar las escaras de su familiar?



Apéndice N° 5

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUIA DE OBSERVACION PARTICIPANTE



Objetivo: Recolectar información para la investigación: “CUIDADO ENFERMERO EN PERSONAS EN ESTADO CRITICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA. 2016 – 2017”

1- Datos Generales

Seudónimo.....

Edad.....

Estado civil.....

Tiempo de servicio en la UCI.....

2- Aspectos específicos:

Se observará a la enfermera sobre los cuidados que brinda a los pacientes en estado crítico con úlceras por presión:

En el Transcurso del turno.....

.....

En los registros.....

.....

Además, se observará si aplica la metodología del Proceso de Enfermería:

Valoración ☐ Diagnóstico ☐ Planeación ☐ Ejecución ☐ Evaluación ☐

Otros aspectos relevantes para la investigación.....

.....

.....