

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

CUIDANDO LA PIEL A TRAVÉS DEL CONFORT

**KARINA SMITH GALLARDO AGREDO
LEIDY JOHANNA RINCON SEPULVEDA**

**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA
PROYECTO DE GESTIÓN**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
DISEÑO Y GESTIÓN DE PROYECTOS
SANTA FÉ DE BOGOTÁ
2016**

**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA
PROYECTO DE GESTIÓN, CUIDANDO LA PIEL A TRAVÉS DEL CONFORT**

**KARINA SMITH GALLARDO AGREDO
LEIDY JOHANNA RINCON SEPULVEDA**

Asesora:

**Prof. Yanira Astrid Rodríguez Holguín.
Magister en Enfermería.**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
DISEÑO Y GESTIÓN DE PROYECTOS
SANTA FÉ DE BOGOTÁ
2016**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Santa Fe de Bogotá, Diciembre de 2016.

DEDICATORIA

A Dios, por ésta oportunidad en nuestras vidas y por el gran esfuerzo que en sí mismo implicó cada día aprovecharla, a nuestras familias por su apoyo y motivación incondicional para alcanzar nuestra meta, a las enfermeras de la UCI de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga y a nuestra asesora, quienes con su ayuda hicieron posible el desarrollo de este proyecto y lograr culminar con éxito esta especialización.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras compañeras de trabajo de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, que participaron activamente a lo largo del desarrollo de este proyecto, dedicando parte de su tiempo y con la mejor disposición para la realización de cada una de las actividades propuestas.

A nuestra asesora Yanira Astrid Rodríguez Holguín por su paciencia, motivación, apoyo constante, amplio conocimiento y experiencia para lograr el desarrollo de este proyecto.

A la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana por darnos la formación técnica y académica para culminar éste trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	10
2. MARCO REFERENCIAL	11
2.1 Análisis del Problema	11
2.2 Justificación	14
3. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo General	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4. REFERENTE CONCEPTUAL	19
4.1 Definición de conceptos	19
4.2 Desarrollo de Conceptos	20
4.3 Estrategia educativa	27
4.4 Cuidados de la Piel	34
4.5 Úlceras por presión	37
4.6 Valoración Clínica	43
4.7 Complicaciones	45
4.8 Prevención	46
4.9 Tratamiento	49
4.10 Curaciones	50
5. REFERENTE TEÓRICO	54
6. ASPECTOS ÉTICOS	56
7. MARCO METODOLOGICO	58
8. PLAN DE ACCIÓN	60
9. DESARROLLO PLAN DE ACCION	65
10. PRESUPUESTO	72
11. CRONOGRAMA	73
12. ANÁLISIS DE RESULTADOS	75
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	90
ANEXOS	91

Anexo 1. Consentimiento informado para personal de enfermería	91
Anexo 2. Consentimiento informado para familiares del paciente	93
Anexo 3. Encuesta	95
Anexo 4. caso clínico	97
Anexo 5. estrategia educativa	98
Anexo 6. folleto	99
Anexo 7. evidencia fotogrÁfica	100
REFERENCIAS	102

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Matriz del marco lógico	58
Tabla 2 Socialización de la estrategia educativa	60
Tabla 3 Actividades uso de los dispositivos para la incontinencia.	61
Tabla 4 Valoración del del paciente	62
Tabla 5 Evaluación intolerancia cambios de posición del paciente	63
Tabla 6 Importancia de la familia de los pacientes en los cuidados de la piel	64
Tabla 7 Presupuesto	72

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Árbol de Problemas	15
Figura 2 Árbol de Objetivos	17
Figura 3 Capas de la piel.	36
Figura 4 Anexos de la piel	36
Figura 5 Fuerzas de presión	39
Figura 6 Clasificación úlceras por presión	43

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son un indicador importante de la calidad de atención de enfermería, es una complicación habitual de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo, siendo prevenible y evitable en la gran mayoría de los casos. A su vez, constituyen un gran problema de salud pública, ya que causan deterioro de la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando los costos y el consumo de recursos en salud, implica una prolongación de la estancia hospitalaria y suelen agravar el pronóstico del paciente (1). En la actualidad, tienen una connotación legal importante para el equipo de salud, pues determina la efectividad del cuidado de la piel.

Adicionalmente estas lesiones generan dolor que, muchas veces, no puede ser manifestado por los pacientes, debido a su condición actual de salud; el problema aumenta con las múltiples complicaciones derivadas de esta problemática, sobre todo las relacionadas con la infección y sobreinfección a nivel sistémico que incrementa la mortalidad.

En este punto es donde los profesionales de enfermería deben desempeñar un papel vital, ya que son los encargados de establecer un plan de cuidados a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión y acelerar la recuperación del paciente cuando ya estén establecidas. Por ello se identificó la necesidad de crear una estrategia educativa a partir del aumento de la prevalencia de lesiones en piel de los pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo de los Comuneros HUB.

Se espera con este proyecto, establecer estrategias educativas dirigidas al personal de enfermería y orientadas hacia la prevención y tratamiento de las UPP de manera que se asegure la atención integral a los pacientes y que se involucre el entorno familiar.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Análisis del Problema

Las Úlceras por Presión (UPP) son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal (2). Los datos epidemiológicos disponibles hasta la fecha en Unidades de Cuidados Intensivos indican que las UPP son un problema importante y que se debe afrontar para mejorar la calidad asistencial en la unidad (3). El paciente en situación crítica normalmente padece una serie de problemas de salud que requieren la atención especializada del equipo que lo atiende. Estos pacientes presentan gran número de factores de riesgo de padecer UPP y, como consecuencia de ello, las Unidades de Cuidados Intensivos son las que registran mayor incidencia de estas lesiones (4).

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría (95%) de las UPP que presentan los pacientes, son evitables y aún más que otro porcentaje importante (60%) de estas serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración y riesgo de UPP, como lo menciona un estudio realizado en el Hospital de Navarra (5).

Un estudio reciente de prevalencia de las UPP realizado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia muestra que las Úlceras por Presión aparecen en el 3% a 10% de los pacientes hospitalizados en un momento dado; de igual manera, muestra que la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva ulcera por presión oscila entre 7,7% y 26,9%; que dos tercios de las

úlceras que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años, sector creciente de nuestra población, por lo que se debe esperar un aumento de su incidencia en los próximos años, de ellos el 25-85% desarrolla una úlcera por presión alguna vez, la cual constituye la causa más frecuente de retraso en la rehabilitación de estos pacientes (6).

A nivel de departamental, la Universidad Industrial de Santander realizó un estudio durante el período comprendido entre mayo del 2009 y mayo del 2010, en una Institución de Salud de tercer nivel de atención en Bucaramanga, Santander. Con fin de conocer la prevalencia del evento adverso UPP que desarrollaron los usuarios hospitalizados en los servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos adultos y pediátricos, medicina interna, especialidades quirúrgicas. Como resultados relevantes, se encontró que el 31,88% de los pacientes presentaron factores de riesgo para desarrollar UPP y se pudo determinar que quienes tenían un riesgo alto presentaron mayor prevalencia del evento (69,56%), La media de edad fue de 64 años y el 43,47% de los casos cursaba con procesos de enfermedad crónico (7).

Según lo muestra las estadísticas de calidad institucional, la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga es una unidad polivalente de 39 camas, donde su mayoría de ingresos en un 70% son personas mayores de 60 años de edad con enfermedades crónicas y factores predisponentes tales como: hipertensión arterial, diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con requerimiento de oxígeno suplementario, desnutrición, alteración del estado de conciencia, actividad restringida en la cama; Así mismo, con enfermedades de inicio reciente que por su cuadro compromete hemodinámicamente al paciente, a todo esto, se suma el requerimiento de ventilación mecánica y soporte vasopresor, inotrópico y dosis altas de sedo analgesia; considerándose factores de riesgo que precipitan la presencia de lesiones en piel.

En este orden de ideas, se hace necesario implementar estrategias que ayuden a mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados, con el fin de lograr prevenir y disminuir la incidencia de las lesiones en piel. Por tal razón se ha creado este proyecto de gestión, que tiene como propósito fortalecer los cuidados brindados por enfermería a los pacientes hospitalizados en la UCI a partir del cumplimiento de un objetivo: Implementar una estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

Al final se espera que el grupo de enfermería de la UCI Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, pueda contribuir a mejorar el confort de los pacientes y su familia, por medio de los cuidados integrales de enfermería, dirigidos al cuidado de la piel.

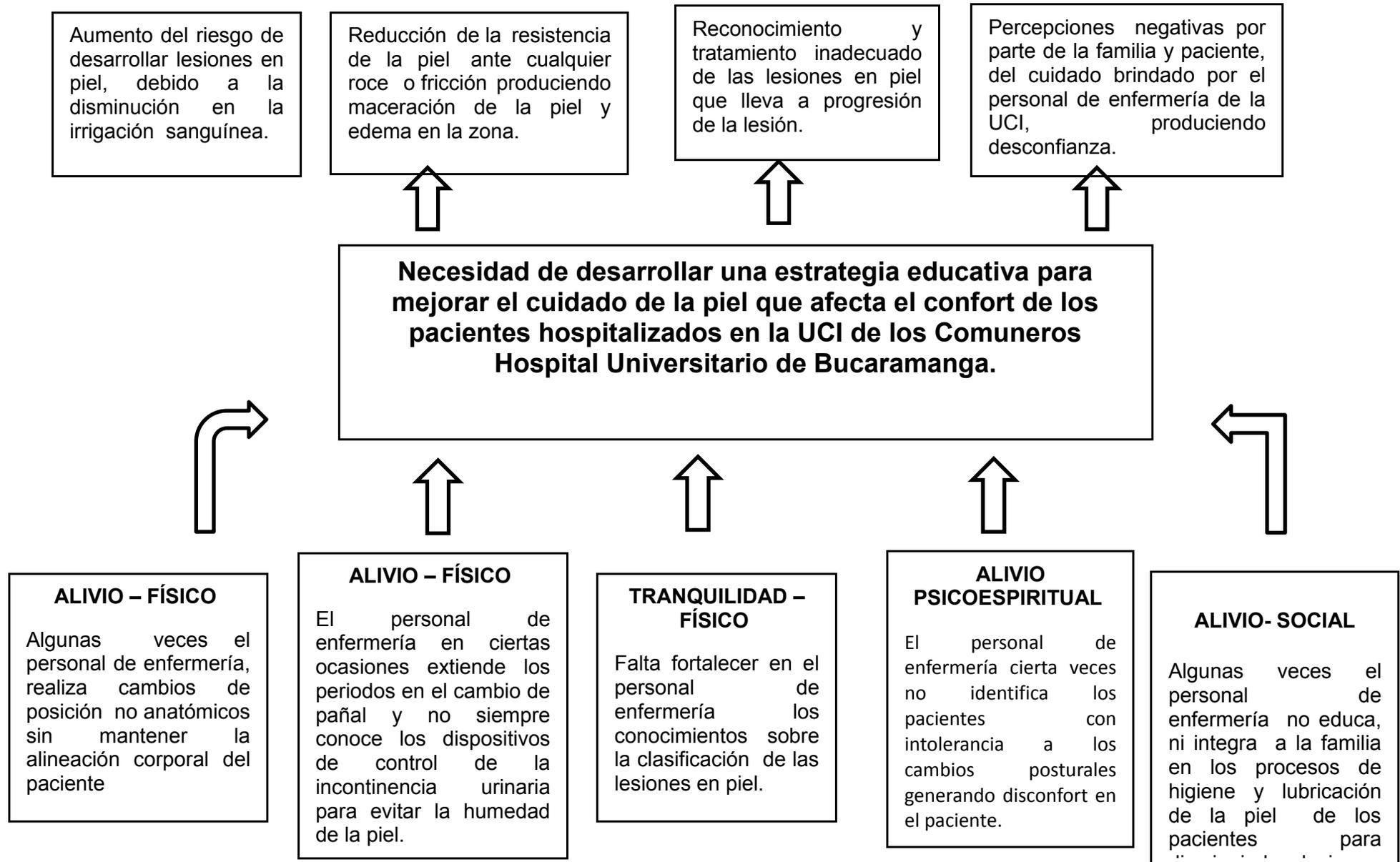
2.2 Justificación

Un indicador de calidad relacionado directamente con los cuidados de enfermería, es la prevención de las úlceras por presión (UPP) que siguen constituyendo hoy día un importante problema de salud, ya que un alto porcentaje de las lesiones en piel, es evitable teniendo en cuenta las intervenciones destinadas a la conservación de la integridad de la piel, con el fin de impedir las complicaciones derivadas de estas lesiones, tanto para el paciente y los servicios de salud. Siendo un importante reto al que se enfrenta directamente el personal de enfermería cuyo objetivo principal, es el cuidado directo (8), por esto la importancia de la valoración inicial de los pacientes para definir la necesidad y el grado de actividades sobre aquellos que tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión y de esta manera evitar las lesiones en piel.

Por otro lado, la presencia de UPP tiene importantes repercusiones, se ve vulnerada la calidad de vida de los pacientes afectados y la de su familia, ya que se inicia una secuencia de situaciones a las que debe ser sometido el paciente, algunas de ellas son la curación de las lesiones, administración de antibióticos, prolongación de la estancia hospitalaria, factores que al relacionarse entre sí generan una influencia negativa para el paciente y todo su entorno familiar.

De allí la importancia de éste problema y la inminente necesidad de actuar ante un tema que tiene grandes consecuencias a nivel de costos, días de estancia hospitalaria, indicadores de calidad, reincorporación a las actividades de la vida diaria, complicaciones y calidad de vida; aparte del gran significado que puede tener el manejo de estos pacientes a nivel familiar.

Figura 1 Árbol de problemas

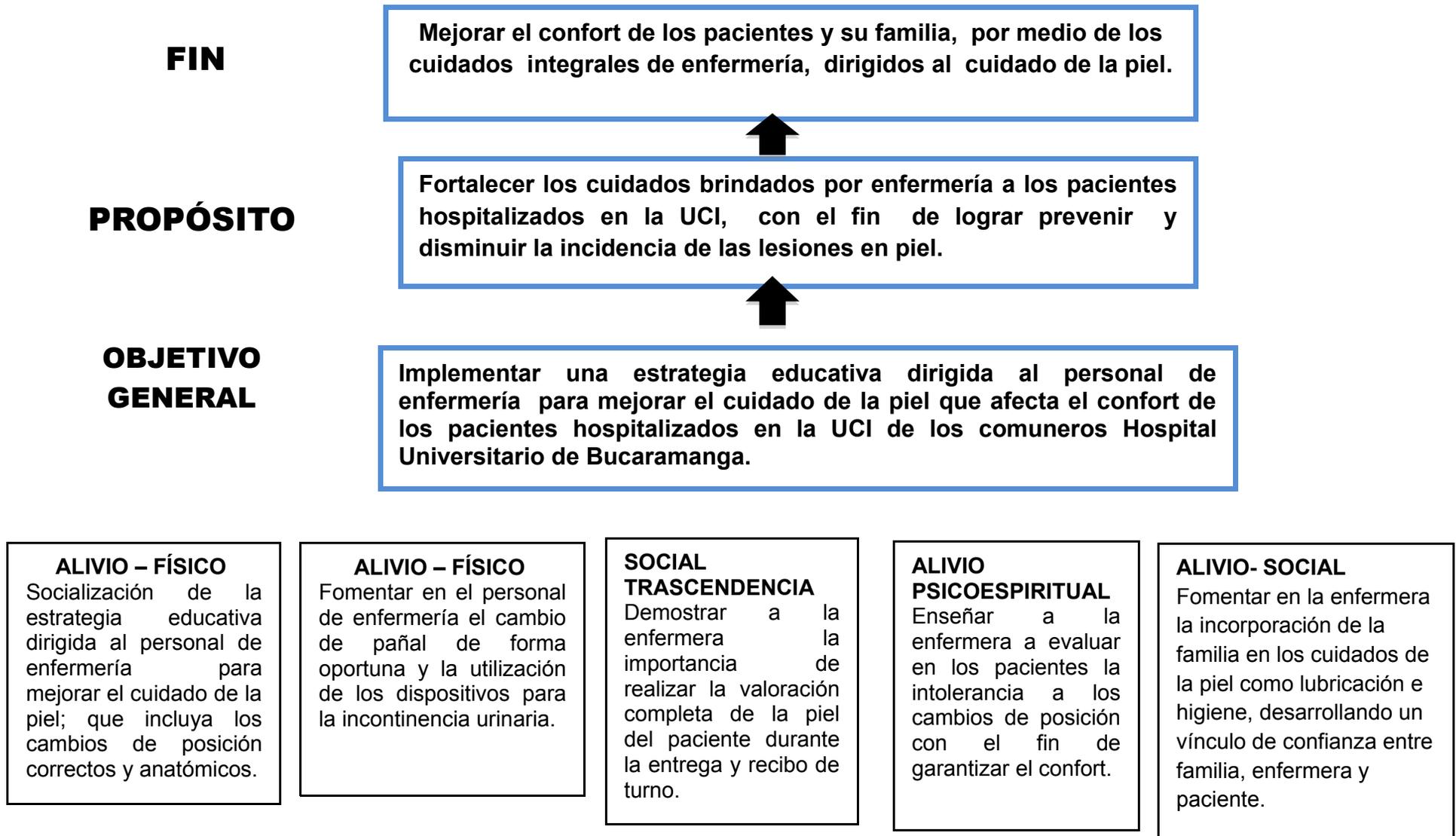


El abordaje que se hace del paciente que ingresa a la UCI de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, se enfoca hacia la mejoría del estado fisiopatológico que le llevo a la unidad y las actividades de cuidado se organizan para tal fin. Sin embargo, se ha identificado que la condición fisiopatológica, asociado a los diferentes tratamientos farmacológicos instaurados, predisponen e influye de manera negativa en la presencia de lesiones en piel, que limitan la movilidad, aumentan la incapacidad y la dependencia hacia los cuidados. Siendo este el agravante de las condiciones que conllevan a secuelas físicas posteriores empeorando su condición clínica que afecta directamente a él y a sus familiares cercanos. De esta manera, el profesional de enfermería debe estar en la capacidad de diseñar planes y estrategias de cuidado que le permitan al paciente disminuir o prevenir el impacto negativo de las lesiones en piel.

Este proyecto de gestión permitirá en la UCI Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, promover la formación de estrategias con un enfoque preventivo que disminuirá el riesgo a presentar UPP, a través del desarrollo de actividades educativas encaminadas a mejorar el cuidado de la piel y a su vez pretende mejorar el confort de los pacientes, que se ve afectado por la presencia de lesiones en piel, y de alguna forma contribuirá a la disminución de la estancia hospitalaria por causa de una patología ajena al motivo de su ingreso. Este proyecto se ejecutará en el periodo comprendido entre octubre y noviembre del año 2016.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, como profesionales de enfermería permitirá planificar el cuidado de una manera más precisa, integral, mejorando así la calidad en la atención, generando mayor trascendencia para la profesión, ya que a partir de este, el paciente desarrolla menos efectos negativos producto del reposo prolongado durante su hospitalización y a su vez logra una rehabilitación temprana. A nivel personal, será de gran satisfacción aportar a los compañeros de trabajo estrategias de mejora del cuidado de la piel, el cual se verá reflejado en la disminución de la prevalencia de UPP en nuestros pacientes hospitalizados en la UCI.

Figura 2 Árbol de Objetivos



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Implementar una estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

3.2 Objetivos Específicos

- Socializar la estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel; que incluya los cambios de posición correctos y anatómicos.
- Fomentar en el personal de enfermería el cambio de pañal de forma oportuna, utilizando los dispositivos para la incontinencia urinaria.
- Demostrar a la enfermera la importancia de realizar la valoración completa de la piel del paciente durante la entrega y recibo de turno.
- Enseñar a la enfermera a evaluar en los pacientes la intolerancia a los cambios de posición con el fin de garantizar el confort.
- Fomentar en la enfermera la incorporación de la familia en los cuidados de la piel como lubricación e higiene, desarrollando vínculo de confianza entre familia, enfermera y paciente.

4. REFERENTE CONCEPTUAL

4.1 Definición de conceptos

Estrategia educativa

Según Odderey Matus, hacen referencia a un conjunto de actividades, en el entorno educativo, diseñadas para lograr de forma eficaz y eficiente la consecución de los objetivos educativos esperados. Desde el enfoque constructivista esto consistirá en el desarrollo de competencias por parte de los estudiantes. Este diseño puede ser realizado tanto por el docente como por el estudiante, los cuales pueden retroalimentarse mutuamente (9).

Unidad de Cuidado Intensivo

Es la unidad para la atención de los pacientes críticos hospitalizados, está diseñada, organizada y dotada con altos estándares de calidad y tecnología, debe contar con sistemas centralizados vigilancia permanente de signos vitales que permiten identificar cualquier necesidad o signo de alarma en forma oportuna, para brindar una atención a pacientes que requieren por sus condiciones de gravedad cuidados especiales y tratamientos complejos.

Debe estar conformada por un grupo multidisciplinario (médicos intensivistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y personal de apoyo) entrenado en el manejo y cuidado de pacientes de alta complejidad, que se caracteriza por su alta calidad científica y especializada, resaltándose su trato humano e integral del paciente y su familia.

Sus espacios deben ser amplios e individualizados, permiten un trato comfortable que respete ante todo la intimidad de los pacientes (10).

Confort

La definición que le otorga la Real Academia Española a la palabra confort, está relacionada con la comodidad y el bienestar del cuerpo. Según Kolcaba es la sensación que experimentan los pacientes, que han sido receptores de las intervenciones de confort cuando se abordan las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia (11).

Cuidados de la piel

Serie de actividades e intervenciones, encaminadas a mantener la integridad cutánea y prevenir la aparición de lesiones en piel, minimizando los factores que predisponen al individuo al desarrollo de lesiones en la piel sana (12).

4.2 Desarrollo de Conceptos

Unidades de Cuidado Intensivo

Es el servicio destinado a la hospitalización de pacientes en estado crítico, que exige monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, de cocina y de lavandería (13).

Los pacientes críticos son aquellos que se encuentran en una situación de inestabilidad fisiológica en la cual pequeños cambios funcionales pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte. El monitoreo, intermitente o continuo, está destinado a detectar estos cambios precozmente, a fin de proveer un tratamiento adecuado y restablecer una situación fisiológica más estable, previniendo de tal modo el daño orgánico o la muerte.

El segundo aspecto que define a los pacientes críticos es la necesidad de recibir tratamientos especiales. Estos tratamientos pueden ser urgentes, como el empleo de drogas vasoactivas en pacientes en shock; intermitentes, como la diálisis; o continuos, como la ventilación mecánica. A su vez, pueden estar dirigidos a curar al paciente, como el empleo de antibióticos; o a sostener las funciones orgánicas hasta que el organismo pueda retomar una función adecuada (14).

La estructura física: el diseño de la unidad

El diseño de la planta física de una Unidad de Terapia Intensiva debe ser establecido sobre la base de los pacientes que presuntamente serán asistidos en ella.

Las características de la planta física deben ser tales que faciliten:

- La observación directa de los pacientes como parte de la función de monitoreo.
- La vigilancia de los monitores de variables fisiológicas.
- La realización de intervenciones terapéuticas de rutina y de emergencia.
- La obtención y el almacenamiento de la información referida al cuidado de los pacientes.
-

Los requerimientos de espacio

Una vez que se ha establecido el número de camas de la unidad, se debe establecer el tamaño total de la misma. En adición al número de camas, existen otros determinantes del espacio. En efecto, en una UCI se requieren distintos tipos de espacios:

- 1) El espacio asignado para las camas, incluyendo el lugar necesario para los equipos de control y la actividad a desarrollar.

2) El espacio de soporte para todas las actividades dentro de la unidad, incluyendo central de monitoreo, sección para preparación de drogas, áreas limpias y sucias de soporte, etc.

3) Los espacios de apoyo técnico, que incluyen áreas de reunión, sala de visión de radiografías, archivos, áreas de almacenamiento de equipamiento, oficina del coordinador, A ello, deben agregarse los espacios de tránsito, tanto para el personal de la unidad como para los visitantes.

Acceso

El acceso de pacientes al servicio de Cuidado Intensivo es de carácter interno, independiente, rápido, amplio y de fácil identificación. En este servicio se encuentran los siguientes ambientes:

- Recepción y control: Ambiente destinado a las personas que informan y controlan el acceso al servicio, requiere un mueble de atención al público, sistema de intercomunicaciones y teléfono.
- Oficina de coordinación: Oficina para el manejo de coordinación médica y de enfermeras; debe contar con baño, área para secretaria y área para reuniones.
- Sala de espera y batería de baños públicos: Es el área destinada al público y familiares de los pacientes, debe estar controlada visualmente por el área de recepción, estar provisto de sistema de comunicación (teléfonos públicos), facilidad para consecución de refrigerios, punto de televisión, música ambiental y contar con baños públicos y discapacitados por sexo (hombres y mujeres) ubicados inmediatos a la sala de espera.
- Cubículo de hospitalización: Es el área destinada a la hospitalización del paciente debe tener mínimo 15 m², con un ancho de 4.50 m y una profundidad de 3.35 m, donde se ubica la cama con sus columnas o paneles médicos que contienen los puntos de aprovisionamiento de gases

especiales (aire, oxígeno y vacío) y las tomas eléctricas que van a permitir la conexión del equipo en el cuidado y atención del paciente. En cuanto, a las redes se debe contemplar dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y tres salidas de vacío por cama. El cubículo debe estar provisto además, de un lavamanos, o en su defecto de uno por cada dos cubículos, contar con ventilación e iluminación natural, brindarle privacidad a través de los paneles divisorios y sistemas de cerramiento como cortinas. Los lavamanos quirúrgicos de accionar con rodilla o pie o electrónicamente (de sensor) deben estar dispuestos a la entrada de los módulos de pacientes.

- Habitación de aislados: Es el ambiente destinado al aislamiento de pacientes que por su condición presentan riesgo para los demás usuarios del servicio, deben estar debidamente señalizados, con entrada restringida y deberá colocarse en la puerta la información con las medidas de prevención necesarias para evitar eventuales contagios y demás situaciones de riesgo.
- Estación de enfermería: Espacio destinado a la labor de apoyo de enfermería delimitado por un mueble que permite al personal adelantar su trabajo de apoyo con una relación directa y visual con los pacientes y el personal médico. La estación es proporcional en su dimensión a la cantidad de actividades que allí se van a ejecutar y debe brindar confort al personal médico y paramédico que se va a desempeñar en ella. Debe contar además de los ambientes requeridos por norma y funcionamiento con espacios para terminal de computadores e impresoras, carro de historias, gavetas, cabinas y otros elementos necesarios para la actividad de vigilancia de parte del personal médico y paramédico. Su uso y ubicación es exclusivo del servicio con acceso inmediato para el personal que lo requiere (15).

La localización de la Unidad

En esta situación se presentan dos posibilidades distintas: el diseño de una unidad nueva o el reacondicionamiento de una preexistente. En cualquiera de las dos situaciones se deberá tener en cuenta que existen servicios que deben estar próximos a la Unidad, otros que deben estar a distancia y otros en que es indiferente. Por ejemplo, es deseable que una UCI que se ocupa fundamentalmente de pacientes quirúrgicos esté localizada lo más próxima posible al área quirúrgica y a la sala de emergencia. También es conveniente tener cerca el departamento de diagnóstico por imágenes; y si no se dispone de un laboratorio cercano en la institución, tener en la unidad un equipo para los exámenes de rutina inmediata. Un aspecto a tener en cuenta son las vías de comunicación, incluyendo el servicio de ascensores para traslado a otras áreas de la institución. Se debe prever una circulación separada para el personal de la unidad y para los visitantes. Por su parte, el traslado de y hacia la unidad debe poder hacerse a través de corredores separados de aquellos utilizados por el público general. Se debe poder preservar la privacidad de los pacientes, y se debe poder realizar el transporte rápidamente y sin obstrucciones (16).

Utilitarios

Cada UCI debe tener fuentes de poder eléctrico, de agua, oxígeno, aire comprimido, vacío y control ambiental (temperatura, humedad, iluminación) capaces de sostener las necesidades de los pacientes y del equipo de asistencia bajo situaciones normales y de emergencia, debiendo cumplir con los requerimientos y estándar de las respectivas entidades de control. La recomendación actual es utilizar una columna de utilitarios en relación con cada cama, la cual provee las conexiones para las fuentes de energía eléctrica,

oxígeno, aire comprimido y vacío, conteniendo los controles para temperatura e iluminación. Esta podrá estar montada del techo y en relación con un ángulo de la cama. Si no se puede disponer de estas columnas, los servicios precedentes deben ser aportados desde la pared que está en relación con la cabecera de la cama.

Recurso humano

Los pacientes críticos presentan necesidades especiales de monitoreo y soporte vital que debe ser provisto por un grupo humano, incluyendo un médico con los conocimientos básicos, la habilidad técnica, el tiempo necesario y la presencia física permanente para proveer dicho cuidado en forma inmediata y adecuada. Este cuidado debe ser continuo y preventivo por naturaleza, asegurando que el paciente sea manejado de una manera eficiente, humana y segura, utilizando recursos finitos de modo de asegurar una alta calidad de cuidado y una evolución óptima.

La Unidad de Cuidado Intensivo debe ser dirigida por un médico director. Este, en base a su entrenamiento, interés, tipo de práctica y tiempo disponible debe poder asumir la dirección clínica, administrativa y educativa de la Unidad. Específicamente, el director de la Unidad debe ser un médico especialista, que regularmente se encuentre involucrado en el cuidado de los pacientes en la unidad y que disponga de tiempo para controlar aspectos administrativos y de formación médica continuada del equipo del servicio. El director médico es el responsable de la calidad, seguridad y adecuación del cuidado de todos los pacientes de la unidad.

Además del director médico, la unidad debe contar con un médico o más, de acuerdo con la magnitud de los servicios que brinda, presente durante las 24 horas todos los días, que al menos maneje las emergencias, incluyendo la reanimación cardiopulmonar, el control de la vía aérea, shock, trauma complejo,

etc. Además, un equipo de consultores especialistas debe estar disponible en caso de necesidad, y participar en las rondas de seguimiento de pacientes con patologías específicas.

El equipo de enfermería debe estar entrenado para el servicio en la unidad. Es muy conveniente la presencia de un enfermero director a fin de establecer las líneas de autoridad y responsabilidad para brindar la atención de enfermería óptima en términos de calidad, seguridad y adecuación.

La exacta relación entre enfermeros y pacientes aún no se ha establecido. Sin embargo, un mínimo de un enfermero por cada tres pacientes se considera imprescindible durante las 24 horas del día. Los pacientes más graves pueden requerir un enfermero personal (17).

Además del personal permanente precedentemente citado, otros profesionales son imprescindibles para el adecuado funcionamiento de la unidad, incluyendo terapeutas físicos, terapeutas respiratorios, psicólogos, etc.

El equipamiento de la unidad

Por definición, una Unidad de Cuidado Intensivo debe tener la capacidad de proveer monitoreo básico y ofrecer un apoyo terapéutico completo al paciente crítico. A los fines de cumplir con estos objetivos, toda UCI debe disponer de los siguientes elementos:

- Monitoreo continuo de electrocardiograma, con alarmas de baja y alta frecuencia.
- Monitoreo arterial continuo, invasivo y no invasivo.
- Monitoreo de presión venosa central y de presión de arteria pulmonar.

- Equipo para el mantenimiento de la vía aérea, incluyendo laringoscopio, tubos endotraqueales, etc.
- Equipo para asistencia ventilatoria, incluyendo bolsas, ventiladores, fuente de oxígeno y de aire comprimido.
- Equipo para realizar aspiración.
- Equipo de resucitación, incluyendo cardioversión y desfibrilador, y drogas para el tratamiento de las emergencias.
- Equipo de soporte hemodinámico, incluyendo bombas de infusión, equipos de calentamiento de sangre, etc.
- Monitores de transporte.
- Camas con cabecera desmontable y posiciones ajustables.
- Marcapasos transitorios.

El progreso continuo de la tecnología en los equipos de utilización habitual en la monitorización y tratamiento de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos ofrece sin duda cada vez más posibilidades de actuación. Al mismo tiempo, esta alta tecnología conlleva mayores costos, no siempre posibles de ser soportados por las instituciones de salud. Uno de los aspectos a tener en cuenta es el elevado costo del mantenimiento y de la reparación, no siempre adecuadamente evaluado en el momento de la adquisición.

4.3 Estrategia educativa

Como lo menciona el autor Yolanda Campos Campos en su libro Estrategias didácticas apoyadas en tecnología, la estrategia se refiere al arte de proyectar y dirigir; las estrategias de aprendizaje hacen referencia a una serie de operaciones cognitivas que el estudiante lleva a cabo para organizar, integrar y elaborar información y pueden entenderse como procesos o secuencias de actividades que

sirven de base a la realización de tareas intelectuales y que se eligen con el propósito de facilitar la construcción, permanencia y transferencia de la información o conocimientos (18).

- **Tipos de estrategias de enseñanza – aprendizaje (Estrategias EA)**

Fase de construcción de conocimiento

- Estrategias para propiciar la interacción con la realidad, la activación de conocimientos previos y generación de expectativas.

Estas estrategias se emplean antes de la información por aprender. Permiten que al profesor identificar los conceptos centrales de la información, tener presente qué es lo que se espera que aprendan los estudiantes, explorar y activar los conocimientos previos y antecedentes con los que cuenta el grupo.

Entre estas estrategias se encuentran:

-Actividad focal introductoria.

Busca atraer la atención de los estudiantes, activar conocimientos previos o crear una situación motivacional inicial. Consiste en presentar situaciones sorprendentes, incongruentes discrepantes con los conocimientos previos.

-Discusión guiada

Activa los conocimientos previos en la participación interactiva en un diálogo en el que estudiantes y profesor discuten acerca de un tema.

-Actividades generadoras de información previa

Permite activar, reflexionar y compartir conocimientos previos sobre un tema determinado.

-Enunciado de objetivos o intenciones

Es recomendable compartir y mejor aún, establecer con los estudiantes los objetivos del aprendizaje del tema de la lección o clase, ya que pueden actuar como elementos orientadores de los procesos de atención, para generar expectativas apropiadas, mejorar el aprendizaje intencional y orientar las actividades hacia la autonomía y auto monitoreo.

- Interacción con la realidad

Se pretende que ya sea en la realidad, o mediante simulaciones y exploraciones, se interactúe con aquellos elementos y relaciones que contienen las características en estudio, por ejemplo, objetos, personas, organizaciones, instituciones. Por interacción se entiende la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más personas, objetos, agentes, fuerzas, etc.

Existen niveles de interactividad, desde el lineal hasta el complejo en donde la interacción tiene efectos recíprocos. La observación e interacción con videos, fotografías, dibujos, multimedios y software especialmente diseñado, son muy propicios.

- **Estrategias para la solución de problemas y abstracción de contenidos conceptuales**

Estrategia de solución de problemas

Se distingue un estado inicial en el que se detectan situaciones problemáticas que requieren solución, un estado final y vías de solución. Los pasos recomendables Son:

-Planteo de situaciones y problemas

Se observa una situación en el contexto real o a partir del libro de texto, ilustraciones, gráficas, videos, lecturas, artículos periodísticos, etc., o diseñada específicamente por el profesor.

El estudiante tiene que plantear la problemática o un número determinado de problemas.

-Análisis de medios y razonamiento analógico

Consiste en dividir el problema en subtemas o partes que faciliten la solución del problema total. También se alienta a los estudiantes a ver el problema desde distintos puntos de vista, lo que se enfatiza más en los problemas que se generaron a partir de proyectos de aprendizaje o en colaboración vía Internet. Se pueden establecer analogías entre la situación problema y una situación familiar. Se recopila información y materiales que se consideren necesarios para la búsqueda de soluciones.

-Búsqueda de soluciones

Estrategia que pone de evidencia los diversos estilos de aprendizaje y los distintos significados involucrados en los conceptos que se utilizan. Se proponen soluciones al problema mediante aproximaciones, por ejemplo, manipulando objetos o simulando la posibilidad de la solución. Se pueden plantear ecuaciones matemáticas o descripciones gráficas como histogramas, diagramas de flujo, mapas conceptuales, diagramas de Venn, organigramas, mapas.

-Solución a problemas

Estrategia en la que se proponen las soluciones a un problema. Se resuelve el problema seleccionando la solución que tiene mayor probabilidad. Se generan y prueban las soluciones.

-Comunicación de la solución de problemas

Se comunican los resultados obtenidos en el proceso de solución de un problema, ya sea en una página Web, en una gráfica, en un artículo o en un periódico mural.

Se puede formar un álbum con los problemas resueltos, o hacer una colección organizada por tipo de problema.

- **Estrategias para la abstracción de modelos y para mejorar la codificación de la información a aprender**

Proporcionan la oportunidad para que el estudiante realice una codificación complementaria a la realizada por el profesor, o por el texto. La intención es que la información nueva se enriquezca en calidad al contar con una mayor contextualización o riqueza elaborativa, para una mejor abstracción de modelos conceptuales y asimilación. Entre estas estrategias están:

-Ilustración descriptiva

El uso de estas ilustraciones es necesario para quienes tienen predominio sensorial visual. Lo importante es que el estudiante identifique visualmente las características centrales del objeto o situación problemática. Muestra cómo es un objeto físicamente y dan una impresión holística del mismo, como las fotografías, dibujos, pinturas multimedios, que constituyen tipos de información ampliamente usados para expresar una relación espacial en la que se pueden tener de manera ilustrada, elementos de la realidad que no tenemos a la mano que deseamos aprender.

-Ilustración expresiva

Busca lograr un impacto en el estudiante considerando aspectos actitudinales y emotivos. Lo esencial, es que la ilustración evoque ciertas reacciones que interesa discutir. Por ejemplo, la fotografía de una escena de guerra que promueve la discusión acerca de sus causas, consecuencias, valores.

-Ilustración construccional

Pretende explicar los componentes o elementos de una totalidad, ya sea objeto, aparato, sistema o situación. Consiste en elaborar o hacer uso de planos, maquetas, mapas, diagramas que muestran elementos estructurales de aparatos o partes de una máquina, esquemas, etc.

-Ilustración funcional

Constituye una representación donde se enfatizan los aspectos estructurales de un objeto o proceso, en donde interesa describir visualmente las distintas funciones o interrelaciones entre las partes de un sistema para que éste entre en operación, por ejemplo, ilustraciones sobre las fases del ciclo del agua, de ecosistemas, de generación de gas, etc.

-Preguntas intercaladas

Son aquellas que se plantean al estudiante a lo largo del material o situación de enseñanza y tienen como intención facilitar el aprendizaje. Son preguntas que se intercalan en partes importantes del proceso o del texto a fin de captar la atención y descodificación literal del contenido, construir conexiones internas y externas, repasar, solicitar información, compartir información, generar la actividad mental. Las preguntas pueden formularse en diversos formatos como la respuesta breve, la opción múltiple, el ensayo, la relación de columnas, etc.

- **Estrategias para organizar información nueva**

Proveen de una mejor organización global de la información nueva, le proporcionan una significación lógica y hacen más probable el aprendizaje significativo. Entre ellas se encuentran las de representación lingüística como los resúmenes, los organizadores gráficos como los cuadros sinópticos y los de representación visoespacial como los mapas o redes conceptuales. Estas estrategias pueden ser para el profesor o elaboradas por el estudiante.

Entre las que se encuentran:

-El resumen: Es una versión breve del contenido en la que se enfatizan los puntos más importantes de la información; introduce al nuevo material y familiariza con el argumento central, o bien, organiza, integra y consolida la información presentada y discutida.

-Organizadores gráficos: representaciones visuales que comunican la estructura lógica del material educativo y que son útiles cuando se quiere resumir u organizar núcleos significativos de conocimiento. Entre los organizadores gráficos más utilizados están:

Cuadros sinópticos

Organizan la información sobre un tema y proporcionan una estructura coherente global de una temática y sus múltiples relaciones. Generalmente son bidimensionales en columnas y filas; cada fila debe tener una etiqueta que represente una idea o concepto principal o palabra clave y en cada columna ideas fundamentales o variables que desarrollan la idea; en las celdas que se forman en la intersección, se colocan la información que relacione al concepto de la fila con el de la columna, como ejemplos, conceptos, principios, observaciones, descripciones, explicaciones, procesos, procedimientos e incluso ilustraciones.

Para lograr un buen diseño es recomendable analizar la distribución que convenga para su mayor comprensión, señalar los temas clave, hacer el llenado de las casillas de derecha a izquierda y de arriba abajo y de lo simple a lo complejo.

-Diagrama de llaves, diagrama de árbol, círculos de conceptos.

Presentan la información organizada de modo jerárquico, estableciendo relaciones de inclusión entre los conceptos o ideas, por lo que constituyen organizadores alternativos a otras formas de representación gráfica. Los diagramas de llaves parten del concepto más importante, del cual se desprenden otro de segundo nivel agrupados mediante llaves y de cada uno de ellos, otros conceptos de tercer

nivel, que también se agrupan con llaves. Las relaciones jerárquicas se visualizan de izquierda a derecha.

-Mapas y redes conceptuales

Crean enlaces entre los conocimientos previos y la información nueva a aprender, en apoyo a aprendizajes significativos a través de organizadores previos, analogías, superestructuras de texto, etc.

Para el desarrollo del proyecto de gestión y el cumplimiento de nuestro objetivo general: Implementar una estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga. Se va utilizar los organizadores gráficos tipo cuadro sinóptico que pertenece a la estrategia organizar información nueva, en el cual se va a plasmar las posiciones anatómicas correctas, la alineación corporal y los puntos de mayor presión para el desarrollo de UPP, con el fin de prevenir las lesiones en piel de los pacientes.

4.4 Cuidados de la Piel

- **Generalidades de la piel (19).**

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano, formado por distintos tipos de tejidos únicos entre sí con una finalidad específica. Su grosor oscila entre 0.5y4mm, según su localización (es más gruesa en las palmas de las manos y en las plantas de los pies) (19).

La piel cumple dos funciones principales en el organismo: la primera sirve de barrera entre el medio interno y el externo, la segunda protege al organismo de agentes agresores ya sean físicos, químicos o biológicos. Existen sin embargo, otras funciones importantes, entre ellas, la regulación de la temperatura corporal, función somato sensitiva y síntesis e vitamina D.

En cuanto a la anatomía, la piel consta de 3 capas principales:

Epidermis:

Es la capa más superficial de la piel. Es un epitelio escamoso estratificado que contiene cuatro tipos de células: queratinocitos, melanocitos, células de merkel y células de Langerhans.

Dentro de la epidermis se encuentran una serie de capas o estratos que permite diferenciarla.

- Estrato córneo: es el más externo, formado entre 25 y 30 hileras de células planas y muertas, ocupadas por queratina.
- Estrato lúcido: solo está presente en las zonas de piel gruesa.
- Estrato granuloso: está formado por varias hileras de células en fase de degeneración. Contiene precursores de queratina.
- Estrato espinoso: está constituido por varias hileras de células poliédricas unidas por desmosomas.
- Estrato basal: es la más profunda, configurada por una sola capa de células cúbicas, con capacidad de dividirse y formar los queratinocitos y los melanocitos.

Dermis:

Es la capa de tejido conectivo que separa la epidermis de la grasa subcutánea. Sirve de sostén de la epidermis. Tiene dos capas:

Papilar y reticular, compuestas a su vez por células, fibras, nervios, vasos sanguíneos.

Papilar: en estrecho contacto con la epidermis, que suele ser regular, con y tejido laxo.

Reticular: en contacto con la hipodermis, formada por tejido conjuntivo denso con haces de fibras colágenas en todas las direcciones, pero fundamentalmente paralelas a la superficie corporal, con fibras elásticas situadas entre los haces de colágeno y entorno a los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.

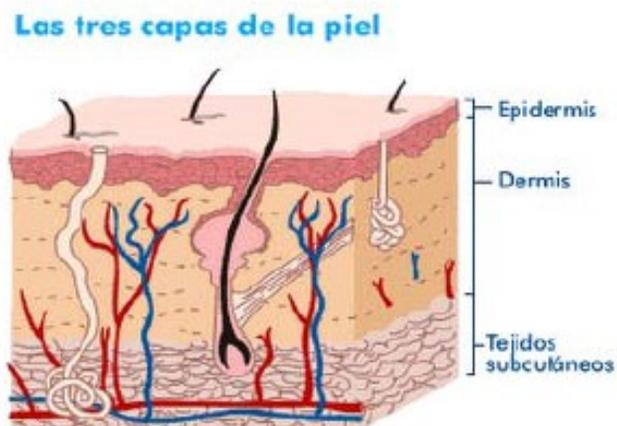
En dichas capas se extienden también la red de vasos sanguíneos que nutre la piel y las terminaciones nerviosas que permiten captar los estímulos externos: calor, frío, tacto y dolor. Tiene funciones muy importantes (20):

- Intercambio de metabolitos entre la sangre y el tejido.
- Protección contra la infección.
- Reparación de las lesiones.
- Inhibición de la mitosis epidérmica, evitando los carcinomas.

Hipodermis:

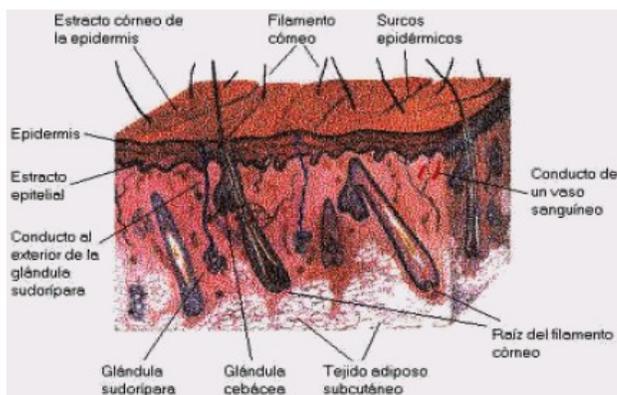
Es la capa de tejido subcutáneo en sí, formada por adipocitos, que producen y almacenan a su vez grasa. Su función principal es la reserva de energía.

Figura 3 Capas de la piel.



Fuente: capas de la piel en: <http://www.monografias.com/trabajos29/tacto/image1056.gif> (20/9/16)

Figura 4 Anexos de la piel



Fuente: Anexos de la piel :<http://www.monografias.com/trabajos29/tacto/image1056.gif> (20/9/16)

4.5 Úlceras por presión

Contexto de las Úlceras por Presión

El tema de las UPP cada día se convierte en un tema de salud pública de alto interés y aún más en los sistemas de salud del mundo, puesto que hace parte de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería, tema que nos compete a todos los profesionales de salud.

Particularmente, en Colombia, la presencia de UPP en pacientes hospitalizados en las prestadoras de salud es considerado un evento adverso trazador de la calidad de atención. Documento en la resolución 14446 de 2006 el evento adverso trazador estado asociado a falencias en la calidad de la atención, sin poder afirmar que esa sea la causa. Sin embargo, si es una señal de que con alta probabilidad alguna de los procesos de atención no están funcionando bien y evidencia la necesidad de revisión (21).

Tema de alto interés para los profesionales de enfermería para tener un conocimiento más aproximado a la realizada de nuestro país y para crear medidas encaminadas a la prevención de las UPP.

Concepto de Úlcera por Presión

Se entiende por úlcera por presión como "una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se establecen, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso". Su principal causa radica en la presión mantenida entre dos planos duros (el primero que hace relación a las prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el segundo que se refiere a los planos externos al sujeto tales como la cama, silla, zapatos entre otros) y la tolerancia del tejido a ésta (22).

Es importante destacar que, la presión mantenida implica fuerzas mecánicas externas como son la fricción, el rozamiento y el cizallamiento y que dichas fuerzas guardan una estrecha relación con el tiempo de exposición, "las presiones provocan necrosis tisular en poco tiempo y la baja presión necesitan de un tiempo de exposición mucho mayor" (23).

La presencia de las UPP cobra importancia si se tiene en cuenta que la piel es el órgano más externo de los seres humanos, y tiene la particularidad de renovarse a

sí misma, convirtiéndose en una barrera defensiva que aísla y al mismo tiempo, relaciona el medio interno con el medio exterior.

Etiología de las Úlceras por Presión

En la producción de las UPP intervienen dos factores relacionados. Por una parte, existe un factor extrínseco, que se refiere a la presión que se realiza sobre un tejido concreto y que representa el motivo primordial para desarrollar la patología ulcerosa.

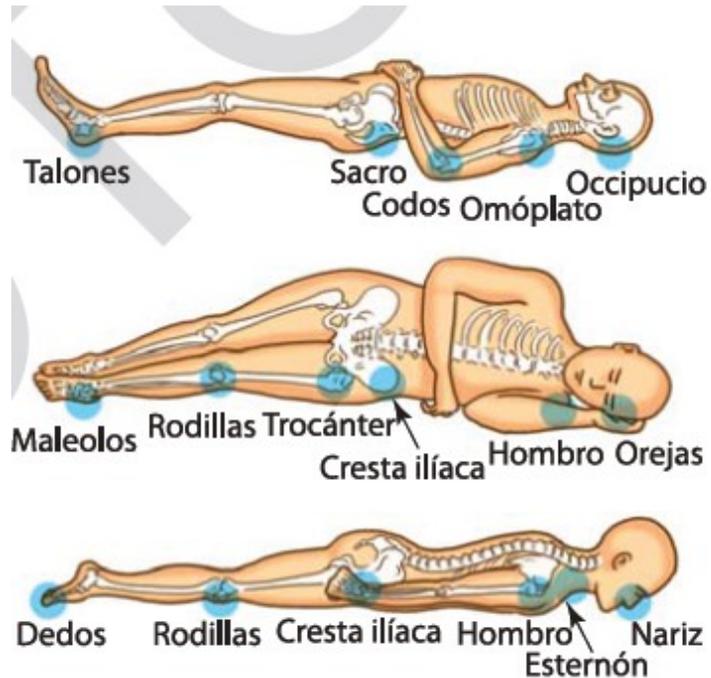
Por otra parte, se distingue un factor intrínseco, individual, que es en sí la respuesta biológica de cada organismo a la presión.

- **Factor Extrínseco**

La 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 (24). El aplastamiento tisular, ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos pudiendo producir necrosis si el fenómeno es persistente. Usualmente la presión se hace mayor en las zonas próximas al hueso y disminuye gradualmente hacia la periferia, lo que genera necrosis de los tejidos de zonas más profundas, próximas al hueso y no en la superficie cutánea.

Figura 5 Fuerzas de presión



Fuente: *Manual CTO Enfermería*. CTO Editorial, Madrid.

La fricción

Es una fuerza tangencial que actúa de forma paralela a la piel y que se origina como producto del roce con una superficie por movimiento, tracción o arrastre; como cuando, por ejemplo, se desplaza el paciente en la cama sin tener en cuenta separar el cuerpo del colchón o las arrugas de la ropa que en si contribuyen al aumento de presión en las zonas expuestas.

Cizallamiento

Se denomina cizallamiento a las fuerzas tangenciales que combinan los efectos de presión y fricción y que se ejercen en sentido contrario al desplazamiento del

paciente sobre un plano duro. Esta situación tiene lugar con frecuencia cuando un paciente está sentado y resbala lentamente hacia abajo; la piel queda entonces adherida en cierto modo a la cama o al sillón. Estas fuerzas tangenciales originan una hipoperfusión e hipoxia porque angulan los vasos sanguíneos reduciendo su aporte y produciendo además importantes daños en la zona de la unión entre la epidermis y la dermis que está muy vascularizado (24).

Humedad

Si la piel está húmeda por sustancias como sudor, orina o cualquier otro líquido, aumenta el riesgo de desarrollar una úlcera ya que favorecen la maceración de la piel, con el consiguiente riesgo de erosión cutánea e infección.

Irritantes químicos

Sustancias como la orina y las heces contribuyen, además, por sus componentes tóxicos e irritantes para la piel, a la formación de lesión, ya que la área de la orina puede degradar y activar algunas enzimas fecales con gran capacidad de irritación para la piel en el caso de una incontinencia mixta. También los irritantes pueden ser jabones inadecuados, alcoholes, antisépticos, etc. Todos estos irritantes pueden alterar la flora bacteriana y con ello, las defensas de la piel (25).

- **Factor Intrínseco**

Incluye todos los factores inherentes al sujeto y que lo predisponen a presentar úlceras por presión. Son denominados también factores de riesgo, se clasifican así en 4 grupos:

Factores fisiopatológicos:

Surgen como consecuencia de diferentes problemas de salud (26).

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia especialmente hipoalbuminemia y deshidratación. Los estados de mala nutrición retardan en general la cicatrización de las heridas.
- El déficit de vitamina C produce alteraciones en la síntesis del colágeno. Los oligoelementos, como el hierro, el cobre, el zinc, son elementos necesarios para la correcta síntesis del colágeno además de favorecer el proceso de cicatrización y sistema inmunológico.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección, enfermedades autoinmunes.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma inducido por fármacos o patológico que se asocian a disminución de la movilidad o pérdida de la sensibilidad.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis, anestesia.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.

Clasificación de las Úlceras por Presión

Aunque se han descrito diferentes clasificaciones de las úlceras por presión, basadas fundamentalmente en la profundidad y el grado de destrucción de las estructuras profundas, la presente clasificación se hace basada en la evolución clínica de la úlcera, que permite, por un lado, establecer una serie de criterios básicos del tipo de tratamiento a realizar en cada una de las fases (profilaxis, tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico), y, por otro lado, desterrar la tendencia a considerar las úlceras por presión sólo en términos de su cronicidad, siendo un proceso evolutivo.

Grado I o fase de eritema

Caracterizada por un enrojecimiento persistente sobre una prominencia ósea, que no palidece al presionar o al desaparecer la presión durante 30 segundos, manteniéndose la piel sin solución de la continuidad. Este eritema indica que se ha llegado al límite de tolerancia de la piel a la presión, por eso, esta fase constituye el punto de alarma inicial para la formación de una ulceración, y representa la única fase reversible de la misma.

Las pieles oscuras pueden adquirir otras tonalidades tonos azules o morados. La aparición de calor, edema induración o compactación con características que pueden orientar a diferenciarlas.

Durante ésta etapa, si se elimina la presión persistente, es posible evitar la aparición de una necrosis tisular profunda que constituiría el punto de partida de una UPP. Por eso, durante esta fase, los esfuerzos terapéuticos deben ir encaminados a la prevención.

Grado II.

Piel con pérdida de solución de continuidad y del grosor que afecta a epidermis y dermis superficial o a ambas. La úlcera es superficial y tiene el aspecto de una abrasión o excoiación, de una ampolla (flictena) o de un cráter superficial.

Grado III

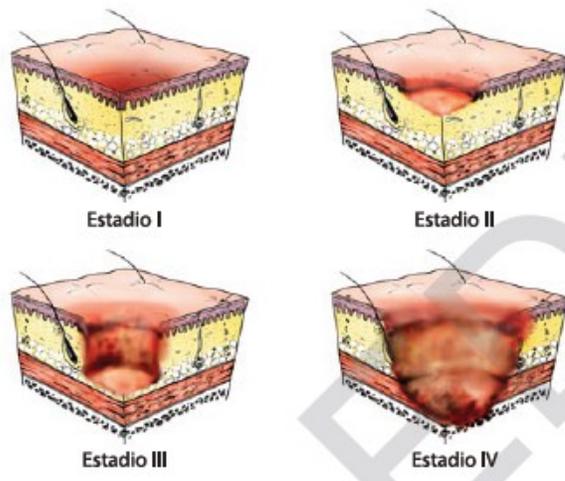
Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente. La úlcera se presenta clínicamente con un cráter profundo.

Grado IV

Pérdida total del grosor de la piel con extenestrassa necrosis del tejido o lesión en el musculo, hueso o en estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.).

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Figura 6 Clasificación úlceras por presión.



Fuente: *Manual CTO Enfermería*. CTO Editorial, Madrid.

4.6 Valoración Clínica

Es esencialmente interdisciplinaria, desempeñando el personal de enfermería un papel primordial.

Valoración del paciente

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención. Este riesgo debe ser revalorado a

intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en el nivel de actividad o movilidad. La escala de Braden y la escala de Norton, son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar UPP. La escala de Braden tiene una sensibilidad del 83-100% y una especificidad del 64-77%; la escala de Norton tiene una sensibilidad del 73-92% y una especificidad del 61-94%. Otras escalas son: Waterlow, Arnell.

Valoración de la lesión

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesaria una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:

- Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.
- Estadio o grado: tiene en cuenta su aspecto externo.
- Medir: longitud y anchura, utilizando una cinta métrica.
- Cantidad de exudado: estimar la cantidad, identificar el grado de olor y purulencia.
- Tejido de la úlcera: Tejido existente en el lecho ulceral, si existe tejido de epitelización, de granulación, esfacelado y/o necrótico, y tunelizaciones o fístulas.
- Tejido necrótico: tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o a los bordes de la herida que puede ser más fuerte o débil que la piel perilesional.
 - Esfacelos: tejido amarillo o blando que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido.
 - Tejido de granulación: tejido rojo o rosáceo con apariencia granular húmeda y brillante.

- Tejido epitelial: en úlceras superficiales nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.
- Cicatrizado /reepitelizado: la herida está completamente cubierta de epitelio (nueva piel).
- Estado de la piel perilesional: diferenciar la celulitis del eritema circunferencial que rodea la mayoría de las heridas en vías de cicatrización; buscar dolor, calor y enrojecimiento.
- Presencia o ausencia de dolor relacionado con la lesión (27).

4.7 Complicaciones

Pueden dividirse en primarias y secundarias:

Complicaciones primarias:

- **Locales:** originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida. Los patógenos más frecuentes son gérmenes gramnegativos, anaerobios y staphilococo aureus meticilin resistente. La osteomielitis se debe sospechar ante úlceras de evolución tórpida, sepsis, leucocitosis sin otra causa o VSG mayor o igual a 120 mm/h. Otra de las complicaciones que puede condicionar el manejo y tratamiento es el dolor.
- **Sistémicas:** entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento.

Complicaciones secundarias

Algunas son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia.

4.8 Prevención

El objetivo inicial en la lucha contra las UPP es evitar su aparición.

Cuidados de la piel

El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar:

- Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.
- Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel.
- Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío).
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.
- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

Movilización

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

Cambios posturales

- Se realizarán cada 2-4 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión. Seguirán un orden rotatorio.
- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 minutos.
- No arrastrar al paciente.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.
- Evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral directamente.
- No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni occipital.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y
- Vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir úlceras iatrogénicas.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines,
- Almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.
- Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.
- Se considera necesario utilizar un colchón reductor de presión en aquellos casos de alto riesgo y si fuera posible se haría extensivo su uso a los casos de riesgo moderado.

Superficies especiales de apoyo

Se refiere a superficies especiales de apoyo, como aquellas que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión.

A los pacientes con riesgo de desarrollar UPP se debe colocar un dispositivo de apoyo que disminuya la presión. Existen dos tipos (28):

- ✓ Estáticas: espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- ✓ Dinámicas: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado.

Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados para la prevención de las UPP. Se tomaría en consideración una superficie dinámica ante dos situaciones:

Tocar fondo: cuando la superficie estática comprimida mide menos de 2,5 cm.

Paciente con alto riesgo de UPP y con hiperemia reactiva en una prominencia ósea, a pesar del uso de una superficie estática de apoyo.

Movilizaciones Pasivas y/o Activas

Aumentan el tono vascular, cutáneo y muscular. Se realizarán cuando el paciente esté en decúbito supino, movilizándolo hombros, codos y muñecas, caderas, rodillas y tobillos. Se aprovechará la hora del baño para realizarlos e hidratar la piel, y una vez por turno.

Nutrición

La Alteración de nutrición por defecto o exceso influirá en la aparición de UPP, su conocimiento contribuye a promover hábitos dietéticos (28).

4.9 Tratamiento

El mejor tratamiento para las UPP es la prevención, pero una vez aparecida la lesión se debe encontrar el más apropiado manejo para tratarlas, pues de esto depende que se cure la lesión y evitar complicaciones mayores.

En primera instancia debemos conocer la fisiología del proceso de cicatrización de la piel para cualquier herida. Este proceso consta de 4 etapas.

- **Hemostasia:** consiste en una vasoconstricción local luego se forma un tapón mediante agregación plaquetaria en los vasos dañados, desencadenándose la cascada de la coagulación; se inicia a la vez una respuesta inmune y hay liberación de interleucinas iniciándose a la vez la fase temprana de la inflamación.
- **Fase inflamatoria:** es la fase que va desde el momento de producida la lesión hasta el 2° y 4° día, si la herida lleva su curso normal, en esta fase participan todos los glóbulos blancos principalmente leucocitos. Terminadas las primeras 12 a 24 horas empieza aparecer la sintomatología clínica como es la inflamación, enrojecimiento, edema, calor y dolor.
- **Fase proliferativa:** su comienzo es más o menos en el 5° día y va hasta 2-3 semanas después, como su nombre lo indica ocurre la proliferación vasos sanguíneos y comenzando la reepitelización con la formación de tejido de granulación.
- **Fase de remodelación:** comienza a las 2 semanas y puede extenderse hasta el año, inicia con la formación de colágeno de forma ordenada para formar el tejido cicatrizal.

Para que éste proceso de pueda dar de forma adecuada requiere de una combinación de elementos relacionados tanto con el individuo como con el ambiente. Algunos de esos factores que pueden influir negativamente en este proceso son:

- ✓ Edad avanzada.

- ✓ Nutrición, déficit de algunas vitaminas A, C, E y proteínas.
- ✓ Algunas patologías como lo son diabetes, problemas cardiopulmonares, inmunológicos.
- ✓ Algunos tratamientos como en el caso de la quimioterapia, uso de AINES, anticoagulantes o medicamentos vaso activos.
- ✓ Infección local.
- ✓ Curación de heridas con soluciones no aptas como son las soluciones yodadas (29).

4.10 Curaciones

Dependen del estadio de la lesión, la presencia o no de infección o de cavitación. Conviene mantener el mismo tipo de curación una o dos semanas antes de ver si ésta es efectiva o no, y valorar situaciones concomitantes que retrasen la buena evolución de la úlcera.

Estadio I

Limpieza de la lesión. Ácidos grasos hiperoxigenados. Evitar la presión. También están indicadas las barreras líquidas o los apósitos semipermeables, si alto riesgo de ulceración poner hidrocoloides.

Estadio II

Si hay flictena perforar con seda. Algunos autores sugieren que la irrigación con fenitoína podría mejorar la evolución de la úlcera.

Estadios III y IV

- Desbridamiento: el tejido necrótico en las úlceras favorece la infección e impide la curación, por lo que retirarlo es primordial. Hay distintos métodos no excluyentes entre sí, que se pueden usar concomitantemente.
- Cortante o quirúrgico: requiere técnica estéril. Deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano),

siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión. Si sospecha de infección y ante el riesgo de bacteriemia usar antiséptico tópico antes y después del desbridamiento. Dejándolo actuar al menos durante tres minutos, pueden disminuir la acción de la lidocaína. Prevenir el dolor con analgésico tópico, por ejemplo gel de lidocaína. Si hay alto riesgo de sangrado local, hacer hemostasia con compresión o epinefrina. Tras el desbridamiento, realizar curación de 8 a 24 horas.

- Químico o enzimático: en pacientes que no toleren el anterior. Agentes proteolíticos y/o fibrinolíticos como la colagenasa, que favorece el desbridamiento y coagulación. Se recomienda proteger la piel perilesional y curación húmeda sobre el agente desbridante.
- Autolítico: se realiza con cualquier apósito de curación húmeda y en especial los hidrogeles. Factores que favorecen la actuación de fibrinolíticos y colagenasas sobre los tejidos desvitalizados. Representa un desbridamiento más lento y menos molesto al paciente y no requiere personal especializado.
- Mecánico: en desuso por ser traumático y poco selectivo. Se trata de curaciones secas con arrancamiento del tejido al retirarlas, fricción, irrigación, etc.

Limpieza de la herida

Siempre con suero salino isotónico. No usar nunca antisépticos tópicos; son productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción. Evitar la fricción en la limpieza y el secado. Presión de lavado entre 1 y 4 kg/cm².

Curación húmeda

Las evidencias científicas disponibles muestran mayor efectividad clínica y relación coste-beneficio de la cura en ambiente húmedo, frente a la cura tradicional. El ambiente húmedo previene la deshidratación tisular y la muerte celular; promueve la angiogénesis, estimula la eliminación de fibrina y tejido muerto y permite la interacción celular y de factores de crecimiento para la cicatrización. De nuevo, para elegir el apósito, hay que valorar el paciente y la úlcera, sobre todo la presencia de infección, cavitación y/o tunelización y cantidad de exudado.

Las cavidades han de rellenarse entre la mitad y tres cuartas partes (nunca más, pues hemos de contar con el exudado que aumentará el tamaño del apósito) con productos de curación húmeda, para evitar que se formen abscesos o «cierre en falso».

La frecuencia del cambio de apósito dependerá de sus características, recursos al alcance y exudado de la úlcera.

Tipos de apósitos:

- Alginatos: placa o cinta. Absorben hasta 20 veces su peso en exudado. Rellenan cavidades. Duran hasta cuatro días.
- Poliuretanos: en film, espumas poliméricas en placa, para cavidades o con silicona. Repelen contaminantes, heridas con ligero o moderado exudado. Se puede pegar a la herida y lesionar la piel adyacente. Son semipermeables. Cambio cada 1-5 días.
- Hidrocoloides: contienen una matriz de celulosa y otros agentes formadores de gel como gelatina o pepsina; los hay en placa, en gránulos, en pasta, en fibra y en malla o tul con diversos grosores. Capacidad desbridante y favorecedora de la granulación. Absorción ligera a moderada. Impermeables a gases. Se pueden cambiar a la semana.

- Hidrogeles: primeros de almidón con alto contenido en agua. Rellenan cavidades e hidratan. En placa, en estructura amorfa, salinos y en malla o tul. Propiedades analgésicas. Desbridan y favorecen la cicatrización. No recogen mucho exudado. Cambio incluso una o dos veces por semana
- Silicona: son hidrofóbicas, para heridas en granulación, mantienen la humedad.
- Apósitos de colágeno: en heridas limpias, estimula la granulación y la hemostasia (30).

5. REFERENTE TEÓRICO

Para el desarrollo y ejecución de este proyecto de gestión, se tomó como referente la teoría de enfermería de mediano rango; teoría del confort de Katherine Kolcaba, tomada del libro modelos y teorías de enfermería, del autor Taylor SG. Ésta plantea la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de intervenciones para satisfacer esas necesidades y su posterior valoración después de su implementación como la esencia del cuidado enfermero

Katherine Kolcaba Conceptualiza el confort o comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de confort en los cuatro contextos de la experiencia (31).

Tipos de confort

1. Alivio: el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.
2. Tranquilidad: el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.
3. Trascendencia: estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona.

Contextos de la experiencia

- Físico: perteneciente a las sensaciones corporales.
- Psicoespiritual: perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, auto concepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.
- Social: se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

- Ambiental: perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas. como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un contexto y sentido específico.

Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad (GCQ).

Los receptores de las medidas de confort tienen diferentes orígenes tales como: pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

Kolcaba define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera.

Medidas de confort:

Pueden definirse como intervenciones enfermeras las diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados, por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas.

6. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto tuvo en cuenta las normas establecidas por el Ministerio de Salud en la Resolución 008430 de 1993 (32). La cual señala los lineamientos a seguir en un proyecto de estudio en salud, considerando los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, contemplando la importancia y los requisitos primordiales de la elaboración de un consentimiento informado. De igual manera será sometido a aprobación por el comité de ética de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

Se permitió que los participantes decidieran libremente si desean o no participar, respetando los principios éticos que rigen la profesión:

Beneficencia: Principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos (33).

Durante el desarrollo del proyecto se buscó en todo momento el bien del paciente y el personal de enfermería, por medio del aporte de intervenciones que eviten la presencia de lesiones en piel en los pacientes de la UCI y mejore la calidad de los cuidados brindados por enfermería.

No-maleficencia: Hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad (32).

Este proyecto no causó ningún tipo de daño a los participantes.

Autonomía: Principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales.

En este proyecto el personal de enfermería fue autónomo durante su participación en las diferentes actividades propuestas. Cada participante fue libre de asistir y para esto se aplicará el consentimiento informado.

Confidencialidad: Principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes (32).

Se preservó el anonimato sin relacionar información con individuos, sin su consentimiento total y voluntario.

Respeto: Se basó en reconocer la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones, para salvaguardar su propia dignidad o libertad (33).

De ésta manera siempre se reconoció a las personas y se tuvo respeto por las opiniones que durante el desarrollo de las actividades expresó el personal de enfermería.

Justicia: Se refirió a «la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social. Sus aspectos incluyeron las políticas que asignan beneficios diversos y cargas tales como propiedad, recursos, privilegios y oportunidades (32).

Todo el personal de enfermería de la UCI se benefició del proyecto de la misma manera, recibiendo aportes para mejorar el desempeño de la profesión y no excluir a ninguna persona para el desarrollo de las actividades.

7. MARCO METODOLOGICO

A través de la herramienta matriz del marco lógico se llevó a cabo la planificación y ejecución de éste proyecto de gestión, orientado mediante un propósito que contribuyó a mejorar el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, por medio de los cuidados integrales dirigidos al cuidado de la piel.

Tabla 1 Matriz del marco lógico

	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
OBJETIVO GENERAL	Implementar una estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.	Adherencia e implementación adecuada de la estrategia en la unidad.	Evidencia fotográfica -Mesa redonda Presentación de la Estrategia educativa en físico.	-Disposición por parte de las enfermeras para desarrollar las actividades desarrolladas en la estrategia. - Interés de la institución en implementarla. Modificaciones de actividades para mejorar el cuidado de la piel.
PROPOSITO X100	Fortalecer los cuidados brindados por enfermería a los pacientes hospitalizados en la UCI, con el fin de lograr	Número de pacientes que desarrollaron lesiones en piel. Número total de pacientes hospitalizados en la unidad durante un	-Datos estadísticos mensuales sobre la incidencia de úlceras por presión en la UCI.	-Estado físico de los pacientes al momento de ingreso a la unidad. -Edad de los pacientes

<p style="text-align: center;">X100</p>	<p>prevenir y disminuir la incidencia de las lesiones en piel.</p>	<p>periodo de tiempo.</p> <p>Número de pacientes en los que se logró prevenir UPP</p> <p>.</p> <p>Número total de pacientes hospitalizados en la unidad durante un periodo de tiempo.</p>	<p>-Registro a diario el estado de la piel de los pacientes en la sábana de enfermería.</p>	<p>-Reingresos y hospitalizaciones prolongadas.</p> <p>Enfermedades concomitantes</p>
<p style="text-align: center;">FIN</p> <p style="text-align: center;">X100</p>	<p>Mejorar el confort de los pacientes y su familia, por medio de los cuidados integrales dirigidos al cuidado de la piel.</p>	<p>Número de pacientes de la UCI de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga que manifiestan mejoría en los cuidados de enfermería.</p> <p>Número total de pacientes hospitalizados en la UCI durante el desarrollo del proyecto de gestión.</p>	<p>-Realizar una encuesta que mida el nivel de satisfacción de los pacientes hospitalizados en la UCI en cuanto al cuidado de enfermería.</p>	<p>-Estado neurológico de los pacientes.</p> <p>Acompañamiento y apoyo familiar.</p> <p>Estado emocional y cognitivo de los pacientes</p>

8. PLAN DE ACCIÓN

Objetivo N1

Socialización de la estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel; que incluya los cambios de posición correctos y anatómicos.

Tabla 2. Socialización de la estrategia educativa

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>-Elaboración de la estrategia que incluya de posiciones correctas y anatómicas.</p> <p>-Socializar con el personal de enfermería. _____X 100</p> <p>- Mostrar evidencia fotográfica de pacientes hospitalizados en la UCI con posiciones no anatómicas.</p> <p>-Anexar al respaldo de cada tabla del paciente un volante sobre los cambios de posición correctos y anatómicos.</p>	<p>Número de enfermeros que participaron en la actividad de socialización de la estrategia.</p> <p>Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>	<p>HUMANO: Responsables del proyecto.</p> <p>-Enfermeras que trabajan en la UCI de los Comuneros HUB.</p> <p>MATERIALES:</p> <p>Papel. Impresiones, Tinta Marcadores Volantes Tabla de pacientes.</p> <p>FÍSICO: UCI Los Comuneros, salón, sillas.</p>	<p>Evidencia fotográfica</p> <p>Análisis de la participación y aporte de cada una de las enfermeras durante la Actividad.</p> <p>Volante</p>	<p>Disposición de las enfermeras para participar en la actividad.</p> <p>Aporte del personal de enfermería para el desarrollo de la estrategia.</p> <p>Asistencia de las enfermeras a la socialización</p>

Objetivo N2

Fomentar en el personal de enfermería el cambio de pañal de forma oportuna y la utilización de los dispositivos para la incontinencia urinaria.

Tabla 3 Actividades uso de los dispositivos para la incontinencia.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>-Taller didáctico sobre el correx 100 de los dispositivos para la incontinencia.</p> <p>-Entrega de láminas con fotografías con el fin de saber que decisiones tomaría en cuanto a la situación plasmada en la imagen.</p> <p>X 100</p>	<p>Número de enfermeros que participaron en el análisis de la situación</p> <p>Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo.</p> <p>Número de enfermeros que participaron en la demostración del uso correcto dispositivos para la incontinencia.</p> <p>Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>	<p>HUMANO: Responsables del proyecto.</p> <p>-Enfermeras que trabajan en la UCI de los Comuneros HUB.</p> <p>MATERIALES: Fotografías, Casos clínicos fotocopias Marcadores. Pañales, urofunda y sondas vesicales.</p> <p>FÍSICO: UCI Los Comuneros, salón, sillas</p>	<p>Evidencia fotográfica</p> <p>Casos clínicos</p> <p>Análisis de la participación y aporte de cada una de las enfermeras durante la actividad.</p>	<p>Disposición y disponibilidad del personal.</p> <p>Conocimientos previos sobre el tema.</p>

Objetivo N3

Demostrar a la enfermera la importancia de realizar la valoración completa de la piel del paciente durante la entrega y recibo de turno.

Tabla 4 Valoración del paciente

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>1. Análisis de caso de paciente que no se les realizó la valoración de enfermería completa present^{X 100} en piel.</p> <p>2. Registrar durante la entrega de turno en la sábana de enfermería como se encuentra el estado de la piel y diligenciar la escala de Braden para identificar los pacient^{X 100} riesgo de desarrollar lesiones en piel.</p>	<p>Número de enfermeros que participaron en el análisis de caso.</p> <p>Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo.</p> <p>Número de enfermeros que registran en la sábana de enfermería el estado de la piel.</p> <p>Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>	<p>HUMANO: Responsables del proyecto.</p> <p>-Enfermeras que trabajan en la UCI de los Comunereros HUB</p> <p>MATERIALES: Fotocopias del caso.</p> <p>Lapiceros</p> <p>Sábana de enfermería.</p> <p>FÍSICO: UCI Los Comunereros, salón, sillas</p>	<p>Evidencia fotográfica.</p> <p>Análisis del caso con el personal de enfermería.</p>	<p>Disposición de las enfermeras para participar en la actividad.</p>

Objetivo N°. 4

Enseñar a la enfermera a evaluar en los pacientes la intolerancia a los cambios de posición con el fin de garantizar el confort.

Tabla 5. Evaluación intolerancia cambios de posición del paciente

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>-Elaboración de un folleto que describa los principales signos y síntomas de la intolerancia a los cambios de posición.</p> <p>-Entrega del folleto al personal de enfermería.</p>	<p>Número de enfermeros que reciben el folleto.</p> <p>Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>	<p>HUMANO: Responsables del proyecto.</p> <p>-Enfermeras que trabajan en la UCI de los Comunereros HUB</p> <p>MATERIALES : Papel. Lapiceros. Tablero. Marcadores</p> <p>FISICO: UCI Los Comunereros, salón, sillas</p>	<p>Evidencia fotográfica</p> <p>Folleto en físico</p> <p>Participación y aporte de cada una de las enfermeras sobre las posibles soluciones para los cuidados de la piel de los pacientes con intolerancia a los cambios de posición.</p>	<p>Disposición y disponibilidad del personal para la participación y desarrollo de la actividad.</p>

Objetivo N°. 5

Incorporar a la familia de los pacientes en los cuidados de la piel como lubricación e higiene, desarrollando un vínculo de confianza entre familia, enfermera y paciente.

Tabla 6. Importancia de la familia de los pacientes en los cuidados de la piel

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
-Elaborar y aplicar una encuesta a los familiares de algunos pacientes, sobre X 100 perspectiva que tiene en cuanto a su vinculación y participación en los cuidados de la piel.	Número de familiares que desarrollaron la encuesta. Total de familiares que visitan a los pacientes en ese periodo de tiempo.	HUMANO: Responsables del proyecto. -Enfermeras que trabajan en la UCI de los Comuneros HUB. MATERIALES : Fotocopias de la encuesta. Lapiceros marcadores Tablero.	Evidencia fotográfica. Encuesta Consolidado de la lluvia de ideas.	Disposición de las enfermeras para participar en la actividad y para el trabajo incluyente con la familia. Disposición de los familiares para el diligenciamiento de la encuesta.
-Socializar con los enfermeros, los resultados de la encuesta.	Número de enfermeros que participaron en la lluvia de ideas.	FISICO: UCI Los Comuneros, salón, sillas		
-Lluvia de ideas donde el personal de enferX 100 exprese los factores que no permiten el correcto desarrollo del vínculo con la familia.	Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo.			

9. DESARROLLO PLAN DE ACCION

OBJETIVO No. 1.

Socialización de la estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel; que incluya los cambios de posición correctos y anatómicos.

ACTIVIDAD

- Elaboración de la estrategia que incluya posiciones correctas y anatómicas.
- Socializar con el personal de enfermería.
- Mostrar evidencia fotográfica de pacientes hospitalizados en la UCI con posiciones no anatómicas.
- Divulgación sobre los cambios de posición correctos y anatómicos a través de un volante.

Tiempo: 30 min.

Lugar: sala de juntas UCI.

Número de sesiones: Se realizaron 3 durante el turno del día 16 de octubre en la noche y los días 19 y 20 de octubre en el día.

Responsables: Karina Gallardo y Leidy Rincón.

Introducción: Se realizaron una socialización al personal de enfermería sobre los cambios de posición y su importancia para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

Desarrollo de la actividad: Se realizaron 3 jornadas; después de la entrega de turno en la sala de juntas de la UCI con el personal de enfermería que recibe y entrega turno y se explicará a través de un mapa mental las posiciones correctas y anatómicas para los pacientes en cada cambio de posición. Se proyectaron fotografías donde se evidenciaron pacientes con posiciones no anatómicas.

Se pegaron en la tabla de cada paciente el volante donde está plasmado el mapa mental.

Evaluación: Se realizó el juego de alcance una estrella en el cual se hicieron unas preguntas sobre el tema expuesto con el fin de evaluar la comprensión de la información brindada.

PREGUNTAS:

1. ¿Cuáles son las prominencias expuestas a mayor presión en la posición de cubito supino?
2. Describa con sus palabras la posición de cúbito lateral derecho o izquierdo
3. Cuáles son los principales factores que influyen en el desarrollo de úlceras por presión?
4. Cuáles son las partes anatómicas que tienen mayor riesgo de sufrir úlceras por presión?

OBJETIVO No. 2

Fomentar en el personal de enfermería el cambio de pañal de forma oportuna y la utilización de los dispositivos para la incontinencia urinaria.

ACTIVIDAD

- Realización de un taller didáctico en el cual se demostrará el correcto uso de los dispositivos para la incontinencia urinaria.
- Entrega de láminas con fotografías con el fin mostrar las lesiones genitales que se pueden generar por el mal manejo y uso de estos dispositivos.
- Juego tingo tingo tango, con el fin de realizar preguntas sobre el tema socializado.

Tiempo: 30 min.

Lugar: sala de juntas UCI.

Numero de sesiones: Se realizaron 3 sesiones el día 20 de octubre en el turno del día, 23 de octubre en el turno de la noche.

Responsables: Karina Gallardo y Leidy Rincón.

Introducción: Se hizo una demostración didáctica sobre el uso adecuado de los dispositivos para el control de la incontinencia urinaria al personal de enfermería, recordando las lesiones que se pueden generar por su uso inadecuado y a través de una serie de preguntas se analizó la comprensión de la información brindada.

Desarrollo de la actividad: En la sala de juntas de la UCI, se realizó el taller didáctico, en el cual se enseñó el uso y manejo correcto de los diferentes dispositivos para el control de la incontinencia urinaria, se enseñaron láminas fotográficas donde se mostraron lesiones genitales asociadas al mal uso de estos dispositivos.

Evaluación: Por medio de la realización del juego tingo tingo tango se realizarán preguntas previamente elaboradas sobre el tema

1. Enuncie tres cuidados de enfermería para los pacientes que tengan sonda vesical.
2. Enuncie tres cuidados de enfermería para los pacientes que tengan colector de orina externo.
3. ¿En qué tipo de paciente estaría indicado el uso del colector de orina externo?
4. Explique con sus palabras cómo se realiza la fijación del colector o urofunda en el pene.

OBJETIVO No. 3

Demostrar a la enfermera la importancia de realizar la valoración completa de la piel del paciente durante la entrega y recibo de turno.

Actividad:

- Análisis de un caso clínico de un paciente que no se le realizó la valoración de enfermería completa y presentó lesión en piel.
- Durante la entrega de turno se registre en la sábana de enfermería como se encuentra el estado de la piel y el diligenciamiento diario de la escala de Braden para identificar los pacientes en riesgo de desarrollar lesiones en piel.

Tiempo: 30 min.

Lugar: sala de juntas UCI.

Numero de sesiones: Se realizaron 3 sesiones los días 20, 23 y 24 de octubre después de la entrega de turno en la sala de juntas.

Responsables: Karina Gallardo y Leidy Rincón.

Introducción: Se realizó el análisis de un caso clínico de un paciente que desarrollo lesiones en piel con el fin de identificar posibles fallas en la calidad de la atención, posterior a esto se recalcó la importancia del diligenciamiento diario de la escala braden por parte del personal de enfermería para realizar una identificación oportuna de los pacientes que se encuentran en riesgo de desarrollar lesiones en piel y generar acciones que disminuyan su incidencia.

Desarrollo de la actividad: En la sala de juntas de la UCI, se realizara análisis de un caso clínico de un paciente que ingreso con una zona de presión y evolucionó a UPP y no se detectó a tiempo en la valoración realizada por el personal de enfermería.

Evaluación: Se realizó el juego del Dado preguntón con el fin de realizar preguntas sobre la situación planteada para identificar falencias y generar el hábito de revisar el estado de la piel de cada paciente.

1. ¿Qué complicaciones cree usted que tendrá este paciente con el desarrollo de la úlcera por presión?

2. Enuncie aspectos que influyen en el personal de enfermería para que no se realice una valoración completa de la piel durante la entrega de turno.
3. Enumere los 5 ítems de la escala de braden.
4. ¿Qué cuidados brindaría al paciente para minimizar el discomfort generado por la lesión en piel?
5. Enuncie tres factores que predisponen a este paciente a sufrir lesiones en piel.

OBJETIVO No. 4

Enseñar a la enfermera a evaluar en los pacientes la intolerancia a los cambios de posición con el fin de garantizar el confort.

Actividad:

- Realizar entrega al personal de enfermería de un folleto que describa los principales signos y síntomas de intolerancia a los cambios de posición.

Tiempo: 30 min.

Lugar: UCI Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

Numero de sesiones: Se realizaron 3 sesiones los días 1, 2, y 3 de noviembre después de la entrega de turno en la sala de juntas de la UCI.

Responsables: Karina Gallardo y Leidy Rincón

Introducción: Se realizó entrega de un folleto que enuncie los principales signos y síntomas de intolerancia a los cambios de posición al personal de enfermería de la UCI, con lo que se espera favorecer la comodidad y el bienestar del paciente; y prevención del desarrollo de lesiones de piel.

Desarrollo de la actividad: Se realizó la entrega de un folleto que describe los principales signos y síntomas de intolerancia a los cambios de posición al personal de enfermería de la UCI de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga

Evaluación: Se realizaron 3 preguntas alusivas al tema para conocer si fue clara la información transmitida a través del folleto.

1. ¿Qué cambios de posición garantizan más confort al paciente?
2. ¿Qué signos de intolerancia se identificaron en el folleto?
3. ¿Qué signos no conocía que indicaban disconfort en el paciente?

OBJETIVO No. 5

Fomentar en la enfermera la incorporación de la familia en los cuidados de la piel como lubricación e higiene, desarrollando un vínculo de confianza entre familia, enfermera y paciente.

Actividad:

- Elaborar y aplicar una encuesta a los familiares de algunos pacientes, sobre la perspectiva que tiene en cuanto a su vinculación y participación en los cuidados de la piel.
- Socializar con los enfermeros, los resultados de la encuesta.
- Lluvia de ideas donde el personal de enfermería exprese los factores que no permiten el correcto desarrollo del vínculo con la familia.

Tiempo: 30 min.

Lugar: sala de juntas UCI.

Numero de sesiones: 3 sesiones, realizadas los días 8, 9, y 10 de noviembre después de la entrega de turno en la sala de juntas de la UCI.

Responsables: Karina Gallardo y Leidy Rincón.

Introducción: Se socializará al personal de enfermería los resultados de la encuesta previamente aplicada a los familiares de los pacientes hospitalizados en

la UCI. Se hará una lluvia de ideas para identificar factores que dificultan el desarrollo del correcto vínculo con la familia y se analizará si la inclusión de los familiares en los cuidados básicos como hidratación de la piel, higiene, movilización en cama; alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata mejorando su bienestar.

Desarrollo de la actividad: Inicialmente se aplicó una encuesta a los familiares de algunos pacientes para conocer su opinión sobre la posible vinculación en los cuidados básicos de la piel, posterior a esto se analizó la información en la sala de juntas de la UCI con el personal de enfermería y se realizó una lluvia de ideas donde el personal de enfermería expresó los factores que no permitieron el correcto desarrollo del vínculo con la familia.

10. PRESUPUESTO

Tabla 6 Presupuesto

Descripción	Unidades	Horas	Costo Unitario	Subtotal	Total
Recurso Humano					
Gestoras del proyecto	3	200	\$15.000	\$3.000.000	
Director de Proyecto	1	100	\$30.000	\$3.000.000	
Digitador (HOJAS)	150	0	\$1.000	\$150.000	
Insumos					\$ 6.150.000
Fotocopias(HOJAS)	200	0	\$50	\$10.000	
Materiales y suministros.					10.000
C-D	1	0	\$5.000	\$5.000	
Papel Bond (Resmas)	3	0	\$15.000	\$45.000	
Tinta de impresora negra	1	0	\$80.000	\$80.000	
Tinta de impresora color	1	0	\$90.000	\$90.000	
Empastada	3	0	\$15.000	\$45.000	
Marcadores	10	0	\$2.500	\$25.000	
Recurso Locativo-sala de juntas UCI			0	0	
Transporte	1	0	\$350.000	\$350.000	
Imprevistos.				\$100.000	\$ 740.000
TOTAL					\$6.900.000

12. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el desarrollo del proyecto de gestión “Cuidando la piel a través del confort”, que se llevó a cabo en la UCI de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, participaron 30 enfermeras (os), aunque el grupo total es de 36 al llevar a cabo las actividades, no se pudo contar con la participación total de estos ya que dos personas se encontraban de vacaciones, uno en licencia de maternidad, uno incapacitado y las dos enfermeras gestoras del proyecto.

OBJETIVO GENERAL

Implementar una estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

Se desarrolló una estrategia educativa por medio de la aplicación de sesiones y talleres didácticos, en total fueron 5 sesiones, en las que los enfermeros de forma dinámica participaron del desarrollo de las actividades propuestas, con la finalidad de fortalecer los cuidados brindados a los pacientes hospitalizados en la UCI, para lograr prevenir y disminuir la incidencia de las lesiones en piel.

En la UCI en total laboran 36 enfermeras(os), sin embargo se contó con una población objeto de 30 personas, con la disponibilidad de las que estaban en turno y las que entregaban, finalmente se desarrollaron las actividades con alrededor de 15 enfermeros por sesión, algunas lograron estar en la totalidad de las sesiones educativas.

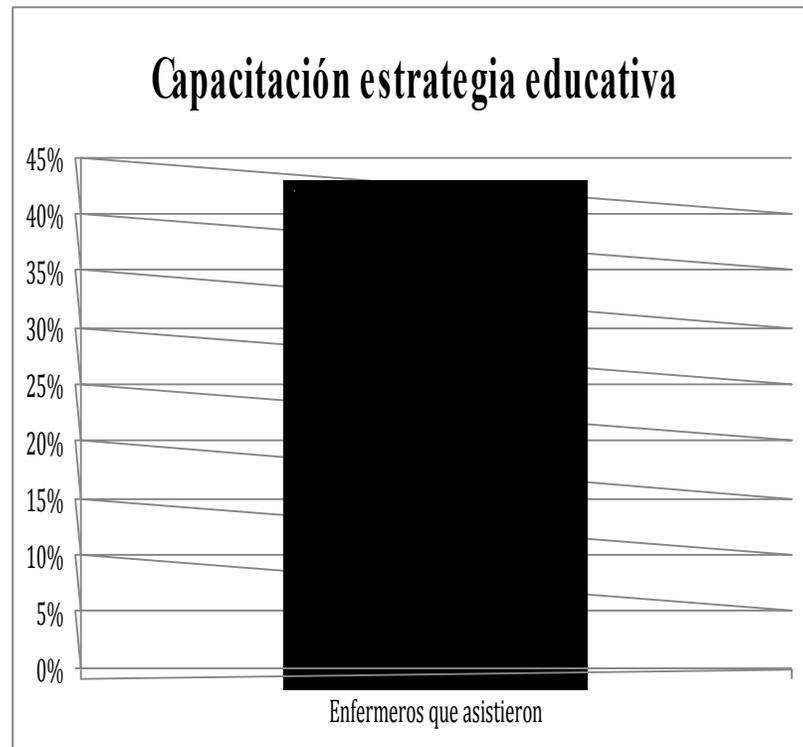


Del total de enfermeros de la UCI, el 83% se logró capacitar, mejorando el cuidado de la piel de los pacientes hospitalizados en la UCI.

PLAN DE ACCIÓN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

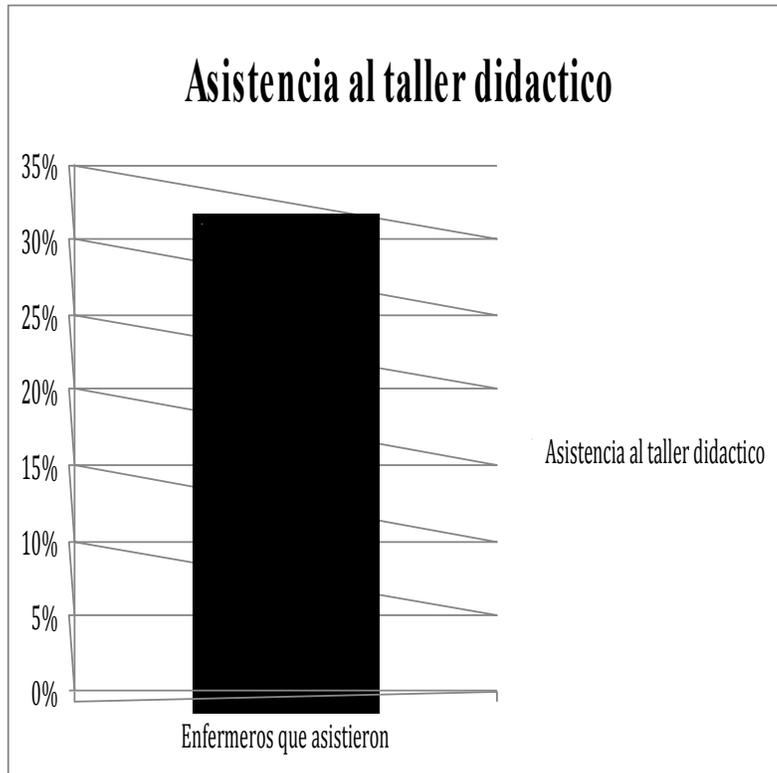
1. Socializar la estrategia educativa dirigida al personal de enfermería para mejorar el cuidado de la piel; que incluya los cambios de posición correctos y anatómicos.



Con respecto a los resultados encontrados en la ejecución de la primera actividad se capacitó el 29% de los enfermeros, se identificó que tenían claro cuáles son las prominencias expuestas a mayor presión en la distintas posiciones, pero algunas falencias en la correcta alineación corporal evidenciado fotográficamente en algunos pacientes hospitalizados en la unidad.

Se utilizó la estrategia educativa de información nueva por medio de organizadores gráficos tipo cuadro sinóptico, donde se plasmaron de forma didáctica los cambios de posición correctos y anatómicos, se dejó evidencia al respaldo de cada tabla de la historia clínica del paciente.

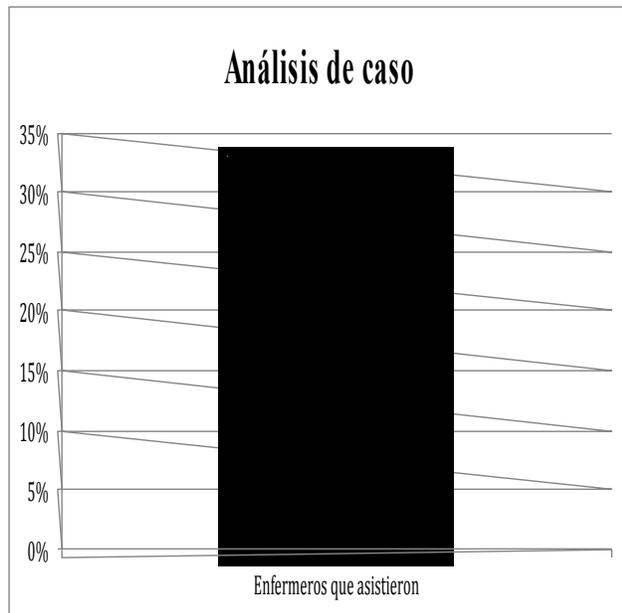
2. Fomentar en el personal de enfermería el cambio de pañal de forma oportuna y la utilización de los dispositivos para la incontinencia urinaria.



El 31% de los enfermeros asistió al taller didáctico en el cual se demostró el correcto uso de los dispositivos para la incontinencia urinaria, se pudo observar que los enfermeros en su mayoría no tenían claro el tipo de paciente en el que se usa el colector de orina externo como tampoco los cuidados en la colocación y mantenimiento del dispositivo, se enseñó a través del taller y se permitió que el personal hiciera la práctica. Al mismo tiempo se entregaron láminas con fotografías con el fin mostrar las lesiones genitales, algunas desarrolladas por los pacientes en la UCI.

Por último se evaluó la actividad a través del juego tingo tingo tango, se resolvieron y aclararon dudas respecto al tema tratado en la actividad.

3. Demostrar a la enfermera la importancia de realizar la valoración completa de la piel del paciente durante la entrega y recibo de turno.

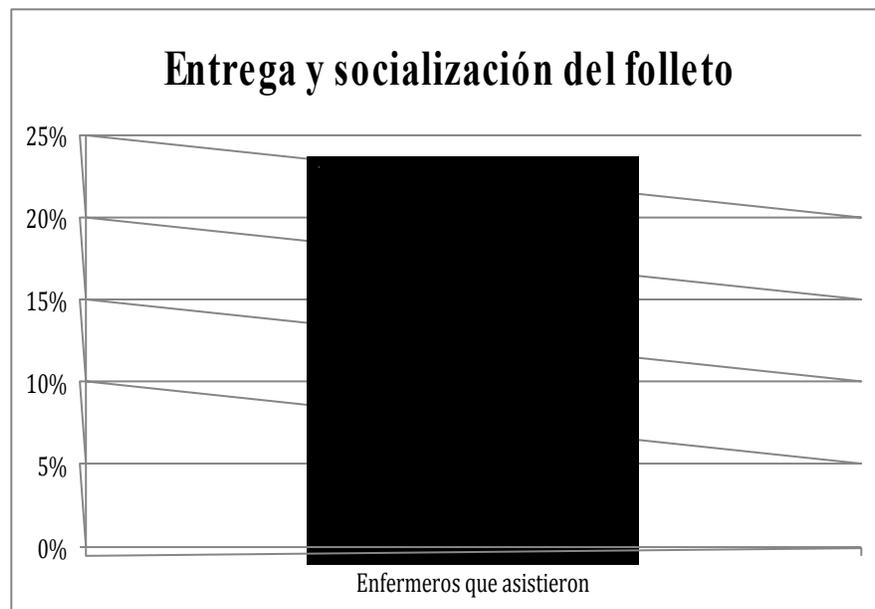


En el desarrollo de esta actividad asistió el 33% de los enfermeros, se socializó un caso clínico de un paciente hospitalizado en la UCI a quien no se le realizó valoración completa de la piel y presentó lesión. Se analizaron las complicaciones del paciente con el desarrollo de la UPP. A su vez se evidenció que algunos de los factores que influyen en el personal para que no se realice una valoración completa de la piel durante la entrega de turno es el exceso de confianza en la entrega de los compañeros y la entrega de turno por separado entre auxiliares de enfermería y enfermeros.

Se realizó el juego del “Dado preguntón” con el fin de realizar preguntas sobre la situación planteada, identificar falencias y generar el hábito de revisar el estado de la piel de cada paciente.

Por último, se logró fomentar la cultura de registrar en la sábana de enfermería durante la entrega de turno el estado de la piel del paciente, el 43% de los enfermeros la diligenció, este seguimiento se realizó durante el período de tiempo que duro la ejecución de las actividades.

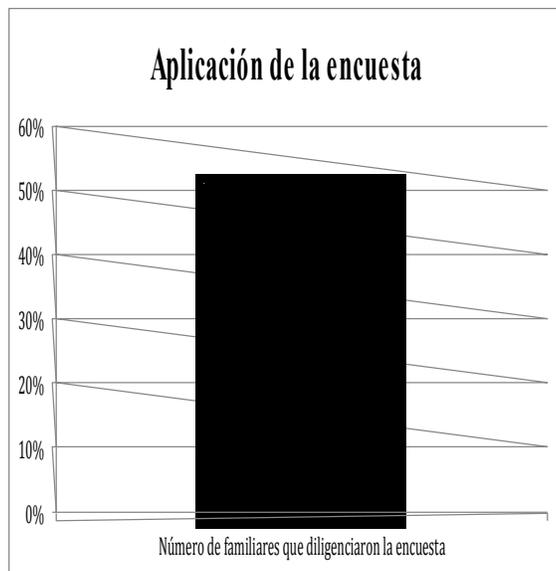
4. Enseñar a la enfermera a evaluar en los pacientes la intolerancia a los cambios de posición con el fin de garantizar el confort.



Al 23% de los enfermeros se les entregó y socializó el folleto que describía los principales signos y síntomas de intolerancia a los cambios de posición, se identificó que el personal de enfermería no tenía ningún tipo de conocimiento sobre el tema y tuvieron disposición para recibir la información.

Para terminar se realizaron 3 preguntas alusivas al tema para conocer si fue clara la información transmitida a través del folleto, los enfermeros aclararon sus dudas sobre los cambios de posición que garantizan más confort al paciente.

5. Incorporar a la familia de los pacientes en los cuidados de la piel como lubricación e higiene, desarrollando un vínculo de confianza entre familia, enfermera y paciente.



Se aplicó una encuesta a 20 familiares de pacientes hospitalizados en la unidad, sobre la perspectiva que tiene en cuanto a su vinculación y participación en los cuidados de la piel.

ENCUESTA



Entre los familiares encuestados en la unidad de cuidados intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga se observó que el 100% manifestó que la comunicación con el personal de enfermería es buena; cumpliendo así con una de las políticas de calidad de la institución.

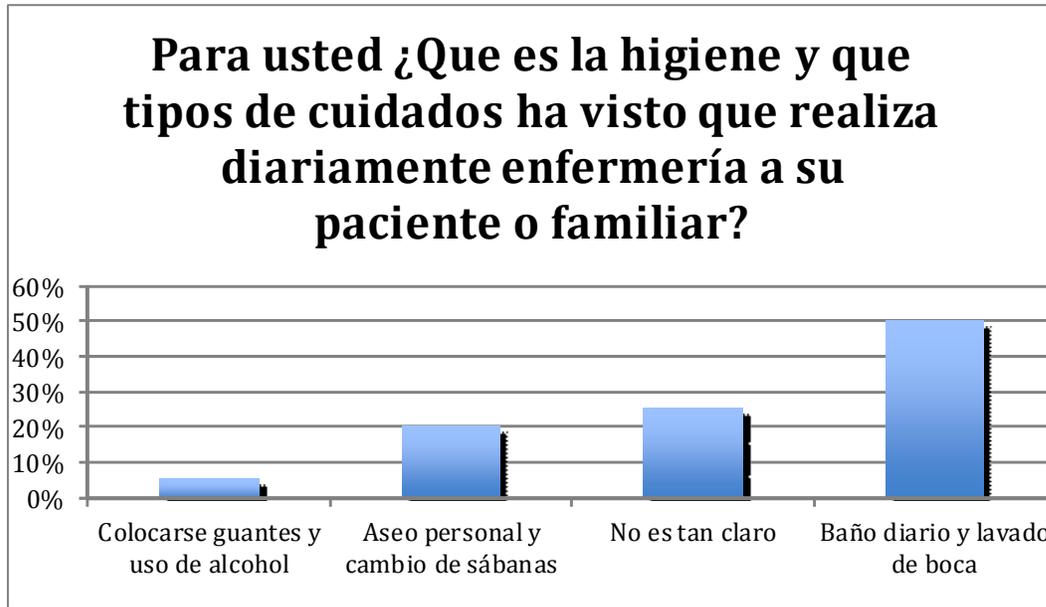


Entre los familiares encuestados en la unidad de cuidados intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, el 100% manifestó que el trato que dan las enfermeras a su paciente o familiar ha sido bueno, reflejando así una cultura de humanización en la atención brindada.

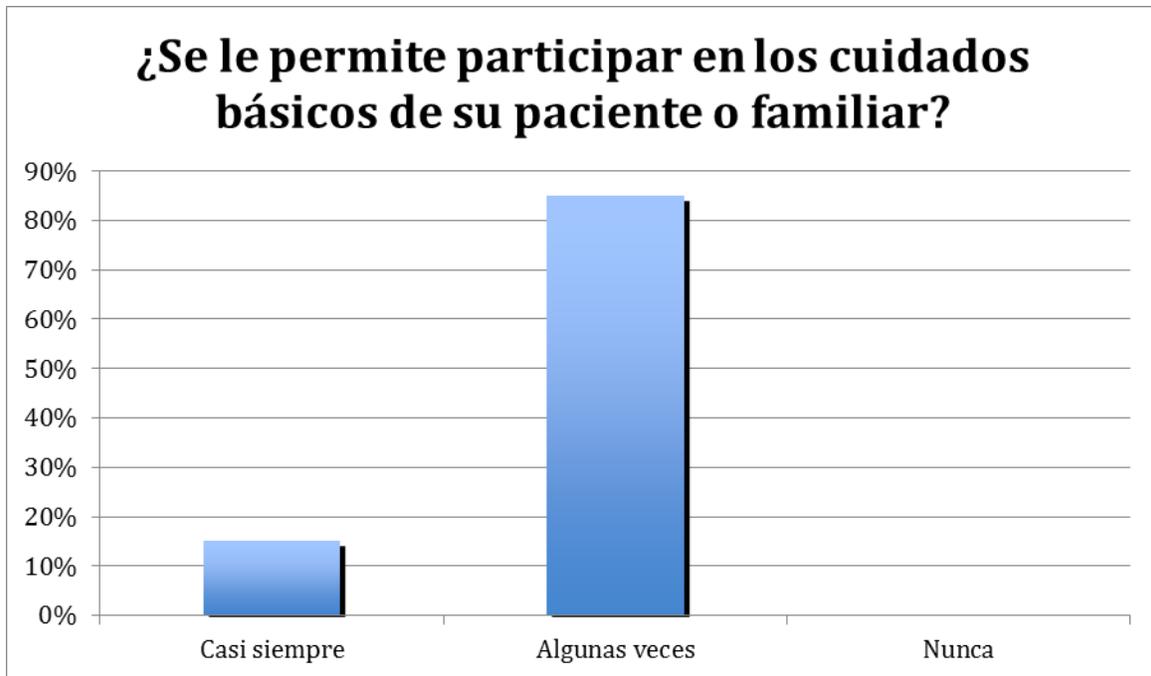


Entre los familiares encuestados en la unidad de cuidados intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga se observó que el 30% casi siempre saben identificar quién es la enfermera y la auxiliar de enfermería, el 55% algunas veces sabe identificar quien es la enfermera y auxiliar de enfermería y el 15% nunca saben identificar quién es la enfermera y la auxiliar de enfermería.

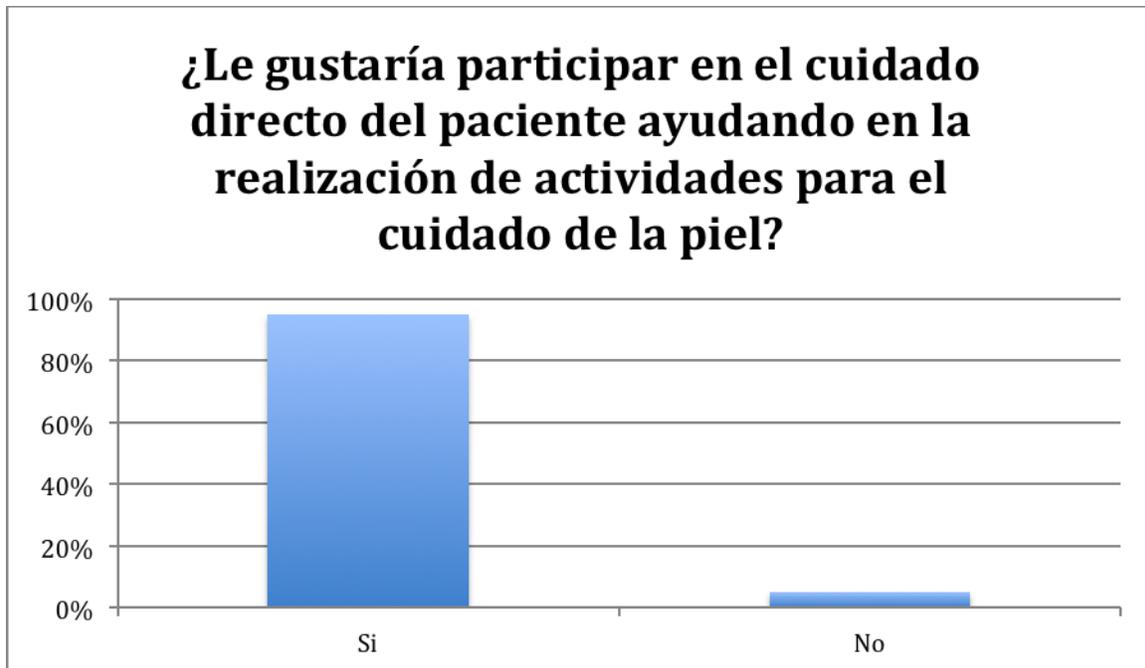
Es de gran importancia que los familiares sepan identificar el rol que cumple cada uno al momento de indagar sobre los cuidados pertinentes del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos y cómo son ejecutados. El profesional de enfermería tiene la formación para ser líder y guía, define el tipo de cuidados que se les debe dar al paciente, tiene dominio de la tecnología, humanización, individualización del cuidado y consecuentemente calidad en la asistencia prestada, a su vez son los encargados de evaluar el trabajo que realizan los auxiliares de enfermería y hacer las modificaciones que consideren necesarias, mientras que el auxiliar conoce de la parte técnica y sigue las orientaciones que le da el profesional.



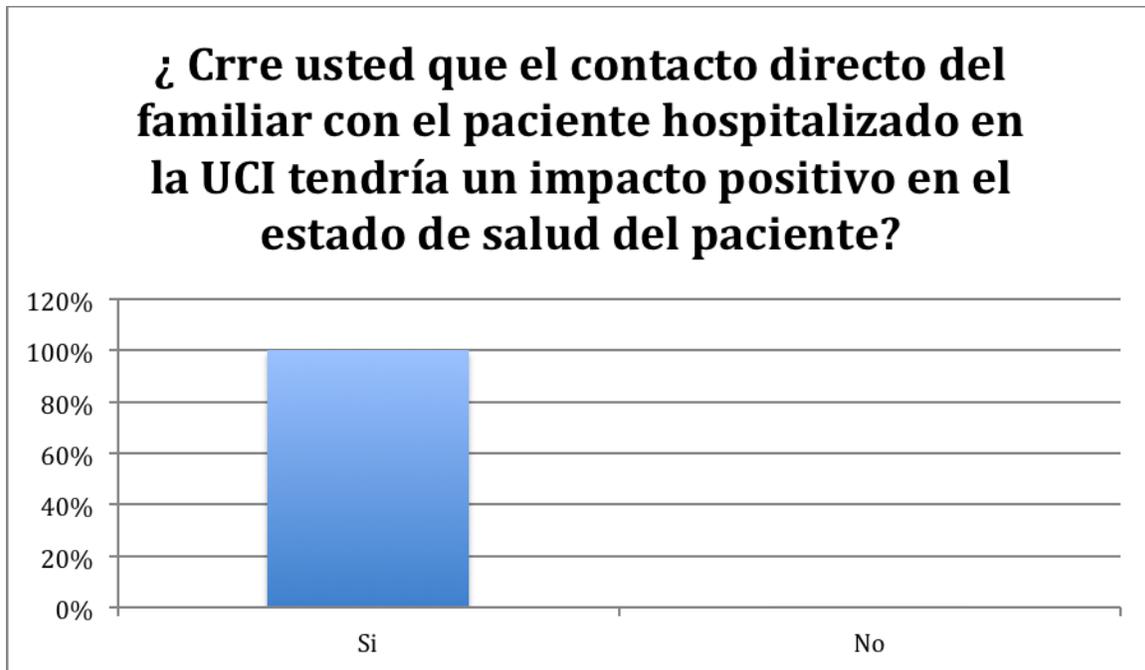
Entre los familiares encuestados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga se observó que el 5% opina que los cuidados e higiene realizados por el personal de enfermería consisten en colocarse guantes y usar alcohol, el 20% opina que el aseo personal y cambio de sábanas, el 25% opina que no es claro la higiene ni los cuidados realizados diariamente por el personal de enfermería y el 50% opina que el baño diario y lavado de boca es la higiene y cuidados realizados por el personal de enfermería.



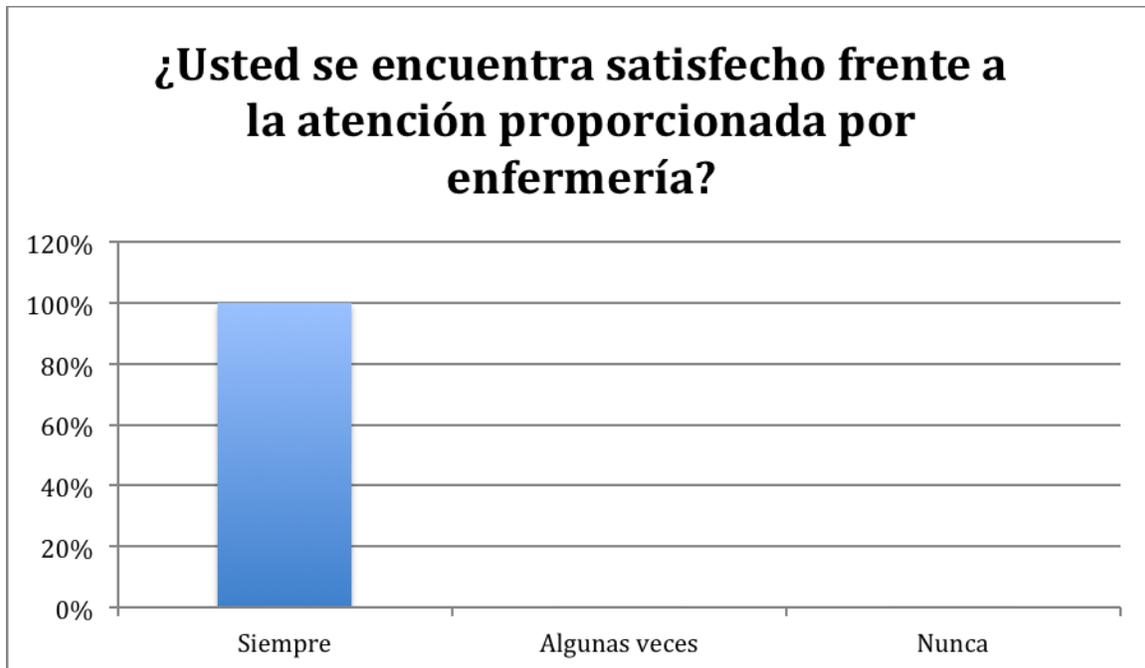
Entre los familiares encuestados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga se observó que el 15% opina que casi siempre se le permite participar en los cuidados básicos de sus pacientes o familiares y el 85% opina algunas veces.



Los familiares encuestados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga el 95% opina que le gustaría participar en el cuidado directo del paciente ayudando en la realización de actividades para el cuidado de la piel y el 5% opina que no le gustaría participar, evidenciándose el deseo de participación por parte del acudiente y/o familiar.



El 100% de los familiares encuestados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga opina que el contacto directo del familiar con el paciente hospitalizado en la UCI tiene un impacto positivo en el estado de salud del paciente.



El 100% de los familiares encuestados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga indican que se encuentran satisfechos frente a la atención proporcionada por enfermería.

Se socializó el resultado de la encuesta con los enfermeros donde expresaron los factores que no permitieron el correcto desarrollo del vínculo con la familia, algunos manifestaron que tener a los familiares todo el día genera un agotamiento emocional, estrés y la interferencia en los cuidados, ya que se sienten incómodos al ser observados por los familiares.

CONCLUSIONES

1. El desarrollo de la estrategia educativa permitió que los enfermeros de la UCI fortalecieran sus conocimientos sobre los cuidados de la piel y a su vez lograron adquirir herramientas para detectar oportunamente los pacientes en riesgo de presentar lesiones.
2. Se logró concientizar al personal de enfermería sobre la importancia del uso adecuado de los dispositivos para el control de la incontinencia urinaria y la adecuada identificación de los pacientes que los requieren.
3. Se logró que el personal de enfermería identificara en los pacientes los signos y síntomas de intolerancia a los cambios de posición.
4. Durante la ejecución de las actividades se logro de manera significativa disminución de la prevalencia de lesiones en piel de los pacientes hospitalizados en la unidad, evidenciado por la estadística mensual.
5. Dar a la familia la oportunidad de contribuir en la recuperación del paciente puede tener un doble efecto positivo, tanto para el cuidado como para el cuidador fortaleciendo la cercanía y comunicación con los profesionales de enfermería.

RECOMEDACIONES

1. Se puede acceder a que los familiares participen en el cuidado si las condiciones clínicas del paciente lo permiten; las familias podrían colaborar en algunos cuidados, como el aseo personal, la administración de comidas o la estimulación con la terapia física, siempre bajo la supervisión de la enfermera.
2. Se recomienda la educación continua para el personal de enfermería, como herramienta fundamental en el momento de ofrecer cuidados que garanticen el cubrimiento de las necesidades de las personas hospitalizadas en la UCI.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para personal de enfermería

**FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
UNIVERSIDAD DE LA SABANA ESPECIALIZACION CUIDADO
CRITICO ADULTO**



PROYECTO: CUIDANDO LA PIEL A TRAVES DEL CONFORT

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A ENFERMERAS DE LA UCI DE
LOS COMUNEROS HUB.**

FECHA: _____

Yo _____ Certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida, respecto a mi participación en el proyecto de gestión a realizarse en la UCI de los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, cuyo objetivo es: Desarrollar una estrategia educativa para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga. Se me ha explicado sobre cual va a ser mi participación en el proyecto, que si acepto o me rehúso a participar en él, no se verán afectadas mis actividades como enfermera(o) en la unidad de cuidado intensivo de la institución, que la información será manejada de manera confidencial y únicamente por las enfermeras, como evidencia del desarrollo del proyecto de gestión.

Autorizo a las estudiantes de Posgrado en Cuidado Intensivo Adulto de la Universidad de la Sabana, encargadas del desarrollo del proyecto para divulgación de la información que salga de las actividades realizadas en las cuales participe y las fotografías que se tomen al momento de la realización de estas mismas.

Actuó consciente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo al desarrollo del proyecto.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

CC. _____

Anexo 2. Consentimiento informado para familiares del paciente

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACIÓN UNIVERSIDAD DE LA SABANA ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRITICO ADULTO



PROYECTO: CUIDANDO LA PIEL A TRAVÉS DEL CONFORT

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI

FECHA: _____

Usted está siendo invitado(a) a participar en el proyecto de gestión a realizarse, en la UCI de los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, cuyo objetivo es: Desarrollar una estrategia educativa para mejorar el cuidado de la piel que afecta el confort de los pacientes hospitalizados en la UCI de los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga.

Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la incorporación de la familia en los cuidados de la piel como lubricación e higiene de su paciente. Por este motivo nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración y autorización para el diligenciamiento de la encuesta, con la seguridad de que su opinión y ayuda será de gran utilidad para que podamos mejorar, así como divulgación de la información que salga de la encuesta, la digitación de las hojas de respuesta y las fotos que se tomen al momento de la realización de la encuesta.

Somos estudiantes de Posgrado en Cuidado Intensivo Adulto de la Universidad de la Sabana, y estamos encargados del desarrollo del proyecto y por ello le explicamos cuál va a ser su participación en el mismo.

Por supuesto que su colaboración es totalmente voluntaria y completamente anónima, todo lo que escriba será tratado de forma confidencial.

Agradecemos muy sinceramente su interés al leer este consentimiento y su atención hacia nuestro trabajo, tenemos la seguridad que será en beneficio de todos.

AUTORIZA

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

CC. _____

Anexo 3. Encuesta

**FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACIÓN UNIVERSIDAD DE
LA SABANA ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRITICO ADULTO**



PROYECTO: CUIDANDO LA PIEL A TRAVÉS DEL CONFORT

**DIRIGIDO A FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA**

1. ¿Cómo es la comunicación con el personal de enfermería?

- A. Buena
- B. Regular
- C. Mala. Por qué? -----

2. El trato que dan las enfermeras a su paciente o familiar ha sido:

- A. Bueno
- B. Regular
- C. Malo. Por qué? -----

3. ¿Sabe usted diferenciar quién es la enfermera y la auxiliar de enfermería?

- A. Casi siempre
- B. Algunas veces
- C. Nunca

4. ¿Para usted qué es la higiene y que tipos de cuidados ha visto que realiza diariamente enfermería a su paciente o familiar?

5. Se le permite participar en los cuidados básicos de su paciente o familiar?

A. Casi siempre

B. Algunas veces

C. Nunca. Por qué? -----

6. Le gustaría participar en el cuidado directo del paciente ayudando en la realización de actividades para el cuidado de la piel?

A. Si. B. No Por qué? -----

7. ¿Cree usted que el contacto directo del familiar con el paciente hospitalizado en la UCI tendría un impacto positivo en el estado de salud del paciente?

A. Si. B. No Por qué? -----

8. ¿Usted se encuentra satisfecho frente a la atención proporcionada por enfermería?

A. Siempre

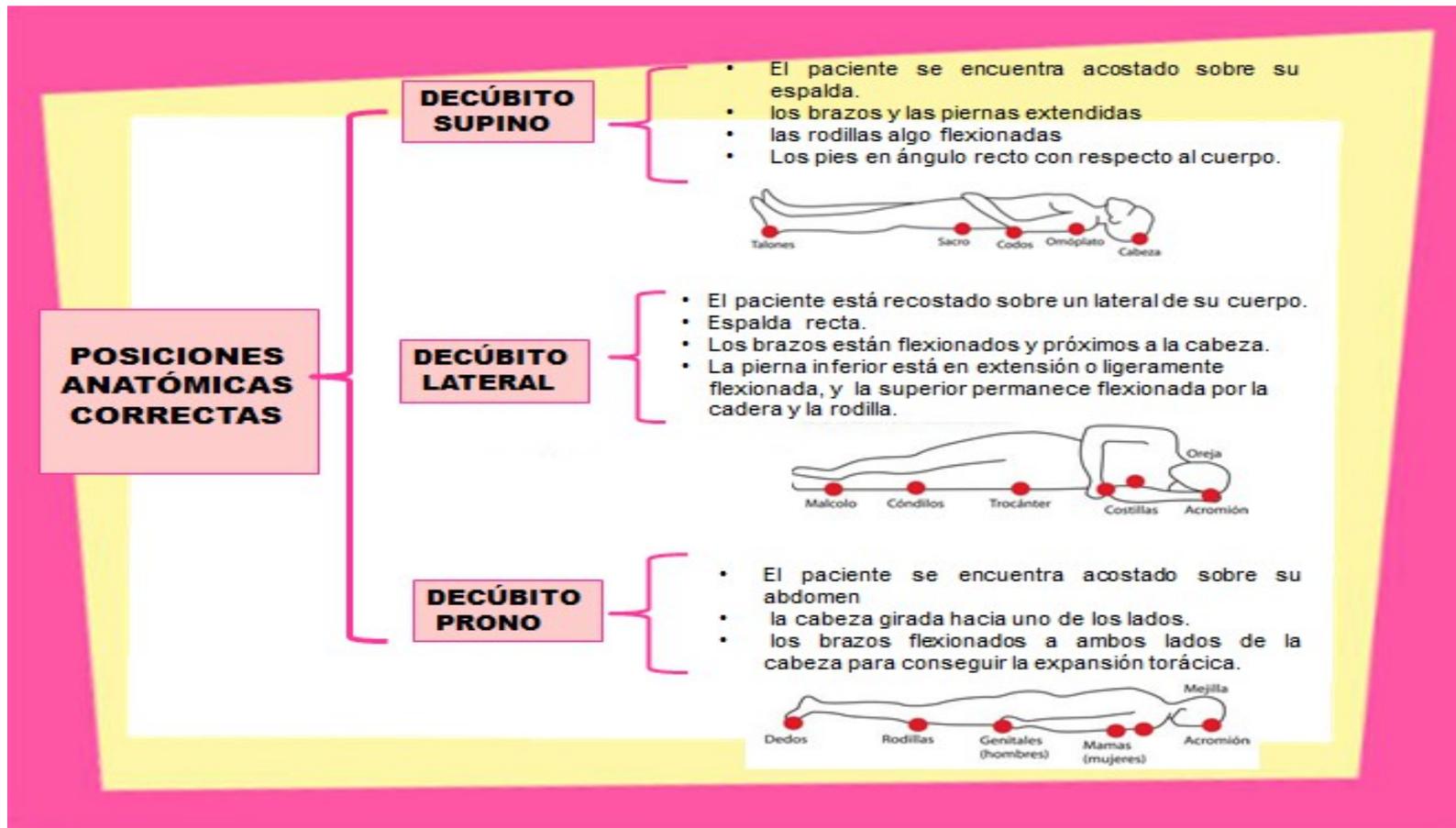
B. Algunas veces

C. Nunca. Por qué? -----

Anexo 4. CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 87 años de edad con antecedentes de EPOC Gold D (VEF menor 30%), fibrilación auricular anticoagulada con apixaban actualmente en manejo con amiodarona, cardiopatía hipertensiva con FE 65%. Quien ingresa inicialmente el 28 julio de 2016 por clínica de 3 días de evolución de síntomas respiratorios; tos productiva, disnea de pequeños esfuerzos. Valorada por medicina interna quien considera EPOC exacerbado sobreinfectado e inicia cubrimiento antibiótico con piperacilina tazobactam (F.I 29 julio 2016 – F.T 04 agosto 2016) dado a hospitalización previa, dos meses atrás a su ingreso por neumonía con esquema antibiótico con ampicilina sulbactam por 7 días. Paciente con evolución tórpida, con deterioro de su patrón respiratorio y compromiso de los índices de oxigenación en los gases arteriales motivo por el que ingreso por primera vez a la unidad el 29 de julio de 2016, requiriendo ventilación mecánica invasiva, usuaria con antecedente de postración en cama hace 2 meses e ingresa con zona de presión sacra, se logra posterior extubacion e inicio de ciclos de ventilación mecánica no invasiva y manejo broncodilatador, sin aislamiento microbiológico. El 2 agosto de 2016 por evolución clínica tendiente a la mejoría se da egreso a piso, pero 6 horas después presentó deterioro respiratorio por lo cual reingresa a la unidad y requiere nueva intubación orotraqueal, ante evolución tórpida con SIRS se inicio imipenem (F.I. 8 agosto de 2016 FT. 18 AGOSTO 2016); en la valoración física realizada por enfermería el día 2 agosto se observa evolución de su zona de presión a ulcera por presión grado 2 a nivel sacra.

Anexo 5. ESTRATEGIA EDUCATIVA



Anexo 6. FOLLETO

ENFERMERIA BRINDA CUIDADO INTEGRAL

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del paciente y de su calidad de vida pues determina su independencia.

La movilidad es un componente esencial en la vida de las personas y se encuentra alterada en los pacientes hospitalizados en la UCI. La enfermera debe identificar signos y síntomas que sugieran intolerancia a los cambios de posición.



Universidad de
La Sabana

Responsables:
Karina Smith Gallardo Agredo
Leydi Johana Rincón Sepúlveda



FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION UNIVERSIDAD DE LA SABANA ESPECIALIZACION CUIDADO

CUIDANDO LA PIEL A TRAVÉS DEL CONFORT.



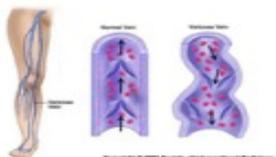
SIGNOS Y SINTOMAS DE INTOLERANCIA A LOS CAMBIOS DE

DETECCION DE INTOLERANCIA A LOS CAMBIOS DE POSICION

CARDIACO: Disminución en el rendimiento del miocardio, taquicardia o bradicardia. Mas específicamente intolerancia **ORTOSTATICA** en la que un cambio de posición supina a una posición vertical provoca un anormal cambio en la frecuencia cardiaca.



CIRCULATORIO: Trombosis venosa, retorno venoso disminuido, edema de miembros inferiores.



MUSCULO ESQUELETICO: Atrofia muscular, acortamiento de la fibra muscular (contractura), disminución de la fuerza y tono muscular.



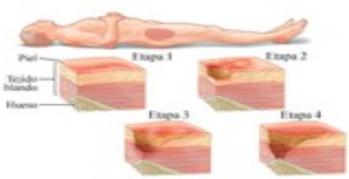
ENDOCRINO: Anorexia.

GASTROINTESTINAL: estreñimiento e inapetencia.



ORTOSTATICO: Retención urinaria.

PIEL: Disminución de la circulación capilar aumentando el riesgo de lesiones.



PSICOLOGICO: Tensión emocional, temor, ansiedad, enfado y aislamiento social.



Anexo 7. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





REFERENCIAS

1. Cárdenas V, Parra DI, Rey Gómez R, Camargo-Figuera FA. Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. Rev.Haddiannah Univ. Santander. Salud Bucaramanga Oct./Dec. Vol.43, No.3.
2. Gonzales J, Gonzales R. González B. Pulido A. Gómez L. Factores por presión en Clin 2001; 11(5): 12-18.



2011.

A, Heredero M. de Vera M. Santamaría C. Serrano de riesgo de las úlceras pacientes críticos. Enferm

3. Canet C, Lamalfa E, Mata M, Oloríz R, Pérez C, Sarabia R, et al. Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. España: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Dirección de Enfermería, Área de formación y calidad; 2003.
4. Aguirre Aranaz R, Arejola L, Aguirre ZM, Barberena Iriarte I, Martínez L, Urreba Oliván M. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en hospitalización. Bilbao: Servicio Vasco de Salud; 2005.
5. Silvestre, C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra. Revista ANALES del sistema Sanitario de Navarra. Vol.22, N°3, septiembre- diciembre 2000.
6. González-Consuegra RV, Cardona-Mazo DM, Murcia-Trujillo PA, Matiz-Vera GD. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev.fac.med. vol. 62 No.3 Bogotá Jul/Sept. 2014.
7. Cárdenas V, Parra DI, Rey Gómez R, Camargo-Figuera FA. Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. Rev.Haddiannah Univ. Ind. Santander. Salud Bucaramanga Oct./Dec. 2011. Vol.43, No.3.
8. Quesada Ramos C, García Díez R. Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en unidades críticas. Enferm Intensiva 2008; 19(1):23-34.
9. Dr A. Alves. Habilidades de comunicación un pilar básico de la competencia clínica. Revista de Conse [Internet] Marzo 2003 año 19 No. 68 19-24. Disponible en www.intramed.net/userfiles/Files/AAhabilidades.pdf
10. Lovesio C. Requerimientos generales de una unidad de terapia intensiva. Editorial El ateneo. Buenos Aires. Actualización 2007. [Citado el 20 de agosto de 2016] Disponible en: <http://www.enfermeriaintensiva.files.wordpress.co>
11. Leddy, Susan. PEPPER J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York 1989
12. Rodríguez M, Almozara R. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar; 2003.

13. Dr. Carlos Lovesio, requerimientos generales de una unidad de terapia intensiva. Libro Virtual IntraMed, Medicina Intensiva. [Internet] Editorial El Ateneo, Buenos Aires (2001). actualización 2007. [Citado el 20 de agosto de 2016] Disponible en: <http://enfermerriaintensia.files.wordpress.com>
14. Comité Científico-Técnico, Federación Panamericana Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva: Informe sobre normas mínimas para la adquisición de material y clasificación de equipos, dispositivos, material descartable y soluciones, Marzo 1987.
15. Ferdinande P, and Members of the Task Force of the European Society of Intensive Care Medicine: Recommendations on minimal requirements for intensive care departments. Intensive Care Med 23:226-1997
16. E, Sáez y Col. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. Rev. Chilena de Medicina Intensiva. 2004; VOL 19(4): 209-223.
17. Dres. Andreas Valentin, Patrick Ferdinande. Intensive Care Med, [Internet] DOI 10.1007/s00134-011-2300-7. [Citado el 20 de agosto de 2016] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp>
18. Yolanda Campos Campos. Estrategias de enseñanza de aprendizaje. Tomado del curso – libro: Estrategias didácticas apoyadas en tecnología. México, 2000.
19. GARCIA FERNANDEZ, francisco; PANCORBO HIDALGO, y ET. AL. Úlceras por presión en el paciente crítico. Pág. 785.
20. COMISION ULCERAS POR PRESION DEL DEPARTAMIENTO. Guía-protocolo de prevención, tratamiento y apósitos en Úlceras por Presión. pág. 9.
21. Resolución 1446 de 2006 “por la cual se define el Sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.
22. BLANCO LOPEZ, José Luis. Definición y clasificación de las ÚLCERAS por presión. En: Revista de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid; El Peu. Vol. 23; 2003, p 194.
23. Vivó Gisbert A. Cerdá Olmedo G. Mínguez Martí A. De Andrés Ibáñez J. Cuidados de enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión. Revista enfermería integral año 2000 segundo trimestre revista 53.
24. AMEYUGO, Begoña y ROYO Dolores. Guía de cuidados enfermeros úlceras por presión del INSALUD. [Internet] Madrid, 1999. [Citado el 20 de agosto de 2016] disponible en: www.ingesa.msc.es.

25. RODRIGUEZ TORRES, María del Carmen y SOLDEVILLA AGREDA, J. Javier. ¿juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión? GeroKomos, mar. 2007, Vol 18, nº1, p. 48-51
26. García Ruiz-Rozas, J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar JV, Pomer Monferrer M, Masoliver Forés A, Lizán Tudela L. Úlceras por presión. Fistera.com guías clínicas 2004; 4 (7).
27. CUDDIGAN J, AYELO EA, Sussman C. Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH). National Pressure Ulcer Advisory Panel. Traducido por la Unitat interdisciplinaria de Ferides Croniques del Consorci Sanitari de Terrassa. 2001.
28. JBI. Lesiones por presión. Prevención de las lesiones por Presion. Best Practice: junio, 2008
29. BLASCO, silva. Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Hospital de Alcañiz. Febrero de 2007. P.53.
30. 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 [Internet]; 2003. Revisión 27/04/2003. [Fecha de consulta 26/05/05. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>
31. TAYLOR SG, KOLCABA KATHARINA. La teoría del confort. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 706-719.
32. Resolución nº 008430 de 1993, República de Colombia Ministerio de Salud [Internet], consultado el [25 de octubre del 2010], disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-ffff4374bb7.pdf

33. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Código de Ética de Enfermería. (ACOFAEN). [Internet] Disponible en: [wysisyg://163/http://www.geocities.com/Athens/forum/5586/codigo2.html](http://www.geocities.com/Athens/forum/5586/codigo2.html)
34. JUAN CARLOS SIURANA APARISI Universidad de Valencia (España). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. VERITAS, N° 22 (Marzo 2010) 121-157