

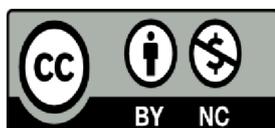
Sayavedra, Erica Edit y Carabajal, Laura Cristina

Relación entre el conocimiento y el cuidado enfermero en la aparición de úlceras por presión

2021

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Sayavedra, E. E. y Carabajal, L. C. (2021) *Relación entre el conocimiento y el cuidado enfermero en la aparición de úlceras por presión* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>

UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERIA



Relación entre el conocimiento y el cuidado enfermero en la aparición de úlceras por presión.

Alumnas: Erica Sayavedra.
Laura Carabajal.

Director del trabajo final: Lic., Prof.: Víctor Rodas.

Florencio Varela, 04 de Junio del 2021.

Índice:

	Página
Portada	1
Introducción.....	3
Formulación del problema de investigación.....	5
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	7
Marco teórico.....	8
Estrategia metodológica.....	55
Resultados	60
Conclusión.....	80
Bibliografía.....	82
Anexos.....	85

Introducción

Este trabajo de investigación se realizó debido a que se observó en el Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes un elevado índice de pacientes que presentaban dificultad para moverse lo cual estaban expuestos al riesgo de desarrollar úlceras por presión.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) propone definir las úlceras por presión como:

“Una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”.

Las Úlceras por Presión (UPP) representan un problema grave de salud pública no reconocido como tal, en la mayoría de los países de Latinoamérica. La falta de estadística oficial no solo impide tener una dimensión real de esta patología que genera disminución de la calidad de vida, aumento de los costos de salud y pérdida de tiempo en el recurso humano, sino que, además, pone de manifiesto la falencia de los sistemas de salud en cuanto a prevención y educación se refiere. La prevalencia mundial según datos aportados por la OMS, oscila entre 5 y 12%. Hasta el momento, Argentina carece de estos datos y sólo cuenta con estadísticas y estudios de países como Canadá, Australia, Reino Unido, España y Estados Unidos, quien comunica que las UPP afectan a casi 1.3 millones de adultos. (PRICUUP, 2014-2017) Se ha evidenciado que las úlceras por presión pueden ser prevenidas al realizar valoración con escalas estandarizadas y validadas. Según la OMS menciona que los adultos mayores que se encuentren internados por prolongado tiempo pueden ser no valorados, ni examinados adecuadamente debido al desconocimiento por parte del personal que están al cuidado de estos pacientes. (OMS, 2016) Será de suma importancia analizar y utilizar como herramienta de análisis el pensamiento crítico y el conocimiento científico que se adquirió en la educación como profesionales de enfermería para abordar este tema.

Tomamos como objeto de estudio para esta investigación a pacientes adultos con movilidad reducida y a el personal de enfermería del sector de internación clínica de adultos de los cuatros turnos, mañana, tarde, vespertino y noche, del Hospital Isidoro Iriarte de la ciudad de Quilmes.

El interés en el tema de las úlceras por presión como indicador de calidad del cuidado de enfermería, dentro de la línea de conceptualización y práctica en el hospital, motivaron a la realización de este estudio de tipo descriptivo, el cual tiene por objetivo determinar cuáles son los conocimientos enfermeros relacionados a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en los adultos mayores, utilizando una encuesta para la obtención de los datos.

Formulación del problema de investigación:

¿Qué conocimientos sobre los cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de UPP en los adultos mayores, tienen los enfermeros del servicio de clínica médica del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro G. Iriarte”, partido de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, durante el periodo Junio – Diciembre de 2020?

Objetivo general.

Describir el conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes adultos mayores que poseen los enfermeros del servicio de clínica médica del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro G. Iriarte”, partido de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, durante el periodo Junio – Diciembre de 2020.

Objetivos específicos.

- 1- Conocer la composición socio laboral del personal de enfermería.
- 2- Establecer si el personal de enfermería asistencial recibe capacitación en el manejo de úlceras por presión.
- 3- Establecer si el personal de enfermería tiene conocimientos acerca de escalas y protocolos de UPP.
- 4- Conocer los cuidados que realiza enfermería en los pacientes con UPP.
- 5- Identificar medidas de prevención de UPP que realizan en la sala.

Marco teórico:

Enfermería

El consejo internacional de enfermería, define enfermería del siguiente modo: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (CIE, 2002)

La función única de las enfermeras en el cuidado de las personas, enfermas o sanas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible. (Henderson, 1977)

En el entorno sanitario global, las enfermeras comparten con otros profesionales de la salud y de otros ámbitos de servicio público las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas. (CIE, 2002)

Filosofía de la profesión

La filosofía de la profesión o del profesional de enfermería radica en ver a todo individuo como un ser holístico, buscando siempre una razón científica, dando como resultado el mejoramiento de la salud y de sus cuidados. El objeto de estudio de la profesión es el cuidado de enfermería al hombre, la familia y la comunidad sanos y/o enfermos en relación recíproca con su medio social y tomando como base las necesidades humanas y su satisfacción a través de la

aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, bajo un prisma dialéctico materialista. (CIE, 2002)

Arte del cuidado

La ciencia en continua actualización, abre los ojos de la enfermera al cambio constante e innovación, le proporciona el conocimiento sobre el cual basar su decisión; pero le toca a las artes y humanidades dirigir a la enfermera hacia el estudio de los valores que subyacen a su práctica. Así, la enfermería humanística se mueve en ambas dimensiones: científica y artística (Gomez, 2015).

Pero ¿qué es la enfermería como arte? El término “arte” se relaciona con lo bello, es decir, lo estético o las Bellas Artes. Desde el punto de vista histórico se ha relacionado con utilidad y conocimiento, así como sus significados tradicionales tienen todavía vigencia. La palabra arte puede referirse tanto al efecto del trabajo humano (obras de arte), como a la causa de las cosas producidas por el trabajo humano (conocimiento y pericia del artista). Es obvio que en el arte están implicados el conocimiento y alguna forma de trabajo y destreza, ya sea que se manifieste como arte útil o como Bellas Artes. Por ejemplo, la enfermería como arte se propone de manera voluntaria el bienestar, incremento de las cualidades humanas, salud, comodidad, crecimiento. Como artista, la enfermera debe saber cómo obtener los efectos deseados y trabajar con destreza para conseguirlos. Además, se ocupa de los cambios de los seres humanos y no sólo de la transformación de los objetos físicos. Por ser subjetiva y transaccional, la enfermería como arte implica un hacer con y estar con (Gomez, 2015).

Tanto el arte como la enfermería son una especie de diálogo vivo, en ambas, el hombre responde a su mundo de hombres y cosas a través de la distancia y la relación. “Los hombres y las cosas influyen en él y él influye en ellos con la fuerza creativa de su relación” Entonces, la enfermería humanística es en sí un arte (un arte clínico), creativo y existencial, ya que, en el encuentro genuino, la enfermera reconoce al paciente como alguien distinto a ella y se vuelca en él como presencia plena y auténtica que abarca todo su ser y está abierta a él, no como un objeto, sino como un ser humano con potencialidades. En este diálogo genuino y vivo, la enfermera percibe en el paciente la posibilidad de

bienestar o de incrementar su humanidad (o de comodidad, salud o crecimiento, entre otros). La relación que permite que la enfermera (artista), perciba esa posibilidad es real, ya que establece una influencia recíproca. Si ella entabla una relación genuina con el paciente (yo-tú), sus capacidades reales (para el cuidado, su destreza, la esperanza) hacen resaltar la posibilidad (de bienestar, humanidad, comodidad), del mismo modo que la capacidad y habilidad del pintor o el poeta crean una pintura o un poema. Ya que la relación yo-tú “es llegar a conocer intuitivamente al otro y a uno mismo en relación”. Por tener el arte de la enfermería un objetivo dirigido y ser intersubjetivo, es más complejo que las artes de la pintura u otras, ya que como arte clínico implica estar con y hacer con. Ya que debe existir la relación yo-tú, aun si el paciente está inconsciente, o si se trata de un niño, o un moribundo (Gomez, 2015)

Metaparadigma

El metaparadigma constituye así, un elemento importante de la dimensión filosófica de la disciplina, cuya naturaleza se justifica de forma específica como base de construcción de su conocimiento (epistemología) estableciendo así, los límites de formación académica, ejercicio profesional, docencia e investigación, lo que le confiere a esta disciplina el cuidado especificidad, dominio, autonomía e identidad. Cabe señalar que dichos conceptos responden a diferentes definiciones según la ideología y el enfoque disciplinar de los teóricos de la enfermería que los definen, cuestión que es aceptable, dado el carácter subjetivo de los mismos; no obstante , el que exista esta diversidad de enfoques conceptuales del metaparadigma, evidencia la pluralidad ideológica necesaria para el avance y desarrollo profesional, pues aporta diferentes significados que se traducen en distintas formas de explicar, entender y direccionar el fenómeno de cuidado, por lo tanto, el ejercicio profesional. (Gomez, 2015)

Cuidado:

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florence Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio. Según Colliere (1996) “cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar

representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca”. Es evidente que el cuidado implica un acto humano por lo que en la actualidad se habla de cuidado humanizado (Collierè M, 1993), que implica la puesta en práctica de valores como respeto, libertad, solidaridad y amor. Con relación al amor, de manera enfática que, el cuidado es amor y que el amor es cuidado. (Silvia, 2000) Lo anterior es reafirmado por Boff (2003), al mencionar que una de la más importante y pura expresión del cuidado es el amor, pues hace mención y existe un acuerdo lógico de que “se cuida lo que se ama”. Esta concepción que homologa el cuidado con el amor, podría parecer extraña o por qué no, hasta utópica en el área de la salud, y por supuesto que lo sería si se piensa en éste, sólo como un sentimiento que se tiene a alguien cuando se gusta o enamora de una persona, pero no es así; el amor visto desde la perspectiva de enfermería es el que implica respeto, atención, interés, amabilidad honestidad y solidaridad, entre otros. (El cuidado esencial : Ética de lo humano , compacion por la tierra., 2003 Trota)

Tipos de cuidados

Los cuidados genéricos son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación ofrecidos a individuos o grupos con necesidades evidentes y se orientan al mejoramiento y el desarrollo de la condición humana.

Los cuidados profesionales son las acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos de forma cognitiva y cultural que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Los cuidados profesionales enfermeros son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas en forma cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte. Esta diferenciación permite entender que los cuidados profesionales enfermeros son actividades distintas, complejas, diversas, intencionadas, sistematizadas, reflexionadas y anticipadas, características que no poseen los otros dos tipos de cuidado. La finalidad de los cuidados

profesionales enfermeros es el mantener y desarrollar la salud, así como el bienestar de las personas fundamentándose en un cuerpo de saberes que pueden ser enseñados y aprendidos (Gomez, 2015)

Modelos y teorías de enfermería

Desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de fragilidad, dependencia, enfermedad. Esta necesidad ha sido cubierta por la enfermería como ocupación, ya que hasta tiempos muy recientes no ha sido concebida como una profesión, sino como una actividad no remunerada, que no contaba con una formación específica, y cuya función era la de proporcionar cuidados en materia de salud. (Collierè M, 1993).

Para comprender el concepto de disciplina enfermera y entender los orígenes y el estado actual de la profesión es necesario contextualizarla históricamente.

El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre. En el estudio de las primeras civilizaciones ya se podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas.

Las teorías comprenden un conjunto de conceptos abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación relacionados entre sí. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo.

Las primeras teorías de enfermería se originaron en la década de los sesenta, buscando la relación entre los hechos para el establecimiento de una ciencia de enfermería y una explicación de los acontecimientos referentes al universo natural. (Alligood MR, 2011)

Principales Teorías de la Enfermería.

Tipos de modelos.

Cada autor agrupa los modelos de acuerdo a su propio criterio. Suele basarse en el rol que la enfermería desempeña a la hora de prestar cuidados.

Así, podemos dividirlos en:

* Modelos naturistas.

* Modelos de suplencia o ayuda.

* Modelos de interrelación.

Modelos naturistas

La enfermería trata de poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. Dicho de otra manera, ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir, así como poner o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad.

“La enfermería es un arte, es una de la Bellas Artes, casi diría la más bella de la Bellas Artes” Florence Nightingale.

Modelos de suplencia o ayuda.

El rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona.

Las dos representantes más importantes de esta tendencia son Virginia Henderson y Dorotea Orem.

Modelos de interrelación.

En estos modelos el rol de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

Los modelos más representativos son los de Hildelgar de Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine.

Modelo de Virginia Henderson

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow.

El ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura etc.

El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

Necesidades, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que, si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que, en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas.

Independencia será, por tanto, la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Ésta se puede ver alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos. (Gomez, 2015)

Funciones de enfermería

Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

El objetivo para Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible. (Nightingale)

Modelo de Dorothea Orem

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Teoría de las necesidades humanas de Maslow.
- Teoría general de sistemas.

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar.
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia.
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.

Funciones de enfermería

En el modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Cuidados de enfermería

Constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados.

Hay tres tipos de asistencia

- El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

Modelo establecido por la enfermera Hildergad Peplau:

Bases teóricas

- Modelo de interrelación.
- Teoría psicoanalítica.
- Teoría de las necesidades humanas.
- Concepto de motivación.
- Concepto de desarrollo personal.

El ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades.

La salud implica el avance de la personalidad y demás procesos humanos que nacen sentirse útil.

La enfermera, a través de su personalidad guía los resultados de aprendizaje durante el período en que se prestan los cuidados. Este proceso interpersonal es un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a madurar y que se propone facilitar una vida en toda su plenitud.

Estas relaciones se establecen durante las fases que atraviesa la persona en el proceso de su enfermedad o necesidad de ayuda.

Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería actúan de manera coordinada.

-Fase de orientación. El paciente intenta clarificar sus dificultades y la amplitud de las necesidades de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.

-Fase de identificación. El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.

-Fase de aprovechamiento. El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.

-Fase de resolución. El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos. (Alligood MR, 2011)

Funciones de enfermería

En el modelo de Hildegar de Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva.

En este modelo el objetivo es que el ser humano alcance el máximo grado de desarrollo personal.

Modelo de Callista Roy

Teoría de la adaptación

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida.

Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.

Área de dominio del rol. Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.

Área de independencia. Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina el “continuum” (o trayectoria) salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

- Estímulos focales. Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso gripal.
- Estímulos contextuales. Todos aquellos que están presentes en el proceso. Por ejemplo, temperatura ambiente.
- Estímulos residuales. Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros. (Gomez, 2015)

Derechos y obligaciones

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) proclama que todas las personas tienen el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, así como a la libertad de opinión y expresión. Las enfermeras, al igual que otro individuo, gozan de dichos derechos. Por lo tanto, tienen el derecho a apelar a su conciencia y negarse a actuar de manera tal que vaya en contra de su libertad de creencias y expresiones. Este principio es básico en la práctica enfermera, como, por ejemplo, cuando ella no está de acuerdo en que se realice un aborto por el médico, sólo porque la paciente elige poner fin a su embarazo, o cuando el médico indica la administración de un medicamento y que la enfermera sabe que le va a producir graves efectos secundarios al paciente. En ambos casos ella puede negarse a participar, y

nadie le puede obligar a que lo haga; entonces ella está apelando a su conciencia moral porque tiene la libertad de decidir (y por lógica también tiene el conocimiento científico). (Gomez, 2015)

La responsabilidad legal del profesional de enfermería es un tema que cada vez adquiere mayor importancia en la práctica diaria. Esto es fácil de entender si consideramos, por un lado, que la sociedad ha adquirido una mayor conciencia sobre sus derechos en materias de prestación de servicios de salud, así como el conocimiento de las diferentes instancias y herramientas jurídicas para hacer valer esos derechos. Esto hace que el riesgo de demandas por mala práctica en el sector de salud, así como la acción al respecto por parte de las autoridades judiciales, se ve incrementado. Múltiples son las causas por las cuales el profesional de enfermería puede verse involucrado en un problema legal. La primera línea de defensa al respecto, es conocer el marco legal y ejercer una práctica ajustada a la legislación en materia de salud, laboral, en la prestación de servicios, etc. El personal de enfermería posee un alto grado de responsabilidad, ya que en sus manos se encuentra el cuidado de un ser humano. Para que ese cuidado sea óptimo y satisfactorio, los enfermeros no solo deben poseer amplios conocimientos teórico prácticos, sobre técnicas y patologías, sino también sobre el marco legal vigente.

Los enfermeros, deben tener siempre presente que un personal capacitado en materia legal, estará siempre alerta y será capaz de delimitar su accionar responsabilizándose de su actuar.

El conocimiento sobre el marco legal en enfermería es un aspecto de suma importancia en la práctica de la profesión, porque el personal está expuesto a riesgos de carácter legal si estos no realizaran de manera correcta sus tareas, sin tener en cuenta lo que las leyes estipulan, poniendo en riesgo no solo el bienestar del paciente que solicita la atención, sino también el bienestar de algún colega o profesional de salud. (Anexo N.º 1)

Definición de Ulceras Por Presión (UPP).

Dentro de las bibliografías consultadas hemos podido observar distintas pero similares definiciones acerca de cómo se define una úlcera por presión. Nombraremos solo dos definiciones que nos parecieron las más apropiadas para nuestro trabajo.

Según la Oms: La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%. Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base. (OMS, 2016)

El Gneapp define que es una upp.” Una UPP es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacente, principalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos sanitarios”. (Aranaz, 2017)

Considerando estas definiciones concluimos que una UPP es una lesión de la piel originada por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea, o por la fricción, cizalla o combinación de las mismas, causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

Es importante conocer que órgano afecta principalmente las upp, se revisa a continuación la fisiología de la piel para comprender mejor la alteración en su integridad cuando se desarrolla una úlcera.

Definición anatómica y fisiológica de la piel.

La piel, es el órgano más grande del cuerpo humano, cubre una superficie casi equivalente a 2 m² y puede pesar hasta 10 kg. Sirve como barrera protectora frente el medio externo, al tiempo que mantiene internamente la homeostasia.

Con respecto a la anatomía de la piel: está compuesta por dos capas principales, la epidermis y la dermis que reposan sobre una capa grasa denominada hipodermis (tejido subcutáneo). Tanto la epidermis como la dermis se componen a su vez de dos subcapas. La zona que ancla la epidermis a la dermis se denomina unión dermoepidérmica. Es responsable del intercambio de oxígeno, nutrientes y productos de desecho entre la dermis vascularizada y la epidermis avascular.

Epidermis

La epidermis es un epitelio pavimentoso córneo multiestratificado que normalmente tiene entre 0,03 mm y 0,05 mm de grosor y consta principalmente de queratinocitos en fases progresivas de diferenciación desde las capas más profundas a las más superficiales. Conforme se dividen los queratinocitos, se mueven de la capa más profunda a las capas más superficiales. Una vez que alcanzan la capa córnea (la capa más externa) se desprenden en el proceso de recambio epidérmico, por ejemplo, después de bañarse o rascarse. Este proceso se denomina descamación. Un recambio epidérmico completo ("renovación de la piel") tarda aproximadamente 2 meses.

Dermis

Comparada con la epidermis más delgada, la dermis es una red compleja que tiene componentes celulares y acelulares. Contiene vasos sanguíneos, nervios, raíces capilares y glándulas sudoríparas. Estructuralmente, la dermis consiste en dos subcapas, la dermis papilar superficial y la dermis reticular más profunda. Los bucles vasculares de la dermis papilar aportan nutrientes y oxígeno a la epidermis. El colágeno, que se encuentra principalmente en la dermis reticular, es la proteína estructural más importante de la dermis otorgándole a la piel su durabilidad. La elastina, otra importante proteína estructural de la dermis, le da a la piel su elasticidad.

Los fibroblastos son las células principales de la dermis y son responsables de la síntesis y degradación de las proteínas dérmicas (colágeno y elastina). Otras células halladas en la dermis son macrófagos y linfocitos. Estas células son parte del sistema inmunitario de la piel.

Hipodermis (Tejido subcutáneo).

La hipodermis forma la base de la epidermis y la dermis y consiste principalmente de tejido conjuntivo y lóbulos de grasa sueltos. Contiene vasos sanguíneos y nervios más grandes que los hallados en la dermis. La hipodermis actúa principalmente de aislante y proporciona un almacenamiento energético. (B. Braun Medical, 2006 Barcelona)

Clasificación de las úlceras por presión:

La clasificación de las úlceras por presión se hace según el tejido cutáneo que este comprometido, esto quiere decir que se clasifica de acuerdo a la profundidad de afectación de los tejidos de la piel. La piel puede ulcerarse en cualquier punto, pero existen algunas zonas de mayor riesgo debido a que son el soporte del peso corporal en las diferentes posiciones (decúbito supino, prono, lateral o sedente). De esta manera es que de acuerdo a la posición en la que se encuentren las personas, los sitios de mayor riesgo para formar una úlcera por presión son donde este la prominencia ósea.

Creemos que la cintura pélvica es la zona con mayor probabilidad de presentar úlceras por presión, pero es importante tener presente que toda la superficie corporal está expuesta a este riesgo.

Las úlceras por presión se clasifican en estadios de acuerdo a las estructuras afectadas de los tejidos. Según bibliografías consultadas, encontramos diferentes clasificaciones, que pueden ir de 2 a 6 estadios. En esta revisión emplearemos la de 4 estadios como recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)

Estadio I:

Eritema no blanqueante en piel intacta de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas,

endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

Estadio II:

Pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoiación.

Estadio III:

Pérdida total del grosor de la piel (grasa visible) Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

Estadio IV:

Pérdida total del espesor de los tejidos (músculo / hueso visible) Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable. (GNEAUUP, 2003)
(Anexo N.º 2)

Las úlceras por presión (upp) son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. Sobre todo, porque éstas pueden ser prevenibles. Uno de los primeros pasos para la prevención es el uso de una escala para detectar el tipo de riesgo, el cual puede ser bajo, medio y alto, de acuerdo a los resultados de la valoración se debe elaborar un plan de cuidados pertinente para evitar o disminuir el desarrollo de la úlcera. Generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponente principal para el desarrollo de una UPP, también se asume a menudo que existe una relación con la nutrición. Se estima que un 95% de las upp pueden ser prevenidas con un manejo adecuado de los factores de riesgo predisponentes al desarrollo de estas. (GNEAUUP, GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ULCERAS POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS, 2003-2007)

Escalas.

Las úlceras por presión podrían ser evitables y más aún si se aplican escalas validadas para la valoración del riesgo de padecer tal lesión, por lo que uno de los motivos para realizar este estudio es exponer la realidad que se vive en el sector de internación clínica de adultos en cuanto a la aplicación de instrumentos reconocidos y estandarizados que contribuyan a la prevención de desarrollar úlceras por presión en los adultos mayores. Otra de las razones es

profundizar en cuanto al contenido y la importancia que tiene aplicar las escalas de Braden, Emina y Norton para la prevención de úlceras por presión en los residentes.

Una de las escalas descritas para valorar el riesgo de úlceras por presión fue la de Norton. Por otro lado, Bárbara Braden desarrolló su escala utilizando conceptos y conocimientos ya existentes acerca de la úlcera por presión, los cuales delinearon los fundamentos en los que se basa su escala. Los argumentos presentados por las autoras antes descritas han servido de referencia para reunir los requisitos que componen una escala de valoración ideal, la cual debe permitir valorar, evaluar y prevenir los riesgos para desarrollar dicha lesión. Entre las características que deben estar presentes se tienen:

- Alta sensibilidad: la escala debe permitir identificar a las personas que tienen patologías o se encuentran en situaciones de riesgo para desarrollar úlceras por presión.
- Alta especificidad: la escala debe enfocarse correctamente en la persona o pacientes y filtrar a las que no presentan patologías o situaciones de riesgo para desarrollar úlceras por presión.
- Debe ser fácil para su utilización.
- Que se pueda aplicar en todas las situaciones de la atención asistencial.

Se considera que una escala es válida cuando se ha realizado más de dos trabajos que hayan demostrado su eficacia, identificando a los pacientes en riesgo para desarrollar úlceras por presión.

Entre los factores que indican la validez de la escala tenemos la eficacia al momento de identificar los pacientes que presentan riesgo y los que no presentan riesgo para desarrollar úlceras por presión. (Garcia Fernandez F, 2011)

Escalas validadas

En la actualidad, 22 escalas para la valoración del riesgo de úlcera por presión han sido validadas y cabe indicar que se sigue desarrollando nuevos instrumentos similares a estos. Entre esas 22 escalas están algunas de uso

general, es decir que se pueden utilizar en cualquier instancia de la atención asistencial; otras están dirigidas a la valoración de pacientes críticos, pediátricos, en sus domicilios, etc. Se conoce que la mayoría de estas escalas no han sido validadas adecuadamente, por lo tanto, no existen garantías acerca de su validez. (García Fernández F, 2011)

Escala de Norton

Es la primera escala descrita para la valoración del riesgo de úlceras por presión, fue desarrollada luego de una investigación realizada por su autor en pacientes geriátricos, a raíz de este estudio la escala de Norton ha conseguido una difusión a nivel mundial.

En esta escalada se considera 5 parámetros:

- Estado mental
- Incontinencia
- Movilidad
- Estado físico y la actividad

Es considerada una escala negativa, dado que en su calificación un menor puntaje indica mayor el riesgo. En su formato original, su puntuación de corte eran los 14, sin embargo, después se propuso modificar el punto de corte situándolo en 16. (Anexo N.º 3)

Escala de Waterlow

Esta escala fue desarrollada, partiendo de un estudio de prevalencia de las úlceras por presión, el cual demostró que los pacientes que fueron valorados por la escala de Norton, algunos no clasificaban como pacientes en riesgo y que finalmente desarrollaron úlceras. (García et al. 2011)

Al realizar una revisión acerca de los factores, etiología y la fisiopatología de las úlceras por presión Waterlow manifestó 6 subescalas:

- Relación talla/peso
- Continencia,

- Aspecto de la piel,
- Movilidad,
- Edad/sexo
- Apetito.

Además, mencionó 4 categorías para otros factores de riesgo

- Malnutrición tisular
- Déficit neurológico
- cirugía
- Medicación. (Garcia Fernandez F, 2011)

Escala de Braden

Esta escala fue desarrollada en estados unidos, para su realización se efectuó un proyecto investigativo en centros socio sanitarios, en el cual se buscaba dar solución a algunas deficiencias que presentaba la escala de Norton. La escala de Braden fue diseñada en base a conocimientos y teorías acerca de las úlceras por presión, lo cual contribuyó para la definición de los fundamentos de dicha escala en cuanto a la evaluación del riesgo para el desarrollo de o úlceras por presión.

La Escala de Braden consta de seis subescalas:

- Percepción sensorial
- Exposición de la piel a la humedad
- Actividad física
- Movilidad
- Nutrición
- Roce.

Los tres primeros para todos tienen por objetivo medir la exposición a la presión prolongada e intensa, mientras que los otros se relacionan con la resistencia de los tejidos a dicha presión. (Garcia Fernandez F, 2011)

	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Percepción	Completamen	Muy limitada.	Ligeramente	Sin

sensorial.	te limitada.		limitada.	limitación.
Exposición a la humedad.	Siempre húmeda	A menudo húmeda.	Ocasionalmente húmeda.	Raramente húmeda.
Actividad física – deambulación.	Encamado	En silla.	Deambula ocasionalmente.	Deambula frecuentemente.
Movilidad cambios posturales.	Inmóvil	Muy limitada.	Levemente limitada.	Sin limitación.
Nutrición.	Muy pobre	Probablemente inadecuada.	Adecuada.	Excelente.
Cizallamiento – roce.	Riesgo máximo.	Riesgo potencial.	Sin riesgo aparente.	

Así, se valoran dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, catalogaremos el riesgo en función de la siguiente clasificación:

– Sin riesgo ≥ 19

– Riesgo Bajo: 15 puntos o más

– Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos

– Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos (OCRONOS, 2019)

Escala de Emina

Esta escala fue desarrollada por el instituto catalán de salud para la valoración y seguimiento de la úlcera por presión, dentro de su contenido se enfoca en 5 factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Su nombre se debe a un acrónimo, dado que las primeras letras de cada factor componen el mismo. (EMINA). (Garcia Fernandez F, 2011).

(Anexo N.º 3)

Factor de riesgo:

Se entiende por factor de riesgo a la probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad, caracterizándose siempre por ser dinámica e individual. Algunos factores de riesgo han sido considerados como predictores para el desarrollo de úlceras por decúbito, condición debida a una sobrecarga física, emocional y social para el paciente y familia, provocando una disminución en su calidad de vida, con el aumento consecuente de costos para los servicios de salud, ya que genera mayor tiempo de hospitalización e incremento en los índices de morbilidad y mortalidad. (Úlceras.net Lesiones por humedad , 2020)

El riesgo de upp puede verse afectado por una serie de factores predisponentes que generan una mayor susceptibilidad a padecerlas en el individuo en el que se presentan.

Estos factores pueden clasificarse en dos grupos, dependiendo de si son intrínsecos a la persona o extrínsecos a ellas.

Los factores intrínsecos suelen relacionarse con la situación física, psicosocial o médica del paciente, mientras que los extrínsecos son derivados del entorno y el ambiente en el que se encuentra la persona.

Todos estos factores, como explican los responsables de este sistema de salud, complican de forma importante la asistencia sanitaria actual y favorece los riesgos de aparición de eventos adversos. (Risk Assessment and, 2005)

Factores extrínsecos

Son condiciones que actúan sobre el organismo del paciente desde el exterior y que pueden incluir la aparición de las úlceras por presión si se mantienen estos en el tiempo.

Presión

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

Humedad y Xerosis

La humedad-microclima se asocia a incontinencia urinaria, fecal o mixta y/o a sudoración profusa, que modifican la barrera cutánea y alteran el manto de ácidos grasos protectores de la piel, favoreciendo la maceración, condición que permite que sea 5 veces más lábil a ulcerarse. Además de estos cambios, también se altera la flora bacteriana. Esto aumenta la colonización de gérmenes sobre la zona afectada y da como resultado final un microclima facilitador de las UPP. Por otro lado, la xerosis cutánea o sequedad extrema junto con la atrofia, presentes en la mayoría de los pacientes gerontes, conducen a una pérdida de la elasticidad de la piel y, ante mínimos cambios de postura o traumatismos, se generan fisuras o pequeñas laceraciones que serán el origen de nuevas UPP. (Oliveira Costa AC)

Existen varios tipos de humedad: asociadas a la incontinencia, al exudado, periestomales, asociadas a la transpiración o a la mucosidad.

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) es una inflamación de la piel que ocurre cuando la orina o las heces entran en contacto con la piel perineal o perigenital.

Se define la dermatitis asociada a la incontinencia como una respuesta reactiva de la piel a la exposición crónica de orina y materia fecal, que podría ser observada como inflamación y eritema, con o sin erosión o denudación, a nivel de la zona perineal o perigenital. (Management, 2007)

La DAI se conoce también como dermatitis perineal, dermatitis del pañal o lesiones por humedad. Provoca molestias considerables y puede resultar difícil, laboriosa y cara de tratar. (Bliss DZ, 2006)

La etiología exacta de la DAI no está clara, pero se supone que la interacción entre el aumento de la humedad superficial de la piel, el aumento del pH superficial de la piel, aumento de las cargas microbianas, proteasas fecales y lipasas y factores mecánicos como la fricción, debilitan y dañan la barrera epidérmica que conduce a la inflamación. (Ulceras.net Lesiones por humedad , 2020)

Tracción (Cizallamiento)

Se produce tracción cuando el hueso es desplazado en sentido contrario a la piel y el músculo subyacente es traccionado entre la inserción muscular y la piel fija en su posición original. Esto genera la ruptura del tejido blando subyacente y de los vasos (hematomas).

Fricción

Es la fuerza tangencial que actúa en forma paralela a la piel. Produce despulimiento de la piel con ruptura epidérmica, generalmente por el roce de sábanas o de cualquier superficie áspera. El roce genera un trauma que conduce a la inflamación con eritema y ampollas por despegamiento (ampollas).

Factores intrínsecos

Los factores intrínsecos son aquellas condiciones propias del paciente, que lo predisponen a desarrollar úlceras por presión. Se debe evaluar en todo paciente dependiente:

- Inmovilidad o movilidad limitada.

Son múltiples las limitaciones que causa la inmovilidad.

Sociales. Destacan las pérdidas del empleo, de actividades esparcimiento, de relaciones sociales, de la capacidad cuidar a terceros y de autocuidado.

Psicológicas. Puede haber depresión, temor a las caídas, pérdida del control e incapacidad aprendida.

Físicas. Puede conducir a caídas, incontinencia, pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, alteraciones metabólicas (disminución de glucosa, balance negativo de calcio y nitrógeno), úlceras por decúbito, contracturas y trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. (Medicina uc)

- **Hospitalización prolongada.**

En el medio hospitalario los pacientes están expuestos a factores estresantes de naturaleza física, ambiental y psicosocial que desencadenan respuestas fisiopatológicas y multisistémicas que aumentan el riesgo de complicaciones después del alta hospitalaria. Modifican su ritmo circadiano habitual, la alimentación no solamente se ve modificada de sus gustos personales, sino que en muchas ocasiones están mal alimentados, el dolor, el discomfort, largos períodos de inactividad sufren situaciones desconcertantes y mentalmente amenazantes, que pueden alterarles el nivel cognitivo y sus funciones físicas. Estas perturbaciones pueden desencadenar deterioros importantes durante la recuperación temprana e incluso predisponer a la confusión con la consiguiente afectación de la salud. La asociación de alta complejidad de los pacientes con el envejecimiento de la población y la presencia de múltiples comorbilidades aumentan la aparición de factores estresantes durante el periodo de hospitalización (Hospitalización prolongada. Medicina interna de alto valor , 2013)

- Deterioro de la consciencia.

El coma es la falta de respuesta de la cual el paciente no puede ser despertado y en el cual los ojos del paciente permanecen cerrados. La alteración de la consciencia se refiere a trastornos similares, menos graves de la consciencia; estas alteraciones no se consideran coma. El mecanismo para el coma y el deterioro de la consciencia involucra la disfunción de ambos hemisferios cerebrales o del sistema activador reticular (también conocido como sistema activador ascendente). Las causas pueden ser estructurales o no estructurales (p. ej., trastornos tóxicos o metabólicos). El daño puede ser focal o difuso. El diagnóstico es clínico; la identificación de la causa requiere pruebas de laboratorio y neuroimágenes. El tratamiento es la estabilización inmediata y el manejo específico de la causa. Para el coma prolongado, el tratamiento coadyuvante incluye ejercicios pasivos en el rango de movimiento, alimentación enteral y medidas para evitar las úlceras por decúbito. (Maiese, 2020)

- Enfermedades neuro-degenerativas.

Entendemos por enfermedades neurodegenerativas al conjunto de enfermedades y trastornos caracterizados por la presencia de neurodegeneración, es decir, la degradación progresiva hasta la muerte de las neuronas que forman parte de nuestro sistema nervioso.

Esta muerte neuronal suele por lo general ser progresiva e irreversible, provocando una serie de efectos o repercusiones de gravedad variable que pueden desde no tener un efecto sintomático hasta provocar la pérdida progresiva de facultades mentales y/o físicas e incluso llevar a la muerte (por ejemplo, por parada cardiorrespiratoria, una de las causas de muerte más frecuentes en este tipo de afecciones).

Las enfermedades neurodegenerativas son una de las causas más frecuentes y relevantes de discapacidad, ya que la neurodegeneración progresiva va a terminar provocando la limitación de funciones y la progresiva incapacidad para hacer frente a las demandas ambientales, precisando de soporte externo y de diferentes grados de ayuda. (Mimenza, 2020)

-Estado nutricional

Existe un acuerdo general en que la nutrición es un aspecto importante en el manejo de heridas tanto en prevención como en tratamiento. La mal nutrición energético -proteica (MEP), deficiencias específicas en algunos nutrientes o condiciones adversas específicas (deshidratación, infección o hiperglucemia) podría afectar el proceso normal de cicatrización y/o al desarrollo de nuevas lesiones.

En cuanto a este factor es fundamental tener en cuenta que a la hora de considerar las desviaciones de este estado debemos tener presentes tanto las alteraciones por defecto (desnutrición) como las alteraciones por exceso (obesidad), ya que ambos extremos se encuentran íntimamente ligados a la aparición de lesiones tisulares. Aquellos individuos en estado de desnutrición presentarán un mayor grado de fragilidad tisular debido a la falta de nutrientes en los diferentes tejidos corporales, así mismo, aquellas personas cuyo patrón nutricional este alterado por exceso se verán expuestas a mayores niveles de presión debido a su índice de masa corporal (IMC) y a la gran cantidad de tejido adiposo en la hipodermis que dificulta la vascularización de la zona. (Jursichk, 2010)

- Envejecimiento de la piel.

El envejecimiento de la piel es la consecuencia de una serie de procesos intrínsecos y extrínsecos. El envejecimiento intrínseco o biológico es inevitable, está determinado genéticamente, se produce naturalmente en el cuerpo, incluso en la piel foto protegida. Además, es exacerbado por el envejecimiento extrínseco que a su vez es inducido por factores ambientales.

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. El envejecimiento intrínseco o biológico no se debe a factores ambientales modificables, pero se asocia al avance de la edad con el que se producen, incluso en la piel protegida del sol, cambios clínicos, histológicos y fisiológicos.

Las manifestaciones clínicas del envejecimiento intrínseco o biológico incluyen el adelgazamiento de la piel, xerosis, laxitud, arrugas y atrofia, que da lugar a la prominencia de los vasos sanguíneos, a la pérdida de elasticidad y a una mayor fragilidad cutánea.

Hay características histológicas que acompañan a estos cambios. El estrato córneo permanece relativamente sin cambios, pero se afina la epidermis y se produce una estabilización de la unión dermoepidérmica. En la dermis, hay una disminución considerable de su espesor, así como de la vascularización, y una reducción en el número y en la capacidad de biosíntesis de los fibroblastos, y, con ello, una disminución del nivel de colágeno (tipo I y tipo III).

Otros factores que contribuyen a la formación de arrugas incluyen cambios en los músculos, la pérdida de grasa del tejido subcutáneo, las fuerzas gravitacionales y la pérdida de sustancia de los huesos faciales y del cartílago.

A medida que la piel envejece se vuelve laxa y el soporte de tejido blando se ve disminuido. Los efectos de la gravedad se hacen evidentes alrededor de los 50 años, que es cuando la elasticidad de la piel disminuye drásticamente. De esta forma, el envejecimiento cronológico de la piel se caracteriza por laxitud y arrugas finas, así como por el desarrollo de tumores benignos tales como queratosis seborreicas, telangiectasias y angiomas, pero no está asociado con cambios en la pigmentación o a arrugas, que son características de la piel expuesta al sol. (León, 2013)

El envejecimiento extrínseco de la piel es un proceso de evolución distinta, causado por factores ambientales. Se produce como resultado de la exposición diaria a una variedad de fuentes que incrementan la producción de radicales libres que a su vez dañan lípidos, proteínas y ADN y conducen al estrés oxidativo, con la consiguiente incapacidad de las células para mantener su integridad y función.

Asociado con factores externos ambientales: radiación ultravioleta, tabaco, contaminación, ingestión calórica.

Se produce como resultado de la exposición diaria diversas fuentes que incrementan la producción de radicales libres.

El principal factor exógeno de envejecimiento es la exposición crónica a la radiación ultravioleta, responsable del fotoenvejecimiento.

La severidad del fotoenvejecimiento es proporcional a la exposición solar acumulada e inversamente relacionada con el grado de pigmentación de la piel.

La exposición a la contaminación atmosférica está correlacionada con signos cutáneos de envejecimiento extrínsecos, como las alteraciones de la pigmentación, lo que indica que la contaminación puede también influir en envejecimiento cutáneo.

La restricción calórica está asociada a largo plazo con un menor daño oxidativo del ADN mitocondrial. (León, 2013)

De todas las causas extrínsecas, la que tiene más efectos negativos documentados sobre la piel es la exposición a la radiación ultravioleta. El 80% del envejecimiento de la piel de la cara se atribuye a exposición solar. Otros factores relevantes son la exposición al humo del tabaco y la contaminación. El consumo de tabaco aumenta la producción de radicales libres y puede disminuir la producción de colágeno y elastina. Los daños producidos por la contaminación sobre la piel aumentan también la producción de radicales libres e incrementan los efectos de la radiación ultravioleta. Años de estrés ambiental acumulado en las estructuras celulares tienen como resultado un envejecimiento prematuro de la piel. (León, 2013)

Localizaciones más frecuentes:

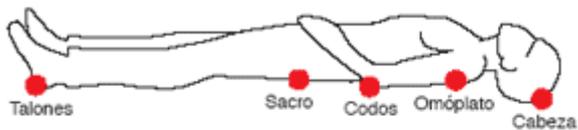
Las localizaciones más frecuentes de las UPP se corresponden con zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo, es decir, zonas del cuerpo que soportan mayor presión. Estas zonas varían dependiendo de la posición del paciente:

Decúbito dorsal: cabeza, omoplatos, codos, la región sacra, los talones, el coxis y el occipucio son las zonas de mayor presión.

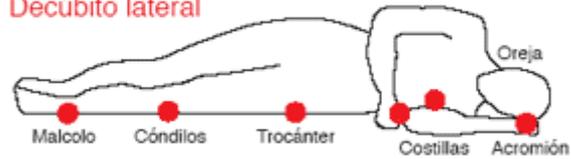
Decúbito lateral: son las orejas, acromion, maléolos, las costillas, trocánter, los hombros, cóndilos y malcolo.

Decúbito prono: soportan mayor presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales masculinos, las mamas, mejilla, los pómulos, las orejas, la nariz y el acromion.

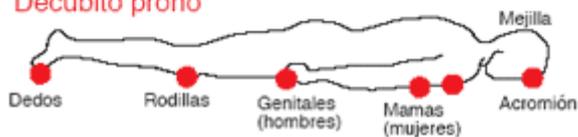
Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono



Sedestación: localizadas en omóplatos, región lumbar de la espalda, caderas, pelvis los trocánteres, los talones y los dedos de los pies.

También es frecuente encontrar UPP en localizaciones no habituales, provocadas por la presión mantenida sobre la piel de un dispositivo diagnóstico o terapéutico.



Prevención de las úlceras por presión

Las actividades de cuidados que comprende se pueden clasificar en diferentes áreas

1. Valoración del riesgo

- Valorar el riesgo de presentar UPP en todas las personas.
- Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente. -

Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de UPP y por lo tanto excluirlo de la aplicación de medidas preventivas.

- Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración:
 - Isquemia de cualquier origen
 - Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas)
 - Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.
 - Hipotensión prolongada
 - Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.
 - Cambio de cuidador habitual
 - Cambio de nivel asistencial
- Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se utilizará de forma sistemática una escala de valoración de riesgo UPP (EVRUPP) validada. De las existentes nos decantamos por la escala Braden por su mejor balance sensibilidad/especificidad y su fácil manejo.

2. Cuidados de la piel

- Valoración del estado de la piel.

Realizar diariamente coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento al paciente y cuidador.

Hacer hincapié en zonas donde hay prominencias óseas (sacro, caderas, tobillos, codos, etc.)

Prestar especial atención también a las zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, secreciones).

Observar la presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración. Los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados. Valorar en estos pacientes el

calor de la piel en la zona presuntamente afectada, comparándola con el calor en otra zona del cuerpo.

- Limpieza y cuidados locales de la piel

La piel de la persona debe estar siempre limpia y seca

- Utilizar jabones y sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el ph de la piel.
 - Aclarar bien el jabón y realizar secado meticuloso sin fricción incidiendo especialmente en las zonas de pliegues
 - Aplicar cremas hidratantes fluidas, confirmando su total absorción
 - Utilizar preferentemente lencería de tejidos naturales
 - Utilizar apósitos protectores para reducir las posibles lesiones por fricción.
 - Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión ya que posibilitan una óptima hidratación, favorecen el aumento de la circulación capilar y refuerzan la resistencia cutánea.
 - Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga alcohol (de romero, tanino, colonias, etc.)
 - No realizar masajes sobre prominencias óseas, ni zonas con rojeces (ocasionan roturas capilares que favorecen la aparición de UPP).
- Manejo del exceso de humedad (incontinencia, transpiración, drenajes)
 - Controlar la causa que origina el exceso de humedad.
 - Proteger las zonas expuestas al exceso de humedad con productos barrera. (Asegurarse de la ausencia en la zona expuesta a la humedad de una micosis, ante su presencia no utilizar estos productos)
 - . Manejo de la Presión Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, considerar cuatro elementos fundamentales:

- Movilización

- Cambios posturales
- Superficies especiales de la presión
- Protección local ante la presión

- Movilización

Fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente proporcionándole los dispositivos de ayuda necesarios (andadores, bastones, trapecios, barandillas).

Si existe potencial para mejorar la movilidad física, iniciar gimnasia activa o pasiva. Considerar la derivación a fisioterapia.

- Cambios posturales

- Periodicidad

- Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgo .
- Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Cuando sea posible, enseñar a la persona a reposicionarse por sí misma a intervalos de 30'.

En periodos de sedestación efectuar movilizaciones horarias.

Si puede realizarlo autónomamente, enseñar a la persona a moverse cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).

- Si la situación del paciente en sedestación o de su entorno de cuidados no permite realizar estas movilizaciones, es preferible encamar al paciente.
- Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre el manejo de cargas y pesos.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona.

- Evitar el contacto directo entre prominencias óseas.
- Evitar en lo posible apoyar directamente a la persona sobre sus lesiones.
- Evitar el arrastre: realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción. Utilizar entremetidas o sabanas traveseras.
- Elevar la cama lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el mínimo tiempo posible (si su patología base lo permite).
- En decúbito lateral no sobrepasar los 30º de inclinación y evitar apoyar el peso en las prominencias óseas ayudándose de almohadas.
- Los pies y manos deben mantener una posición funcional.

Tratamiento de las úlceras por presión

Ante el tratamiento de una UPP se tendrá en cuenta una doble visión de los cuidados:

Cuidados Generales

- Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones

Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones por lo que aplicaremos las directrices dadas en la prevención sobre la utilización de las SEMP. (superficies especiales para el manejo de la presión).

- Soporte nutricional

La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas.

Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, también puede evitar la aparición de éstas, y de la infección.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización.

La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:

- Calorías (30-35 Kcal x Kg. Peso/día)
- Proteínas (1.25 - 1.5 gr./Kg. Peso/día, pudiendo ser necesario un aumento de hasta un máximo de 2 gr./Kg. Peso/día).
- Minerales: Zinc, Hierro, Cobre
- Arginina
- Vitaminas: Vit C, Vit A, Complejo B
- Aporte hídrico (1cc Agua x Kcal. Día) (30 CC. Agua/día x Kg. Peso)

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a dietas enriquecidas, según pautas

- Manejo del dolor

Valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P., con su tratamiento y patologías asociadas. La percepción del dolor es subjetiva, cuando un paciente se queja de dolor hay que tratarlo. Considerar los parámetros siguientes:

Intensidad: para medir la intensidad del dolor se recomienda hacer una valoración previa del estado cognitivo del paciente para poder aplicar la escala de valoración más adecuada.

- Calidad: continuo, incidental (relacionado con las movilizaciones o las curas)
- Eruptivo: de aparición impredecible.

Manejar el dolor eliminando o controlando su fuente de origen: cura en ambiente húmedo, cubriendo heridas, ajustando las superficies de apoyo, recolocando al paciente.

Un aumento del dolor sugiere un deterioro mayor y la posibilidad de una infección.

- Si se considera necesario y adecuado proporcionar analgesia
- Tener en cuenta los factores psico-sociales que pueden influir en la percepción del dolor, así como el estado cognitivo.

- Valoración Psico-Social

Es necesario identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, habilidad, conocimientos, recursos, y motivación de éste y del paciente para participar en el plan de cuidados.

Diseñar, aplicar y evaluar medidas de implicación del paciente y familia en la prevención y cuidado de las UPP. Así como, facilitarles el acceso a los recursos sociales para planificar sus necesidades.

- Soporte Emocional

La presencia de una UPP puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria del individuo y su familia a tener presente en la planificación de sus cuidados:

- Problemas físicos, emocionales, sociales y económicos que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.
- Déficit de autonomía, autoimagen, autoestima, etc.
- Necesidad de apoyos sociales ante situación de difícil manejo en su entorno.

- Educación

- Informar continuamente a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales del estado, evolución y tratamiento de la lesión
- Implicar a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales en la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención y tratamiento.
- Valorar la capacidad del paciente/cuidador para participar en su programa de prevención y tratamiento.
- Desarrollar un programa de educación que sea:

- Organizado, estructurado y comprensible.
- Dirigido a todos los niveles: pacientes, familiares, cuidadores, gestores, y que incluyan mecanismos de evaluación sobre su eficacia.

Cuidados Locales

- Limpieza

- Objetivos de la Limpieza

- Retirar restos orgánicos e inorgánicos y exudados presentes en la lesión.
- Rehidratar la superficie de la herida para facilitar medio humedad.
- Facilitar la inspección de la lesión.
- Disminuir el riesgo de infección.

- Desbridamiento

Es un paso imprescindible para evaluar el grado de la UPP.

- Objetivos del desbridamiento:

- Eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana.
- Eliminar el mal olor.
- Favorecer la restauración estructural y funcional de la piel.
- Facilitar la curación, acelerando las fases de proliferación celular.
- Permitir ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abscesos.
- Permitir evaluar la profundidad de la lesión.
- Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar:
 - Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos. Es necesario prestar una consideración especial en personas en situación terminal de su enfermedad.

- Características de la lesión (tipo de tejido, profundidad, localización, presencia de dolor, signos de infección).
- Vascularización de la zona: si es una zona altamente vascularizada, controlar el sangrado; de lo contrario si es una zona con falta de riego sanguíneo no va a permitir una óptima regeneración tisular, alargándose el proceso
- Tratamiento con anticoagulantes.

Hay una importante excepción del desbridamiento: es el caso de la placa dura necrótica (escara que no presenta edema, eritema, fluctuación o drenaje) en talón, en este caso se recomienda no desbridar y someterla a una estricta vigilancia. Esta placa necrótica va a actuar siempre como una barrera natural ante una posible osteomielitis del calcáneo.

- Antes de iniciar el desbridamiento tendremos en cuenta:

- Rapidez (con lo que se quiere actuar)
- Infección (presente o no)
- Profundidad y localización.
- Dolor.
- Coagulopatías y tratamientos anticoagulantes.

- Métodos de desbridamiento:

- Quirúrgico

Retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, se lleva a cabo en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia. Indicado en escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, de localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis.

Cortante.

Retirada de forma selectiva de tejido necrótico y desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable, es el más efectivo y permite el desbridamiento de forma más rápida.

Se realiza "a pie de cama".

- Valorar el uso de medidas de control del dolor, generales y locales antes de iniciar la técnica.
- Tener especial precaución en personas con coagulopatías o tratadas con anticoagulantes.
- En caso de sangrado, controlarlo con presión digital, apósitos hemostáticos, o apósitos de Alginato Ca.
- Vigilar los signos de sangrado significativo durante las primeras 24 horas, valorando la conveniencia de mantener los apósitos.
- No está indicado en zonas de escasa o nula vascularización, dificulta la cicatrización
- Realizar con instrumental estéril, extremando las medidas de asepsia
- Enzimático Es la aplicación local de enzimas exógenas (principalmente colagenasa, estreptoquinasa) que funciona de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, separando el tejido necrótico del tejido viable.
- Se recomienda realizar cortes con bisturí en caso de placa dura necrótica, para facilitar que el producto penetre en la lesión.
- Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.
- Proteger la piel perilesional.
- Su acción puede ser neutralizada en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y antisépticos.
- Autolítico: Es el fisiológico, ocurre en todas las heridas de forma natural, aunque su acción es más lenta que otros métodos. Se favorece con la aplicación de apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo. Es el método más selectivo, a traumático y no doloroso. Bien aceptado por el paciente puede provocar maceración de la piel periulceral si no es bien utilizado. Estos métodos son compatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados

- Elección del tratamiento

Las evidencias científicas disponibles demuestran mayor efectividad clínica y mejor resultado coste/beneficio (espaciamento de curas, menor manipulación de las lesiones) de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional.

- Mantiene la temperatura.

La actividad celular se desarrolla a 37 ° C, en temperaturas inferiores los procesos se ralentizan. Al limpiar una úlcera su temperatura disminuye a 22-24 ° C, por ello los apósitos deben permitir espaciar las curas lo máximo posible.

- Ayuda al desbridamiento.

- Los apósitos utilizados no deben lesionar el lecho de la herida en su retirada, ni dejar restos que la puedan contaminar.

- La cicatrización es más rápida y menos dolorosa.

- A la hora de iniciar el tratamiento de la herida hay que valorar los siguientes parámetros.

- Dimensión: se expresará en centímetros la longitud y la anchura.

- Tipo de tejido existente en el lecho: granulación, esfacelo y/o necrótico seco o húmedo.

- Existencia de tunelizaciones, fístulas.

- Signos de infección, exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre, etc.

- Presencia de dolor.

- Antigüedad de la lesión.

- Estado de la piel perilesional reflejando si está íntegra, lacerada, macerada, reseca.

- Curso/ evolución de la lesión.

- Pautas básicas para realizar la cura:
- Elegir la posición más adecuada, cómoda y menos álgida para el paciente y cuidador.
- Realizar la cura en condiciones de asepsia.
- Retirar el apósito mediante una técnica no agresiva.
- Valorar la piel perilesional y proteger si procede.
- En caso de uso de apósito, este debe sobrepasar en 2,5 – 4 cm el borde de la úlcera.
- El cambio de apósito se realizará según las normas del producto salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes peri ulcerales.
- Valorar la lesión y elegir el tratamiento adecuado (en caso de esfacelos y/o tejido necrótico es necesario desbridar).
- Para manejar el dolor local valore el uso de geles opioides como analgésicos tópicos (EJ. Hidrogel de Clorhidrato de Morfina).
- . Evidencia Moderada.
- Material:
- Guantes, compresas y gasas estériles.
- Solución salina fisiológica.
- Equipo de curas estéril:
- Pinzas y tijeras.
- Apósitos.
- Limpiar las lesiones inicialmente en cada cura.
- Como norma general realizarla con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo potable abundante, a una temperatura $\pm 37^{\circ}$.
- Aplicar ligera presión para arrastrar: tejidos necróticos, esfacelos, detritus celulares o restos de tratamientos. (1-4 kg/cm²; utilice jeringa de 20 a 35 cc y una aguja o catéter de 19 mm de diámetro), evitar arrastrar células nuevas.

- Si la UPP está cavitada ayudarse con una sonda estéril, para así llegar a todos los recovecos, evitando cierres en falso y arrastrando restos de la zona cavitada.
- Los antisépticos no deben usarse de manera rutinaria en la limpieza de heridas crónicas.
- Cuando esté tratando la lesión con apósitos de plata, se ha de tener en cuenta las recomendaciones del fabricante respecto a su utilización con suero fisiológico.
- Cura húmeda - El Apósito de elección tiene que cumplir con los requisitos:
 - Proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas.
 - Aportar la humedad necesaria para facilitar la migración celular acelerando así el proceso de curación.
 - Controlar el exudado, manteniendo la cantidad adecuada de humedad en la ulcera.
 - Ser de fácil manejo y cómodos para el paciente.
 - Controlar el olor y la presión.
 - Mantener la temperatura constante en el lecho de la herida.
 - No lesionar el lecho de la herida con su retirada, ni dejar restos.

No hay diferencia en la efectividad clínica (cicatrización) de un tipo de productos de tratamiento en ambiente húmedo sobre otros, por tanto, para su selección considere otros elementos como: tipo de tejido, exudado, localización, piel perilesional y el tiempo del cuidador.

- Aparte del tratamiento local, reforzar desde el momento que aparece la úlcera las medidas preventivas:

- No apoyar sobre la zona afectada.
- Aumento hídrico y proteico.
- Medidas de alivio de presión.

- Recomendaciones básicas para la utilización de productos de cura húmeda.
- El exudado será el que condicione la frecuencia de cambios. Así, y como norma general, podemos recomendar que cuando el exudado de la lesión esté en torno a 1-2 cm. del borde del apósito es el momento adecuado para su cambio.
- Realizar la valoración de la úlcera de manera periódica al menos una vez a la semana, o siempre que existan cambios que así lo sugieran.
- Si los cambios hay que hacerlos con frecuencia inferior a los 2-3 días se recomienda modificar el producto de tratamiento por otro de mayor absorbencia y si no lo controla y se asocia a otros signos: retraso en la cicatrización, dolor, decoloración, etc., valorar la posibilidad de que se encuentre en situación de colonización crítica y tratar como si estuviera infectada.
- Si la lesión tiene una elevada carga bacteriana o signos claros de infección, la limpieza y desbridamiento debe hacerse a diario. Si se asocia a productos para el manejo de la carga bacteriana, como apósitos de plata, la revisión de la lesión debería hacerse como máximo cada 48-72h. En el caso de aumentar el escalón terapéutico y optar por antibióticos tópicos, el cambio deberá realizarse en función de la vida media del mismo. Así, como ejemplo, la sulfadiazina argéntica tiene una vida de 12 h. por lo que los cambios habrá que realizarlos con esa periodicidad.
- Para evitar que se formen abscesos o “cierre en falso” de la lesión, será necesario rellenar parcialmente -entre la mitad y las tres cuartas partes- las cavidades y tunelizaciones.
- Abordaje de la infección bacteriana.

Planificación de cuidados.

1. Desarrolle un plan de cuidados nutricional individualizado para personas con úlceras por presión o en riesgo de desarrollarlas.

Un dietista, en consulta con el equipo interprofesional (incluyendo, pero no limitado a, profesionales de medicina, enfermería, logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia y odontología) debe desarrollar y documentar un plan

de intervención nutricional individualizado basado en las necesidades nutricionales de la persona, vías de alimentación y los objetivos del cuidado, según lo determina la valoración de la nutrición.

2. Siga las directrices pertinentes y basadas en la evidencia sobre la nutrición y la hidratación para los individuos que presentan riesgo nutricional y que están en riesgo de úlceras por presión o tener una úlcera por presión existente.

Ingesta de Energía

1. Proporcione una ingesta calórica total individualizada basada en la situación clínica subyacente y el nivel de actividad.

2. En individuos adultos con riesgo de úlceras por presión y valorados como con riesgo de desnutrición, proporcione 30 a 35 kilocalorías / kg de peso corporal.

3. En individuos adultos con úlceras por presión y valorados como con riesgo de desnutrición, proporcione 30 a 35 kilocalorías / kg de peso corporal.

4. Ajuste la ingesta de energía basada en el cambio de peso o el nivel de obesidad. En adultos que tienen bajo peso o que han tenido una pérdida de peso involuntaria significativa puede ser necesaria la ingesta calórica adicional.

5. Revise y modifique las restricciones dietéticas cuando las limitaciones den lugar a la disminución de la ingesta de alimentos y de líquidos. Estos ajustes deben hacerse en consulta con un profesional médico y dietista siempre que sea posible.

Las necesidades calóricas están perfectamente satisfechas con una dieta saludable; Sin embargo, algunas personas no pueden o no tienen una dieta adecuada. Dietas excesivamente restrictivas pueden hacer que los alimentos tengan un sabor desagradable y poco atractivo, y por lo tanto reducir el consumo.

6. Ofrezca alimentos enriquecidos y / o altos en calorías, suplementos nutricionales orales altos en proteínas entre las comidas si los requerimientos nutricionales no pueden ser alcanzados por la ingesta dietética. Los suplementos nutricionales orales, alimentos mejorados, y alimentos

enriquecidos pueden ser utilizados para combatir la pérdida del peso no intencional y la desnutrición.

7. Considere el soporte nutricional enteral o parenteral cuando la ingesta oral es inadecuada. Esto debe estar de acuerdo con los objetivos individuales de cada paciente.

Si la ingesta oral es inadecuada, la nutrición enteral o parenteral se puede recomendar si el individuo está de acuerdo. La alimentación enteral (sonda) deber ser la ruta preferida si el tracto digestivo está funcionando. Los riesgos y beneficios de apoyo a la nutrición se deben discutir con las personas y los cuidadores desde el principio, y se deben reflejar las preferencias del individuo y las metas para el cuidado.

Ingesta de proteínas

1. En adultos con riesgo de úlceras por presión, proporcione suficientes proteínas para mantener un balance positivo de nitrógeno.
2. En adultos con riesgo de úlceras por presión y valorados como con riesgo de malnutrición, oferte de 1,25 a 1,5 gramos de proteína / kg de peso corporal al día, siempre que sea compatible con los objetivos del cuidado, y reevalúe cuando se produzcan cambios en la situación.
3. En adultos con úlceras por presión, proporcione las proteínas adecuadas para mantener un balance nitrogenado positivo.
4. En adultos con úlceras por presión y valorados como con riesgo de malnutrición, oferte de 1,25 a 1,5 gramos de proteína / kg de peso corporal al día, siempre que sea compatible con los objetivos de la atención, y reevalúe cuando se produzcan cambios en la situación
5. En adultos con riesgo de úlceras por presión y riesgo de malnutrición, ofrezca una dieta hipercalórica e hiperproteica mediante suplementos nutricionales, además de la dieta habitual, si los requisitos nutricionales no pudieran ser alcanzados por la dieta habitual
6. Valore la función renal para comprobar que los altos niveles de proteínas son apropiados para el individuo.

Se requiere el juicio clínico para determinar el nivel adecuado de proteínas para cada individuo, en función del número de úlceras de presión presentes, del estado general nutricional, las comorbilidades, y la tolerancia a las intervenciones nutricionales.

7. Suplemente con alto contenido en proteínas, arginina y micronutrientes a adultos con úlceras por presión categoría/estadio III o IV o múltiples úlceras por presión cuando los requerimientos nutricionales no pueden ser satisfechos con los suplementos tradicionales altos en calorías y proteínas.

Hidratación

1. Proporcione y fomente la ingesta diaria adecuada de líquidos para la hidratación de un individuo con riesgo de desarrollar, o con una úlcera por presión. Esto debe estar en consonancia con las patologías y los objetivos de cada individuo.

2. Monitorice los signos y síntomas de deshidratación, como el cambio en el peso, la turgencia de la piel, la producción de orina, el sodio sérico elevado, y/o la osmolaridad sérica calculada.

3. Proporcione líquidos adicionales para las personas con deshidratación, temperatura elevada, vómitos, sudoración profusa, diarrea o heridas muy exudativas.

Los líquidos sirven como disolvente para vitaminas, minerales, glucosa y otros nutrientes y transporta los nutrientes y los productos de desecho por el cuerpo. Los profesionales de salud deben monitorizar el estado de hidratación de los individuos, el control de signos y síntomas de deshidratación, tales como: los cambios en el peso, la turgencia de la piel, la producción de orina, el sodio sérico elevado, o la osmolaridad sérica calculada.

Vitaminas y minerales

1. Proporcione a las personas que se encuentren con riesgo de desarrollar úlceras por presión una dieta equilibrada que incluya una buena fuente de vitaminas y minerales.

2. Proporcione / Anime a las personas que se encuentren con riesgo de desarrollar úlceras por presión para que tomen suplementos de vitaminas y minerales cuando la ingesta de la dieta es pobre o se confirmen o se sospechen deficiencias.

3. Proporcione / Anime a las personas con úlceras por presión a tomar una dieta equilibrada que incluya buenas fuentes de vitaminas y minerales.

4. Proporcione / Anime a las personas con úlceras por presión para que tomen suplementos de vitaminas y minerales cuando la ingesta de la dieta es pobre o se confirmen o se sospechen deficiencias. (Prevención y tratamiento de úlceras por presión / guía de consulta rápida, 2009/2014)

ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

-Tipo de estudio:

-Según el nivel de análisis es un estudio de tipo Descriptivo de corte transversal observacional; que tiene el objetivo de describir cual es la relación entre el conocimiento y el cuidado enfermero en la aparición de úlceras por presión.

Es descriptivo porque estudia una situación en su condición natural, realiza un análisis y descripción de los datos obtenidos.

Es de cohorte transversal porque se realizará en un momento dado, estipulado en corte de tiempo.

Es observacional porque permitió observar, describir y analizar las variables, sin que estas puedan ser manipuladas por el investigador.

-Área de estudio:

-Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte” de Quilmes.

Servicio de clínica médica, cuenta con un total de 30 camas, con pacientes de una edad promedio de 50 a 70 años, el servicio está separado según el sexo del paciente y cuenta con 16 enfermeros asistenciales.

- Universo:

- Todos los enfermeros asistenciales de todos los turnos del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro G Iriarte” de Quilmes.

-Muestra

Dieciséis enfermeros asistenciales del sector de clínica médica del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte” de Quilmes.

-Unidad de análisis:

Cada uno de los enfermeros asistenciales del servicio de clínica médica.

-Criterios de inclusión:

Todos los enfermeros asistenciales de todos los turnos del servicio de clínica médica del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro G Iriarte” de Quilmes

-Criterio de exclusión:

-Todos los enfermeros que se encuentren de licencia por enfermedad, por vacaciones, y cualquier otro tipo de licencia enmarcada dentro de la ley de la administración pública al momento de realizar el estudio.

-Todos los enfermeros que se nieguen a participar del estudio.

-Todos los enfermeros que ocupen un cargo jerárquico o de conducción o con actividad gremial.

-Resto del equipo de salud: (médicos, cirujanos, kinesiólogos, extraccioncitas, radiólogos, que no conformen el plantel asistencial de enfermería del servicio de clínica médica del Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro G Iriarte” de Quilmes

Técnicas de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos será destinado para obtener información sobre el problema en estudio es una encuesta auto administrada con preguntas abiertas de múltiple opción, ya que permite la recolección de datos sobre un mayor número de personas en un periodo de tiempo bastante breve, se realizara de acuerdo a los objetivos del trabajo como base de sustento para la Operacionalización de variables estipulada en el estudio, dicha información será proporcionada por los participantes.

Fuentes de información: La fuente de recolección de datos es primaria en forma directa con el personal de enfermería asistencial del servicio de clínica médica de la institución hospitalaria.

-Consideraciones éticas:

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación se respetaron la dignidad e integridad física de cada uno de los profesionales de enfermería que participaron de la muestra de estudio, manteniendo el anonimato y la privacidad de toda la información adquirida a través del instrumento de recolección de datos, su participación fue de carácter voluntario con previa información de los objetivos de este estudio. Los resultados obtenidos fueron confidenciales y empleados únicamente para fines académicos como implica la ética y la bioética en investigación de seres humanos. Durante toda la ejecución de la investigación, se aplicaron los principios bioéticos de la siguiente manera:

- Beneficencia: la finalidad del proyecto de investigación es beneficiar al plantel de enfermería en virtud de los resultados obtenidos que podrán ser transferidos para su aplicación en otros sectores de la institución para crear o implementar propuestas orientadas a mantener la salud.
- No Maleficencia: Los instrumentos serán anónimos, se tendrá en cuenta la confidencialidad de la información y esta será procesada y analizada en forma agrupada, sin singularizar a ningún sujeto de estudio, con la obligación de evitar hacer daño a otros; y los datos obtenidos en la recolección de la información solo servirán para fines de la investigación.
- Justicia: Todo el plantel de enfermería asistencial de clínica médica tendrá la misma probabilidad de participar en la investigación, utilizando criterios para la inclusión y exclusión de los mismos.
- Autonomía: La población del presente estudio estuvo conformada por los profesionales de Enfermería asistencial, su participación fue libre y voluntaria en la investigación, también hace referencia a la toma de decisiones en el momento de actuar, por ende, también el asumir las consecuencias y efectos.
- Veracidad: la información contenida en este trabajo de investigación no ha sido manipulada y posteriormente será presentada ante las autoridades académicas

Nos parece relevante mencionar que ante el contexto de la pandemia del Covid-19 de público conocimiento y en función de la distancia social obligatoria para evitar el contagio de la enfermedad, hemos diseñado el mismo modelo de nuestro Instrumento de Recolección de Datos en un formato virtual llamado “Google Forms” como una herramienta útil que permite el uso cuestionario o encuesta personalizada, la cual puede visualizarse en una hoja de cálculo que registra de forma automática las respuestas; de este modo se evitó el contacto físico con los participantes y también un potencial contagio.

(Anexo N° 4)

Plan de recolección de datos

Para el inicio de la recolección de datos del presente estudio en primer lugar, se realizaron los trámites administrativos mediante los cuales se solicitaron las autorizaciones correspondientes dirigidas a: la Dirección de la institución, al área de Docencia e Investigación y a la Jefatura de Enfermería del Hospital Zonal General de Agudos para obtener el permiso de la aplicación del instrumento, una vez obtenido dicho permiso se procedió a ubicar a la población sujeto de estudio previa coordinación y permiso de la Jefatura del servicio de clínica médica.

(Anexo N° 5)

Procedimiento del procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos

Una vez finalizado con la recolección de los datos se procedió a codificar la información en una tabla matriz de datos de Microsoft Access y luego exportados a una planilla de Microsoft Excel., la información se tabuló en una tabla de doble entrada con frecuencia absoluta y relativa, para cruzar los datos de la variable en estudio. Los resultados fueron presentados en tablas y en gráficos circulares y columnas para ser analizados e interpretados considerando el marco teórico.

Definición teórica de las variables:

-Género: según la O.M.S el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.

-Edad: es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

-Nivel de Formación académica: específicamente dentro del marco de nuestro trabajo nos referimos al nivel alcanzado en la profesión de enfermería.

-Antigüedad en el servicio de clínica: se describe y comprende a la cantidad en años que cada integrante del staff de Enfermería lleva prestando servicio en clínica médica.

Actividad laboral de más de 48 horas semanales: se incluye para determinar si el personal se excede en la cantidad de 48 horas trabajadas semanalmente y reglamentadas por la O.I.T, por lo cual se infiere que tiene pluriempleo.

-Turno de jornada laboral: Rango horario en el cual las unidades de análisis desempeñan su tarea de enfermería dentro de la institución.

-Cantidad de pacientes a cargo: nos referimos a la cantidad asignada de pacientes en clínica médica por cada enfermero, es un factor determinante de carga laboral de enfermería ante la falta de personal e influye en la calidad de los cuidados.

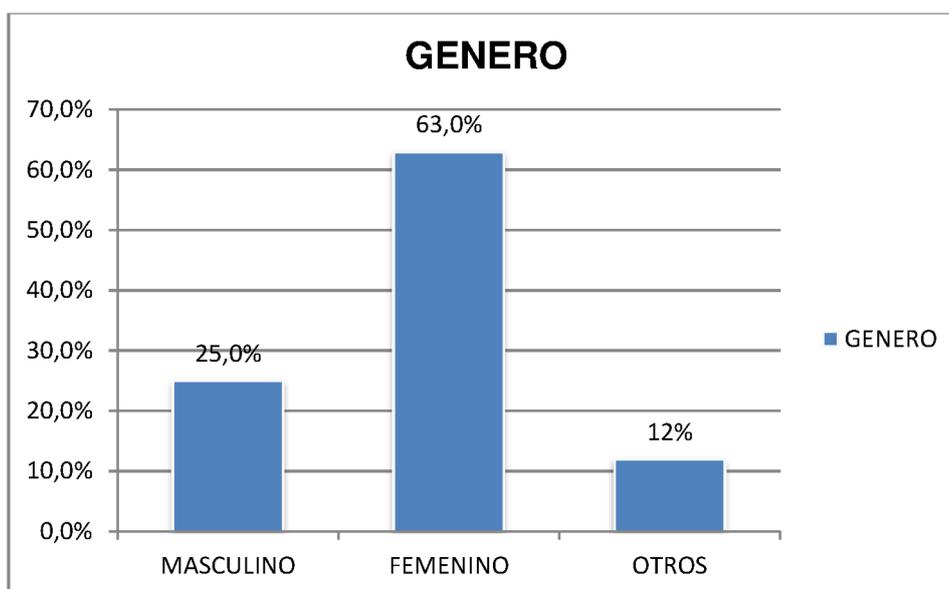
-Sobrecarga laboral: es la consecuencia de designar funciones adicionales al trabajador de forma excesiva, desproporcionada y constante.

Resultados

Tabla 1. Distribución de los enfermeros/as según Género.

Genero	n	%
Masculino	4	25%
Femenino	10	63%
Otros	2	12%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

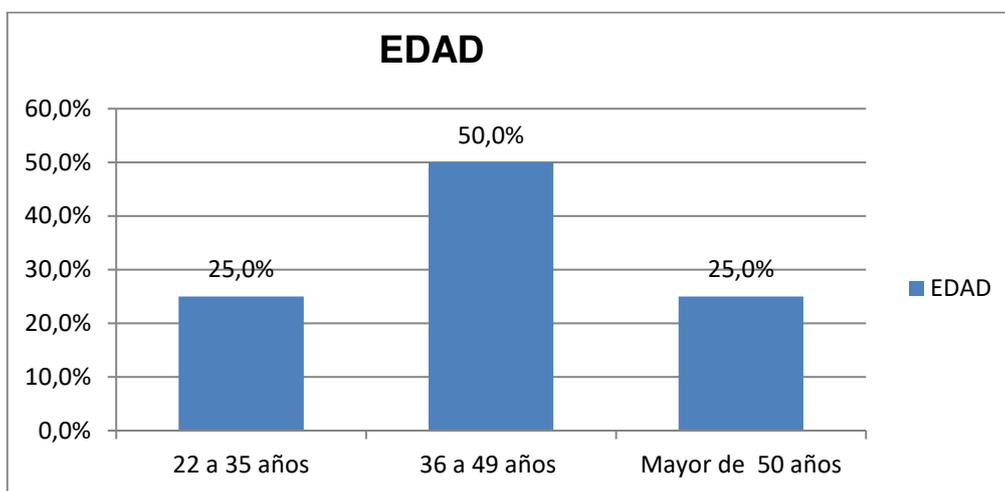


Interpretación del dato: En la variable Género predomina el rango femenino, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistencial del servicio de clínica médica.

Tabla 2. Distribución de los enfermeros/as según Edad.

Edad	n	%
22 a 35 años	4	25 %
36 a 49 años	8	50 %
Mayor de 50 años	4	25 %
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

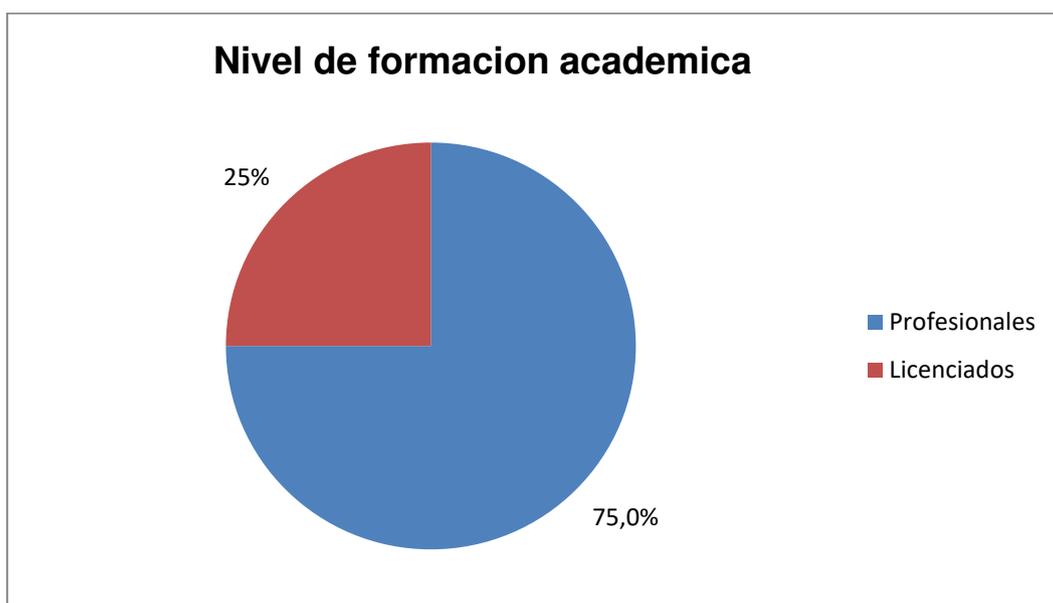


Interpretación del dato: En la variable Edad predomina el rango 36 a 49 años, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 3. Distribución de enfermeros/as según Nivel de formación Académica.

Nivel de formación Académica	n	%
Enfermero / a profesional y/o universitario	12	75%
Licenciado/a en Enfermería	4	25%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

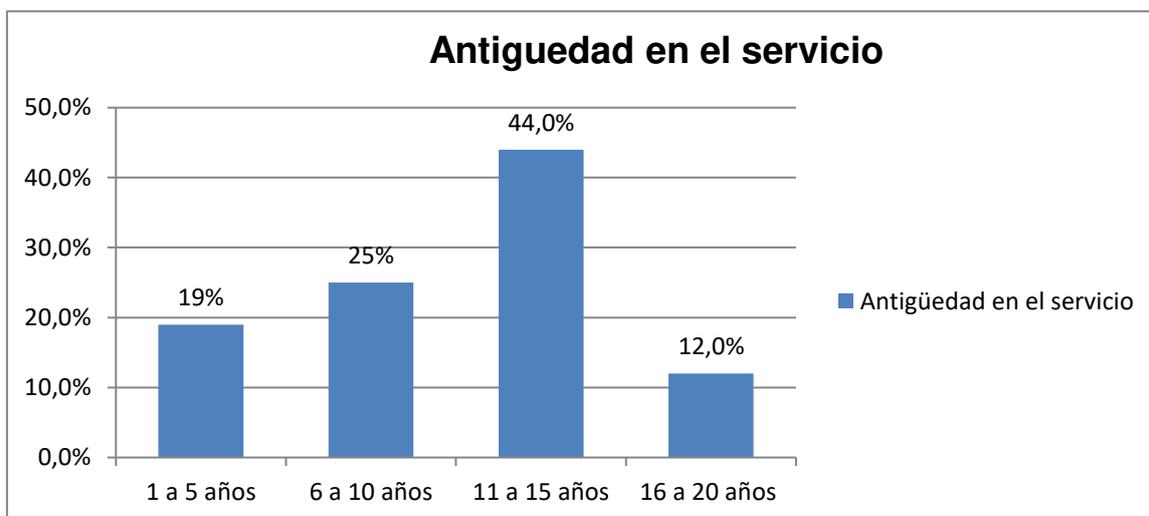


Interpretación del dato: En la variable, Nivel de formación Académica predomina el rango, Enfermeros/ as Profesionales, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 4. Distribución de los enfermeros/as según Antigüedad en el servicio.

Antigüedad en el servicio	n	%
1 a 5 años	3	19%
6 a 10 años	4	25%
11 a 15 años	7	44%
16 a 20 años	2	12%
Total	16	100 %

Fuente: De elaboración propia.



Interpretación del dato: En la variable de antigüedad en el servicio predomina de 11 a 15 años, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 5. Distribución de los enfermeros según Jornada laboral de 48 hs semanales o más.

Jornada laboral de 48 hs semanales o más.	n	%
Si	12	75%
No	4	25%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

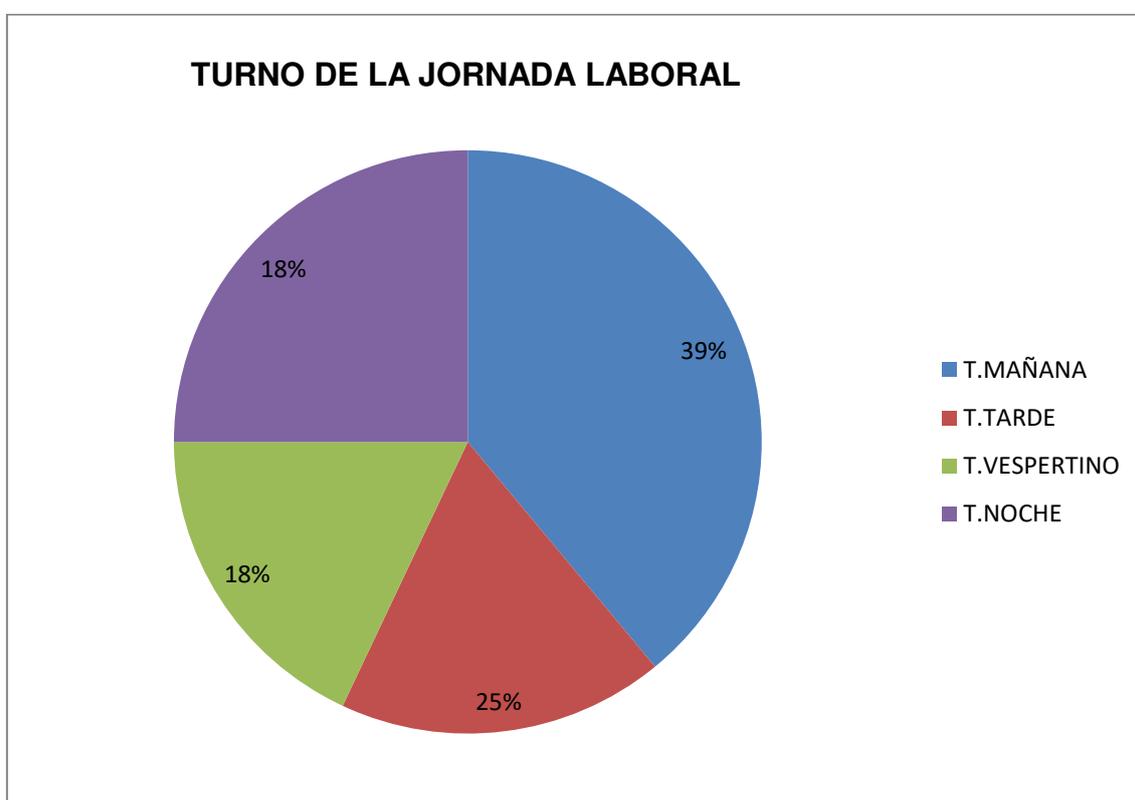


Interpretación del dato: En la variable Jornada laboral de 48 hs o más. El 75% de los enfermeros refiere tener más de 48 hs laborales semanales , según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 6. Distribución de los enfermeros/as según Turno de la jornada laboral.

Turno de la jornada laboral	n	%
Turno Mañana	6	39%
Turno Tarde	4	25%
Turno Vespertino	3	18%
Turno Noche	3	18%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

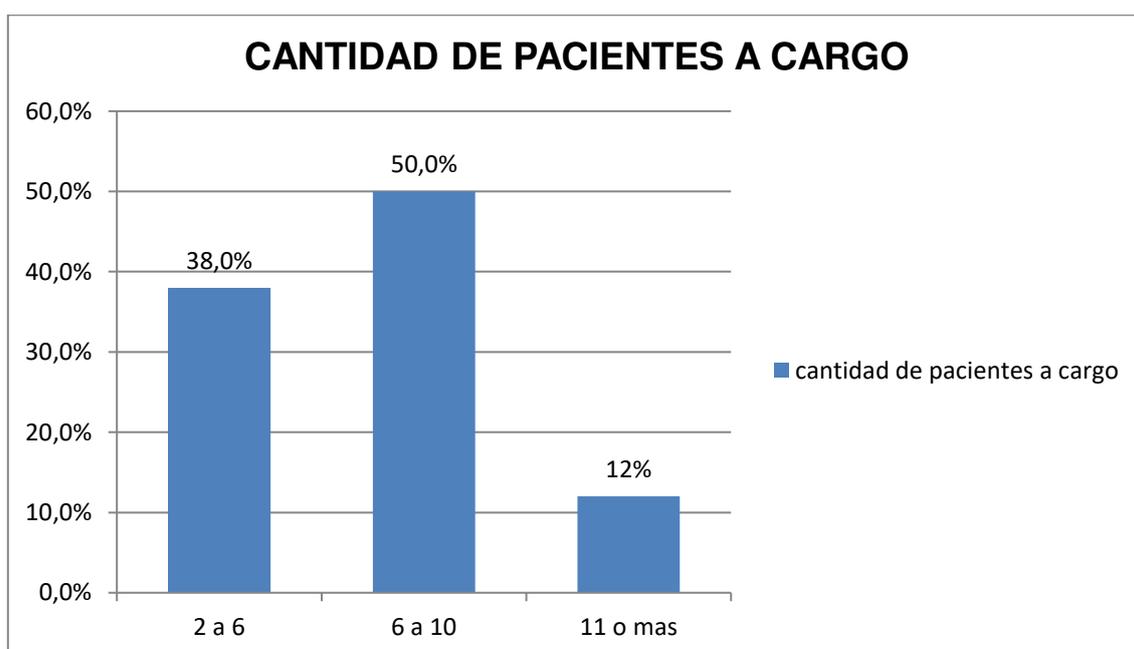


Interpretación del dato: En la variable Turno de la jornada laboral predomina el turno mañana, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 7. Distribución de los enfermeros según cantidad de pacientes a cargo

Cantidad de pacientes a cargo	n	%
2 a 6	6	38%
6 a 10	8	50%
11 o mas	2	12%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

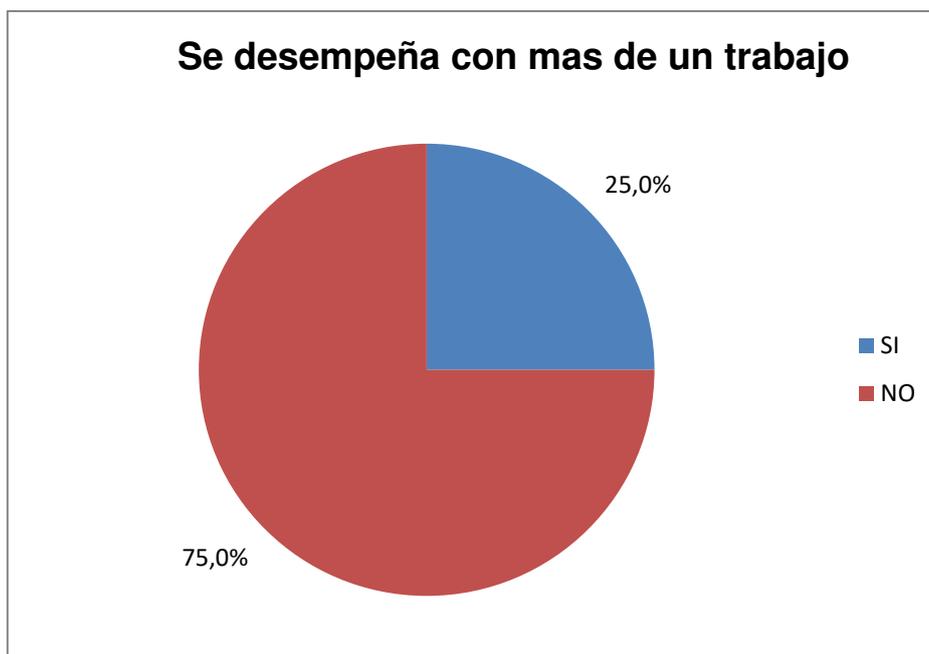


Interpretación del dato: En la variable cantidad de pacientes, predomina el rango 2 a 6 pacientes a cargo, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 8. Distribución de los enfermeros/as según Se desempeña con más de un trabajo.

Se desempeña con más de un trabajo.	n	%
Si	4	25%
No	12	75%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

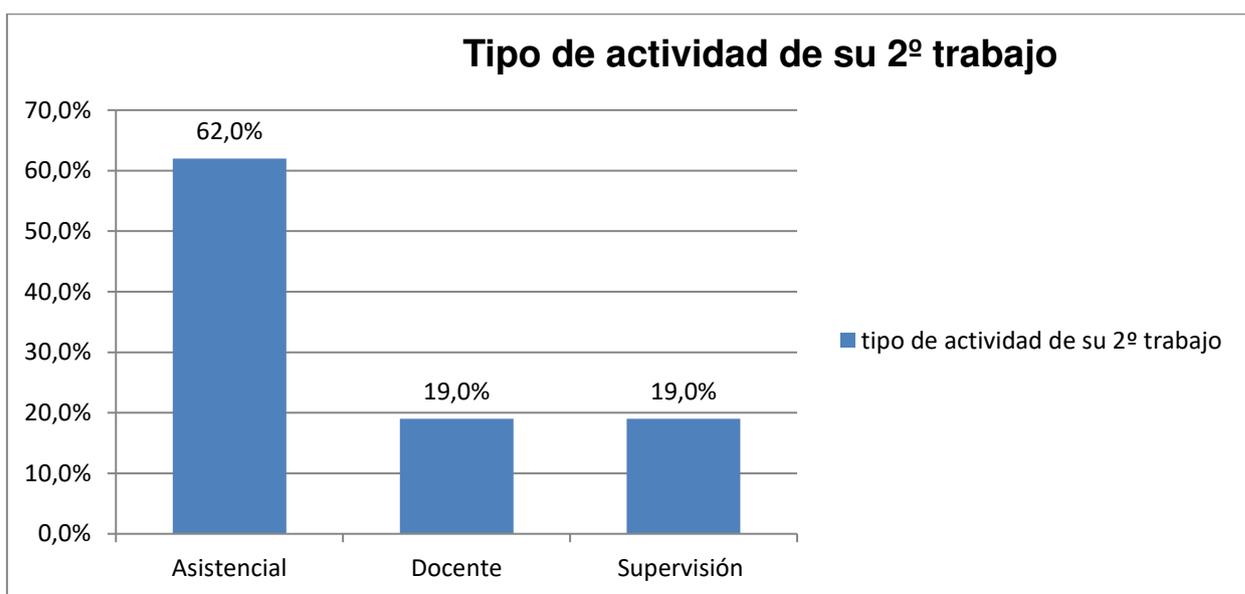


Conclusión: En la variable Se desempeña con más de un trabajo, predomina el rango No, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 9. Distribución de los enfermeros/as según, Tipo de actividad del 2º trabajo.

Tipo de actividad del 2º trabajo.	n	%
Asistencial	10	62%
Docente	3	19%
Supervisión	3	19%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

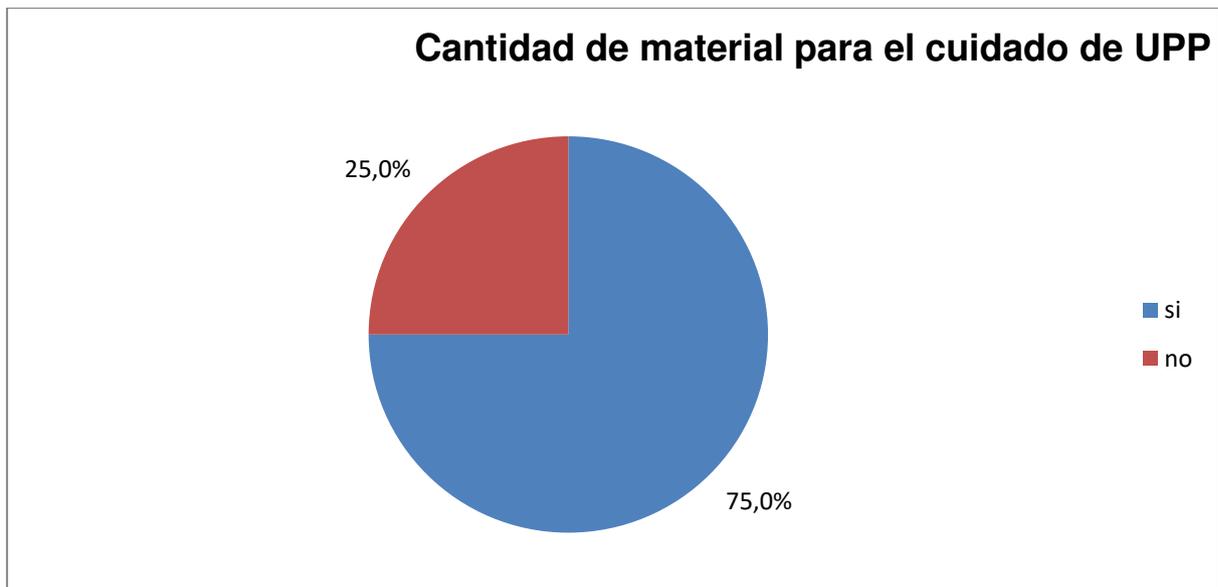


Interpretación del dato: En la variable Tipo de actividad de su 2º trabajo, predomina el rango Asistencial, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 10. Distribución de los enfermeros según, Cantidad de material para el cuidado de UPP.

Cantidad de material para el cuidado de UPP	n	%
si	12	75%
A veces	4	25%
Total	41	100%

Fuente: De elaboración propia.

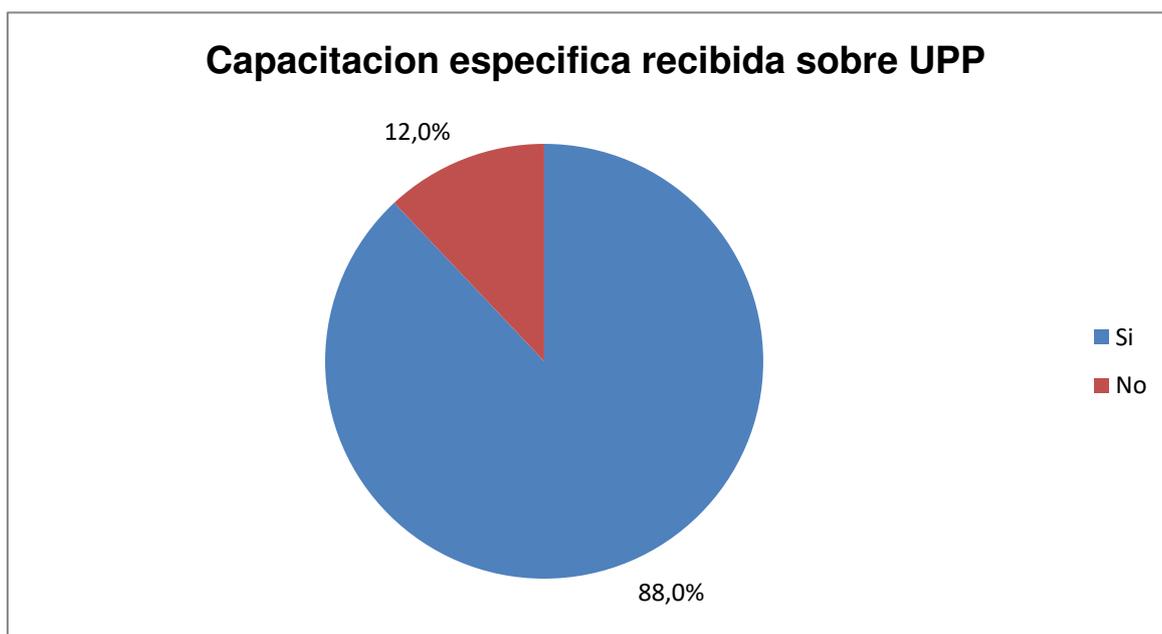


Interpretación del dato: En la variable, Cantidad de material para el cuidado de UPP, predomina el rango Si, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 11. Distribución de los enfermeros según, Capacitación específica recibida sobre UPP.

Capacitación específica recibida sobre UPP	n	%
Si	14	88%
No	2	12%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

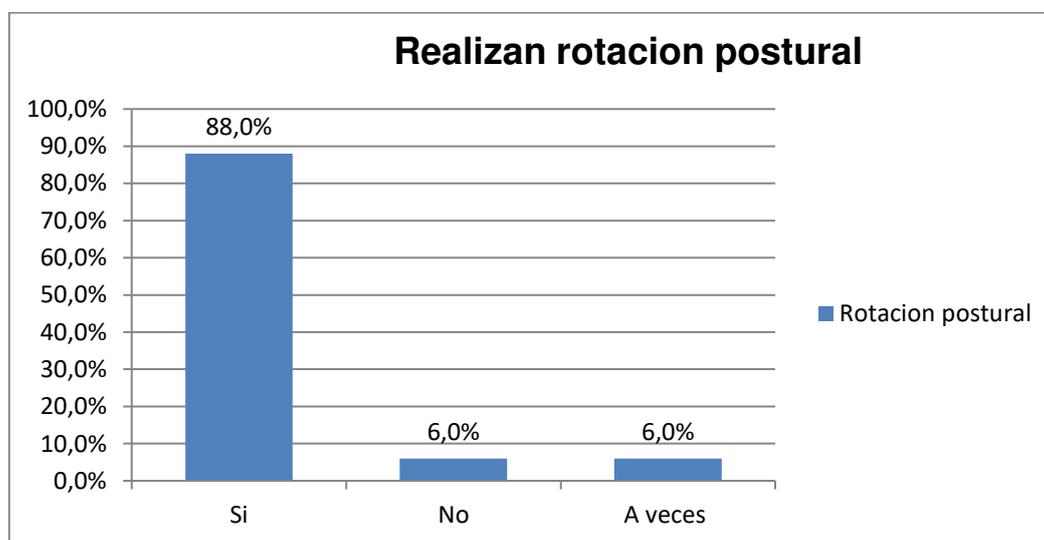


Interpretación del dato: En la variable, Capacitación específica recibida sobre UPP, predomina el rango Si, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 12. Distribución de los enfermeros/as según, Realizan rotación postural en los pacientes.

Realizan rotación postural en los pacientes	n	%
Si	14	88%
No	1	6%
A veces	1	6%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.



Interpretación del dato: En la variable, Realizan rotación postural en los pacientes, predomina el rango Si, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 13. Distribución de los enfermeros/as según la frecuencia con que realizan la rotación postural de los pacientes.

Horas de rotación postural.	n	%
c/2 horas	12	75%
c/4 horas	4	25%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.



Interpretación del dato: En la variable, Cada cuantas horas realiza rotación postural del paciente predomina el rango Cada 2 horas, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 14. Distribución de los enfermeros/as según el conocimiento sobre escalas que existen y protocolos de UPP.

Conocimientos acerca de escalas y protocolos de UPP	n	%
Si	16	100%
Total	16	100

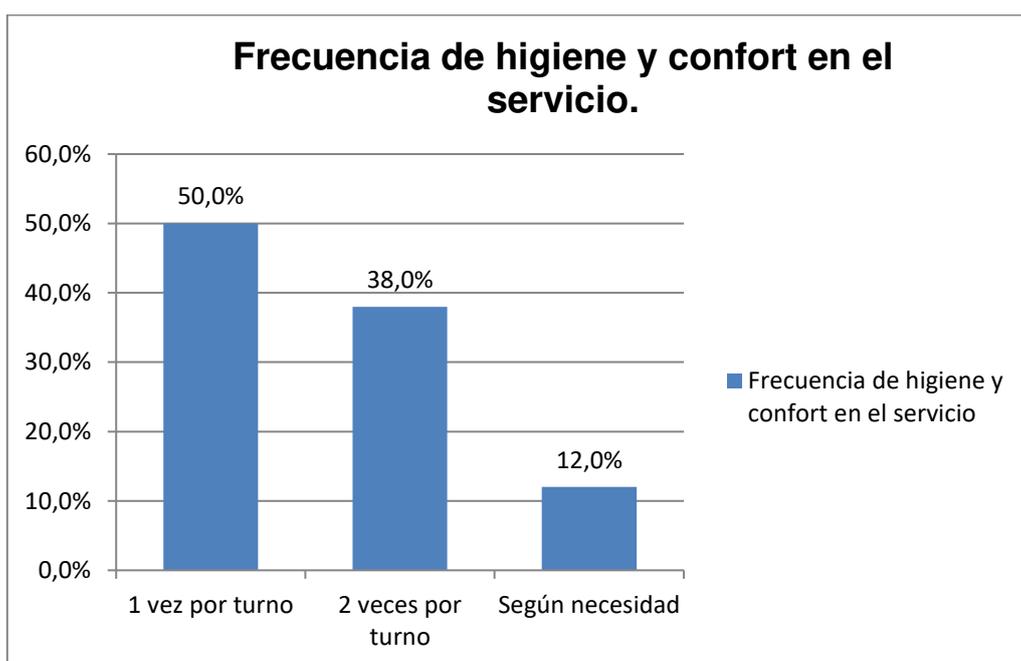
Fuente: De elaboración propia.

Interpretación del dato: En la variable, conocimientos acerca de escalas y protocolos de UPP, el 100% manifestó tener conocimiento de distintas escalas y protocolos sobre los cuidados de UPP Según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 15. Distribución de los enfermeros/as según la frecuencia de higiene y confort que realizan en el servicio a los pacientes

Frecuencia de higiene y confort en el servicio	n	%
1 vez por turno	8	50%
2 veces por turno	6	38%
Según necesidad	2	12%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

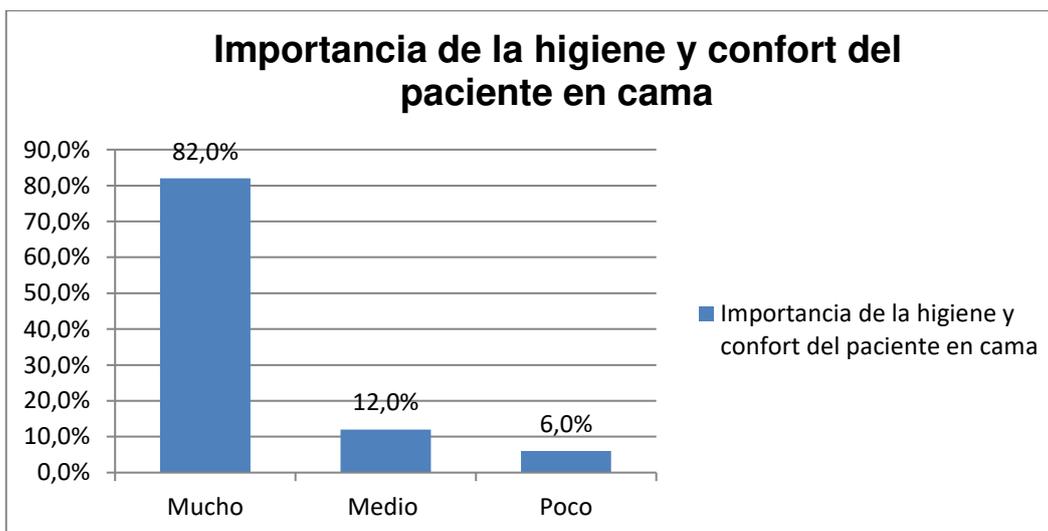


Interpretación del dato: En la variable, Frecuencia de higiene y confort en el servicio, predomina el rango 1 vez por turno, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistencial del servicio de clínica médica.

Tabla 16. Distribución de los enfermeros/as según la importancia que le dan a realizar la higiene y confort del paciente en cama.

Importancia de la higiene y confort del paciente en cama	n	%
Mucho	13	82%
Medio	2	12%
Poco	1	6%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

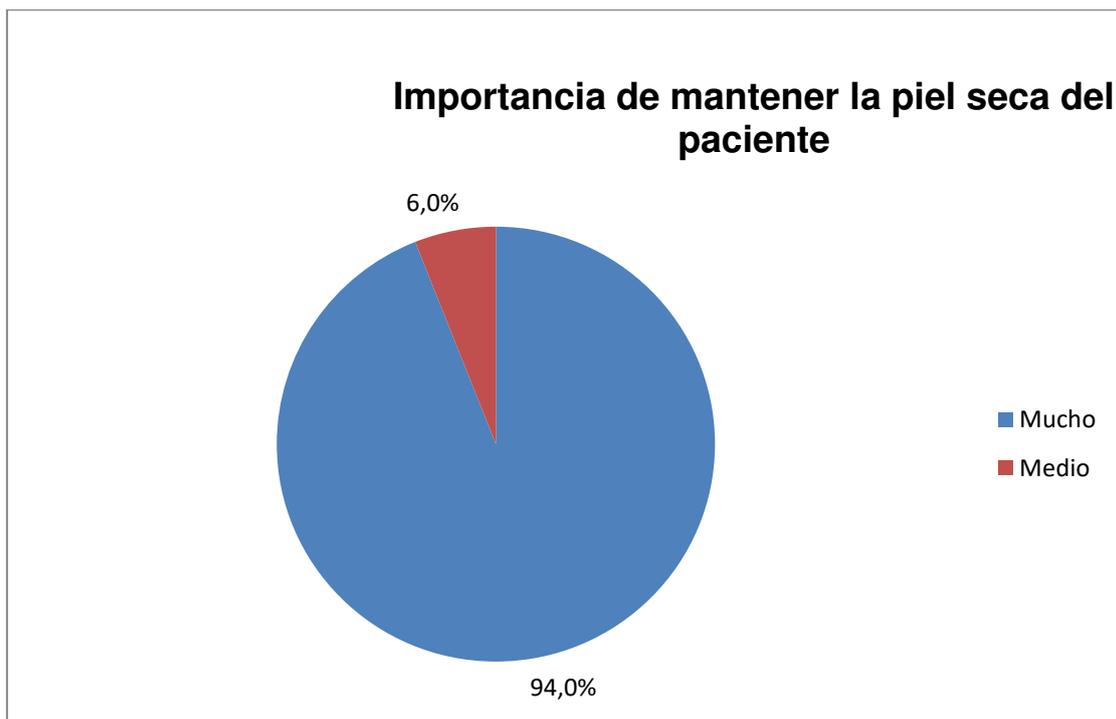


Interpretación del dato: En la variable Importancia de la higiene y confort del paciente en cama, predomina el rango Mucho, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 17. Distribución de los enfermeros según la importancia que le dan a mantener la piel seca del paciente

Importancia de mantener la piel seca del paciente	n	%
Mucho	15	94%
Medio	1	6%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

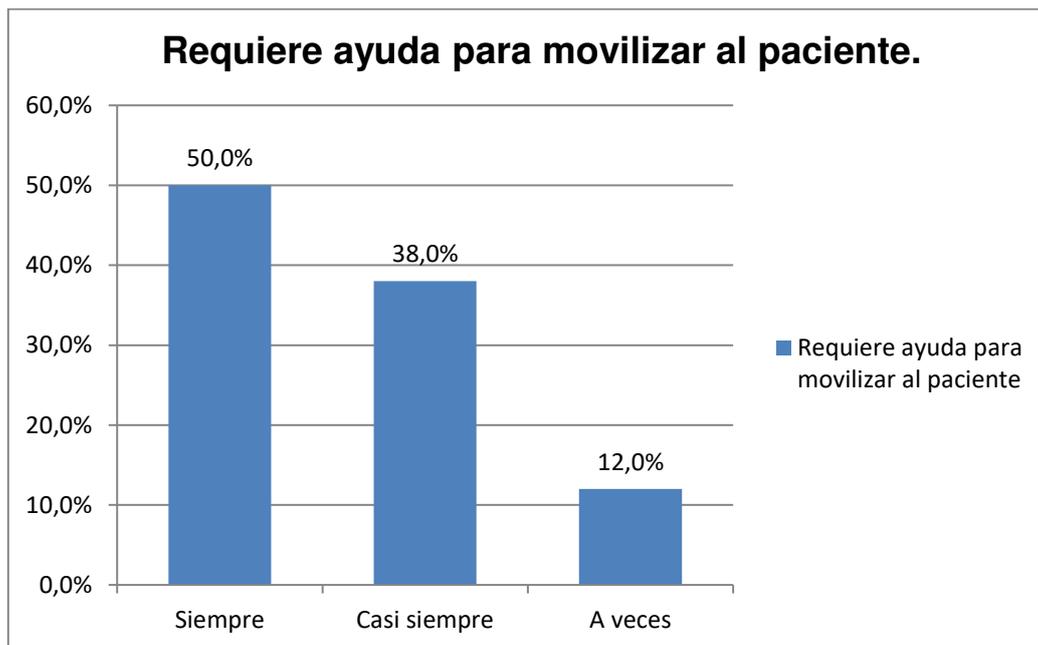


Interpretación del dato: En la variable, Importancia de mantener la piel seca del paciente, predomina el rango Mucho, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 18. Distribución de los enfermeros/as según si requieren ayuda para movilizar al paciente.

Requiere ayuda para movilizar al paciente	n	%
Siempre	8	50%
Casi siempre	6	38%
A veces	2	12%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

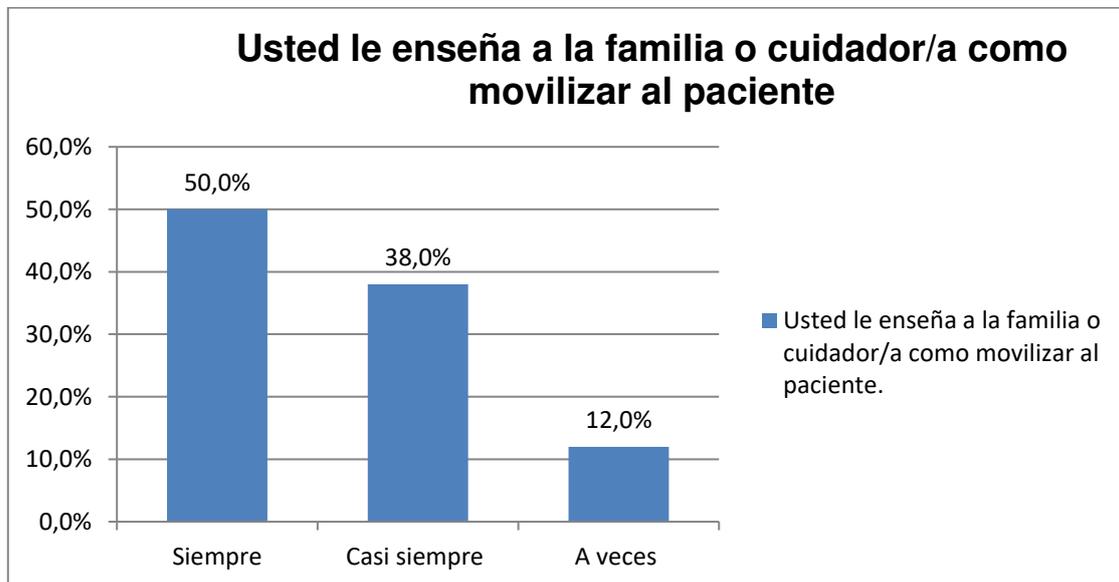


Interpretación del dato: En la variable, Requiere ayuda para movilizar al paciente, predomina el rango Siempre, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistencial del servicio de clínica médica.

Tabla 19. Distribución de los enfermeros/as según si enseñan a la familia o cuidador/a como movilizar al paciente.

Usted le enseña a la familia o cuidador/a como movilizar al paciente.	n	%
Siempre	8	50%
Casi siempre	6	38%
A veces	2	12%
Total	16	100%

Fuente: De elaboración propia.

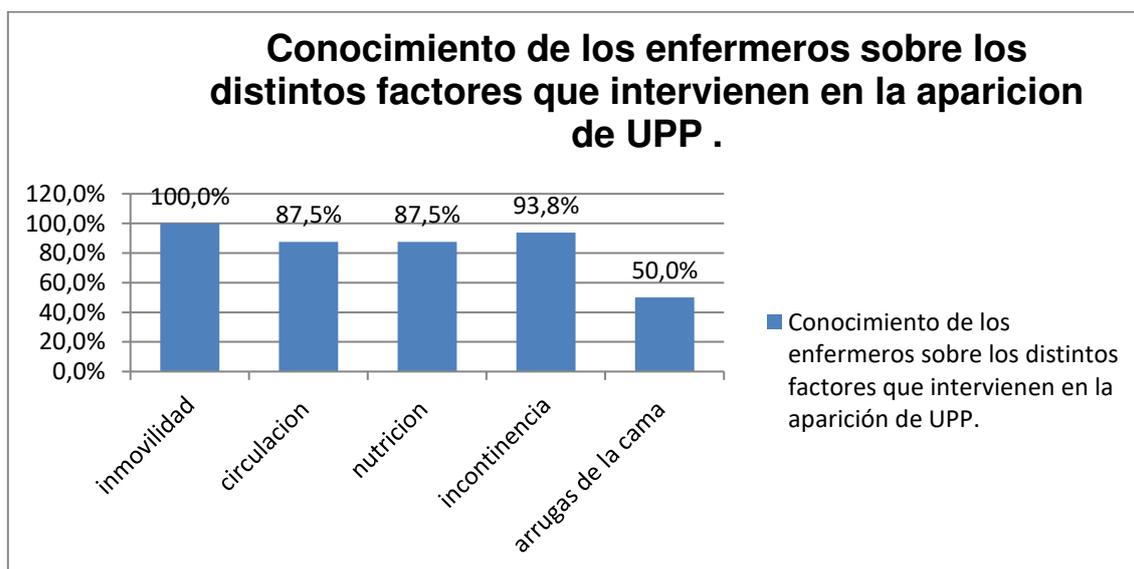


Interpretación del dato: En la variable, Realiza educación sobre como movilizar al paciente predomina el rango Siempre, según la encuesta realizada a los Enfermeros/as profesionales, auxiliares y Licenciados/as asistenciales del servicio de clínica médica.

Tabla 20. Distribución de los enfermeros/as según, Conocimiento de los enfermeros sobre los distintos factores que intervienen en la aparición de UPP.

Conocimiento sobre factores que intervienen en UPP	Inmovilidad	Circulatorios	Nutrición	Incontinencia	Arrugas de la cama
Mucho	16	14	14	10	8
Poco	0	0	0	4	4
Medio	0	2	2	2	4
Nada	0	0	0	0	4
Total	16	16	14	16	16

Fuente: De elaboración propia.



Interpretación del dato: En la variable conocimientos de los enfermeros sobre los distintos factores que intervienen en la aparición de UPP. Todos los enfermeros tienen conocimiento de que la inmovilidad, la incontinencia, la circulación, la nutrición y las arrugas de cama, influyen en la aparición de UPP.

Conclusión:

El presente estudio de investigación se realizó para saber cuál es el conocimiento que tienen los enfermeros en relación al cuidado y tratamiento de las úlceras por presión, (UPP), donde se evidencia según los datos obtenidos de acuerdo al análisis de las variables con sus dimensiones e indicadores que el personal de enfermería es en su mayoría de sexo femenino. Esto se explica por una conjunción de factores biológicos y socioculturales, ya que las mujeres tienden a preferir trabajar con personas, en su educación, cuidado, formación etc.

El rango de edad del personal de enfermería en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Isidoro Iriarte de la localidad de Quilmes oscila entre los 36 y 49 años, con una antigüedad de 11 a 15 años en el Servicio. Esto se fundamenta en que en el año 2009 se inicia a través del programa Eva Perón la Tecnicatura Superior en Enfermería en dicha Institución. La promoción resultante fue íntegramente incorporada al nosocomio. La mayoría de ellos manifiestan que realizan actividades laborales de más de 48 horas semanales para así poder tener un mejor ingreso económico y con mejores perspectivas de crecimiento personal.

Se observa en la encuesta que un porcentaje elevado trabaja en el turno mañana ya que las acciones y la interacción interdisciplinaria son más amplias que en otros turnos, en cuanto a estudios complementarios como por ejemplo Interconsultas con especialistas, laboratorios, tomografías, ecg y otros.

Un 50% reveló que la cantidad de pacientes que tienen a cargo es de 6 a 10, lo cual resulta adecuado de conformidad con lo establecido en la Res. 194/95 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires (Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica.)

La totalidad del personal manifiesta poseer conocimientos de distintas escalas y protocolos para el cuidado y prevención de las UPP y cuentan con material suficiente para realizarlos, también en cuanto a los cuidados de enfermería el 82% de los enfermeros conoce la importancia de la higiene y confort y hacen referencia que la misma se realiza 1 vez por turno como mínimo o según necesidad del paciente. Mantienen una buena hidratación del sujeto de

atención reconociendo la importancia que tiene la misma en la aparición de UPP y se rota al paciente cada dos horas. Realizan el primer nivel de atención informando y educando al familiar o cuidador/a sobre cómo realizar la movilización y así poder recibir colaboración de parte de ellos lo que redundaría en un mejor resultado de la terapéutica.

En cuanto a la aparición de úlceras, coinciden en que la buena higiene y secado de la piel, ayuda a la prevención de las UPP siendo que los problemas circulatorios, la mala nutrición, problemas de movilidad, incontinencia y arrugas de cama, aceleran el proceso de ulceración, favorecen su aparición y dificultan su recuperación. En base a los datos obtenidos se ha dado respuesta a la pregunta que dio origen a esta investigación: Relación entre el conocimiento y el cuidado enfermero en la aparición de úlceras por presión, arribando a la conclusión de que, si bien todos los cuidados favorecen la prevención y recuperación de las UPP, muchas veces no son suficientes ya que el paciente llega a la estancia hospitalaria con factores intrínsecos predisponentes a formar las lesiones de la piel, las que muchas veces son preexistentes a la internación. Por eso es tan importante el rol del enfermero como educador y la predisposición de los familiares para aprender cuidados específicos y fáciles de hacer, lo que resulta fundamental en la asistencia y recuperación de los pacientes.

Bibliografía

- (2005). *Risk Assessment and*. Toronto .: Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). .
- Alligood MR, T. A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. . España: Elsevier 7.ª ed.
- Aranaz, R. M. (OCTUBRE de 2017). *PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ULCERAS POR PRESIÓN*. Obtenido de GNEAUPP:
file:///C:/Users/Eduardo/Documents/tesis%202020/UPP_es.pdf
- B. Braun Medical, S. (2006 Barcelona). *Piel; que saber de la piel*. 48.
- Benner, P. (octubre 2013). *Enfermería global*. 349.
- Bliss DZ, S. K. (2006). *Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents*. . Obtenido de <https://www.ulceras.net/monografico/129/122/ulceras-por-presion-lesiones-por-humedad.html>
- CIE, C. i. (2002). <https://www.monografias.com/docs/La-enfermer%C3%ADa-como-ciencia-PK5AQKYBZ>. Obtenido de <https://www.monografias.com/docs/La-enfermer%C3%ADa-como-ciencia-PK5AQKYBZ>
- Collierè M, F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Obtenido de <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>
- David Paratore, M. E. (Febrero 2016). *Úlceras por presión*. Mendoza.
- El cuidado esencial : Ética de lo humano , compasión por la tierra. (2003 Trota). *Petropolis*, 36.
- García Fernández F. (05 de 2011). *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión*. Obtenido de Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2007.:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2479380&pid=S1134-928X200800030000500009&lng=es
- García Fernández FP, P. H. (2013). *Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en las unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis*. Obtenido de [javascript:void\(0\);](javascript:void(0);)
- GNEAUPP. (2003-2007). *GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ULCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS*. Obtenido de CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN: <https://gneaupp.info/>
- GNEAUPP. (15 de MAYO de 2014). *DOCUMENTO TÉCNICO DEL GNEAUPP*. Obtenido de <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf>
- Gneaupp. (1995-2014). Obtenido de <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf>

- GNEAUUP. (2003). *Clasificación-Estadiaje de las Ulceras por Presión*. Logroños: Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en.
- Gomez, E. R. (2015). *Fundamentos de enfermería*. Mexico , D.F.: El manual moderno.
- Henderson, V. A. (1922). *The Nature of Nursing* (1966). En V. A. Henderson. whashington DC: Collier Macmillan Ltd, 1966.
- (2013). *Hospitalizacion prolongada. Medicina interna de alto valor* . England.
- Jursichk. (2010). *Evaluacion del estado nutricional de la poblacion mayor de diferentes niveles asistenciales*. MNA: Mini nutritional assensment.
- León, D. d. (marzo de 2013). *scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922013000100013
- Maiese, K. (2020). *El deterioro de la conciencia*. Estados Unidos y Canadá: MSD y los Manuales MSD.
- Management, I. O. (2007). Obtenido de Gray M. Incontinence-Related Skin Damage: Essential Knowledge. Index: *Ostomy Wound Management* 2007;53(12):28–32
- Medicina uc, c. (s.f.). *Inmovilidad en el adulto mayor*. Obtenido de Universidad pontifica catolica de Chile: <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor/>
- Mimenza, O. C. (2020). Enfermedades neurodegenerativas . *Psicologia y mente* , 39-44.
- Nightingale, F. (s.f.). *The life and impact of Florence Nightingale*. *Dimens Crit Care nurse*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017
- OCRONOS. (2019). Escala de Braden. *REVISTA MEDICA Y DE ENFERMERIA*, 43.
- Oliveira Costa AC, S. P. (s.f.). *Pressure ulcer: Incidence and demographic, clinical and nutrition factors associated in intensive care unit patients*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26545684/>
- OMS, O. m. (2016). Obtenido de <file:///C:/Users/Eduardo/Documents/tesis%202020/ulceras%20OMS.pdf>
- P, S. M. (2000). Amor è camino maneiras de cuidar , São Paulo. *gente* , 26.
- Pancorbo-Hidalgo PL, G.-F. F.-A. (2009). Escalas e Instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUUP n. º XI. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. . Logroño : Serie Documentos Técnicos GNEAUUP n. º XI.
- (2009/2014). *Prevención y tratamiento de ulceras por presion / guia de consulta rapida*. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
- PRICUUP. (2014-2017). *Primer Consenso de*. Obtenido de <http://www.anm.edu.ar/PriCUPP.pdf>
- salud, B. M. (22 de junio de 2016). *Madrid salud* . Obtenido de pagina de salud publica del ayuntamiento publico: <http://madridsalud.es/conocer-permite-actuar-v-drogas-depresoras-del-sistema-nervioso-central-farmacos-depresores/>

Ulceras.net Lesiones por humedad . (2020). Obtenido de
<https://www.ulceras.net/monografico/129/122/ulceras-por-presion-lesiones-por-humedad.html>

Anexos

Anexo 1

Ley Nacional de enfermería en Argentina

LEY 12245 EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, SANCIONAN CON FUERZA DE LEY CAPITULO I CONCEPTO Y ALCANCES

ARTÍCULO 1.- En la Provincia de Buenos Aires, el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente Ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTÍCULO 2.- El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTÍCULO 3.- Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería: a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia. b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión. Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos se tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

ARTÍCULO 4.- Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente Ley, participar de actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere

el artículo 3º de la presente Ley serán pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las que surgieren por aplicación de las disposiciones legales vigentes. Asimismo, las Instituciones y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente Ley, o que directa o indirectamente los obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, será pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiera imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

CAPITULO II DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

ARTÍCULO 5.- El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado a aquellas personas que posean: a) Título habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente. b) Título de Enfermero otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, e instituciones privadas reconocidas por autoridad competente. c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

ARTÍCULO 6.- El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que poseen el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por Instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo, podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quiénes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

ARTÍCULO 7.- Para emplear el título de especialista o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

ARTÍCULO 8.- Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por Instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán

habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente. CAPITULO III DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

ARTÍCULO 9.- Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería:

a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente Ley y su reglamentación. b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación. c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, en las condiciones que determine la reglamentación, y siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica. d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

ARTÍCULO 10.- Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin distinción de ninguna naturaleza. b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte. c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias. d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley y su reglamentación. e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación. f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia. g) Promover la donación de órganos mediante la correcta información y el incentivo de la solidaridad social.

ARTÍCULO 11.- Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que se aparten de las prácticas autorizadas y que entrañen peligro para la salud. b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana. c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad. d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades

infectocontagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria. e) Publicar anuncios que induzcan a engaños del público. Particularmente, les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

CAPITULO IV DEL REGISTRO Y MATRICULACION

ARTÍCULO 12.- Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud, el que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

ARTÍCULO 13.- La matriculación en el Ministerio de Salud implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta Ley y su reglamentación.

ARTÍCULO 14.- Son causas de la suspensión de la matrícula: a) Petición del interesado. b) Sanción del Ministerio de Salud que implique inhabilitación transitoria.

ARTÍCULO 15.- Son causas de cancelación de la matrícula: a) Petición del interesado. b) Anulación del título, diploma o certificación habilitante. c) Sanción del Ministerio de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad. d) Fallecimiento.

CAPITULO V DE LA AUTORIDAD DE APLICACION

ARTÍCULO 16.- El Ministerio de Salud será la autoridad de aplicación de la presente Ley, y en tal carácter deberá: a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente Ley. b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados. c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas que no se encontraren matriculados. d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente Ley le otorga.

ARTÍCULO 17.- El Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistido por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter

honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

CAPITULO VI REGIMEN DISCIPLINARIO

ARTÍCULO 18.- El Ministro de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

ARTÍCULO 19.- Las sanciones serán: a) Llamado de atención. b) Apercibimiento c) Suspensión de la matrícula. d) Cancelación de la matrícula.

ARTÍCULO 20.- Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias que correspondan, por las siguientes causas: a) Condena Judicial que comporte la inhabilitación profesional. b) Contravención a las disposiciones de esta Ley y su reglamentación. c) Negligencia frecuente o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

ARTÍCULO 21.- Las medidas disciplinarias de que habla la presente Ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el que establezca la reglamentación de la presente.

ARTÍCULO 22.- En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos (*) Lo subrayado esta observado por decreto de promulgación 18/99 de la presente Ley.

CAPITULO VII DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 23.- Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, acreditando tal circunstancia conforme lo establezca la reglamentación de la presente, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas sin poseer título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5º y 6º, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con

sujeción a las siguientes disposiciones: a) Deberán inscribirse dentro de los trescientos sesenta (360) días de la entrada en vigencia de la presente, en un registro especial que, a tal efecto, abrirá el Ministerio de Salud. b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso, contados a partir del vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencia y franquicias horarias, de acuerdo con lo que estipule la reglamentación correspondiente. c) Estarán sometidas a especial supervisión y control del Ministerio de Salud, el que estará facultado, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes. d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente. e) Se les respetarán sus remuneraciones y situaciones de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c). f) Estarán eximidas de la obligación de cumplimentar lo exigido en el inciso b) del presente artículo, por única vez, aquellas personas mayores de cincuenta (50) años de edad que acrediten mediante la certificación de autoridad competente de un establecimiento de la órbita provincial o municipal, la práctica de la enfermería o de auxiliar de enfermería, según sea el caso, durante un mínimo de diez (10) años anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente.

CAPITULO VIII DISPOSICIONES VARIAS ARTÍCULO 24.- A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de enfermería: a) Las que se realizan en Unidades de Cuidados Intensivos. b) Las que se realizan en Unidades Neurosiquiátricas. c) Las que conllevan riesgo permanente de contraer enfermedades infectocontagiosas. d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean estas ionizantes o no. e) La atención de pacientes quemados. La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante la Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, la ampliación de este listado.

ARTÍCULO 25.- La autoridad de Aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

ARTÍCULO 26.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir de su promulgación.

ARTÍCULO 27.- Derógase toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva, que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 28.- Comuníquese al Poder Ejecutivo. DECRETO 18/99 La Plata, 14 de enero de 1999. EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DECRETA: Art. 1º - Vétase el Art. 22 del proyecto de Ley sancionado por la Honorable Legislatura con fecha 9 de diciembre de 1998, al que hace referencia el Visto del presente. Art. 2º - Promúlgase el texto aprobado, con excepción de la observación dispuesta en el artículo precedente. Art. 3º - Comuníquese a la Honorable Legislatura. Art 4º - Este Decreto será refrendado por el señor Ministro Secretario en el Departamento de Gobierno. Art. 5º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al "Boletín Oficial" y Archívese. DUHALDE J. M. Díaz Bancalari

Anexo 2

Estadios de úlceras.

Clasificación de las úlceras según el grado de afectación tisular

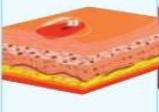
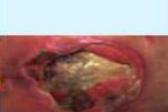
GRADOS			AFECTACIÓN	OTRAS CARACTERÍSTICAS
GRADO I			EPIDERMIS ÍNTEGRA	Color rojo-rosado. En pieles oscuras presenta tonos rojos, azules o morados. Hiperemia reactiva > 24 horas. El eritema se mantiene aún bajo la presión de los dedos.
GRADO II			EPIDERMIS y DERMIS	Flictenas o vesículas. Descamación y grietas.
GRADO III			TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Bordes definidos Proceso necrótico Puede haber exudado seroso-sanguinolento. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.
GRADO IV			MÚSCULO. SE PUEDEN ALCANZAR ARTICULACIONES	Tejido necrótico y exudado abundante. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.

Tabla 3. Clasificación de las úlceras por presión según el grado de afectación tisular.

En ocasiones, solo al retirar la placa de tejido necrótico, somos capaces de valorar el estadio en que se encuentra la úlcera.

No existe una regresión en el estadiaje de las úlceras en su evolución favorable.

Anexo 3

Escala Norton.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA									
Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup./coma	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria + fecal	1

Estado físico

Bueno	Mediano	Regular	Muy malo
4 comidas diarias 4 raciones de proteínas Menú 2000 kcal Toma todo el menú Bebe 1500-2000 ml T° 36-37 °C Mucosas húmedas IMC 20-25 NPT y SNG	3 comidas diarias 3 raciones de proteínas Menú 1500 kcal Toma más de ½ menú Bebe 1000-1500 ml T° 37-37,5 °C Relleno capilar lento IMC >20<25	2 comidas día 2 raciones proteínas Menú 1000 kcal Toma ½ del menú Bebe 500-1000 ml T° 37,5-38 °C Piel seca, escamosa IMC ≥ 50	1 comida día 1 ración proteína Menú < 1000 kcal Toma 1/3 del menú Bebe < 500 ml T° <35,5 o > 38 Edemas generalizados, piel muy seca IMC ≥ 50

Estado mental
Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio

Alerta	Apático	Confuso	Estup./coma
4 "Diga su nombre, día, lugar y hora"	3 Pasivo, torpe, ódenes sencillas: "Deme la mano"	2 Muy desorientado, agresivo o somnoliento: "Pellizcar la piel, en busca de respuesta"	1 "Valorar el reflejo corneal, pupilar..."

Actividad
Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad

Ambulante	Camina con ayuda	Sentado	Encamado
4 Independiente Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o leve prótesis	3 Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (andador, muletas...)	2 No puede caminar ni ponerse en pie, pero puede moverse en silla o sillón	1 Dependiente total

Movilidad
Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales

Total	Disminuida	Muy limitada	Inmóvil
4 Completamente autónomo	3 Inicia movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos	2 Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos	1 Incapaz de cambiar de postura por sí mismo

Incontinencia
Pérdida involuntaria de orina y/o heces

Ninguna	Ocasional	Urinaria o fecal	Urinaria + fecal
4 Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de sonda vesical o rectal	3 Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día	2 Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de colector peneano	1 No control de ninguno de los dos esfínteres

NPT: nutrición parenteral; SNG: sonda nasogástrica.

Escala EMINA.

Escala de Emina				
Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0 Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1 Desorientado, apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2 Letárgico o hiperclínico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3 Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Anexo 4

Instrumento de Recolección de Datos

Buenos días Enfermeros/as, auxiliares enfermeros y Lic. en Enfermería:

Somos estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, nos encontramos realizando un trabajo de investigación sobre la relación del cuidado enfermero en la aparición de úlceras por presión, para lo cual solicitamos su colaboración a través de respuestas veraces en una encuesta de carácter anónima y confidencial, los datos serán usados con fines estrictamente académicos. Gracias por su participación. A continuación, marque con una cruz (X) una opción:

1 - Género:

Masculino

Femenino

otros

2 - Edad:

22 a 35 años.

36 a 49 años.

Mayor de 50 años.

3 - Nivel de Formación académica:

Auxiliares

Enfermero / a profesional y/o universitario

Licenciado / a en enfermería.

4- ¿Cuánto hace que se desempeña como enfermero en el servicio de clínica médica?

Menos de 1 año.

1-5 años
6-10 años
11-15 años
16-20 años
Mas de 20 años.

5 - ¿Realiza jornada laboral de 48 horas semanales o más?

Si
No
A veces

6 - ¿Turno de su jornada laboral?

Mañana
Tarde
Vespertino
Noche

7 - ¿Cantidad de pacientes a cargo?

2 - 6
6 - 10
11 o más

8 - ¿Se desempeña con más de un trabajo como enfermero?

Si
No

9 - Si responde si: ¿tipo de actividad de su 2º trabajo?

Asistencial
Docente
Supervisión
Gestión
otro

10 - ¿Cuenta con cantidad de material para el cuidado de UPP?

Si
A veces

Nunca

11 - ¿ Se realiza en la institución capacitación específica sobre UPP?

Si

No

12- ¿Realizan rotación postural en los pacientes?

Si

No

A veces

13 - ¿Cada cuantas horas realiza rotación postural del paciente?

2

4

6

Nunca

14 - ¿Qué grado de importancia le otorga a la higiene y confort del paciente en cama?

Mucho

Medio

Poco

15 - ¿Con qué frecuencia se realiza higiene y confort en el servicio?

1 vez por turno

2 veces por turno

Según necesidad

16 - ¿Tiene Ud. ¿Conocimiento acerca de escalas y protocolos de úlceras por presión?

Si

No

17 - ¿Qué tan importante es para usted mantener la piel seca del paciente?

Mucho

Medio

Poco

18 - ¿Requiere ayuda para movilizar a los pacientes?

Siempre

Casi siempre

A veces

Nunca

19 - ¿Usted le enseña a la familia o cuidador/a cómo movilizar al paciente?

Siempre

Casi siempre

A veces

Nunca

20 – Conocimiento de los enfermeros sobre los distintos factores que intervienen en la aparición de UPP.

A - Los problemas de inmovilidad

Mucho

Medio

Poco

Nada

B - Los problemas circulatorios

Mucho

Medio

Poco

Nada

C - La mala nutrición

Mucho

Medio

Poco

Nada

D - La incontinencia

Mucho

Medio

Poco

Nada

E - Arrugas de la cama

Mucho

Medio

Poco

Nada

Anexo 5



Florencio Varela 22-04-2021

Solicitud de autorización.

Dirección del Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes.

De nuestra consideración, como estudiantes de la carrera en la licenciatura de enfermería, solicitamos un permiso para realizar tareas de investigación a modo observacional y una encuesta aplicada a los enfermeros del sector de clínica médica de todos los turnos, a fin de concluir con nuestra tesis "Relación del cuidado enfermero en aparición de úlceras por presión".

Laura Carabajal DNI :18251540

Erica Sayavedra DNI :30887850

Por lo expuesto:

Ruego a ustedes acceder a nuestra solicitud.

