

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

EL CUIDADO DE LA PIEL DE LA PERSONA HOSPITALIZADA, UNA MIRADA
DESDE EL CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR

OSCAR GUSTAVO GODOY AVILA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRITICO CON ÉNFASIS EN ADULTOS

BOGOTÁ D.C.

2015

EL CUIDADO DE LA PIEL DE LA PERSONA HOSPITALIZADA, UNA MIRADA
DESDE EL CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR

OSCAR GUSTAVO GODOY AVILA

Trabajo presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Cuidado Critico con Énfasis en adultos

Asesora

PROFESORA YANIRA ASTRID RODRÍGUEZ HOLGUÍN

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRITICO CON ÉNFASIS EN ADULTOS

BOGOTÁ D.C.

2015

Página de aceptación

Firma del Presidente de Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

BOGOTÁ D.C. 2015

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos primero que todo a Dios porque nos permitió realizar esta especialización.

A cada una de nuestras familias por apoyarnos en todo momento, ellos estuvieron a nuestro lado dándonos ánimo cuando nos vieron que las fuerzas agotadas, desanimados y siempre se convirtieron ese motor para seguir adelante y no desfallecer.

A la Clínica Universitaria Colombia por todo el apoyo, a su directivas, al departamento de Enfermería, a la coordinadora de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos y a cada una de las personas que hicieron posible esta especialización.

A la Universidad de la Sabana por la oportunidad de seguir fortaleciendo nuestra profesión y enriqueciéndonos tanto profesional y personalmente.

A todos nuestros docentes que fortalecieron nuestro conocimiento, y especialmente a la profesora Yanira Astrid Rodríguez Holguín que tuvo una paciencia enorme y siempre confió en nosotros, de nuevo muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL	11
2. INTRODUCCIÓN.....	12
3. MARCO REFERENCIAL	14
3.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	14
3.1.1 Contextualización del Problema.....	14
3.1.2. Identificación y análisis del problema:	16
3.2 PREGUNTA PROBLEMA.....	20
3.3 JUSTIFICACIÓN	22
4. OBJETIVOS.....	28
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	28
4. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
5. MARCO CONCEPTUAL	31
5.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	31
5.2 TEORÍA DE CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR DE KRISTEN M. SWANSON (50).	39
5. 3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
6. METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	48
7. MARCO METODOLÓGICO	50
7.1 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.....	50
8. PLAN DE ACCIÓN	52

9. DESARROLLO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.....	59
10. CRONOGRAMA	71
10 .1 PROYECTO DE GRADO	71
11. PRESUPUESTO.....	73
12. CONCLUSIONES.....	74
13. RECOMENDACIONES	77
14. ANEXOS	91
15. REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA	111

GLOSARIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

CONOCIMIENTO: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

CONOCER: Es esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que los influyen, implica evitar suposiciones, valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad, y finalmente comprometer estrategias que impacten de manera positiva en las necesidades sentidas por ellos.

ESTAR CON: Estar emocionalmente presente, la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería. La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas. Es darle tiempo, presencia auténtica, escuchar atentamente y responder reflexivamente.

PERMITIR: Es permitir el auto-cuidado, es decir facilitar el paso a través de transiciones de la vida y eventos; permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas y retroalimentación.

HACER PARA: Hacer por el paciente, lo que el haría por sí mismo, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las necesidades, confortar, actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad, todo lo anterior con el fin de ayudar para ganar autonomía lo más rápido posible.

MANTENER LAS CREENCIAS: Es mantener la fe en la capacidad y superar las barreras que surjan en la transición hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol, teniéndola en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado en cualquier situación.

CUIDADOS: La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. El término deriva del verbo cuidar (del latín *coidar*).

ÉTICA: La ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana. El concepto proviene del término griego *ethikos*, que significa “carácter”. Una sentencia ética es una declaración moral que elabora afirmaciones y define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, etc. en lo referente a una acción o a una decisión.

BENEFICENCIA: Del latín *beneficentiā*, la beneficencia es la virtud de hacer bien. Quien realiza beneficencia es un benefactor.

NO MALEFICENCIA: Es uno de los cuatro principios de la bioética, que da algún modo recoge la clásica consigna de la ética médica: *primun non nocere*, en principio no hacer daño. Este principio obliga a no hacer nada que no pueda ser más que perjudicial para el paciente o en el que la razón riesgo/beneficio no sea adecuada. Su contenido viene definido en buena medida por la *lex artis* y los criterios de indicación, de no indicación y de contraindicación. Esto permite entender que el contenido de este principio no sea intemporal o absoluto, sino que haya que definirlo en cada momento, de acuerdo, entre otras cosas, con el desarrollo del arte médico.

RESPETO A LA PERSONA: La palabra respeto proviene del latín *respectus* y significa “atención” o “consideración”. De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE), el respeto está relacionado con la veneración o el acatamiento que se hace a alguien. El respeto incluye miramiento, consideración y deferencia. El respeto es un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad.

PIEL: La piel, del latín *pellis*, es señalado como el órgano más grande en los animales y en los seres humanos. Se trata de un tegumento que, en el caso de los organismos con vértebras, se compone de una capa exterior (denominada epidermis) y de otra interior (que recibe el nombre de dermis).

ULCERAS POR PRESIÓN: Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición.

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL PROYECTO: “ Propuesta para el desarrollo de una guía de cuidado actualizada, para el actuar del personal de enfermería, en la prevención en el cuidado de la piel, que permita brindar bienestar en el paciente hospitalizado”.

INSTITUCIÓN: Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria Colombia.

PERIODO: Junio del 2013 a Octubre del 2014.

LOCALIZACIÓN: BOGOTÁ D.C. COLOMBIA

PROBLEMA IDENTIFICADO: ¿La necesidad de una guía de cuidado actualizada para el actuar del personal de Enfermería, en la prevención en el cuidado de la piel, que permita brindar bienestar en el paciente hospitalizado?

OBJETIVO GENERAL: Realizar una actualización a la guía de cuidado que le permita al personal de enfermería brindar bienestar mediante la prevención de lesiones de la piel del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos de la Clínica Universitaria Colombia.

2. INTRODUCCIÓN

En la práctica profesional de Enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer, y por lo tanto, foco de atención y objeto de estudio de la Enfermería, como disciplina profesional (1). Tales cuidados constituyen un cuerpo propio de conocimientos, el objetivo principal y el fin de la profesión; dentro de éstos, una parte importante son los cuidados de la piel. Una atención adecuada ayuda a prevenir la aparición de úlceras por presión (2). Las úlceras por presión son una consecuencia del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él, siendo las partes más afectadas los talones, el sacro y los trocánteres (3).

Entre los factores que pueden favorecer o incidir en su desarrollo se destacan la edad, las enfermedades crónicas, los fármacos, la nutrición, la inmovilidad, la humedad, la presión, la higiene entre otros.

La presencia de úlceras desarrolladas es un indicador de calidad ligado no sólo a la práctica médica, y factores intrínsecos que las desencadenan, sino también, a los cuidados que Enfermería brinda; su prevención debe comenzar con una exhaustiva valoración del paciente (*Daniel et al 1981, Linder-Ganz et al 2006, Stekelenburg et al 2006a, b, Gawlitta et al 2007a, b*).

Para valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión de forma objetiva se utilizan escalas de valoración. Las características de la escala ideal son: alta sensibilidad, alta especificidad, buen valor predictivo, fácil de usar, criterios claros y definidos y aplicación en diferentes contextos clínicos (4). En el ámbito sanitario existen diversas escalas, que cumplen los criterios arriba citados, siendo las más utilizadas la escala Braden-Bergstom (5), escala Norton (6), escala Norton modificada.

El impacto social que generan las úlceras por presión es comúnmente la reducción de la calidad de vida, el aumento de los costos en hospitalización y tratamiento, y la imagen proyectada por Enfermería, reflejada en la calidad asistencial; debido a esto, el personal de Enfermería, gestor del cuidado, debe hacerse cargo de su prevención.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo gestor de este proyecto de gestión, vio la necesidad de realizar una actualización a la guía de cuidado de Enfermería, encaminada a la prevención en el cuidado de la piel de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria Colombia, para brindar cuidado, buscando el bienestar de los pacientes hospitalizados allí; para lo cual, utilizó una herramienta administrativa que ayudara al planteamiento del proyecto, la metodología del marco lógico (7), y como soporte teórico utilizó la Teoría de mediano rango del cuidado para el Bienestar del otro, elaborada por la Enfermera kristen M. Swanson (8), con un alcance a futuro, propuesto para todo el personal de Enfermería de la institución y con un propósito claro, brindar calidad y humanización en la atención brindada a los pacientes. Adicionalmente, se apoyó en referentes temáticos disponibles de otras disciplinas como la medicina, la psicología, y la bioética.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

3.1.1 Contextualización del Problema

La Clínica Universitaria Colombia (*Información suministrada de los archivos que posee la Clínica Universitaria Colombia*), está ubicada en el sector de Ciudad Salitre, y se ha consolidado como una de las más completas instituciones hospitalarias en el país. Esta Institución hospitalaria, tiene nueve pisos y un total de 266 camas, de las cuales 168 son para hospitalización. La clínica, además, tiene 33 cubículos de observación para urgencias y 18 consultorios de atención inmediata. El servicio de cuidados críticos cuenta con un total de 28 camas. En la Institución hay 9 salas de cirugía y el servicio de maternidad cuenta con 12 habitaciones para el trabajo de parto, parto y recuperación.

La Unidad de Cuidados Intensivos está ubicada en el tercer piso, cuenta con 28 cubículos, divididos en: 13 para cuidado intensivo médico, 7 para cuidado coronario y 8 como unidad de cuidado intensivo quirúrgico cardiovascular, en los cuales el paciente posee alto nivel de privacidad y aislamiento.

La Unidad de Cuidados Intensivos (9) se ha destacado por su manejo avanzado de pacientes con EPOC y enfermedades respiratorias crónicas 10. También están hospitalizados los pacientes que provienen del servicio de urgencias en situaciones críticas, pacientes que

luego de cirugías complejas tiene alta probabilidad de sufrir complicaciones o pacientes que estando hospitalizados en la clínica sufren complicaciones que requieren este tipo de cuidados avanzado (11), (12).

Los pacientes críticos, pueden presentar multitud de problemas físicos como respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicos y neurológicos y pueden requerir unos cuidados esencialmente diferentes, y es cuando son trasladados a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (13).

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son considerados como servicios de alta complejidad, cuyo objetivo primordial es el brindar un cuidado integral a personas en condiciones críticas de salud, bien sea, por presentar un trauma, en el postoperatorio de una cirugía mayor o en la agudización de una enfermedad crónica, como puede ser el caso de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, (entre otras más) (14), (15).

Así mismo, cuenta con equipo de monitoreo de alta tecnología y profesionales entrenados, especialmente para lograr el bienestar físico y emocional, tanto del paciente como de la familia, dentro de este equipo multidisciplinario se encuentra el personal de Enfermería.

3.1.2. Identificación y análisis del problema:

Aunque se haya discutido mucho sobre los problemas físicos, así como los respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicos y neurológicos, que pueden presentar los pacientes hospitalizados en la Unidades de Cuidados Intensivos, y se conozca sobre las causas, la fisiopatología y las consecuencias, las úlceras por presión continúan siendo un serio problema para los pacientes institucionalizados, así como para la propia institución y la comunidad (16).

Las úlceras por presión son lesiones producidas por la tensión sobre la piel que sufre el paciente al permanecer largos periodos en una sola posición (17), estas heridas de origen isquémico se localizan en la piel y tejidos subyacentes, producidas por la acción combinada de factores intrínsecos y extrínsecos, entre los que destacan las fuerzas de presión, tracción y fricción, siendo determinante la relación tiempo-presión (18).

Actualmente, está claro que este fenómeno extrapola las atenciones de Enfermería, pues la etiología es multifactorial, incluyendo factores intrínsecos y extrínsecos al individuo como: edad, morbilidad, condiciones de movilidad, estado nutricional, nivel de conciencia entre otros. Pero, así mismo, la atención que requieren estos pacientes es inmediata, permanente y depende directamente del personal de Enfermería, quienes son responsables de la implementación de medidas preventivas y sistematizadas de cuidado (16), por medio de la adopción de protocolos basados en directrices, con el fin de evitar complicaciones por la presencia de este fatídico evento.

Las úlceras por presión (UPP), suponen un problema por su prevalencia y por sus repercusiones, tanto sobre el estado de salud de los enfermos que las padecen como sobre el sistema de salud (19). La prevalencia reportada a nivel mundial de acuerdo a la OMS está entre el 5 y 12%, en América es del 7% y en Colombia no se cuenta con datos exactos, sin embargo en Instituciones de Salud oscila entre el 4.5 y un 13% (20).

Al revisar la literatura y los diferentes estudios que se han desarrollado, se encontró que entre las investigaciones más completas están los que el Grupo Nacional para el Estudio y asesoramiento en úlceras por presión y lesión crónicas de España ha realizado. En el 2001 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Lesión Crónicas (GNEAUPP) realizó un estudio de prevalencia obteniendo entre otros el siguiente dato: Prevalencia en Unidades de Cuidados Intensivos en promedio: 12,4% (21).

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas (GNEAUPP) ha buscado desde su nacimiento, entre otros, el hallazgo de valores epidemiológicos de las úlceras por presión (UPP) en España, al tiempo que determinar aspectos relacionados con actividades preventivas de las mismas en los distintos contextos asistenciales (atención primaria, especializada y socio/sanitaria). En esta línea de trabajo ellos han desarrollado tres estudios nacionales de prevalencia en 2001, 2005 y 2009 (22).

El cuestionario que emplearon fue el instrumento utilizado para estimar la prevalencia de úlceras por presión, a partir de una muestra no aleatoria. A través de estos cuestionarios se solicitaba a los profesionales de atención primaria que informasen acerca de su lista de

usuarios mayores de 14 años (Unidades básicas asistenciales de Medicina General) y a los profesionales de unidades de hospitalización o de centros socio/sanitarios que informasen acerca de los pacientes de sus respectivas unidades (23).

En el estudio de 2009 se reportaron datos de 1596 pacientes con úlceras por presión: 625 de los pacientes procedían de cuestionarios de hospitales (39,2% del total de pacientes), 347 (21,7%) de centros de atención primaria y los 624 restantes (39,1%) de centros socio/sanitarios. De éstos, 1.344 (84,2%) son pacientes con úlceras por presión mayores de 65 años de los que 324 (24,1%) son de centros de atención primaria, 474 (40,6%) de hospitales y 546 (35,3%) de centros socio/sanitarios (24).

En atención primaria la Prevalencia fue del 5,89% para los pacientes mayores de 14 años incluidos en el programa de atención domiciliaria, en las unidades de hospitalización, la prevalencia fue de 10,05% \pm 13,24 % y en los centros socio/sanitarios, la prevalencia fue de 7,35% \pm 6,4% (24).

Aunque, en términos generales, parece que hay una ligera tendencia a ir disminuyendo su presencia, se mantiene vigente que las UPP siguen constituyendo un importante problema de salud pública (25).

El Sistema de Salud, con los datos mencionados anteriormente, debe hacer frente a un aumento en la necesidad de cuidados, un gasto en el material de curas, tratamiento de complicaciones, prolongación de las estancias y un aumento de los costos sanitarios. Situación que se hace aún más difícil de asumir si no nos cuestionamos acerca de ¿qué ha

pasado?, teniendo en cuenta que *“un 95% de ellas son evitables”* (Hibbs P. 1987) (Waterlow J. 1996), con los cuidados adecuados.

El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta Enfermería. Si a esto se une el elevado coste económico y asistencial que estas conllevan una vez se producen (26), hace plantear que el papel de la Enfermería no solo se encuentra durante la labor asistencial, sino que está en sus manos el poder crear y usar todas las herramientas disponibles, como la elaboración de actividades diarias en el “Plan de cuidados de Enfermería por turno, haciendo énfasis en la prevención”, donde las actividades preventivas deberán tener en cuenta los siguientes aspectos como: movilidad, higiene, incontinencia, nutrición, protección de las zonas de riesgo y cuidados generales; también el difundir los protocolos de prevención y manejo de las úlceras por presión a todo el personal de Enfermería; el programar capacitaciones periódicas de actualización en el manejo en el cuidado de la piel, haciendo énfasis en la prevención; el solicitar los insumos necesarios como almohadas, colchones o demás dispositivos médicos que hayan demostrado eficacia y eficiencia en el cuidado de la piel, entre otras más; y el educar al paciente, acompañantes y familiares al momento del ingreso acerca de los métodos de prevención de úlceras por presión, todo esto, con el fin de no llegar a padecer de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados.

Lo anterior genera inquietud en las actividades que debe realizar el personal de Enfermería para la prevención de úlceras por presión y por ello surge en ellos la necesidad de realizar una actualización a la guía en el cuidado encaminada a la prevención de las úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria Colombia, así

como sistematizar sus revisiones periódicas, con la finalidad de estandarizar las actuaciones del personal de Enfermería. Por tanto, este instrumento le servirá de ayuda permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas, retroalimentación y así disminuir la heterogeneidad de las decisiones clínicas en el cuidado que Enfermería brinda.

3.2 PREGUNTA PROBLEMA

La necesidad de realizar una actualización a la guía de cuidado, para el actuar del personal de Enfermería, en la prevención en el cuidado de la piel, que permita brindar bienestar en el paciente hospitalizado.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

**E
F
E
C
T
O
S**

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA BRINDA UN CUIDADO BASADO EN SUPUESTOS O PERCEPCIONES INDIVIDUALES, ACERCA DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL DE UNA MANERA INDIVIDUAL.

AL NO PROPICIAR UNA ADECUADA COMUNICACIÓN, ACERCA DE LA NECESIDAD DEL CUIDADO DE LA PIEL, NO SE GENERA LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS NI FAVORECE EL RESOLVER INQUIETUDES QUE PUEDEN SURGIR.

LOS PACIENTE POSTRADOS PUEDEN GENERAR COMPLICACIONES COMO LAS ZONAS POR PRESIÓN, DEMORANDO SU RECUPERACIÓN Y AUMENTANDO POSIBLEMENTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

DESMEJORA LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA INSTITUCIÓN.

EN OCASIONES LOS PACIENTES PERCIBEN UN AMBIENTE HOSTIL Y POCO FAMILIAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

NECESIDAD DE REALIZAR UNA ACTUALIZACIÓN A LA GUÍA DE CUIDADO, PARA EL ACTUAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN LA PREVENCIÓN EN EL CUIDADO DE LA PIEL, QUE PERMITA BRINDAR BIENESTAR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

**C
A
U
S
A
S**

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, ALGUNAS VECES DESCONOCE LA NECESIDAD DE EVALUAR, PRIORIZAR Y HACERLE SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS QUE TIENE CADA PACIENTE DE DESARROLLAR ZONAS POR PRESIÓN.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, DESCONOCE LA NECESIDAD DE REALIZAR DE UNA MANERA PERIÓDICA ACTUALIZACIONES EN EL CUIDADO DE LA PIEL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN OCASIONES ES INDIFERENTE Y NO ESCUCHA DE MANERA ATENTA LOS SENTIMIENTOS QUE EXPRESAN LOS PACIENTES CUANDO MANIFIESTAN SENSACIONES DE CANSANCIO O INCOMODIDAD.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO SIEMPRE CREA ESPACIOS ALTERNOS A LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS, QUE LES PERMITA ESCUCHAR LAS INQUIETUDES Y NECESIDADES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO O PARA ASÍ GENERAR ALTERNATIVAS.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO SIEMPRE REALIZA LOS CUIDADO DE LA PIEL REQUERIDOS PARA PREVENIR LAS ZONAS POR PRESIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

EN OCASIONES EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, PERMITE QUE SE FORJEN SENTIMIENTOS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO O DE ANGUSTIA, FALTA DE AUTONOMÍA Y DE PERCEPCIÓN DE QUE SUS NECESIDADES DE CUIDADO DE PIEL NO SON

CONOCER

ESTAR CON

PERMITIR

HACER PARA

MANTENER LAS CREENCIAS

TEORÍA DEL CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR DEL OTRO.

KRISTEN SWANSON

CATEGORÍAS EN EL QUE SE PRODUCE EL CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL OTRO

3.3 JUSTIFICACIÓN

“El cuidado de las úlceras es un problema cotidiano, que incluye, medidas de prevención eficaces, un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado”.

Anónimo.

El cuidado debe ser un proceso recíproco, que responda a las necesidades humanas básicas, de las que se pueden destacar la protección, la subsistencia, la comprensión, el entendimiento y el respeto por la dignidad humana (27).

El cuidado, luego de un largo proceso de la disciplina, ha sido identificado como el objetivo de la práctica profesional, el ideal moral y la razón de ser de la Enfermería¹. Resulta lógico y necesario pensar que debe reflejar en forma significativa en el pensar y actuar diario, pues solo así es posible validar y reafirmar el nivel de disciplina profesional.

De ahí parte, que el cuidado de una persona que atraviesa una situación crítica de salud ha sido siempre un reto para enfermería, y dentro de éstos desafíos en el cuidado, están los relacionados con el cuidado de la piel, y uno de los propósitos es el evitar que los pacientes desarrollen úlceras por presión.

Las úlceras por presión son un problema importante y caro para los sistemas de salud y servicios sociales, y a pesar del mayor conocimiento sobre su prevención y abordaje, es

posible que sin un esfuerzo de todos los actores implicados, el número de afectados aumente en el futuro, a expensas del crecimiento numérico del grupo de adultos mayores y dependientes de nuestra Sociedad.

Las úlceras por presión son un problema de primer orden, cuya magnitud para los pacientes, los servicios de salud y la sociedad en general, hace que deba ser considerada como un problema de salud pública, y precisa, por tanto, de todos los medios y recursos necesarios para combatirlas, constituyen un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como: el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos, el consumo de recursos para el sistema de salud, provocando incluso consecuencias legales en situaciones muchas veces evitables (28).

Las úlceras por presión son una consecuencia del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él, siendo las partes más afectadas los talones, el sacro y los trocánteres (29); donde la mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (95% son evitables: **Hibbs P. 1987, Waterlow J. 1996**), por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención integradas dentro de guías de práctica clínica interdisciplinarias que contemplen los distintos niveles asistenciales; Sin embargo, aunque se haya estudiado mucho y se conozca sobre las causas, la fisiopatología y consecuencias causadas por las úlceras por presión, éstas, continúan siendo un serio problema.

Recientemente, se ha comenzado a publicar estudios acerca de este problema, como es el caso de Jordania (*Tubaishat A, Anthony D, Saleh M. Pressure ulcers in Jordan: A point*

prevalence study. J Tissue Viability 2010; Sep 28) donde la prevalencia es cercana al 12%; dato curioso, quizá, por las diferencias con otros países, y es la prevalencia de un hospital de 3.000 camas en China que se estima en un 1,8% (*Zhao G, Hiltabidel E, Liu Y, Chen L, Liao Y. A cross-sectional descriptive study of pressure ulcer prevalence in a teaching hospital in China. Ostomy Wound Manage 2010; 56 (2): 38-42).*

En América el promedio oscila en un 7% ³⁹; y al revisar la literatura acerca de estudios más recientes respecto a este tema en países latinoamericanos, se encontró los realizados desde 1999, por *el Grupo para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) con sede en España*, donde consideró de vital interés, para rescatar y mantener el valor real del problema, la constitución de un observatorio epidemiológico permanente que permitiera seguir la evolución de estas lesiones.

En este sentido, en los dos estudios de prevalencia (30) (31) que desarrollaron, por niveles asistenciales, en pacientes domiciliarios, se obtuvo una prevalencia de 8,34% en 2001 y de 4,78% en 2005; en hospitales la prevalencia fue de 8,24% para los dos años y en centros socio/sanitarios fue de 6,46% y 6,10% respectivamente para los dos años.

Del mismo modo, teniendo en cuenta las cifras de prevalencia del Segundo Estudio de Prevalencia y sus proyecciones sobre la población general mayor de 14 años, a enero de 2005, en España se atiende diariamente entre 57.000 y 100.000 pacientes con úlceras por presión, de los cuales el 84,7% son mayores de 65 años (31), en el caso de Colombia no se cuenta con datos exactos, sin embargo en Instituciones de Salud oscila entre el 4.5-13%

(Cantún UF, Uc ChN. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. Rev Enferm IMSS 2005; 3(3): 147-52).

Con relación a los reportes que se tienen en la Unidad de Cuidado Intensivo de La Clínica Universitaria Colombia (*datos tomados de las estadísticas que se desarrollan de manera interna en la Institución*), la prevalencia es del 3,8% de Úlceras por presión en un periodo comprendido desde enero a octubre del año 2013, de ellas, un 53% eran de estadio I, un 20% de estadio II, un 24% de estadio III, y un 3% sin estadio. La localización más frecuente fue el sacro (40%), seguido de los talones (20%), trocánteres (8%) y maléolos (7%); pero llama la atención de manera importante el hecho que un porcentaje de la localización son en sitios poco habituales y está relacionada con el uso de dispositivos como sondas naso/gástricas, sondas vesicales, líneas arteriales, catéter del balón de contrapulsación, entre otros, y este oscila en un 25% aproximadamente.

Los datos planteados anteriormente, demuestra que la incidencia de desarrollar úlceras por presión a dejando de ser, día a día, un problema de salud invisible y subestimado y que tanto ha frenado hasta fechas recientes el progreso de su conocimiento, detección y detención; como apuntaba el Dr. Soldevilla hace un tiempo, *“el estado actual de conocimiento y desarrollo social ha de lograr desterrar la concepción de las úlceras por presión como un proceso banal, fatal, inevitable y silente”* (32).

Las úlceras por presión (UPP) afectan el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes, reduciendo su independencia para el autocuidado y pueden ser causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimiento por dolor y la reducción de la esperanza de vida pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. La capacidad lesiva de estas lesiones una vez presentes en la salud, cambian la calidad de vida de quienes las presentan, sumado a esto, el alto consumo de tiempo y recursos asignados a su cuidado y el elevado desgaste emocional en los propios pacientes, sus familiares y a menudo los profesionales encargados de su atención.

El personal de Enfermera centra su trabajo en los cuidados, pero al mismo tiempo deben proporcionarles un entorno seguro y minimizar los riesgos que pueden interferir en el proceso de recuperación, ellos deben conocer que es lo mejor para el paciente, responder a sus necesidades, ser competente y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud; además desarrollar habilidades comunicativas, emocionales y de relación con otras disciplinas (*SANCHEZ GO. Aproximaciones a su teoría. Revista Rol de Enfermería; 1999. Pago. 309-311.*).

A partir de lo anteriormente mencionado, surgió en los integrantes de este proyecto de gestión la pregunta: ¿qué puede hacer el personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel, en el paciente hospitalizado?, aunque se es consciente que el problema es complejo, que involucra a muchas partes y actores, surgió la necesidad de trabajar en dicha problemática y se planteó la pregunta problema siguiendo como herramienta metodológica

el modelo de gestión del marco lógico y teniendo como eje para su construcción una teoría propia de Enfermería que es la propuesta por la Enfermera kristen M. Swanson , basada en el cuidado para el bienestar del otro, el cual permite abordar esta problemática y tratar de resolverla; donde el fin último es el crear conciencia, el fortalecimiento del conocimiento y el mejorar una habilidad que se ha venido perdiendo y es el cuidado de la piel; todo esto trayendo beneficios en el personal de Enfermería de la Clínica Universitaria Colombia, mejorando a su vez la seguridad del paciente, logrando como resultado una percepción de una atención brindada con altos estándares de calidad.

La profesión se ve beneficiada porque es un aporte que se enfoca directamente con las actividades en la que están actualmente liderando y es la seguridad del paciente.

Se es consciente que todos los esfuerzos que se hagan por mejorar la calidad de vida y brindar bienestar al paciente generan una gran satisfacción, lo cual se vuelve una cadena ya que hace que las instituciones prestadoras de salud se ven beneficiadas ya que generan un mayor grado de atención con calidad y calidez, lo que hace que se cumpla con la misión institucional, disminuyan las complicaciones, las estancias hospitalarias prolongadas y a su vez una disminución en los costos.

Al ver todas las intervenciones realizadas por Enfermería se puede observar y evidenciar que hay un crecimiento en conocimiento relacionados con los cuidados de la piel que como se mencionó anteriormente fortalece nuestra razón, soporte científico y humano, que permita demostrar un cuidado humanizado y con calidad, logrando bienestar en el paciente hospitalizado.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una actualización a la guía de cuidado que le permita al personal de enfermería brindar bienestar mediante la prevención de lesiones de la piel del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos de la Clínica Universitaria Colombia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. El personal de enfermería identificara la necesidad de evaluar, priorizar y hacerle seguimiento individualizado, a los riesgos que tiene cada paciente de desarrollar zonas por presión.
2. Demostrar al personal de enfermería la necesidad de realizar revisiones de una manera periódica y actualizaciones en el cuidado de la piel.
3. El personal de enfermería evidenciará los cuidados de la piel requeridos para prevenir las zonas por presión del paciente.

4. El personal de enfermería creara estrategias que le permitan identificar momentos propicios para escuchar las inquietudes y sentimientos del paciente, acerca de los cuidados que éste realiza a su piel y así generar estrategias conjuntas.

5. El personal de enfermería reconocerá los sentimientos que expresan los pacientes como sensaciones de cansancio, dolor o incomodidad.

6. El personal de enfermería desarrollara estrategias para fortalecer los sentimientos en el paciente y así mejorar su autonomía, contribuyendo de manera positiva en su recuperación.

ÁRBOL DE OBJETIVOS

**F
I
N
E
S**

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA OFRECERÁ UN ATENCIÓN CON CALIDAD Y SERÁN RECONOCIDOS INSTITUCIONALMENTE POR EL CUIDADO QUE BRINDAN DE UNA MANERA HUMANIZADA, LOGRANDO BIENESTAR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON ALTOS ESTADARES DE CALIDAD.

FIN

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, PARA LA PREVENCIÓN EN EL CUIDADO DE LA PIEL DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA.

PROPOSITO

REALIZAR UNA ACTUALIZACIÓN A LA GUÍA DE CUIDADO QUE LE PERMITA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA BRINDAR BIENESTAR MEDIANTE LA PREVENCIÓN DE LESIONES DE LA PIEL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA.

**M
E
D
I
O
S**

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA IDENTIFICARÁ LA NECESIDAD DE EVALUAR, PRIORIZAR Y HACERLE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO, A LOS RIESGOS QUE TIENE CADA PACIENTE DE DESARROLLAR ZONAS POR PRESIÓN.

DEMOSTRAR AL PERSONAL DE ENFERMERÍA LA NECESIDAD DE REALIZAR REVISIONES DE UNA MANERA PERIÓDICA Y ACTUALIZACIONES EN EL CUIDADO DE LA PIEL.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EVIDENCIARÁ LOS CUIDADOS DE LA PIEL REQUERIDOS PARA PREVENIR LAS ZONAS POR PRESIÓN DEL PACIENTE.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CREARÁ ESTRATEGIAS QUE LE PERMITAN IDENTIFICAR MOMENTOS PROPICIOS PARA ESCUCHAR LAS INQUIETUDES Y SENTIMIENTOS DEL PACIENTE, ACERCA DE LOS CUIDADOS QUE ÉSTE REALIZA A SU PIEL Y ASÍ GENERAR ESTRATEGIAS CONJUNTAS.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CREARÁ ESTRATEGIAS QUE LE PERMITAN IDENTIFICAR MOMENTOS PROPICIOS PARA ESCUCHAR LAS INQUIETUDES Y SENTIMIENTOS DEL PACIENTE, ACERCA DE LOS CUIDADOS DE LA PIEL Y ASÍ GENERAR ESTRATEGIAS CONJUNTAS.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DESARROLLARÁ ESTRATEGIAS PARA FORTALECER LOS SENTIMIENTOS EN EL PACIENTE Y ASÍ MEJORAR SU AUTONOMÍA, CONTRIBUYENDO DE MANERA POSITIVA EN SU RECUPERACIÓN.

CONOCER

ESTAR CON

PERMITIR

HACER PARA

MANTENER LAS CREENCIAS

TEORÍA DEL CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR DEL OTRO.

KRISTEN SWANSON

CATEGORÍAS EN EL QUE SE PRODUCE EL CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL OTRO

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

La **PIEL** (33), (34) es el órgano más externo del cuerpo humano, con la particularidad de que tiene la capacidad de renovarse a sí mismo. Actúa como barrera defensiva que nos aísla y al mismo tiempo nos relaciona con el medio exterior.

Su **ESTRUCTURA** (35) se divide en tres capas:

1. Epidermis: Capa superficial de la piel, constituida por varias capas o estratos de células: el córneo (el más superficial y resistente), el lúcido, el granuloso, el espinoso y el basal. Este último es el germinal y permite que las células que continuamente mueren sean sustituidas por otras nuevas.
2. Dermis: Es la capa en la que se encuentran las estructuras vasculo-nerviosas, y está constituida por:
 - Sustancia fundamental: proteínas, glucosa, aminoácidos, agua.
 - Fibras conjuntivas: colágeno, fibras elásticas y reticulares.
 - Células: histocitos, fibroblastos y macrocitos.
 - Red vascular: arteriolas.
 - Inervación cutánea: dando las sensaciones de su entorno.

- Anejos: folículos pilosebáceos y glándulas sudoríparas.
3. Hipodermis: capa de la piel situada debajo de la dermis, de espesor variable y constituido por tejido conjuntivo.

Las **FUNCIONES** (36) de la piel son la protección frente a agresiones externas, bien sean mecánicas (contusiones), físicas (luz, radiaciones), químicas (impidiendo la absorción de sustancias tóxicas) o biológicas (microorganismos). Además de la regulación inmunológica (mediante la liberación de linfocitos T), de la temperatura corporal, del equilibrio hidroelectrolítico y del metabolismo de la vitamina D.

Se define la **ÚLCERA POR PRESIÓN** (37) como toda lesión de la piel producida cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro, una superficie externa. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y el 23% de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular.

Si la presión no disminuye se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios (38).

Las **FUERZAS** (39) responsables de su aparición son:

1. Presión: es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6 -32 mmHg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.
2. Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
3. Fuerza externa de pinzamiento vascular: combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Entre los factores que pueden favorecer su desarrollo destacamos el estado hemodinámico del paciente, la edad, las enfermedades crónicas/degenerativas, los fármacos, la nutrición, la inmovilidad en cama, la estancia prolongada, la humedad, la presión, la higiene, entre otros más. En la época actual, caracterizada por una rápida sucesión de los progresos médicos y por el empleo de cada vez más sofisticados medios técnicos, siguen presentes en los hospitales de concentración las úlceras por presión (40).

Existen otros **FACTORES DE RIESGO** (41) que contribuyen a la producción de U.P.P. y que pueden agruparse en cinco grandes grupos:

1. Fisiopatológicos:

Como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Trastornos nutricionales: delgadez, desnutrición, obesidad, desnutrición, hipo/proteinemia.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: parálisis, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la eliminación: incontinencia urinaria e intestinal.

2. Derivados del tratamiento:

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Inmovilidad impuesta: resultado de determinadas alternativas terapéuticas: escayolas, tracciones, respiradores.
- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora: radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes (vesical y nasogástrico) con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

3. Situacionales:

Resultado de modificaciones de condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camión, pijama u objetos de roce.

4. Del desarrollo:

Relacionados con el proceso de maduración.

- Rash por el pañal.
- Ancianos: Pérdida de elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

5. Del entorno:

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- Falta de educación sanitaria a los pacientes.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.

- Falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- Sobrecarga del trabajo profesional.

También Pam Hibbs (42), mucho antes, en la década de los ochenta, tuvo el gran acierto de caracterizar el problema de las úlceras por presión como una “*Epidemia debajo de las sábanas*”, ilustrando de una manera muy didáctica la envergadura epidemiológica de estos lamentables procesos de pérdida de salud y acogiendo una doble metáfora, relacionando el territorio de nuestro cuerpo que comúnmente se ve afectado y, al tiempo, la situación de hermetismo y desconocimiento, además, amparado en ese plano más íntimo-doméstico, inherentemente, la realidad de la devaluación del problema (43).

Las úlceras por presión son lesiones producidas por la tensión sobre la piel, que sufre el paciente al permanecer largos periodos en una sola posición (44) estas heridas de origen isquémico se localizan en la piel y tejidos subyacentes, producidas por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que destacan las fuerzas de presión, tracción y fricción, siendo determinante la relación tiempo-presión.

La patología ulcerosa puede presentarse como principal causa o como complicación de otra patología de base (45).

Así podemos decir que puede aparecer en:

1. Enfermos geriátricos, con grave deterioro de su estado general y con escasa movilidad que les condena a permanecer durante mucho tiempo en la misma posición.
2. Pacientes con trastornos del aparato locomotor, con enfermedades crónicas que los incapacitan o con trastornos agudos que precisan extensas férulas o tracciones.
3. Enfermos comatosos ingresados en unidades de cuidados intensivos.
4. Pacientes neurológicos con afectación motora, sensitiva o psíquica.
5. Lesionados medulares, con especiales características que los diferencian de los enfermos neurológicos por su importancia y frecuencia de aparición de esta patología.

Estos grupos de pacientes de riesgo tienen en común que carecen de los mecanismos fisiológicos de defensa, ya que presentan hipoestesia-anestesia, acompañada o no de trastornos tróficos en la piel, como piel delgada y pérdida de grasa subcutánea; además puede existir falta de tono muscular o espasticidad, o presentar estasis venoso-linfático (46).

Las úlceras por presión se clasifican en: grado I, limitada a la capa superficial de la piel en donde sólo se observa enrojecimiento y se mantiene íntegra la piel; grado II, el cual afecta las capas superficiales de la piel, mostrando como erosiones, ampollas o desgarros superficiales; grado III extendiéndose más profundamente a través de estructuras

superficiales, ésta afecta la grasa subcutánea; y grado IV, que es la destrucción de todo el tejido blando desde la piel hasta el hueso (47).

Para la prevención de úlceras por presión, la aplicación de una escala de valoración de riesgo facilita la identificación de los pacientes propensos a desarrollar úlceras, una de las más utilizadas es el índice de valoración de Norton (48), que comprende cinco categorías en las que se valoran: estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. La identificación de riesgo permite programar intervenciones de enfermería encaminadas a la prevención, sin embargo, si los factores de riesgo persisten, los pacientes pueden desarrollar UPP, las cuales deben ser tratadas de inmediato de acuerdo a su clasificación.

La presencia de úlceras por presión desarrolladas durante la hospitalización, es un indicador de calidad en el cuidado de Enfermería, sumado a factores intrínsecos que las pueden llegar a desencadenar. Mientras, en virtud de que presten atenciones directas a los pacientes y permanecer a su lado las 24 horas del día, el personal de enfermería se han responsabilizado por la implementación de medidas preventivas y sistematizadas de cuidado, por medio de la adopción de protocolos basados en directrices internacionales (49), con el objetivo fundamental de evitar tan fatídico evento.

5.2 TEORÍA DE CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR DE KRISTEN M. SWANSON (50).

Kristen M. Swanson, es teórica de Enfermería, que nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island (E.U). Se graduó como enfermera en School of Nursing (1975); luego realizó estudios de pos -graduación como Magister y Doctora en Enfermería. Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (pacientes, familia, el mismo profesional de Enfermería). Este se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias a fines, como las humanidades, las experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas (51). Luego, enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar del paciente, su familia y de sí misma.

Con respecto a cómo Swanson define a las personas, a la familia y al personal de Enfermería que cuida del paciente hospitalizado en Cuidados Intensivos, ella manifiesta que enfermería debería verlos, como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando son capaces de manifestar sus pensamientos, sentimientos y conductas (52).

Además, las experiencias vitales de cada uno están influidas por una compleja interacción de lo genético, espiritual y su capacidad de ejercer la autonomía, por lo cual las personas moldean y son moldeadas por el medio donde viven. Los pacientes hospitalizados en Cuidados Intensivos, apoyados en su familia y con acompañamiento permanente del

personal de Enfermería, son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales (los conecta con una fuente eterna, misterio, vida, creatividad y serenidad).

Este puede ser el alma, un poder superior, energía positiva, que se auto-reflejan y que desean estar conectados con otros. La autonomía les ofrece la capacidad de decidir cómo actuar, ante un rango de posibilidades; por tanto el Profesional de Enfermería debe aceptar la individualidad, asumir el liderazgo en la lucha por los derechos humanos, igualdad al acceso a los servicios de salud y otras causas humanitarias. Otro fenómeno de interés que aborda Swanson en el cuidado de Enfermería es la salud, como el restablecimiento del bienestar de los pacientes, siendo éste un complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud. El cuidado de enfermería, trasciende la mejora de una persona, per se, y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, sortear obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno.

Coherente con los planteamientos anteriores, ella define cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal (**Ibid, SWASON. Página 5.**). Independientemente de la experiencia y de los años de ejercicio laboral del profesional de enfermería, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creados por la propia actitud filosófica de la (el) enfermera (o), estableciendo cinco categorías o procesos que se presentan de manera

separada, pero que constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado informado y la cual aplica a todas las relaciones de cuidado; en donde la(él) enfermera(o) diagnostica, trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales.

Estas categorías son (53):

- 1. Conocer:** Es esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que los influyen, implica evitar suposiciones, valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad, y finalmente comprometer estrategias que impacten de manera positiva en las necesidades sentidas por ellos. Esta categoría como un cuidado terapéutico, es forzada por el conocimiento empírico, ético y estético, de las diferentes respuestas que las personas tienen ante los problemas de salud reales o potenciales.
- 2. Estar con:** Estar emocionalmente presente, la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería y la institución. La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas. Es darle tiempo, presencia auténtica, escuchar atentamente y responder reflexivamente. Es dar todo de sí, compromiso, preocupación y atención personal del profesional de Enfermería. La (lo) enfermera (o) asume responsabilidades pero también debe asumir la responsabilidad consigo misma; pues existe una línea fina entre asumir la responsabilidad del otro y asumirlo como propia. Cuando el

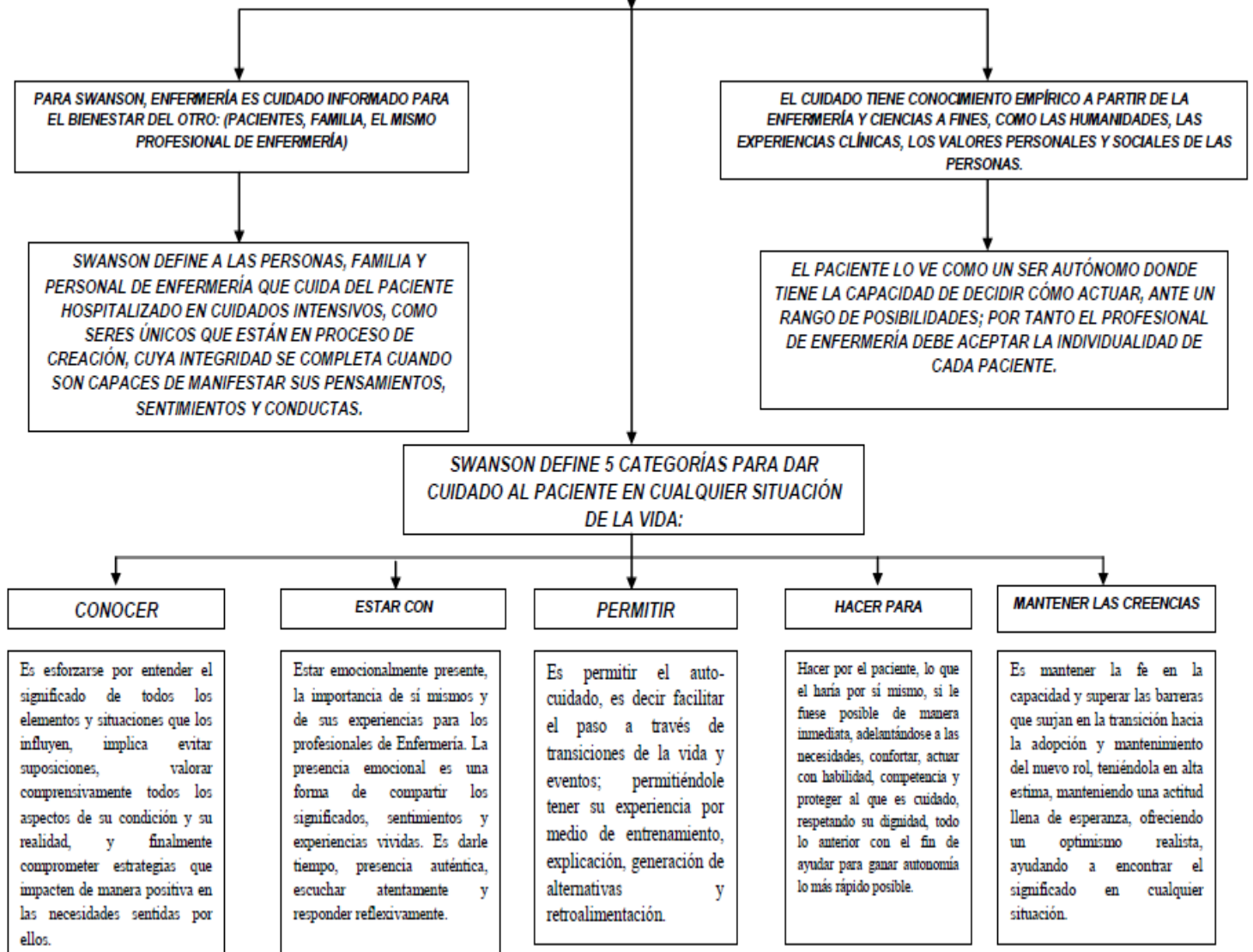
profesional de enfermería no puede mantener la responsabilidad reduce su propio bienestar, las relaciones interpersonales y profesionales y el desempeño de sus funciones.

3. **Permitir:** Es permitir el auto-cuidado, es decir facilitar el paso a través de transiciones de la vida y eventos; permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas y retroalimentación.

4. **Hacer para:** Hacer por el paciente, lo que el haría por sí mismo, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las necesidades, confortar, actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad, todo lo anterior con el fin de ayudar para ganar autonomía lo más rápido posible.

5. **Mantener las creencias:** Es mantener la fe en la capacidad y superar las barreras que surjan en la transición hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol, teniéndola en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado en cualquier situación.

TEORÍA DE SWANSON 1



5. 3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del presente proyecto de gestión, se tuvo en cuenta los principios universales de la ética y las disposiciones en materia de responsabilidad ética para el ejercicio profesional de la Enfermería en Colombia (código de responsabilidad deontológico para el ejercicio de la profesión de Enfermería establecidas en las leyes colombianas), consagradas en la Ley 266 de 1996 como son: la beneficencia, el respeto a la persona humana, autonomía, justicia, derecho a la información y a la intimidad y fidelidad, también se tomó como base el modelo del marco lógico (54) (55) (56) (57) (58) , y se utilizó como referencia la aplicación de una Teoría Propia de Enfermería que fue elaborada por la Enfermera de Kristen M. Swanson, una teoría de rango medio que tiene como principio el cuidado informado para el bienestar del otro (59); se siguieron los parámetros de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en Salud, (Resolución No. 008430 de 1993, artículo 15) de la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico del Ministerio de Salud.

Las consideraciones éticas consideradas como pertinentes para dicho trabajo se enuncian a continuación:

Beneficencia (60)

Según la definición encontrada, hace referencia al concepto de tratar a las personas de una manera ética. Implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. En este sentido se han enunciado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia (60).

- El no hacer daño,
- Y acrecentar al máximo los beneficios, disminuyendo al máximo los daños posibles que se pueden generar.

En este proyecto para evitar ocasionar cualquier daño a las personas se les trato de una manera ética. Implico no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

No maleficencia (61)

Este concepto hace referencia en no hacerles el mal a las personas, e incluye, la prevención potencial de este mal. (61).

En este proyecto para evitar daño a la privacidad de las personas no se registró su nombre en ningún momento durante la recolección de la información; en cambio, a su vez, la información suministrada por el personal fue de uso exclusivo del grupo que participó en la

elaboración de este trabajo, y no se hizo comentarios a terceros que comprometieran a las personas que participaron (61).

Respeto a la persona (62)

Para esta consideración ética, se parte de la premisa de que el respeto a sí mismo, genera el respeto hacia las otras personas, dejar ser al otro tal y como es (62).

El respeto por las personas incorpora a los menos otros dos principios éticos fundamentales, a saber:

- **la autonomía**, que exige que a las personas que estén en condiciones de deliberar acerca de sus metas personales se les respete su capacidad de autodeterminación, y
- **la protección de las personas** cuya autonomía está menoscabada o disminuida, lo que requiere que a quienes sean dependientes o vulnerables se los proteja contra daños o abuso.

La búsqueda del bien es la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y de reducir al mínimo la posibilidad de daños e injusticias. Este principio da origen a normas que exigen que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que la investigación esté bien concebida, y que los investigadores sean competentes para llevar cabo la investigación y para garantizar el bienestar de los que participan en ella.

En este proyecto no se modificó o se influyó sobre los aspectos socio/culturales y conductuales del personal de Enfermería que participaron y en todo momento se les respetaron las diferencias entre las creencias y actitudes del otro con relación a las propias (62).

Confidencialidad y Veracidad (63)

De ellos se derivan el secreto profesional y la obligación de dar información veraz a los participantes. En este proyecto se partió de que los datos obtenidos no fueron revelados fuera del contexto académico (63).

Se implementó información clara desde el inicio, donde se resaltó la veracidad en el planteamiento de los objetivos del proyecto y el beneficio que se puede traer para la práctica de Enfermería, así como las posibles adversidades y consecuencias que puede traer este para la vida profesional del personal de Enfermería y en el resultado final, se respetó en todo momento las políticas y normas institucionales.

6. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

El “Marco Lógico” es una metodología de formulación de proyecto que se está utilizando ampliamente, estos últimos años, para evaluar y financiar proyectos sociales. Esta metodología, entre sus aspectos fundamentales, permite distinguir entre aquellos resultados que están bajo y fuera del control del equipo ejecutor, facilita la evaluación al establecer indicadores, pero sobre todo obliga a realizar un diagnóstico exhaustivo de los problemas de la población beneficiaria lo cual obviamente facilita su solución en una forma que es apropiada a los intereses y particularidades de los beneficiarios.

Este instrumento fue creado a fines de los años setenta para la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos y actualmente se encuentra respaldado por las experiencias de organismos internacionales tales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano del Desarrollo y la Unión Europea, entre otros (64).

Es una herramienta de trabajo con la cual un evaluador puede examinar el desempeño de un programa en todas sus etapas. Permite presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad. Asimismo, sirve para evaluar si se han alcanzado los objetivos y para definir los factores externos al programa que pueden influir en su consecución.

La Matriz de Marco Lógico que se elaboró para efectos de la evaluación debe reflejar lo que el programa es en la actualidad. Si bien muchos programas no han sido diseñados con el método del Marco Lógico, se debe realizar un ejercicio de reconstrucción de los distintos niveles de objetivos del programa (fin, propósito, componentes) e indicadores de sus resultados que permitan medir el nivel de logro alcanzado (65).

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>El personal de Enfermería de la Clínica Universitaria Colombia ofrecerá una atención con calidad y serán reconocidos institucionalmente por el cuidado que brindan de una manera humanizada, logrando bienestar en el paciente hospitalizado con altos estándares de calidad.</p>	<p>Número total de pacientes atendidos en la Clínica Universitaria Colombia que manifiestan sentirse satisfechos con el cuidado brindado</p> <p>/</p> <p>Número total de pacientes encuestados en la Clínica Universitaria Colombia.</p>	<p>Encuestas de satisfacción realizadas por la oficina de atención al usuario de la institución, identificando la percepción del paciente y la familia.</p>	<p>Políticas institucionales permanentes que promuevan el mejoramiento en la calidad de los servicios.</p> <p>Estado de conciencia de los pacientes hospitalizados en la institución.</p> <p>Índice ocupacional de la Clínica</p> <p>Otros elementos del cuidado.</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>Mejorar la calidad de la atención brindada por parte del personal de enfermería, para la prevención en el cuidado de la piel de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica Universitaria Colombia.</p>	<p>Número de pacientes que presentan úlceras por presión</p> <p>/</p> <p>Número total de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica Universitaria Colombia, durante un periodo determinado.</p>	<p>Reporte de úlceras por presión de la Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica Universitaria Colombia, durante un periodo determinado.</p>	<p>Reporte oportuno de eventos adversos: aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica Universitaria Colombia, durante un periodo determinado.</p> <p>Rotación del personal de Enfermería de la UCI.</p> <p>Estado de conciencia de los pacientes.</p>

<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Realizar una actualización a la guía de cuidado que le permita al personal de enfermería brindar bienestar mediante la prevención de lesiones de la piel del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos de la Clínica Universitaria Colombia.</p>	<p>Número total del personal de enfermería capacitado en el cuidado de la piel de los pacientes hospitalizados en UCI / Número total del personal de Enfermería que pertenece a UCI adultos.</p>	<p>Lista de Asistencia a las sesiones educativas.</p> <p>Registro fotográfico.</p> <p>Evaluación al final de las sesiones educativas</p> <p>Encuesta dirigida al personal de Enfermería que laboran en la UCI.</p>	<p>La aceptación por parte del personal de enfermería de participar en la actividad.</p> <p>Asistencia incompleta a las sesiones educativas programadas.</p> <p>Inquietudes no resueltas totalmente durante las sesiones educativas y demás actividades programadas.</p> <p>Interrupción de la sesión por inestabilidad de algún paciente durante la actividad.</p>
---	---	--	---

8. PLAN DE ACCIÓN

ASPECTO DE LA TEORÍA: CONOCER.

OBJETIVO ESPECIFICO N° 1: El personal de enfermería identificará la necesidad de evaluar, priorizar y hacerle seguimiento individualizado, a los riesgos que tiene cada paciente de desarrollar zonas por presión.

OBJETIVO ESPECIFICO N° 2: Demostrar al personal de enfermería la necesidad de realizar revisiones de una manera periódica y actualizaciones en el cuidado de la piel.

ASPECTO DE LA TEORÍA: HACER PARA.

OBJETIVO ESPECIFICO N° 3: El personal de enfermería evidenciará los cuidados de la piel requeridos para prevenir las zonas por presión del paciente.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>1. Taller sobre la valoración y seguimiento de los riesgos para prevenir las zonas por presión aplicando los diferentes cuidados de Enfermería, basándose en la continua actualización.</p>	<p>Número de asistentes al taller. / Número total del personal de Enfermería que pertenece a UCI adultos.</p>	<p>Recurso humano: Enfermeros gestores del proyecto. Personal de enfermería asistente. Bolígrafo - Papelería Sillas, Escritorios. Computador - Videobeam Láminas con fotos, (ver anexo N° 5)</p>	<p>Lista de asistencia.</p>	<p>La aceptación por parte del personal de enfermería de participar en la actividad. Asistencia del personal de enfermería a la actividad. El nivel de interés del personal de enfermería por la información que se brindará.</p>

ACTIVIDAD DESARROLLADA	
“Taller sobre la valoración y seguimiento de los riesgos para prevenir las zonas por presión aplicando los diferentes cuidados de Enfermería, basándose en la continua actualización.”	
DESARROLLO DE ACTIVIDADES	TIEMPO DESTINADO
<p>1. Primera parte de la actividad:</p> <p>Presentación preparada en multimedia acerca de la temática planteada; en esta parte, se realizó una revisión y actualización en el cuidado de la piel.</p> <p>Videos: http://youtu.be/gCrjNXsUPPg http://youtu.be/uH99YFYnbdI</p>	<p>Esta presentación en multimedia, se dejó con unos días de antelación en el computador del estar de enfermería, para ser visto por el personal de Enfermería en cualquier momento previo a la actividad.</p>
<p>2. Se explicó la actividad a desarrollar.</p>	<p>5 minutos</p>
<p>3. Segunda parte:</p> <p>Se formaron grupos de trabajo y a cada uno se le entregó una serie de láminas impresas que se elaboraron con anticipación (ver anexos).</p>	<p>10 minutos</p>
<p>4. Tercera parte de la actividad:</p> <p>Recolección de inquietudes o recomendaciones por parte de los participantes; en esta parte, el personal de enfermería evidenció</p>	<p>5 minutos</p>

<p>los cuidados de la piel requeridos para prevenir las zonas por presión.</p>	
<p>5. Retroalimentación – sensibilización; en esta parte, el personal de enfermería identificó la necesidad de evaluar, priorizar y hacerle seguimiento individualizado, a los riesgos que tiene cada paciente de desarrollar zonas por presión.</p>	<p>De 10 a 20 minutos.</p>
<p>6. Total de tiempo destinado para la actividad.</p>	<p>30 minutos, máximo 40 minutos por cada turno.</p>

ASPECTO DE LA TEORÍA: PERMITIR

OBJETIVO ESPECIFICO N° 4: El personal de enfermería creará estrategias que le permitan identificar momentos propicios para escuchar las inquietudes y sentimientos del paciente, acerca de los cuidados que éste realiza a su piel y así generar estrategias conjuntas.

ASPECTO DE LA TEORÍA: ESTAR CON

OBJETIVO ESPECIFICO N° 5: El personal de enfermería reconocerá los sentimientos que expresan los pacientes como sensaciones de cansancio, dolor o incomodidad.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
2. Proyección de un video relacionado con la temática: "Sentimientos del paciente hospitalizado y la percepción del cuidado".	Número de personas que asistentes a la presentación del video / Número total del personal de Enfermería que pertenece a UCI adultos.	Recurso humano: Enfermeros gestores del proyecto, Personal de enfermería asistente Escritorio, sillas, papelería, Computador Videobeam Video que se va a proyectar (ver anexo N° 6).	Lista de asistencia.	Percepción del personal de enfermería frente a la actividad programada. Asistencia del personal de enfermería a la actividad programada.

ACTIVIDAD DESARROLLADA	
Proyección de un video relacionado con la temática: “Sentimientos del paciente hospitalizado y la percepción del cuidado”.	
DESARROLLO DE ACTIVIDADES	TIEMPO DESTINADO
1. Se explicó la actividad a desarrollar	5 minutos
2. Primera parte de la actividad: Proyección del video acerca de la temática planteada. Cortos de la película: la escafandra y la mariposa (ver anexos): http://youtu.be/6AsU-SVY0JU	10 minutos
3. Segunda parte de la actividad: Inquietudes o recomendaciones por parte de los participantes; en esta parte, una vez visto los fragmentos de la película, se logrará reconocer los sentimientos que expresan los pacientes, como sensaciones de cansancio, dolor o incomodidad.	5 minutos
4. Retroalimentación – sensibilización; en esta parte, el personal de enfermería buscará estrategias que les permitieran identificar momentos más propicios para escuchar las inquietudes y sentimientos de los paciente, acerca de los cuidados de la piel, para poder generar estrategias conjuntas.	De 10 a 20 minutos.
5. Total de tiempo destinado para la actividad.	30 minutos, máximo 40 minutos por cada turno.

ASPECTO DE LA TEORÍA: MANTENER LAS CREENCIAS.

OBJETIVO ESPECIFICO N° 6: El personal de enfermería desarrollará estrategias para fortalecer los sentimientos en el paciente y así mejorar su autonomía, contribuyendo de manera positiva en su recuperación.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
3. Socialización de una situación de Enfermería donde se plasma los sentimientos de un paciente, con el fin de desarrollar estrategias para fortalecer sus sentimientos.	Número de asistente a la socialización de la situación de Enfermería / Número total del personal de Enfermería que pertenece a UCI adultos.	Recurso humano: Enfermeros gestores del proyecto. Personal de enfermería asistente. Bolígrafo Papelería Sillas, Escritorios. Fotocopias con la Situación de Enfermería, (ver anexo N° 7).	Lista de Chequeo	La aceptación por parte del personal de enfermería de participar en la actividad. Asistencia del personal de enfermería a la actividad. El nivel de interés del personal de enfermería por la información que se brindara.

ACTIVIDAD DESARROLLADA	
Socialización de una situación de Enfermería donde se plasma los sentimientos de un paciente, con el fin de desarrollar estrategias para fortalecer sus sentimientos.	
DESARROLLO DE ACTIVIDADES	TIEMPO DESTINADO
1. Primera parte de la actividad: se les entregará una situación de Enfermería de manera escrita.	Se entregará una situación de Enfermería de forma escrita con unos días de antelación a cada una de las personas para que sea leída en cualquier momento previo a la actividad.
2. Se explicó la actividad a desarrollar.	5 minutos
3. Primera parte de la actividad: se realizó una presentación donde se hizo una introducción a la temática.	10 minutos
4. Segunda parte de la actividad: se realizara la lluvia de ideas con el fin de recoger sus sugerencias, inquietudes o recomendaciones de cada uno de los participantes.	5 minutos
5. Retroalimentación – sensibilización; en esta parte, el personal de enfermería buscará estrategias para fortalecer los sentimientos en el paciente y así mejorar su autonomía, y contribuir de manera positiva en su recuperación.	De 10 a 20 minutos.
6. Total de tiempo destinado para la actividad.	30 minutos, máximo 40 minutos por cada turno.

9. DESARROLLO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

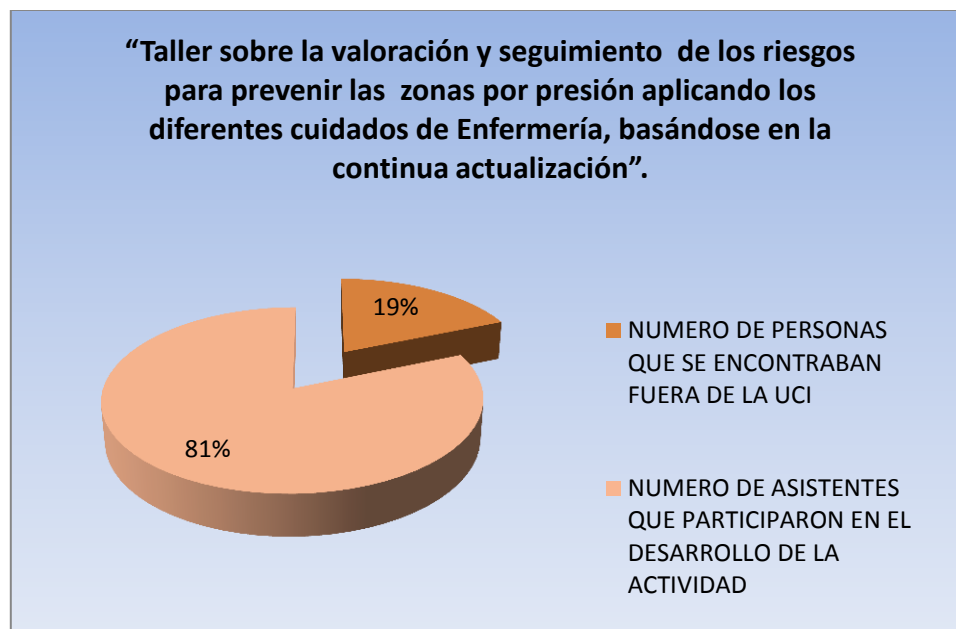
ACTIVIDAD N° 1:

“Taller sobre la valoración y seguimiento de los riesgos para prevenir las zonas por presión aplicando los diferentes cuidados de Enfermería, basándose en la continua actualización”.

RESPONSABLE: Andrea Carolina Serna Beltrán, Oscar Gustavo Godoy Avila.

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD: 30 minutos.

En cuanto a la asistencia a la primera actividad, se obtuvieron los siguientes resultados:



Al taller faltaron tres personas debido a que el día en que se desarrollaron las actividades fueron asignadas a otros servicios diferentes debido al índice de ocupación de camas, por lo tanto, la asistencia fue de un 81,3 % (trece personas); con el 18,7% de personal que no pudo asistir luego se realizó una retroalimentación del taller; se puede considerar que la asistencia del personal a esta sesión educativa fue bastante buena.

Esta primera actividad como se mencionó anteriormente se llevó a cabo por medio de un video que se había dejado en el computador con unos días de anticipación, con el fin de que los participantes adquirieran y reforzaran los conceptos acerca de lo que es la piel, la definición de úlceras por presión, su estratificación, la Escala de Braden (**ver anexo N° 2**) entre otros conceptos.

La reunión se llevó a cabo en sala de juntas dentro de la UCI, se dividieron en grupos pequeños, luego se realizó una breve introducción al proyecto y a la actividad a desarrollar por parte de los responsables; posteriormente se repartieron al azar laminas con diferentes impresiones entre las que se encontraban: fotos de diferentes momentos de pacientes hospitalizados en UCI, la Escala de Braden y dispositivos para el manejo de presiones estáticas y dinámicas (**ver anexo N° 2 y N° 5**).

Se les dió un tiempo prudente para que cada grupo de personas analizara e interpretara las láminas que se les había repartido, luego cada uno de los participantes manifestó su opinión, estas se escribieron en el tablero (se sacaron las más importantes), se realizó un

análisis entre todos y se recogieron las conclusiones aportadas con el fin de formar parte de la guía que se estaba desarrollando y construyendo entre todos.

Entre las conclusiones que se recogieron con las ideas aportadas por todos los participantes se podía identificar que la gran mayoría del personal de enfermería identificó la necesidad de no solamente evaluar a la persona cuando ingresa a la UCI (tomando como referencia la escala de Braden), sino la necesidad de priorizar y de hacerle seguimiento de una manera individual, porque muchas veces se cae en el error y en la rutina de generalizar los cuidados de la piel, o peor aún, el llenar a ciegas el formato de seguimiento diario, evidenciaron que al identificar y tratar de una manera personalizada, se logran mitigar los riesgos que tiene cada paciente de desarrollar zonas por presión.

Entre las muchas ideas que se plasmaron cabe resaltar frases como:

¿Cómo me gustaría que me trataran a mí, o a mis conocidos, si nos encontráramos en esta situación de vulnerabilidad?,

También *“la importancia de resaltar los sentimientos del paciente buscando siempre la protección de este”;*

Frases como las anteriores que van de la mano con el cumplimiento de los objetivos que nos planteamos, fue que el personal de enfermería evidenciará que las personas tienen múltiples necesidades (unas más urgentes que otras) entre las cuales están los cuidados de la piel que ellos requieren para prevenir las zonas por presión.

A su vez, fueron conscientes de que aunque la gran mayoría de los participantes conocen la necesidad de los cuidados de la piel, y de las herramientas que se disponen en el mercado para ello, muchas veces solo se utilizan las que *“uno cree son mejores”* o los que *“los compañeros de trabajo le cuentan que funcionan”*, identificaron la necesidad de realizar revisiones de una manera periódica y actualizaciones en el cuidado de la piel como participar en cursos, seminarios, encuentros con otros profesionales donde se comparten experiencias, entre otras actividades, y no dejarle todo el cuidado al conocimiento empírico.

Como conclusión final de esta actividad los participantes evidenciaron la necesidad de tener una guía de cuidado de la piel basada en la prevención de UPP. Se contó con los recursos suficientes durante los encuentros; de igual forma la participación e interés de los asistentes fue bueno.

ACTIVIDAD N° 2:

Proyección de un video relacionado con la temática:

“Sentimientos del paciente hospitalizado y la percepción del cuidado”.

RESPONSABLE: Andrea Carolina Serna Beltrán, Oscar Gustavo Godoy Avila.

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD: 120 minutos distribuidos en cuatro sesiones de 30 minutos en los cuatro turnos.

El video se basó en cortos de la película LA ESCAFANDRA Y LA MARIPOSA (Le scaphandre et le papillon), Dirigida por Julian Schnabel.

En cuanto a la asistencia a la segunda actividad, se obtuvieron los siguientes resultados:



El día en que se realizó la proyección del video, solamente faltó una persona, y esto fue debido a que el día en que se desarrolló la actividad esta se encontraba asignada a realizar actividades de orden administrativo, por lo tanto, la asistencia fue de un 93,7 % (quince personas); con el 6,3% de personal que no pudo asistir luego se realizó una retroalimentación de la actividad que se desarrolló; se puede considerar que la asistencia del personal a esta sesión educativa fue bastante buena.

Esta segunda actividad se llevó a cabo por medio de la presentación de un video que se había escogido previamente y de la cual se habían seleccionado unas escenas en particular; la reunión se llevó a cabo en el espacio destinado como sala de juntas dentro de la UCI, donde se reunió a los participantes, luego se realizó una breve introducción a la actividad a desarrollar por parte de los responsables.

Al terminar la proyección se motivó al grupo a participar y a comentar sus opiniones, de manera simultánea se procedió a realizar una sensibilización acerca de la temática, y se terminó con una evaluación oral preguntándoles a los participantes acerca del video, las preguntas que se les hicieron fueron:

- ¿Cómo les había parecido el video?

Los asistentes manifestaron que:

“era un reflejo algo frío de la realidad y del día a día en las UCI”.

“se sintieron muy confrontados con esa realidad pero que los fortaleció más como personal de salud”.

“los cuestiono con el cuidado que estamos brindando, ya que solo esta muchas veces encaminada a la parte física y se descuida la parte psicología y emocional”.

“los confronto con la realidad”

“los sensibilizo y los hizo caer en cuenta que lo estaban haciendo estaba mal, y reflexionaron acerca de nuestro que-hacer diario”

Entre los participantes surgió la inquietud y es el saber que es *¿respetar al otro?*, se realizó un sondeo entre los diferentes conceptos que surgían y se llegó a concluir:

“que el respeto es considerado, por todos, como algo fundamental en el cuidado, ya que sin él, la relación terapéutica no se puede establecer”.

Se llegó a la conclusión en común acuerdo, de que el respeto consiste en *“tratar al paciente como a nosotros nos gustaría ser tratados, con todos sus derechos como ser humano y como sujeto de su propia vida y no como objeto del sistema de salud”.*

El resultado de la convocatoria a la actividad es satisfactorio al lograr la participación de casi un 94% del personal de salud, y aun mejor, que de manera indirecta los participantes lograron identificar las categorías enunciadas en la teoría de Swanson en lo relacionado con el aspecto de *“permitir”* y *“estar con”*, ya que vieron lo urgente de desarrollar la

habilidad de reconocerá los sentimientos que expresan los pacientes, como las sensaciones de cansancio, el dolor o la incomodidad en determinado momento, y su necesidad de comodidad y confort relacionados con los cuidados de la piel.

A su vez, los participantes durante el análisis y sensibilización enunciaron frases, con acciones o expresiones que se deben evitar como:

“considerar al paciente como una enfermedad o un número”.

“El Tutearlo”.

Utilizar frases como: *“No es para tanto”, “No pasa nada”, “eso no duele tanto”*”.

“Hablar como si no estuviese ahí”, “el No juzgarlos”.

También identificaron la necesidad de crear estrategias, con el fin de permitir el lograr identificar cuáles eran son los momentos más propicios para escuchar a los pacientes y así poder conocer cuáles son sus inquietudes y sentimientos, para poder generar entre todos unas estrategias conjuntas relacionados con los cuidados de la piel, también mencionaban la necesidad de evitar y caer en suposiciones como:

“El no creerle al paciente, ¿estoy cansado me quiero acostar?, ¿me duele la espalda?, ¿me siento solo?”.

*Hacerle sentir como si fuera un estorbo, “¿Otra vez por aquí?”, “¿Qué pasa ahora?”.
“tengo mucho trabajo”. “¿Cree usted que es el único paciente?”.*

“Cuando una persona por alguna razón no se puede comunicar de forma verbal y esta se comunica de forma escrita, el utilizar lo que el escribe para mostrarlo de manera grotesca a las demás personas”.

*Darle a entender que lo que piensa es exagerado, como: “¿Realmente le duele tanto?”.
“Hay gente que está peor”.*

“El no mirarlos a los ojos. El paciente se siente invisible y rebajado a un objeto”

En los últimos minutos se procedió a realizar una sensibilización acerca de la temática y se realizó una evaluación de la actividad, preguntándoles a los participantes que les había parecido, si creen que este se asimila con la realidad actual, lo positivo y negativo de cada situación y las conclusiones surgieron del mismo grupo. Se tomó registro de todos los aportes que surgieron durante la actividad, con el fin de recopilarlos y organizarlos como estrategias del cuidado de la piel.

ACTIVIDAD N° 3:

Socialización de una situación de Enfermería donde se plasma los sentimientos de un paciente, con el fin de desarrollar estrategias para fortalecer sus sentimientos.

RESPONSABLE: Andrea Carolina Serna Beltrán, Oscar Gustavo Godoy Avila.

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD: 30 minutos por cada turno.

INTRODUCCIÓN: Con anticipación se entregó personalmente al personal de Enfermería una impresión que contenía una situación de Enfermería (ver Anexo N° 7), con el fin de que lo leyeran y analizaran.

En cuanto a la asistencia a la tercera actividad, se obtuvieron los siguientes resultados:



El resultado de la convocatoria a la actividad es satisfactorio al lograr la participación del 100% del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos.

Esta tercera actividad se llevó a cabo en una primera etapa por medio de la entrega al personal de Enfermería de una situación de Enfermería (ver Anexo N° 7).

La reunión se llevó a cabo en el espacio destinado como sala de juntas dentro de la UCI, donde se reunió a los participantes, se les permitió un tiempo prudente para que cada uno analizara e interpretara las situación de enfermería nuevamente, luego, cada uno de los participantes manifestó sus opinión de lo leído, las cuales se iban escribiendo en el tablero como una lista de ideas, se sacaron las más importantes, y se eliminaban las duplicaciones, se realzo un análisis entre todos y se sacaron unas conclusiones con todas las ideas aportadas.

Entre las ideas que mencionaban los participantes estaban:

“falta de ética por parte de las personas que brindan el cuidado de la piel del paciente y están atento a si bienestar”

“los pacientes necesitan que los cambiemos de posición para que no se les marque la piel, pero debemos hacerlos participes e importantes en la toma de decisiones”.

“si entendemos las necesidades de los pacientes cuando ellos los necesitan tendremos la satisfacción del deber brindado y daremos al paciente el bienestar que necesita”.

“el cuidado debe estar orientado a brindar bienestar al paciente”.

“la tecnología no es suficiente para brindar cuidado a las personas”.

“tenemos que ver al paciente como un ser integral y no como un objeto de estudio lejos de un contexto espiritual”.

“Necesitan que los escuchemos, ayudemos y reforcemos conceptos como auto-cuidado y que los hagamos participes en las actividades de la vida diaria como parte de su recuperación”.

“el mejorar la capacidad de comunicación en ambos sentidos”

“el personal de enfermería no debe caer en la rutina al realizar sus funciones de cuidado”.

“los pacientes en estado crítico casi nunca pueden realizar por si solos sus cuidados de la piel, y cuando lo pueden hacer los ignoramos o no los tenemos en cuenta”.

“Nosotros somos los responsable de los cuidados de la piel de nuestros pacientes, pero también es nuestra responsabilidad el encaminar nuestros esfuerzo en desarrollar estrategias en fortalecer el concepto de autonomía”.

La conclusión que se elaboró con las ideas aportadas por todos los participantes se podía analizar que la gran mayoría del personal de enfermería reconoció la necesidad de desarrollar estrategias, no solo encaminadas a la parte física, sino que se deben desarrollar estrategias con el fin de fortalecer los sentimientos en las personas para así mejorar su autonomía, para que se pueda contribuir de manera positiva en su recuperación.

Se tomó registro de todos los aportes que surgieron durante la actividad, con el fin de recopilarlos y organizarlos como estrategias del cuidado de la piel.

10. CRONOGRAMA

10.1 PROYECTO DE GRADO

MES	AÑO 2013							AÑO 2014							AÑO 2015													
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	
ACTIVIDADES																												
Se realiza revisión del estado del arte.																												
Asesoría																												
Definición del problema.																												
Formulación de objetivos.																												
Presentación y socialización del modelo de gestión en la institución.																												
Elaboración del plan de acción.																												
Correcciones solicitadas por parte del asesor del proyecto de gestión.																												
Aplicación del proyecto de gestión.																												
Evaluación del proyecto de gestión.																												
Socialización del proyecto de																												

11. PRESUPUESTO

ELEMENTOS	CANTIDAD	VALOR POR UNIDAD	TOTAL
RECURSO HUMANO			
a. Asesoría	42 horas	\$60.000 hora	\$2.520.000
b. Personal de enfermería	100 horas	\$20.000 hora	\$ 2.000.000
BIBLIOGRAFÍA			
a. Textos	1 libro	\$45.000	\$ 45.000
b. Fotocopias	150 copias	\$200 Hoja	\$ 30.000
c. Internet	1000 horas	\$1.500 hora	\$ 1.500.000
d. Impresión de láminas a color que se utilizaran en la actividad N° 1	10 laminas	\$ 1.000 c/und.	\$ 100.000
EQUIPOS PROPIOS			
a. Computadores	600 horas	\$1000 hora	\$1.000.000
b. Impresiones	300 hojas	\$300 hoja	\$ 90.000
c. cámara fotográfica	6 horas	\$20.000 hora	\$120.000
d. - Alquiler de videobeam	4 horas	\$20.000 hora	\$ 80.000
ANÁLISIS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN			
a. Papelería	200 hojas	\$100 hoja	\$ 10,000
b. Video	1	\$45.000	\$ 45.000
c. Digitación	100 hojas	\$400 hoja	\$ 40.000
DOCUMENTO FINAL			
a. Digitación	100 hojas	\$400 hoja	\$ 40.000
b. impresión	100 hojas	\$200 hoja	\$ 20.000
c. empaste	2 juegos	\$50.000	\$100.000
IMPREVISTOS		\$ 500.000	\$ 500.000
TOTAL			\$ 8.240.000

12. CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones fueron obtenidas partiendo de la opinión del personal de enfermería que participaron en las diferentes actividades que se realizaron:

- Revisando la información obtenida se concluyó por parte de los profesionales de enfermería como también por los auxiliares de enfermería, que las personas que se encuentran internadas en la UCI no tiene la capacidad de cuidar su piel y este cuidado está a cargo de ellos.
- El personal de enfermería manifestó la necesidad de no solamente evaluar el riesgo de desarrollar zonas de presión a la persona cuando ingresa a la UCI, por medio de la escala de Braden, sino la necesidad de anticipar y de hacerle seguimiento de una manera individual, ya que muchas veces se cae en el error y en la rutina de generalizar los cuidados de la piel, y peor aún, el diligenciar a ciegas el formato de seguimiento diario.
- Las Enfermeras manifestaron que al tratar de una manera personalizada la valoración de la piel de la persona que ingresa a la UCI, se logra mitigar los riesgos que tiene cada paciente de desarrollar zonas por presión.

- El personal de Enfermería mostró interés en realizar revisiones a la literatura de una manera periódica, así como el asistir o participar en cursos, seminarios, y diversos encuentros con otros profesionales donde se compartan experiencias, entre otras actividades, y soportar el cuidado empírico de la piel.
- El personal de enfermería fue consciente de que aunque la gran mayoría de los participantes conocen la necesidad de los cuidados de la piel, y de las herramientas que se disponen en el mercado para ello, muchas veces sólo se utilizan las que *“uno cree son mejores”* o los que *“los compañeros de trabajo le cuentan que funcionan mejor”*.
- El personal de Enfermería manifestó que *“los cuidados que estamos brindando, muchas veces están encaminada a la parte física y se descuida la parte psicología y emocional”* y vieron la necesidad de desarrollar estrategias, con el fin de lograr identificar cuáles eran son los momentos más propicios para escuchar a los pacientes y así poder conocer cuáles son sus inquietudes y sentimientos, para poder generar entre todos unas estrategias conjuntas relacionados con los cuidados de la piel.
- La gran mayoría del personal de enfermería reconoció la necesidad de desarrollar estrategias, no solo encaminadas a la parte física, sino que se deben desarrollar estrategias con el fin de fortalecer los sentimientos en las personas para así mejorar

su autonomía, para que se pueda contribuir de manera positiva en su recuperación y cuidados de la piel.

- El personal de enfermería está dispuesto a modificar los cuidados frente al cuidado de la piel para que este incluya los factores personales de cada paciente.
- Los participantes evidenciaron la necesidad de tener una guía actualizada en el cuidado de la piel basada en la prevención de UPP.

13. RECOMENDACIONES

- Fomentar en la institución la necesidad de capacitar de manera periódica al personal de enfermería, acerca de la necesidad de la valoración de la piel, utilizando para ello los diferentes instrumentos que se tienen.
- Realizar de manera periódica retroalimentación y sensibilización al personal de enfermería, acerca de la necesidad de desarrollar estrategias con el fin de fortalecer los sentimientos en las personas para así mejorar su autonomía, para que se pueda contribuir de manera positiva en su recuperación y cuidados de la piel.
- Realizar encuentros con el personal de enfermería de manera periódica con el fin de realizar actualizaciones a la guía de cuidado de la piel basada en la prevención de UPP, con aportes de todos los participantes y sus experiencias.

PROPUESTA DE UNA GUÍA DE PREVENCIÓN PARA EL ACTUAR DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL CUIDADO DE LA PIEL, QUE PERMITA
BRINDAR BIENESTAR AL PACIENTE

Esta propuesta de una guía se basó y tomo como referencias las directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003, del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Más los aporte de las personas que participaron en los diferentes encuentros.

INTRODUCCIÓN

En la práctica profesional de la Enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del que hacer, y por lo tanto, foco de atención y objeto de estudio de la Enfermería, como disciplina profesional². Tales cuidados constituyen un cuerpo propio de conocimientos, el objetivo principal y el fin de la profesión³; dentro de éstos, una parte importante son los cuidados de la piel. Una atención adecuada ayuda a prevenir la aparición de úlceras por presión⁴.

² Zarate Grajales, Rosa A La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm Digital 2004; 44-45.

³ Mercedes Ferro M. Seminario La gestión del cuidado en enfermería. Fundación Victor Grifo i Lucas 2004.

⁴ Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-estadiaje de las úlceras por presión. Doc.II. Logroño: GNEAUPP; 2003.

Las úlceras por presión son una consecuencia del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él, siendo las partes más afectadas los talones, el sacro y los trocánteres⁵.

Las úlceras por presión constituyen un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como: afectan el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores, el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones como un problema evitable, ya que la mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables) (**Hibbs P. 1987**) (**Waterlow J. 1996**) , por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención integradas dentro de guías de práctica clínica inter/disciplinares que contemplen los distintos niveles asistenciales.

1. VALORACIÓN DEL RIESGO

- Considerar a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- Elegir y utilizar una escala de valoración de riesgo que se adapte a las necesidades en el contexto asistencial.

⁵ Verdú Soriano J. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlcera por Presión. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.

- La utilización de una escala de valoración de riesgo facilita la identificación del nivel de riesgo global y de los factores de riesgo presentes en ese paciente, orientado la planificación de los cuidados de prevención.
- Evitar modificar las escalas sin proceder a su validación.
- Efectuar la valoración de riesgo en el momento del ingreso del paciente y periódicamente según se establezca o existan cambios en el estado general que así lo sugieran.
- Registre las actividades, los resultados y algo que no se debe olvidar es el evaluar.

2. CUIDADOS ESPECÍFICOS

2.1.-Piel

Examinar el estado de la piel al menos una vez al día, teniendo en cuenta especialmente:

- Prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos, entre otros.)
- Zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones)
- La presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realice un secado meticuloso sin fricción.
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.).

- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Valorar la posibilidad de utilizar productos con ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- Preferentemente utilizar lencería de tejidos naturales.
- Dedicar una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de aparición de nuevas lesiones (recurrencia).

2.2.-Exceso de Humedad

Incontinencia, transpiración o drenajes de heridas

- Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
- Utilizar productos de barrera que no contengan alcohol y que protegen contra exudados y adhesivos.

2.3.-Manejo de la presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de úlceras por presión habrán de considerarse cuatro elementos: la movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.

2.3.1. Movilización:

Elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente.

2.3.2. Cambios posturales:

Realizar cambios posturales:

- Cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñar al paciente a moverse cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).

En la realización de los cambios posturales tenga presente los siguientes puntos:

- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre manejo de pesos y cargas.
- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre. Realice las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
- En decúbito lateral, no sobrepase los 30°.
- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- No utilice flotadores.

2.3.3. Superficies especiales de apoyo

Se refiere a superficies especiales de apoyo, como aquellas superficies que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión. En este sentido, el fabricante debería aportar información fundamentada acerca de sus indicaciones de uso (tipo de pacientes a los que va destinado, niveles de riesgo, características de las lesiones de los pacientes tributarios de su uso, así como parámetros de efectividad respecto del alivio-reducción de la presión).

Utilizar, preferentemente en todos los niveles asistenciales, una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente.

- Paciente de riesgo bajo: Preferentemente superficies estáticas (colchonetas, cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos).
- Pacientes de riesgo medio: Preferentemente superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas visco elásticos).
- Pacientes de riesgo alto : Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas)
- Los pacientes de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.
- Considere siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

Tipos de superficies de apoyo

Superficies estáticas

- Colchonetas-cojines estático de aire
- Colchonetas-cojines de fibras especiales (siliconadas)
- Colchonetas de espumas especiales
- Colchones-cojines viscoelásticos

Superficies dinámicas

- Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire
- Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire
- Camas y colchones de posicionamiento lateral
- Camas fluidificadas
- Camas bariátricas
- Camas que permiten el decúbito y la sedestación

2.3.4. Protección local ante la presión

En zonas de especial riesgo para el desarrollo de úlceras por presión como son los talones, región occipital, se pueden utilizar sistemas de protección local ante la presión (apósitos, sistemas tipo bota-botín) que:

- Faciliten la inspección de la piel al menos una vez al día
- Sean compatibles con otras medidas del cuidado local
- No puedan lesionar la piel de esa zona al tiempo de su retirada.

Contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y rozamiento sobre una zona de prominencia o piel y mucosas (sondas, tiras de mascarillas, tubos oro/traqueales, máscaras de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción. En estos casos, los ácidos grasos hiperoxigenados y los apósitos no adhesivos con capacidad de manejo de la presión pueden ser de gran utilidad.

Todos los elementos anteriores pueden complementarse con el uso adecuado de un pequeño arsenal de materiales que pueden servir para reducir localmente la presión y evitar la fricción y fuerzas tangenciales, como pueden ser: cojines, almohadas, protectores locales.

3.- CUIDADOS GENERALES

- Trate aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:
 - Alteraciones respiratorias
 - Alteraciones circulatorias
 - Alteraciones metabólicas
- Identifique y corrija los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
- Recuerde que el paciente en alto riesgo de desarrollar UPP requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica y que en el caso de que presente alguna UPP se precisa del aporte de nutrientes que faciliten el proceso de cicatrización.
- Existen comercializados productos nutricionales que cumplen éstos requisitos para la prevención.
- Asegure un estado de hidratación adecuado.

4.- SITUACIONES ESPECIALES

Debido a su especial relación con la posibilidad de ver aumentado el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, habrán de tenerse en cuenta una serie de circunstancias especiales al tiempo de planificar los cuidados de prevención. Estos cuidados deberán iniciarse desde el mismo momento de su ingreso en la institución y mantenerse en las distintas unidades (servicio de Urgencias, servicios de Diagnóstico, quirófanos).

- Pacientes con alteraciones neurológicas (lesiones medulares, déficits neurológicos)
- Pacientes sometidos a cirugía de larga duración
- Pacientes sometidos a técnicas especiales (circulación extracorpórea, hipotermia) o medicamentos vasopresores.
- Personas ancianas frágiles

El que un paciente se encuentre en estado terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión. Será necesario no culpabilizar al entorno de cuidados de la aparición de nuevas lesiones. Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estado, probablemente inevitable.

En situación de agonía será necesario plantearse incluso la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

Existen superficies especiales para el manejo de la presión que entre sus prestaciones contemplan la consecución de elevadas cotas de confort, estando especialmente dirigidos para este grupo de pacientes.

5.- EDUCACIÓN

- Implice a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales en la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención.
- Valore la capacidad del paciente para participar en su programa de prevención.
- Desarrolle 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.

6.- CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

- Garantizar la continuidad de los cuidados de prevención en los posibles tránsitos de los pacientes entre los niveles asistenciales.
- Incluya la descripción de sus cuidados en los informes de alta.

7.- REGISTRO, EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN

El hecho de registrar las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención, es una medida de gran ayuda en la protección legal de los profesionales responsables del cuidado de los pacientes ante posibles demandas relacionadas con la aparición de úlceras por presión.

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y estrategias preventivas de las úlceras por presión.

Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial.

14. ANEXOS

ANEXO N° 1

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Licenciada

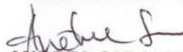
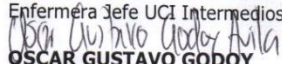
ADRIANA PEDRAZA


**Jefe Departamento de Enfermería
Clínica Universitaria Colombia**

La presenta es para solicitar el permiso para realizar nuestro trabajo de grado en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (Requisito para optar al título de Especialista en Cuidados Intensivos), el cual se basa en una propuesta donde se reforzaría el cuidado de la piel del paciente hospitalizado en la UCI, para prevenir la aparición de las zonas de presión, tomando como referencia el modelo de marco lógico y una teoría de mediano rango de Enfermería. Con actividades donde el personal de Enfermería evidenciara la percepción acerca del cuidado de la piel y las estrategias que se pueden utilizar, toda la información recolectada es confidencial y no se modificaran procesos propios de ustedes.

De antemano muchas gracias, por todo su apoyo incondicional.


COORDIALMENTE,


ANDREA CAROLINA SERNA
Enfermera Jefe UCI Intermedios

OSCAR GUSTAVO GODOY
Compañero de Tesis




ANEXO N° 2

ESCALA DE BRADEN

		ESCALA DE CATEGORIZACION DE RIESGO DE LESIÓN EN PIEL													
Ciudad _____		Sede _____				Fecha de ingreso _____						D	M	A	
DATOS DEL PACIENTE															
Nombre(s) y Apellidos (s)				Identificación				Edad		sexo					
		F		M											
No. Habitación		Servicio de Origen		Especialidad		Diagnostico									
VALORACION DE PIEL AL INGRESO															
Presencia de Ulceras al Ingreso		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Estado		Localización						Enfermero (a) que evalua			
SI EL PACIENTE PRESENTA ULCERAS SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO DE HLC DE PACIENTE CON HERIDAS															
SEGUIMIENTO DIARIO ESCALAPARA PREDECIR RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN (ESCALA DE BRADEN)															
Fecha de seguimiento															
Enfermero (a) que evalua															
Turno de Enfermería															
Presión Sensorial		1. Completamente Limitada													
		2. Muy limitada													
		3. Levemente limitada.													
		4. No Alterada													
Movilidad		1. Completamente Inmovil													
		2. Muy limitada													
		3. Ligeramente limitada.													
		4. Sin Limitaciones													
Humedad		1. Constantemente Húmeda													
		2. Muy Húmeda													
		3. Ocasionalmente Húmeda													
		4. Rara vez Húmeda													
Nutrición		1. Muy Pobre													
		2. Probablemente Inadecuada													
		3. Adecuada													
		4. Excelente													
Actividad		1. En cama													
		2. En silla													
		3. Camina ocasionalmente													
		4. Camina frecuentemente													
Fricción y deslizamiento		1. Es problema													
		2. Es problema potencial													
		3. Sin problema aparente													
Puntaje total															
Escala de riesgo															
puntajes Riesgo alto < 12 Riesgo medio 13 - 15 Riesgo bajo 16 - 18 Sin riesgo > 19 La reevaluación de la escala se realizara de acuerdo a el puntaje dado en la evaluación inicial asi: RIESGO ALTO < 12 Diario RIESGO MEDIO 13 - 15 Cada 3 Dias RIESGO BAJO 16 - 18 Cada 7 dias SIN RIESGO >19 SE REVALORARA EN 30 DIAS															
VALORACION DE PIELAL EGRESO															
Ulcera de presión nueva		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Ulcera de presión resuelta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Enfermero (a) que hace el egreso							
observaciones															

ANEXO N° 3

MODELO DEL FORMATO DE LA LISTA DE ASISTENCIA



ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

CONTROL DE ASISTENCIA EVENTOS DE CAPACITACIÓN

Fecha de realización del evento DD MM AAAA

Compañía Ciudad donde se realiza la capacitación Lugar donde se realiza la capacitación Hoja No. de

Nombre del Curso Horario de la capacitación Desde Hasta Nombre del coordinador de la capacitación

No.	Documento de Identificación Tipo	Apellidos y nombres completos	Cargo que desempeña	Compañía	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

II. INFORMACIÓN DE LOS CAPACITADORES					
No.	Documento de Identificación Tipo	Apellidos y nombres completos	Tema tratado	Hora de Inicio	Hora de Finalización
1					
2					
3					
4					
5					
6					

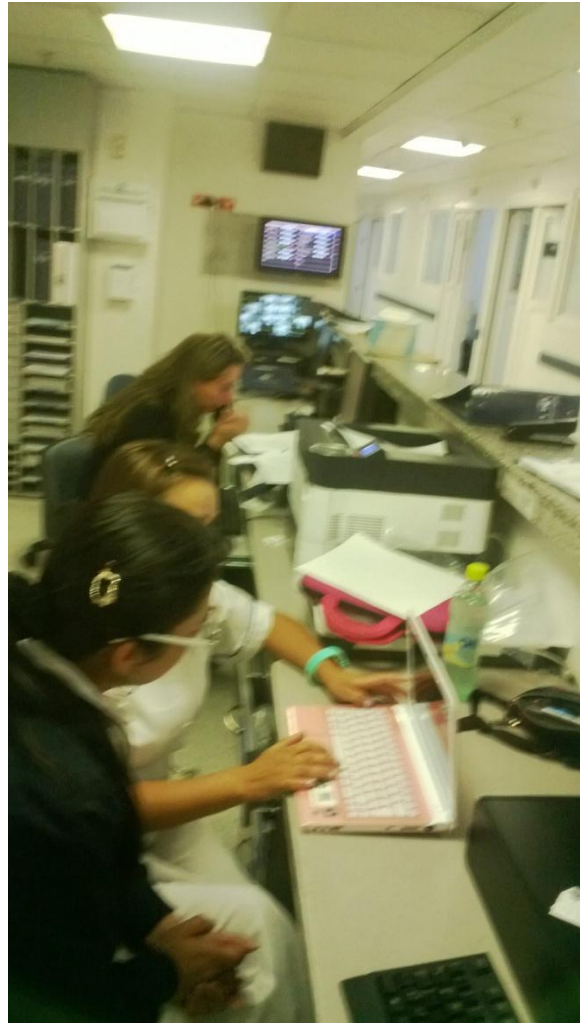
CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS

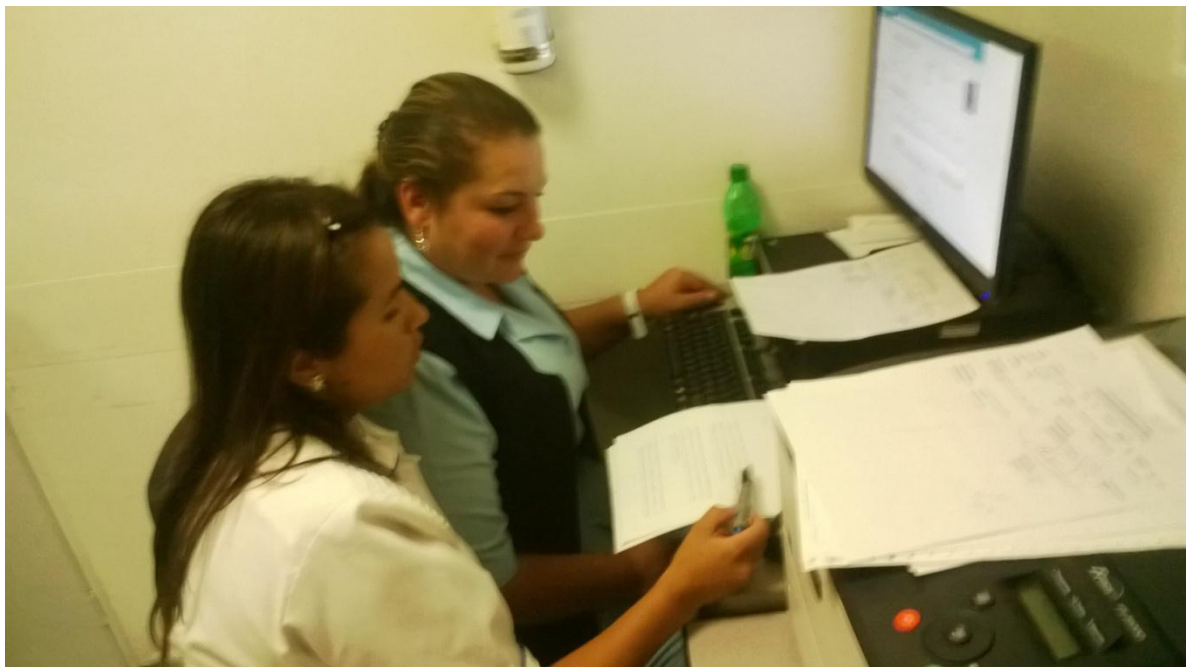
Julio de 2005

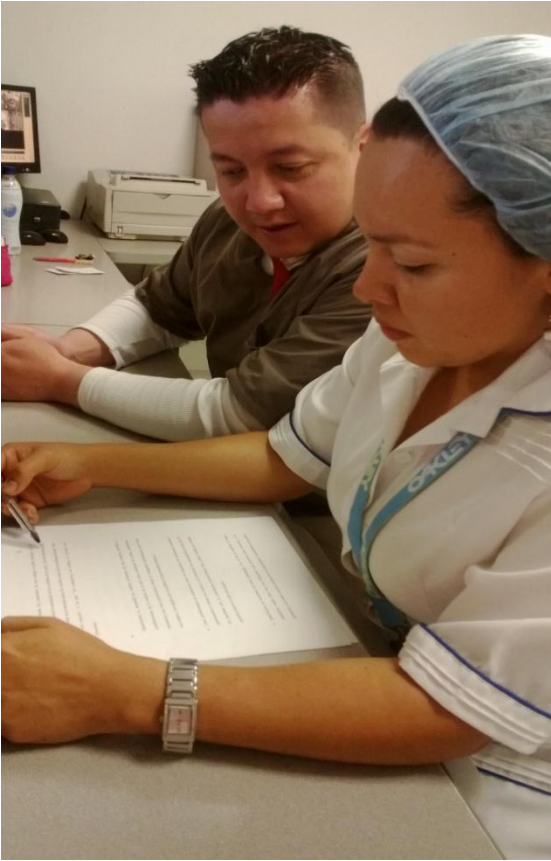
ANEXO N° 4

REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLARON DURANTE LA APLICACIÓN DE ESTE TRABAJO DE GESTIÓN









ANEXO N° 5

LAMINAS UTILIZADAS EN EL DESARROLLO DE LA PRIMERA ACTIVIDAD



http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472006000200002





<http://www.elmundo.es/elmundo/2008/10/08/valencia/1223477364.html>



[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(1\)_07/p7.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(1)_07/p7.html)



http://serviucis.com/Extranet/index.php?option=com_content&view=article&id=38&Itemid=1

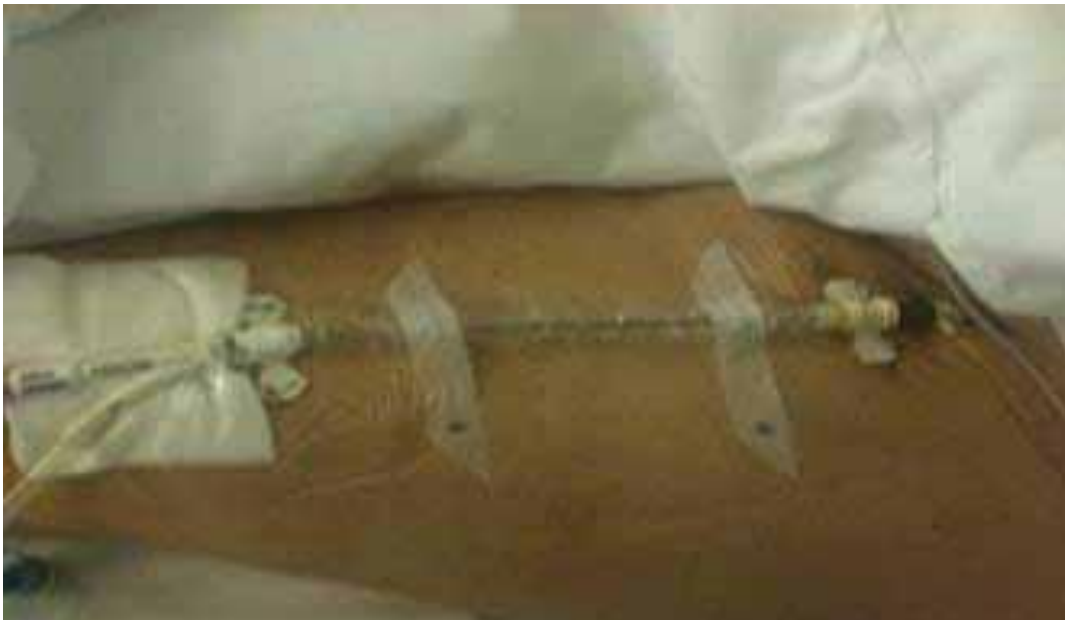
63



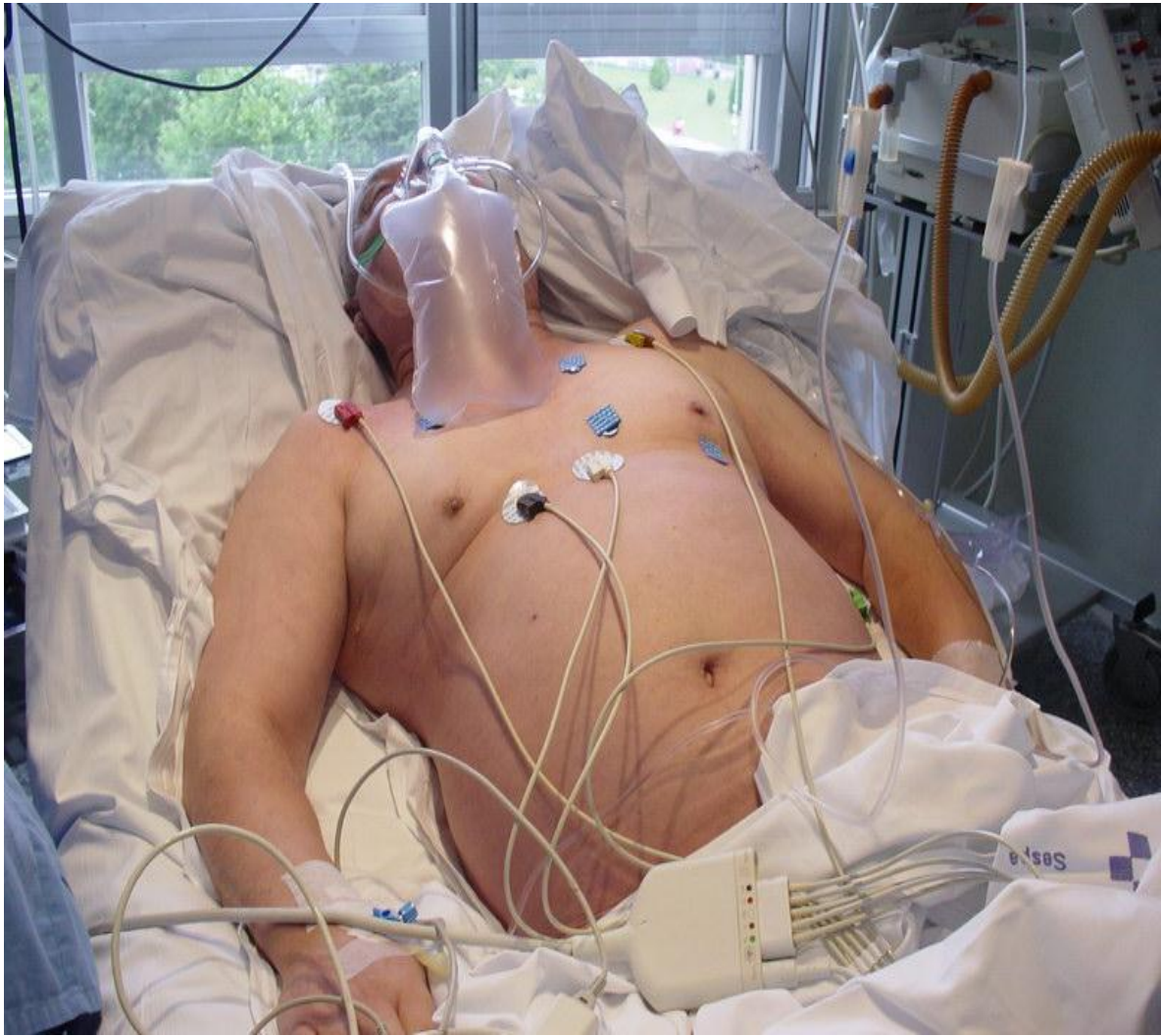
http://es.123rf.com/photo_13440659_paciente-en-la-uci-gravemente-enfermo-en-la-cama-con-varios-tubos-y-dispositivos-ma-dicos.html



<http://www.ar.airliquide.com/es/medicinal/equipamiento-medico/equipos-de-alta-complejidad/respiradores-para-cuidados-intensivos.html>



<http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/wp-content/uploads/3-insercion-femoral-balon-contrapulsacion.jpg>





http://www.saforguia.com/noticias/tabid/358/titular/calidad_de_vida_articulos_antiescaras/idnoticia/22259/default.aspx





SafetaC
TECHNOLOGY

<http://www.ortosanitas.es/material-antiescaras.html>



http://www.mercamania.es/a/listado_productos/idx/7040203/mot/Antiescaras/listado_productos.htm



<http://www.guiaortopedia.com/ortopedia-ortosoluciones-vortopedia-23668.html>



Viscoelástico

<http://www.ortosanitas.es/material-antiescaras.html>



Cojín Sintético

<http://www.ortosanitas.es/material-antiescaras.html>

ANEXO N° 6

ESCENAS DE LA PELÍCULA “LA ESCAFANDRA Y LA MARIPOSA” ESCOGIDAS PARA LA SOCIALIZACIÓN EN LA ACTIVIDAD N° 2.

Escenas:

1. Minuto: 5:00 Es el primer momento en que es confrontado con la realidad, y el exclama el “¡voy a ser paciente!”.
2. Minuto: 07:00 Muy temprano entra la enfermera, por la mañana, lo arregla y le prende -sin tenerlo en cuenta - el televisor y se lo deja en dibujos animados.
3. Minuto: 13:45 La fonoaudióloga le hace preguntas, y el exclama que “preguntas tan bobas”.
4. Minuto: 15:20 El oftalmólogo le sutura el ojo.
5. Minuto: 18:10 Es la primera vez que ve su reflejo en el espejo.
6. Minuto: 33:10 Él le manifiesta a la terapeuta que él ve la muerte, ella se molesta mucho, lo regaña y se va.
7. Minuto: 37:10 el solo en la habitación, y la televisión encendida y sin programación.
8. Minuto: 50:00 entran a la habitación unos técnicos para instalarle un teléfono, hacen comentarios con un humor muy negro.
9. Minuto: 1:04:30 El en la habitación, está viendo el partido y entran a instarle la alimentación.

ANEXO N° 7

SITUACIÓN DE ENFERMERÍA UTILIZADA EN LA ACTIVIDAD N° 3

El día anterior cuando llegamos a recibir turno al medio día como de costumbre, nos reunimos en el estar de Enfermería (las enfermeras y auxiliares de enfermería del turno de la mañana y del turno de la tarde), nos saludamos, y lo primero que nos informan nuestros compañeros de la mañana, es que el señor que está ubicado en el cubículo N° 3, ha molestado todo el turno, que no ha dejado de timbrar y llamar desde que lo sentaron en una silla después del baño – de la mañana- casi obligado, ya hace casi 5 horas, (hago memoria y recuerdo que el paciente es un hombre de 54 años de edad, en POP día 5 de cirugía cardio-vascular, que se encontraba extubado desde el día anterior, que era su primera hospitalización y tenía limitación para moverse solo en estos momentos); al recibir turno entre y me presente y le informe que yo era la enfermera que iba a estar en la mañana, al verlo lo observo con los ojos casi llorosos y con el ceño fruncido, el al verme lo primero que me manifiesta es su inconformidad, que siente que nadie le pone atención, que lo ignoran como si él no fuera importante o su opinión no valiera, cuando él llama, y viene alguien a mirar para que es, le dicen que tiene que colaborar y poner de su parte sino se va a enfermera más, y no comprenden de que está muy cansado en la silla, que se siente incómodo y tiene un fuerte dolor en la espalda; de la manera más respetuosa y atenta lo escucho, le aclaro algunas inquietudes y trato de no desautorizar o justificar el actuar de mis compañeros y le digo que si me espera unos minutos más mientras terminamos de recibir turno, el con la cabeza me dice que sí.

Estábamos ya terminando de recibir turno, cuando el paciente timbro, mire a mi auxiliar de Enfermería y le dije que alistara todo para ir a pasar al paciente a la cama, el me miro como diciendo “hagamos que espere un poco más”, y antes de que él me dijera algo yo le dije “ya tiene mucho tiempo de estar sentado, es suficiente, lo demás puede esperar un poco, si el paciente lo pide es porque ya no puede más y para ser su primera vez lo hizo bien, y nosotros estamos acá para brindarle esos cuidados, y su comodidad es importante, pero más importante es hacerlo a él participe de su cuidado y hacerlo sentir nuevamente útil”. Al parecer a mi auxiliar de enfermería no le pareció importante lo que le acababa de decir y se puso a realizar otra actividad, lo llame nuevamente y le dije que íbamos ya a acostar al paciente; fuimos y realizamos la actividad, lo pasamos a la cama, lo volteamos, le realizamos masaje en el cuerpo y me ayudamos a adoptar la posición más cómoda posible, de sus ojos brotaron lágrimas, nosotros lo miramos fijamente a los ojos, y nos dijo “es que ya estaba muy cansado de estar sentado, no quiero parecer cansón, yo quiero mejorarme pronto, he irme a casa”. Como a la hora pasamos y le preguntamos cómo se sentía, y respondió que mucho mejor, que la “agonía de estar sentado” se le había quitado, agradeció muchísimo, y después se quedó dormido, durante la tarde lo ayudamos a acomodarse varias veces para que se sintiera lo más cómodo posible, al terminar el turno le preguntamos cómo había pasado la tarde y nos expresó su satisfacción y agradecimiento por los cuidados que se le habían proporcionado, pero lo que más agradecía era que su opinión era útil y tomada en cuenta, él se sentía participe en su recuperación.

15. REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. Zarate Grajales, Rosa A La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Índex Enferm Digital* 2004; 44-45.
2. Mercedes Ferro M. Seminario La gestión del cuidado en enfermería. Fundación Victor Grifois i Lucas 2004.
3. Verdú Soriano J. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.
4. Gouveia JC, Miguéns C, Furtado K, Ferreira PL. Estudio comparativo entre a escala de Braden e la escala de Norton. *In: Amaral A, Margato C, Cabral D, Henriques F, Ferreira J, Carrajeta M, editors. Percursos de Investigação. Coimbra: Formasau; 2004. 87-96.*
5. Braden BJ, Bryant R. Innovations to prevent and treat pressure ulcers. *Geriatr Nurs (New York)* 1990, 11: 182-186
6. Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. *Decubitus* 1989; 2: 24-31

7. EVO-Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos (Marco Lógico)-BID, 3/97.
8. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Harcourt ed. Madrid, España: 1999.
9. Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. [Internet] [Acceso el 30 de agosto de 2006].
10. Programa de Evaluación de Proyectos Gubernamentales 2000, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.
11. Información suministrada de los archivos que posee la Clínica Universitaria Colombia.
12. Takrouri, M. S. (2004). «Intensive Care Unit» (en inglés). *The Internet Journal of Health* (Internet Scientific Publications, LLC.).
13. Parra M. Problemas más frecuentes de los pacientes hospitalizados en las UCI. En: *Enfermería cardiovascular*. Bogotá: Distribuna; 2008. pp. 251-259.
14. Sax F.L., Charlson ME. Utilization of Critical Care Units. *Arch Intem Med*. 1987,147: 929 - 934.

15. Abizona Campos R. índices de Evaluación y Pronóstico ¿Qué son? ¿Para qué sirven? *Medicina Intensiva* 1987,11:437 - 442.
16. Martínez Cuervo F, et al (2004) Prevención de las úlceras por presión. In: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds). *Atención integral a las heridas crónicas*. Madrid: SPA.
17. Ortega VMC, Suárez VMG, Jiménez VMC, Añorve GA, Cruz CM, Cruz AG, et al. *Manual de valuación del servicio de calidad de Enfermería estrategias para su aplicación*. México: Médica Panamericana; 2006.
18. Wilborn, D.; Halfens, R. & Dassen, T. (2006). Pressure ulcer: Prevention protocols and prevalence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (6), 630 – 638.
19. Armendáriz Alonso M^a J. Úlceras por presión. En: *¿Heridas crónicas y agudas?* EDIMSA Madrid. 1999.
20. Cantún UF, Uc ChN. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. *Rev Enferm IMSS* 2005; 3(3): 147-52.
21. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº 2: Directrices Generales Sobre Prevención de las Úlceras Por Presión. Logroño 2003. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/prevencion.pdf>.

22. 3. er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Trabajo realizado gracias a una beca de investigación de la División de Curación de Heridas de Smith & Nephew, S. A.
23. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Trabajo realizado gracias a una beca de investigación de la División de Curación de Heridas de Smith & Nephew, S.A.
24. Seminario de Capacitación en Marco Lógico, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.
25. Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago, 2007.
26. Posnett J, et al (2007) Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. in: Soldevilla Agreda JJ, Torra I Bou JE, Verdú Soriano J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006. Sant Joan Despi: Smith&Nephew,

27. NEIL JEAN W. Filosofía y ciencia del cuidado. En: Marriner TA, alligood MR. Modelos y Teorías de Enfermería. 5º ed. Madrid: Elsevier. Pag. 145-164.
28. Posnett J, et al (2007) Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. in: Soldevilla Agreda JJ, Torra I Bou JE, Verdú Soriano J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, años 2005-2006. Sant Joan Despi: Smith&Nephew,
29. Verdú Soriano J. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlcera por Presión. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.
30. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2003; 14 (1): 37-47.
31. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J y cols. Segundo estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006; 17 (3): 154-72.
32. Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago, 2007.

33. Actuación rehabilitadora al paciente geriátrico. Agustín Mata Ramos, Rafael Ceballos Atrenzo. 2ª Edición, 2003.
34. A.L. Kierszenbaum. *Histology and Cell Biology*. St.Louis: Mosby, Elsevier, 2nd Edition, 2006.
35. M.H. Ross et al. *Histology: A text and atlas*. Baltimore, Williams and Wilkins, 4th Edition, 2003.
36. M.H. Ross et al. *Histology: A text and atlas*. Baltimore, Williams and Wilkins, 4th Edition, 2003.
37. Ortega VMC, Suárez VMG, Jiménez VMC, Añorve GA, Cruz CM, Cruz AG, et al. Manual de valuación del servicio de calidad de Enfermería estrategias para su aplicación. México: Médica Panamericana; 2006.
38. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño. 2003.
39. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-estadiaje de las úlceras por presión. Doc. II. Logroño: GNEAUPP; 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org>.

40. Garcaia DO, González GI, Fernández PJ. Manual de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SECPRE), Hospital Gral. de Gran Canaria «Dr. Negrín» y Hosp. Nacional de Parapléjicos, 2000.
41. Martínez Cuervo F, et al (2004) Prevención de las úlceras por presión. In: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds). Atención integral a las heridas crónicas. Madrid: SPA.
42. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. Decubitus 1998; 1 (3): 32-8.
43. Verdú Soriano J. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlcera por Presión. Tesis Doctoral. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.
44. Ortega VMC, Suárez VMG, Jiménez VMC, Añorve GA, Cruz CM, Cruz AG, et al. Manual de valuación del servicio de calidad de Enfermería estrategias para su aplicación. México: Médica Panamericana; 2006.
45. Cantún UF, Uc ChN. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. Rev Enferm IMSS 2005; 3(3): 147-52.
46. Yepes D, Molina F, León W, Pérez E. Incidencia de factores de riesgo en relación con las úlceras por presión en enfermos críticos. Med Int 2009; 33(6): 276-81.

47. Canet BC. Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. España: Dirección de Enfermería, Área de Formación y Calidad, Hospital Universitario; 2003.
48. Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. Decubitus 1989; 2: 24-31.
49. Delgado FR. Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Santiago de Compostela España: División de Asistencia Sanitaria, Xunta de Galicia; 2005.
50. GRUPO DE CUIDADO. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Cuidado y práctica de Enfermería. Contextos gráficos. 2000. Página 8- 9 41 Op cit, MARRINER, pág 771 42 Op cit. MARRINER, Pág. 768
51. SWASON. Kristen. La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. Journal of Nursing Scholarship. Volumen 25. N° 4. Winter 1993. Pagina 1.
52. MARRINER TOMEY Ann. Modelos y teorías de enfermería. Unidad IV. Capítulo 28. Página 770
53. SWASON KM Nursing as informed caring for the well being of others. The Journal of nursing scholar ship; 1993. Pag. 352-357.
54. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (1997). Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos.

55. ESPINOZA, A. (2006). Importancia del análisis estratégico en los estudios preliminares de un proyecto de inversión. En: *Visión Gerencial*, CIDE, enero-junio, p. 42.
56. ORTEGÓN, E.; PACHECO, J. F.; y PRIETO, A. (2005). Serie Manuales. Metodología general de identificación, preparación y evaluación de proyectos de inversión pública. CEPAL-ILPES.
57. ORTEGÓN, E., PACHECO, J. F. y ROURA, H. (2005). Serie Manuales, Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. CEPAL-ILPES.
58. RAMÍREZ, D. (2004). Fundamentos para la formulación y evaluación de proyectos a pequeña escala. Merida, Universidad de los Andes. Trabajo de ascenso.
59. GRUPO DE CUIDADO. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Cuidado y práctica de Enfermería. Contextos gráficos. 2000. Página 8- 9 41 Op cit, MARRINER, pág 771 42 Op cit. MARRINER, Pág. 768.
60. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos. *Revista Médica de Chile* 1967; (95): 281-282.
61. Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. España: Aran ediciones; 2006. p.79, 87.
62. Gómez T. GE. , Molina R. ME. Evaluación ética de proyectos de investigación: una experiencia pedagógica. *Investigación. Educación. Enfermería*. 2006; 24(1): 68-77.
63. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 18 de abril de 1979.

64. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (1997). Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos.
65. ORTEGÓN, E., PACHECO, J. F. y ROURA, H. (2005). Serie Manuales, Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. CEPAL-ILPES.
66. Moore Schaefer K, Artigue G, Foli K, Jonson T, Marriner A, Poat M, et. al. El modelo de conservación. En: Marriner Tomey A., Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid. Harcourt Brace; 1999. P.195-206.