

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA**



**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN
DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN
HOSPITAL NACIONAL - 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN CUIDADOS INTENSIVOS**

**PRESENTADO POR
EDWIN DAVID REMIGIO SILVA**

**ASESORA
Dra. Luz Olinda Fernández Henríquez**

**LIMA-PERÚ
2018**

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivo específicos.....	3
1.4 Justificación.....	3
1.5 Limitaciones.....	4
1.6 Viabilidad.....	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	5
2.2 Bases teóricas.....	8
2.3 Definiciones conceptuales.....	41
2.4 Hipótesis.....	41
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1 Diseño.....	42
3.2 Población y muestra.....	42
3.3 Operacionalización de variables.....	44
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos.....	46
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información.....	48
3.6 Aspectos éticos.....	48
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	
4.1 Recursos.....	49
4.2 Cronograma.....	50
4.3 Presupuesto.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	57

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las úlceras por presión (UPP) es una dificultad grave del área de la salud pública perjudicando a quienes la sufren, a sus familiares y sistema de salud. Estas son minimizadas o no son consideradas prioritarias en su atención en las organizaciones sanitarias. Este hecho provoca malestar en el afectado e impide su mejoría; comprometiendo su función vital y su calidad de vida, al afectar las áreas física, psicológica y social, generan daño y pueden llevar a la discapacidad.¹

Las UPP son un problema frecuente, con un pronóstico desfavorable, pueden llegar hacer sepsis e incluso provocar la muerte, pero lo indispensable es que con una buena valoración y cuidados estas pueden prevenirse, estos pacientes son dependientes, causando más trabajo para el personal de enfermería, asimismo, el paciente amplía su permanencia en el hospital y monto retributivo por la atención.²

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la aparición de UPP se considera un indicador de la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país, es decir un indicador de la calidad de los cuidados, tanto a los pacientes que las padecen como a los que presentan riesgo para desarrollarlas. En países desarrollados, la incidencia de UPP en pacientes adultos se sitúa entre 5% y 12% y tiende a incrementar hasta 20% en pacientes geriátricos con enfermedades agudas y o crónicas. La prevención de UPP es una labor difícil pero fundamental, el 95% de las UPP son evitables con los cuidados apropiados, como son la realización de cambios posturales, utilización de sistemas especiales de manejo de presión, aplicación de productos preventivos como los ácidos grasos hiperoxigenados. Estas medidas tan sencillas disminuyen la aparición de UPP.³

Las úlceras por presión forman parte del grupo de efectos adversos en el entorno de la seguridad clínica de la atención sanitaria. Según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)

la prevalencia en España había aumentado del 7,9 % al 9,1 % entre las personas incluidas en los programas de atención domiciliaria de la atención primaria, y del 12,6 % al 14,2 % en los centros sociosanitarios, pero se mantuvo en el 7,8,5 % en los hospitales de agudos.⁴

En América Latina en el 2012, se hallaron montos prevalentes de UPP al 7% aunque se considera que la prevalencia es superior debido a los problemas que existen en la atención a la salud, mínima disposición de bienes para la asistencia y comunicación estructurada de pacientes.⁵

En el Perú año 2014 Mancini y Oyaguren indican que la prevalencia fue de 11,4% a 16%, según investigaciones que informaron las variables de: edad, nivel funcional, dependencia sea ésta parcial o total anticipadamente al ingreso nosocomial, daño mental moderado o severo, incontinencia urinaria, riesgo y malnutrición.⁶

Las UPP ocasiona una condición de complejidad de gran importancia, en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el 2014, refieren aproximadamente el 5% de los egresos hospitalarios de los servicios de Medicina Interna y generan una elevada morbimortalidad. En la actualidad en el protocolo de tratamiento de la úlcera por presión, estadio III, se aplica los apósitos de hidrocólido, pero estos no son muy efectivos, solo un 39 por ciento de pacientes recuperan.⁷

En el servicio de medicina 2 del 3BE en la unidad de delicados, según las estadísticas de junio – octubre 2016 se presentaron 14 casos de UPP con una permanencia hospitalaria por más de 30 días, predominando las UPP de segundo grado con un 71%, con origen de procedencia en el propio servicio 42%, con una incidencia del 64%, y una prevalencia del 36%.⁸

Es conocido que las curaciones de UPP y la atención de piel ofrecida a pacientes, se daba por la experiencia acumulada de años, sin que posea un fundamento científico. Por ello el desafío del profesional de enfermería es poner en práctica de manera estructurada brindando éste conocimiento con el fin de reducir la diversidad asistencial, aunando experiencias en beneficio del usuario.⁹

Frente a esta problemática se plantea la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas en prevención de úlceras por presión en la Unidad de delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, diciembre 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Determinar el efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas en prevención de úlceras por presión en los pacientes de la Unidad de Delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel conocimiento sobre prevención de úlceras por presión, antes y después de la intervención educativa en los pacientes de la Unidad de Delicados.
- Valorar la práctica en prevención de úlceras por presión, antes y después de la intervención educativa en los pacientes de la Unidad de Delicados.

1.4 Justificación del estudio

Las UPP representan un trascendental problema para la salud, especialmente los hospitalizados que presentan factores de riesgo que favorecen al desarrollo de la UPP, como la anemia, adultos mayores, sepsis, inmovilidad, desnutridos, que constituyen una mayor estancia hospitalaria, se considera que la mayoría de las UPP son evitables.⁶

Se estima a las UPP como una problemática general de los hospitales, debido que frecuentemente los enfermeros son movilizados de servicios especialmente por condiciones laborales como contratación administrativa de servicio (CAS) esto condiciona la escasa capacitación en los servicios condicionando así la incidencia de UPP .¹⁰

El Profesional de Enfermería, debe capacitarse, investigar para contribuir al cambio, utilizar estrategias de programas educativos que colaboren en el cuidado del paciente mediante investigaciones que favorezcan la recuperación pronta del paciente. Los Profesionales de Enfermería deben elaborar planes, estrategias a ser utilizadas de forma preventiva promocional, contribuyendo a reducir su aparición de UPP, permitiendo que la atención de enfermería sea considerada eficiente en dominio de las UPP.¹¹

1.5 Limitaciones

La limitación del estudio estaría dada por la muestra no probabilística que no permite generalizar los resultados obtenidos, los resultados solo serán válidos para ese grupo estudiado.

1.6 Viabilidad

La realización de ésta investigación será factible al fundamentarse en material bibliográfico de especialización, así como un marco referencial que sustenta el mismo, respaldado por la Escuela de Enfermería, y participación de la entidad sanitaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales:

Mayorga realizó un estudio cuasi experimental en el año 2016 con el objetivo: Conocer la efectividad de una estrategia educativa, para el mejoramiento del cuidado de úlceras por presión en cuidadores primarios de pacientes en reposo prolongado hospitalizados, del Hospital General de zona N°1, del 1° de diciembre del 2015 al 20 de febrero del 2016; obteniendo como resultados: se cumplió con el objetivo propuesto de conocer la efectividad de una estrategia educativa, reforzando los conocimientos de los cuidadores primarios informales de pacientes con úlceras por presión, los resultados demuestran que después de la intervención educativa hubo mejora en el conocimiento sobre el cuidado general de la piel y el manejo de la presión.¹¹

Rosell realizó un estudio prospectivo, cuasi experimental, pre post test. En el año 2016. Con el objetivo fue evaluar el efecto sobre la prevalencia y factores asociados de una intervención formativa a profesionales de la salud, respecto a la prevención y el tratamiento de úlceras por presión, un hospital de pacientes agudos. La población a estudiar fueron todos los profesionales de la salud, de cualquier disciplina relacionada con úlceras por presión del Hospital Consorcio de Terrassa. Resultados la formación mejoro el nivel de conocimientos de las enfermeras y auxiliares clínicas del centro estudiado. Las cifras de prevalencia descendieron de forma clara en este periodo. ¹²

Hernández realizó un estudio pre experimental en el año 2014 con el objetivo: explorar el efecto de una intervención de enfermería, enfocada en prevenir las úlceras de presión en personas con limitación funcional secundaria a una enfermedad cerebro vascular, en la fase sub aguda, teniendo como referente teórico el modelo de adaptación de Callista Roy. Resultados: Se mostró que 14 pacientes experimentales (70%), y 9 (45%) del grupo control no tuvieron escaras. Estas personas al ser modificada su posición de acuerdo a su necesidad, así como de recibir lubricación en la epidermis, aplicárseles frío local y protegerse sus prominencias óseas origino que tuviesen lesiones categoría I y II, mientras

que los pacientes integrantes del grupo control tuvieron lesiones de categoría I,II y III. Sin embargo, por el volumen de la muestra no se puede detectar si estos logros son estadísticamente significativos; sin embargo, a nivel clínico se evidencia que para el grupo intervenido resulto beneficioso.¹³

Larrea et al, realizó un estudio cuasi experimental en el año 2013, señalo como objetivo de: evaluar el impacto de una intervención de Enfermería en la prevención y tratamiento de úlceras por presión. Utilizaron como instrumento un cuestionario, Para el análisis de datos, utilizó medidas de frecuencia y porcentajes. Obteniendo como resultados: al comparar la prevalencia de UPP pre y post intervención no se observan diferencias significativas en las UPP desarrolladas antes y después de la intervención, así mismo no hay diferencia en la prevalencia por grados entre el grupo pre y post intervención. En el grupo post intervención, 2 pacientes con riesgo bajo de UPP desarrollaron úlceras de grado I, mientras que en el grupo pre intervención 8 pacientes con el mismo riesgo desarrollaron úlceras de grado I y II.¹⁴

Wandosell realizó un estudio cuasi experimental en el año 2010, señalo como objetivo de valorar la efectividad de una formación formativa en prevención de úlceras por presión. Los resultados refieren que los porcentajes acumulativos de úlcera por presión entre las personas evaluadas durante el tiempo precedente a la intervención es 19.4% y post 15.9%; confirmándose la efectividad de las intervenciones formativas en las unidades de cuidados intensivos quirúrgicos en la reducción de la incidencia de úlceras por presión, en el estadio I promoviéndose una mejora de los registros de Enfermería.¹⁵

Antecedentes nacionales

Sullon realizó un estudio descriptivo transversal el año 2017 señalo objetivo fue: Evaluar el cumplimiento de la Guía de prevención de úlceras Por Presión. La población estuvo constituida por 272 pacientes. Resultados: El cumplimiento de la Guía de Prevención de UPP en el Servicio de Geriatria del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga fue de un 68,98% en el turno mañana, en la tarde 69,49% y la noche 65,60%. El cambio postural y el registro de cuidados aplicados se cumplieron en 3,31% y 0,37% respectivamente. Concluyendo en consecuencia

que el cumplimiento de la guía se encuentra en un nivel crítico sobre todo en el registro de procesos y la realización de cambios posturales, con un mayor cumplimiento de parte de profesionales del turno tarde ¹⁶

Bustamante realizó un estudio de enfoque cuantitativo de diseño pre experimental en el año 2016 cuyo objetivo fue determinar el efecto de la intervención educativa en las practicas del personal técnico de enfermería sobre medidas de prevención de úlceras por presión en el hospital Marino Molina - Comas 2016. La población estuvo constituida por 30 técnicos de enfermería. Resultados: Del 100%(30) técnicos de enfermería, se puede mostrar en el gráfico diagrama de cajas un valor de medianas, en el pretest es de 7.50 y en el posttest de 14.43. Con respecto al manejo de la movilización las medianas tienen un valor en el pretest es 3.17 y en el posttest 5.33. Sobre la higiene los resultados fueron, una mediana de 3.67 en el pretest y 7.37 en el posttest. En cuanto al uso de aditamentos encontramos una mediana de 0.67 y en el posttest de 1.73.¹⁷

Carbajal y López realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, pre experimental, en el año 2015 cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento del cuidador primario sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama hospitalizados en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. La población estuvo constituida por un promedio de 55 cuidadores primarios. Resultados: antes de la intervención educativa prevaleció el nivel de conocimiento medio con el 47.3%, seguido del alto con el 41.8%, y un 10.9% presentó bajo nivel de conocimientos. Después de la intervención educativa, el 100.0% de los cuidadores primarios presentaron alto nivel de conocimiento sobre la prevención de las úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama. Conclusión: que el nivel de conocimientos de los cuidadores primarios de pacientes con permanencia prolongada en cama mejoró después de recibir el programa educativo sobre prevención de las Úlceras por Presión. ¹⁸

Méndez y Méndez realizaron un estudio de enfoque de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. En el año 2012 Cuyo objetivo fue establecer

la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Belén de Trujillo - 2012. La población estuvo constituida por 22 enfermeras. Resultados: Se encontró que el 45,45 por ciento de las enfermeras tienen un nivel de conocimientos medio, el 54,5 por ciento de enfermeras tienen una regular práctica de cuidado; resultados que muestran que no existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la práctica del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión ($P=0.885$).¹⁹

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Educación

Concepto de educación

Etimológicamente proviene morfológicamente y del fonema Educare que significa: conducir, guiar, orientar; reuniendo asimismo de manera semántica el concepto de Educare, que significa sacar a la luz, descubrir, extraer; conviviendo de esta manera dos modelos conceptuales básicos: el primero de Educare ya mencionado, de tipo directriz o intervencionista, y el segundo de asesoría centrado en el desarrollo personal.

Educación en Salud

Orem define la enfermería como el servicio humano y de ayuda. El primero se fundamenta en el cuidado de personas que carecen de un efectivo autocuidado, condicionadas para brindar y emplear una mejora terapéutica y, en el conocimiento especializado, que aprendan aptitudes y actitudes en su propia condición de enfermeras; y, como ayuda mediante la colaboración que lleva a cabo a otro ser humano.

Intervención Educativa de Enfermería

La intervención educativa tiene en cuenta al conjunto de actividades que la enfermera efectúa mediante el uso de metodología de ayuda, al instruir brinda formación necesaria de prevención, reforzando las capacidades del cuidado de enfermería, que probablemente sin este apoyo educativo no podrían realizarlo.

La intervención educativa, involucra una labor organizada, metódica, programada que cumpla con un programa respaldado documentariamente, sin que ello signifique que no se materialice en un proyecto propio, considerándolo como una contribución progresiva a la investigación.

Conociéndose que, el diseño intervencionista educacional, involucra organizar los diferentes componentes que la integran determinando una secuencia que permite el logro de resultados finales. En mérito a lo fundamentado por diferentes investigadores, se tuvo en cuenta una secuencia de etapas en el esbozo intervencionista educacional de enfermería; entre ellos el planeamiento, integrada por el estudio problemático, justificación, teorías, y el método del bosquejo de componentes educacionales.²⁰

Etapas de planificación en programas educativos

Al elaborar un programa educativo se requiere tener en cuenta las siguientes etapas:

- a. Reconocer las necesidades de salud que cada equipo sanitario debe tener como materia prima de una investigación local de la problemática en salud, y su diagnóstico, que facilite apreciar los problemas fundamentales para su intervención.
- b. Realización de objetivos generales y específicos Se realizan a partir de las necesidades identificadas. Objetivo general: es lo que se desea que los enfermeros aprendan, al término del proceso educativo. Objetivos específicos: son los aprendizajes inmediatamente que deben lograr los enfermeros en la intervención, manifestándolas mediante comportamientos apreciables, concretos y ponderables.
- c. Contenido de actividades Es la comunicación de todo lo que se conocerá de modo práctico por parte de los enfermeros con el uso de la metodología, a fin de alcanzar los objetivos planteados.
- d. Especificar estrategias metodológicas, es decir, se detallarán las técnicas educativas y recursos audiovisuales a utilizar secuencialmente en la

enseñanza de modo se concrete el aprendizaje, con la finalidad de incluir nuevos comportamientos.

- e. Bienes materiales y recursos humanos. Conformado por las personas, material y equipamiento que se necesita requiere para lograr los objetivos planteados.
- f. Evaluación, es establecer el nivel alcanzado de los objetivos programados, qué conclusiones se arribaron y las circunstancias que ayudaron para alcanzar los resultados.²¹

Rol de Enfermería como educador en prevención

De manera independiente a las técnicas que se comprenden se hace indispensable el aspecto educativo de especialistas en enfermería; la educación permitirá el dominio de competencia de sus roles, constituyendo la parte central del cuidado que brinda las personas; esta situación ha fortalecido la posición de algunos entendidos en cuanto que el enfermero es un educador por naturaleza. Como ejemplo se expone el reconocimiento que hace Virginia Henderson de la necesidad de cubrir la satisfacción de los pacientes, por su parte Dorothea Orem indica que la educación es básica e indispensable para llevar a cabo el autocuidado; y, Jean Watson la señala como esencial en para el aprendizaje transpersonal, considerándola en consecuencia como una de las causas en que debe centrarse el cuidado.

Para el cuidado y el autocuidado; se relaciona a los fines de la educación ofrecida por el profesional y la importancia que tiene tanto en el ámbito clínico como en el domiciliario. En primer momento, la educación a los pacientes busca que estos entiendan qué les sucede, tengan mayores elementos para tomar decisiones relacionadas con su problema y contribuyan activamente en su cuidado y tratamiento, a fin de que su mejoría se dé más rápida y agradable. Otro fin mencionado de la educación es la estabilidad del paciente en la medida en que educar ayuda a evitar menos daños y reingresos.⁶

2.2.2 Úlceras por Presión

Definición:

Barón M. et al. En su estudio sostiene que la Úlcera por Presión (UPP) “es una herida ubicada en la piel y/o tejido debajo de ella, regularmente localizada encima de una protuberancia ósea, debido a la mezcla entre presión, isquemia y fuerzas tangenciales”.²²

De acuerdo a la European Pressure Ulcer Advisory (EPUAP), la UPP es definida: “como lesión o espacio de perecimiento celular de epidermis y trama subterránea ubicada regularmente en protuberancia ósea originado por presión, deformación, fricción y/o su combinación”.⁶

Para el estudio asumimos como definición de las UPP, lo expuesto por el Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) que señala: es el daño ubicado en la dermis y/o tejido subyacente sobre prominencia ósea, por la presión, o de ésta con otras fuerzas. Ocasionalmente, puede manifestarse en tramas maleables sobre los que se aplicó fuerza exterior debido a la aplicación de otros implementos medicos.²³

En ocasiones son mencionadas incorrectamente como úlceras por decúbito cuando se sabe que el decúbito tan solo es una de las posiciones anatómicas que pueden favorecer su aparición, y no es la de mayor riesgo, siendo la sedestacion la posición más peligrosa. También nos referimos a las UPP como escaras siendo este término un tipo de tejido que recubre el tejido de la herida, tejido desvitalizado no exclusivo de las UPP. ¹²

Fisiopatología^{22, 23}

Habitualmente la compresión capilar varía entre 16mmHg en la superficie venosa capilar y 32mm Hg en el volumen venoso capilar. En caso de aplicar presión superior a estos montos en espacio limitado por periodo extendido, causará un progreso de estrés celular que con el tiempo puede conllevar a la muerte celular. El cuerpo reacciona ante este hecho con un enrojecimiento que provoca una aglomeración de catabolitos tóxicos presentando edemas e infiltraciones

celulares. La avanzada hipoxia produce muerte grave de células epiteliales con aparición de necrosis.

La compresión constante en partes dúctiles origina estrés celular en el tegumento linfático y constantemente dilatación del área, inflamación, derrame de fluidos y penetración de las células. De no cesar estas etapas, se origina obstrucción local, coágulos venosos y alteración degenerativa, causando necrosis y úlcera epitelial.

Creación de Úlcera por Presión y fuerzas intervinientes:

Presión: Es una compresión vertical a la epidermis aplicada por la resistencia de gravitacional corporal, originando un estrujamiento tisular entre dos planos, uno que corresponde a paciente y otro fuera de él.

Fricción; resistencia secundaria ejercida equivalentemente a la piel, generando rozamiento, por oscilación o arrastramiento. La fricción o rozamiento epitelial con un bien foráneo al organismo origina consecuentemente el alza de la hipertermia y con ello, el surgimiento de abultamientos y aniquilación epitelial.

Cizallamiento; constituye la unión de efectos de aplastamiento y frotación. El desgarramiento o aniquilación del tejido hipodérmico se debe usualmente a la resistencia de desplazamiento ocasionada por el empuje de la complexión del paciente encima de la litera, sea porque éste se desliza hacia abajo del lecho por el levantamiento del cabezal o viceversa; cuando pretendemos levantar la cabecera.

Factores de riesgo

La base de aparición de úlceras por presión es la compresión, sin embargo, pueden confluir diversos elementos que en sometimiento a la misma liberen la vulnerabilidad de su desarrollo. Estos factores de apoyo a la producción de úlceras se agrupan en dos grupos:

Intrínsecos: resultante de diversos problemas de salud.

Enfermedades recurrentes: trastornos respiratorios, cardiópatas.

Alteración sensible: falta de sensación dérmica reduce sensación dolorosa impidiendo resultados de hiperemia reactiva.

Alteraciones motoras: debido a lesiones medulares, signos y síntomas de inmovilidad.

Alteraciones de la circulación periférica, alteración del transporte de nutrientes o menor nivel del normal.

Alteraciones nutricionales: desordenes originados por la desnutrición, adiposidad, déficit de energías, hipoalbuminemia, e insuficiente hídrica.

Trastornos cutáneos: constituidos por edemas, deshidratación dérmica, pérdida de flexibilidad.

Externos: resultado de métodos curativos o procedimientos diagnósticos.

Humedad: sea por pérdida de retención de la orina, sudoración copiosa, e inflamación de lesiones.

Dobleces y materia extraña en vestimenta.

Régimen farmacéutico: inmunosupresor, barbitúricos, constrictor sanguíneo.

Localización

Las áreas en donde mayormente aparecen las UPP son en donde se da la compresión de dos planos, uno correspondiente al paciente prominencias óseas) y otro foráneo.

De acuerdo a la posición, las áreas de mayor riesgo son:

Según la ubicación donde se encuentren las UPP en función de la posición en que se encuentra el paciente.

Decúbito supino: región del occipucio, escápulas, codillos, glúteos, zona sacra coxis.

Decúbito lateral: orillo externo del pabellón auricular, hombreras, de lado de costillas, extremidad superior del fémur derecho, articulación femoral interna y externa, incluyendo el tobillo.

Decúbito prono con el rostro de lado: franja externa de la oreja y rostro, hombreras, borde superior del ala del ilion, senos en el femenino y órganos sexuales en el masculino, rotula, región anterior del muso, porción terminal de la extremidad.

Sentada: promontorio del esquin.

2.2.3 Medidas de prevención en Úlceras por Presión

A pesar del progreso de la medicina, las UPP siguen siendo una gran complicación. Se producen en reducido tiempo pudiendo tardar varios periodos en restablecerse, presenta una mortandad vinculada relevante, produciendo serio daño en el bienestar del que la sufre.

Recientes investigaciones elaboradas certifican que el 95 % de todos los sucesos de úlcera por presión son prevenibles, de manera que, al ser un mal que puede evitarse, se concluye que pueden exigirse responsables tanto a profesionales de forma individual o instituciones.

a. Movilización y Cambios posturales El propósito para la mayoría de las personas es mantenerse en actividad y en deambulación. Las variaciones en la postura reducen el tiempo y dimensión de la presión en zonas frágiles. Presiones aumentadas en abultamientos en huesos en escueto tiempo, y depreciación sobre elevación del hueso en amplio lapso temporal, son perjudiciales. Para disminuir la factibilidad de desarrollar UPP, es indispensable aminorar el periodo y compresión, siendo fundamental efectuar variaciones posturales.

Entre los habitantes cada vez más se incrementan personas domiciliadas que presentan subordinación rigurosa y completa, legitimados o en zonas de terapia intensa; siendo las modificaciones de posición esenciales como exiguos, encontrándose el resultado condicionado por:

- El contratiempo de llevarse a cabo periódicamente.

- Emplear posiciones incómodas.
- Hacerlo de forma inapropiada.

La incapacidad de realizarlos en muchos afectados por patologías que afectan su realización: como ejemplos se cita a la operación del corazón, obesidad extrema, dificultad respiratoria, y lesión múltiple.

Al efectuar cambios posturales deben considerarse:

- Realizar las indicaciones sanitarias sobre uso de lastre y bultos en centro laboral.
- Mantener la alineación corporal, mediante control de peso y equilibrio de persona.
- Rehuir roces directos de preponderancias óseas entre sí.

Se sugiere efectuar modificaciones posturales variando entre las diferentes posiciones que se han mencionado de modo que el cuerpo no este estático.

Al trasladar a la persona, eludir el rozamiento y desplazamiento en cizalla. A este efecto debe considerar:

- Usar sábana atravesada de algodón delicado, estirado, sin pliegues al trasladar al paciente.
- Empinar el cabezal de camastro lo menos factible (máx. 30°).
- A fin de evitar que las ubicaciones que se hagan al cuerpo sobrepasen los 30° de lateralización, eludir apoyo de peso en las prominencias. Los usuarios de sanidad que posean un decúbito lateral de 90° poseen un valor usualmente 4 veces mayor de lesionarse que aquellos menores a 30°. Utilizar equipos de auxilio que ayuden a movilizar a pacientes y disminuir tanto el rozamiento como la cizalla. Levantar, al paciente en momentos de movilización.
- En aquellos casos en que no puede evitarse que el paciente se arrellane en el lecho, cuidar que asuma una posición que físicamente no le origine incremento de compresión en sacro y coxis.

Al ejecutar cambios posturales se necesita contar con implementos físicos y de personas idóneas. Consecuentemente al elegir frecuencia de modificaciones en la postura debe tenerse en consideración:

- El paciente y la condición que mantiene, conlleva a que se tenga especial cuidado en la valoración de tolerancia de su tejido, el nivel de actividad y traslación, su situación física biológica general, los objetivos trazados en el tratamiento, la evaluación del estado de su epidermis y del confort que siente. Si el individuo no responde de forma adecuada al sistema de modificaciones en la posición, se tendrá que replantear los tiempos y procedimiento utilizado.
- Respecto a superficie de apoyo empleada. La periodicidad en cambios posturales corresponde asiduamente en enfermos que cuenten con un jergón habitual, comparativamente con aquellos ubicados en superficies especiales en que el manejo de presiones (SEMP) se distribuye uniformemente.

Todas las traslaciones y modificaciones inciden en el confort del usuario, así como con la protección de su derecho a la dignidad y capacidad funcional que aún mantiene. Evitándose ubicarlo de modo directo en artefactos clínicos como métodos de desecamiento o elevaciones esqueléticas que puedan originarle inflamaciones.

Cambios posturales en paciente encamado

- Prolonga la ubicación de pertrecho de manera horizontal el mayor tiempo factible y cuando no exista indicación contraria al respecto. De ningún modo la posición que mantenga debe ser mayor a 30°. Emplear cojinetes espumantes para retirar peso excesivo en los huesos de pierna. Siendo indispensable emplear espacios favorecedores.
- Los cambios posturales de acuerdo a lo expresado se realizan sin exceder los 30° para rehuir llagas.

Movilización de paciente encamado ayudado con sábana

Debe realizarse por dos sujetos, ubicados cada quien en los laterales del camastro.

- Colocar una “entremetida” de una sábana doblada a la mitad en todo su largo.

- Ubicar al enfermo por abajo, de manera que se le cubra desde hombros a los muslos.
- De preferencia en el borde de la cama efectuar la lateralización del paciente en decúbito lateral, introduciendo en este caso la “entremetida” por la posición opuesta en que se encuentra el enfermo, procediendo a regresarlo desde otro ángulo quitando porción “entremetida” faltante de colocar.
- Al estar ubicada la “entremetida”, enrollar por lados de manera que pueda ser sostenida firmemente por cada una de las personas, trasladando de este modo al paciente hacia cualquier lado de la cama, evitándose sufra algún tipo de fricciones.

Cambios posturales en paciente sentado

- Emplear un mueble debidamente acondicionado, que brinde confort a quien lo usa y que cuenta con reposabrazos y respaldo ligeramente inclinado hacia atrás.
- Preocuparnos por la colocación de cojines a ambos lados de base central de modo que el ancho de la silla no incomode, por el contrario, su estado se mantendrá en posición recta; colocándole un reposapiés de manera se logre el ángulo recto de cadera y rodillas.
- Desechar el uso de cojinetes en forma de flotador ya que inciden en la aparición de edemas, congestiones e isquemias, es decir facilitan a aparición de UPP.
- Si las úlceras del paciente están ubicadas en zona sacra, evitar que éste se sienta por largos periodos, sólo efectuarlo durante el consumo de alimentación
- Las medidas mencionadas deben extralimitarse en los casos de pacientes con alto riesgo aun cuando se les aplique sistemas de alivio de presión; de ninguna manera debe sentársele por más de dos horas diarias

Decúbito lateral dorsal

La forma de efectuarla es:

- Colocar enfermo al lado contrario al decúbito escogido.
- Estirando uno de los brazos hacia donde se va a voltear, flexionando el otro brazo sobre el pecho.
- Flexionar al mismo tiempo la rótula de la pierna ubicada encima.

- Colocar una palma en articulación del hombro quedando sobre esta y la otra en rótula doblada; volteando al enfermo en conjunto, de manera que mantenga la alineación postural.
- Hacer que sobresalga el hombro de apoyo al paciente hasta apreciar que el omoplato esté plano.

Almohadas:

- Ubicar una almohadilla bajo cráneo y una en espalda.
- Ubicar otra almohada entre piernas, de manera que abarque de la ingle al pie.
- Ubicar otra almohada bajo brazo superior.
- Hacer que el paciente descanse en silla o sillón
- Hacer que la espalda del paciente descanse en respaldo de mueble.
- Que el peso del paciente repose en ambas caderas.
- Cuidar que ancas, rotulas y pies estén en ángulo de 90°; teniéndose en cuenta que extremidades no deben colgar.
- Cuidar que las rodillas se mantengan ligeramente separadas de manera que las prominencias estén en contacto, De ser necesario colocar una almohada entre las rodillas.

b. Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP) Las zonas adecuadas para utilización de presión son zonas o dispositivos especiales, compuestos física y estructuralmente de manera que redistribuya la presión, brindando asimismo diferentes beneficios; estando preparada para abarcar el cuerpo de un individuo o parte del mismo, de acuerdo a las posturas reconocidas.

Las zonas de mayor empleo son:

Estáticas: aumentan espacio de tocamiento con ser de modo que se cumpla que a mayor espacio de tocamiento menor presión tiene que sentir. En su fabricación se utilizan materiales de plástico especializado, hebras siliconadas, polímero de silicio en líquido, visco elásticas, dadas las características que poseen.

Dinámicas: permiten cambiar de modo continuo, elevación de aplastamiento en áreas contactadas por el enfermo con zona en que se asienta.

Se aprecia adjudicación de área debe efectuarse a fin de eludir el riesgo de desarrollo de pústula que tenga paciente, de modo que la adjudicación y uso se considere beneficiosa. En tal sentido y concordando con expertos en la materia, se propone:

- Emplear superficies estáticas en pacientes que tengan riesgo bajo.
- Emplear áreas adecuadas o baja presión continua en pacientes de riesgo medio o alto.

Una vez colocado en la superficie especial de apoyo, se tiene que reconocer continuamente la utilización correspondiente, controlando que la zona se encuentre en el tiempo de vida útil y sea competente al requerimiento del enfermo.

c. Protección local ante la presión Es factible el empleo de algodones a fin se disminuya la fuerza aplastante en abultamientos esqueléticos previniendo la aparición de UPP. Asimismo, se puede considerar la utilización de aceites especiales junto con producto sanitario cubridor debido al hecho que son de gran provecho.

Debe efectuarse el cuidado especial de calcañales. Los cubridores han mostrado ser efectivos comparativamente con los cubridores de paño. Para el cuidado mencionado utilizar una cabecera mullida bajo parte muscular de la pierna que permita levantar talones. Sin embargo, cuando el talón quede exento de presión, debe evitarse el colgamiento del pie, manteniéndolo angularmente recto con pierna.

- Revisar epidermis: apreciando manifestaciones de: coloración, percepción desagradable de suplicio, calor, coloración y existencia de hinchazón e endurecimiento.
- Coordinar y adiestrar a los cuidadores o familiares del paciente, a fin reconozcan zonas donde manifiesten molestias o dolor; ya que está

demostrado que en estas zonas se presentan igualmente mayor riesgo de degeneración de tejidos.

- Considerando que la revisión de enfermos con piel sombría es dificultosa, al distorsionar u obstruir la visión de las características comunes, se sugiere buscar coloraciones no usuales (tonalidades rojas, azules, morados).
- La hinchazón y endurecimiento de la piel se consideran señales de advertencia para el desarrollo de UPP. Pudiendo apreciarse su piel en forma suave y luminosa.
- Utilizar aceites especiales hidratantes en elevaciones de los huesos, no dar masajes.
- Valoración de exceso de cantidad de agua: emisión de orina, hiperhidrosis.

d. Humedad La exposición habitual de la epidermis de los enfermos a fluidos tales a: secreciones de la uretra, excrementos, sudoración o exudación de heridas, es común y apreciada constantemente por los profesionales clínicos; situación que de no ser atendida de modo correcto hasta su curación, conlleva a heridas de la piel originadas por este enlace (debido a la acción propia de los fluidos, los componentes irritativos que poseen, por la mezcla sinérgica de sus valga la reiteración sus componentes), así como agravarse o potenciarse otras lesiones.

Algunas situaciones, hacen dificultoso distinguir los daños producidas por el humedecimiento con las debidas al aplastamiento; a pesar que su causa, prevención y manejo son diferentes.

Se recomienda que la epidermis del enfermo esté permanentemente higienizada y desecada. A este efecto se valorará todos los procesos que puedan incidir en la presencia de exceso de humedad y que se han hecho mención con anterioridad.

Considerando que la falta de retención de la orina es sufrida entre el 15 a 30% de personas adultas mayores, se tiene la certeza que la dermatitis ocasionada por este hecho incide potencialmente en la lesión vinculada por esta falla urinaria.

Se viene demostrando que los procesos formales organizados de protección a la epidermis unida a uno de prevención de úlceras por presión reducen de manera significativa los daños debidos al descontrol en la orina; estimándose que la programación de atención de la epidermis debe considerar como características claves: aseo, humectación y atención.

Una piel bien hidratada mantiene elasticidad y cumple con su función de barrera. Por ello es preferible utilizar sustancias emolientes que hidraten la piel disminuyendo su exposición a daños externos en ella. El término emoliente se refiere a los preparados utilizados para recubrir la superficie de la piel, manteniendo el agua de manera interna en el estrato corneo, mientras que las sustancias hidratantes se refieren a aquellas que hidratan la piel de modo activo. Los productos hidratantes son empleados ya que está demostrado que aceleran la regeneración protectora que posee la piel. Se especifica que el uso de cremas hidratantes (emolientes) debe llevarse a cabo en dosis pequeñas, siendo su administración de manera suave y solamente de manera que sea absorbida.

En consecuencia, la atención de la epidermis se basa en el uso de dos elementos primordiales: utilización de productos absorbentes y de productos barrera, los cuales reducirán los efectos que producen los compuestos químicos y el exceso de humedad.

El cuidado de la piel debe llevarse a cabo mediante la planeación de un programa ordenado de cuidados, de modo que se disminuya el proceso y tiempo del personal interventor. Por ello se considera que la unión de intervenciones de limpieza, hidratación y protección incrementa la utilización adecuada del tiempo, promoviendo adherencia a las normas de protección a la epidermis. La conjugación de diferentes mezclas de objetos u artefactos con atributos positivos que mantienen y revitalizan la epidermis viene mostrando que son efectivas en la detección y cuidado de dermatitis influenciada por la incontinencia.

Por el contrario, no existen datos y comprobaciones suficientes en relación de prendas absorbentes para enfermos que tienen incontinencia relacionada a la exposición de dificultades o cambios de la epidermis. Sin embargo, sí se ha

comprobado y verificado que aquellos que poseen macromoléculas de monómeros, súper absorbentes son más efectivos; de manera similar actúan los que poseen alta capacidad de absorción frente a los de baja.

En las áreas donde se aprecia líquidos emplear implementos de barreras para la piel que carezcan de compuestos químicos orgánicos y que por el contrario protejan frente a líquidos extravasados y sustancias de unificación. A tal fin se utilizan: las láminas de barrera no irritantes para la piel, que por su característica de ser transparente ayuda a apreciar la piel, retirándola solo con uso de productos oleosos, ya que su exclusión con linfa o soluciones no son efectivas.

Control de los factores coadyuvantes

Un deficiente estado nutricional o carencias de la piel, pueden constituir elementos riesgosos con propensión a desarrollar úlceras por presión. Sin embargo, y contrariamente algunos estudiosos disgregan estos componentes de las cualidades, al no ser ellos de por sí, causantes de daños, si bien predisponen a ellos, los coadyuvan o facilitan su desarrollo o proliferación.

A. Manejo de la nutrición e hidratación

La debilidad del organismo por la calidad nutricional incide en el origen y proliferación de heridas, de manera particular en las úlceras, influyendo en el retardo de cicatrizaciones de algún tipo de herida. El conocimiento de la desnutrición se corrobora mediante utilización de valoraciones nutricionales y especificaciones clínicas, entre estas: proteínas sanguíneas, conteo de linfocitos y proteínas del suero.

Es importante en consecuencia que la alimentación que se brinde sea sana equilibrada e individual para cada paciente, de acuerdo a sus problemas de salud, reconociendo posibles déficits nutricionales y corrigiendo y evitando posibles excesos.

Quienes sufren de UPP están sumidos en un proceso metabólico catabólico expuesto en la búsqueda de cicatrización, por lo que la deficiencia proteínica, calórica e hídrica, así como de sustancias naturales de composición química

definida, compuestos orgánicos biológicamente muy activos y elementos para el crecimiento y desarrollo serán levemente altos comparativamente a otros enfermos tratados.

La aportación cambiante dietética se incrementa con la ingesta debida de alimentos ricos en estas sustancias, sea tanto animal como vegetal y mineral.

La presencia de úlceras avanzadas (grado III- IV), y falta de fluidos por medio de la lesión o daño es superior, de manera que se hace necesario mantener un apropiado aporte hídrico.

La incorporación del paciente debe llevarse a cabo previa evaluación nutricional que permita efectuar su seguimiento, por tanto, los documentos deben contener la información de la nutrición que ha percibido, carencia o reducción de peso, medición antropométrica e incluso la procedencia socio económico, entre otros. En casos específicos, contar con una equilibrada alimentación que permita alejar el déficit nutricional, acorde con requerimientos del área de salud, a fin se recupere la salud del paciente.

Una dieta que aumente la masa muscular del cuerpo ayuda en la curación de UPP, evitando su presencia, alejando dificultades de infecciones.

El material bibliográfico existente manifiesta relación directa de mala alimentación y aparición de ulcera por presión, debido que la carencia sustancias adiposas y células musculares reduce la acción protectora que poseen en los abultamientos óseos. Ello hace necesario se provea soporte nutricional a personas a quienes se les ha reconocido la existencia de cierto déficit. El ingreso adecuado de energía y nutrientes al organismo del paciente, durante la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos se efectiviza sea vía oral (por la boca), vía enteral a través del intestino y/o vía parenteral a través de las venas.

Otra consideración que debe tenerse es la hidratación, por ser esencial para la salud del paciente; pese a que en algunos casos y dadas las cualidades del

enfermo (complicación en el ingreso debido de los alimentos, etc.), hecho que tiene en cuenta el equipo sanitario.

Es consensuado que la regulación hídrica es fundamental en una buena salud, ya que la piel que ha recibido agua en cantidad correcta es menos riesgosa su rotura. Requiriéndose dotar al paciente de adecuada ingesta de líquidos acorde a su estado biológico, estado de bienestar y causas que intervienen y carencia extrema de estos (aumento de temperatura corporal encima de lo habitual, etc.) que pueden incrementar la ingesta de líquidos del enfermo tratado.

Si bien el tratamiento primario o básico del aspecto nutricional del enfermo atendido por UPP se puede considerar como un gasto, ello no es así ya que por el contrario estamos efectuando una cuidadosa rentabilidad al prevenirse las lesiones y el costo que ello implica, así como la minimización en el tiempo en que el paciente estará utilizando los medios hospitalarios.

B. Cuidados de la piel de riesgo

Todo cuidado de la piel requiere de manera inicial la inspección de este órgano de manera cotidiana, lo que permitirá encontrar alguna señal o aviso, considerando una meticulosa atención de protuberancias esqueléticas y ante la presencia de desgaste que muestra su estado general (sequedad, eritema, induración, maceración). Es necesario también proporcionar especial atención a zonas de riesgo donde con anterioridad hayan existido lesiones por presión.

La presencia de presión, cizalla o de roce fricción pueden originar la resistencia y aparición de lesiones en la piel. Por este motivo se debe difundir el cuidado de ésta no solo por ser la que se presenta a primera vista, sino por las implicancias que puede tener en la salud.

Se hace necesario la difusión de material de higiene conveniente a utilizar para el cuidado de la piel, los cuales deben tener un componente de cuidado a sufrir irritación, siendo por esto similar a la acidez de la piel, teniendo en cuenta que debe alejarse todos aquellos productos que estén elaborados con sustancias químicas que tengan alcohol. Lo mismo acontece con el uso de colonias, debido

a que contiene alcohol, sustancia que reseca la dermis y permite que aparezcan grietas, así como rompimiento de la piel al actuar sobre ella alguno de los elementos que se han venido mencionando.

En lo posible, no debe colocarse a la persona sobre una zona del cuerpo que se halle enrojecida supuestamente por haber sufrido previsiblemente un hecho o suceso de presión. La coloración de la piel nos muestra que el sistema orgánico mantiene la afectación y necesita mayor descanso por la carga sufrida¹⁹⁻²⁰

No está demás reiterar la necesidad de una valoración de la piel en forma cotidiana, al permitirnos el reconocimiento temprano de cualquier signo de lesión (enrojecimiento, cambio de color o temperatura, aparición de edemas, eritema, endurecimiento, dolor, etc.) resaltando las siguientes zonas:

- Elevaciones óseas y área donde se apoya la persona o paciente.
- Lugares factibles de ser afectados por humedecimiento.
- Zonas que presenten deshidratación, enrojecimiento, inflamación u ablandamiento o por el contrario endurecimiento etc.
- Áreas en fricción por el rozamiento con implementos de terapia para su propia curación.

C. Mejora de la oxigenación tisular

Los tejidos deben mantenerse debidamente oxigenados, de manera que rechacen cualquier tipo de lesión que le afecten.

Por esta razón, es necesaria su atención de manera global que comprenda tanto su conjunto de órganos como la intervención en cualquiera de ellos.

Los factores que inciden y plausibles de ocasionar la reducción de oxigenación tisular se debe a deficientes procesos orgánicos como el padecimiento de una buena oxigenación por mal transporte de la sangre, mal trabajo del páncreas que no sintetiza la insulina, dificultad en la respiración, interrupción en el paso de un fluido, a través del sistema circulatorio o el sistema linfático, a un órgano o un tejido, afectación del sistema circulatorio en general; e, incluso la calidad de vida

que se ha tenido con la ingesta indebida de alcohol y tabaco. Todos los que vienen siendo difundidos para encontrar y adquirir una mejor calidad de vida.

En el Perú se tiene certeza respecto la efectividad del uso de aceites especiales humectantes; los cuales facilitan que la piel mantenga la humedad adecuada, apoyando con incrementar el intercambio de sangre con células del organismo, que optimiza el estado de la piel expuesta a isquemias prolongadas, utilizándose en prevenir la aparición de úlceras. Asimismo, existen investigaciones del cuidado de úlceras por presión en sus diferentes grados.

En los diferentes estamentos de sanidad de la ciudad de Lima con la finalidad de lograr la respiración celular se cuenta con la certeza de humectantes efectivos, que se utilizan encima de la epidermis en riesgo, diseminándolos suavemente sobre este órgano, incluyendo una diversidad de elementos administrados en forma local.

D. Cuidado ante ataques foráneos.

Existen una serie de factores externos al enfermo que le pueden ocasionar daño en la dermis al grado incluso de originar que aparezcan lesiones.

La búsqueda de la restauración de la salud hace que el paciente sea sometido a la ingesta de diversos medicamentos, así como la utilización de diversos instrumentos y equipos para aliviar o curar su enfermedad o como medio de tratamiento (radioterapia), o por conocimiento ancestral sin demostración del efecto esperado. Los que de una manera u otra pueden tener afectación sobre la piel.

Cuando dispositivos clínicos afecten al paciente, debe atenderse la epidermis en la forma que se ha venido indicando con humectantes y la utilización de cubridores en áreas afectadas, las cuales deben ser de materiales que le beneficien, como la goma espuma o goma pluma. En los supuestos de aplicación de radioterapia, los mantos ácidos no irritantes han mostrado ser adecuadas para la prevención de la radio dermatitis.

Respecto a prácticas inapropiadas, deben erradicarse mediante directivas jerárquicas que comprendan al Estado comprendiendo lógicamente los servicios sanitarios, incluyendo a profesionales, de manera que se controle su no realización mediante medidas correctoras que sean necesarias.

Estas prácticas inapropiadas se deben en gran medida a la realización automática de prácticas tradicionales, lo que conlleva a la dificultad de su eliminación, pese a que contribuyen significativamente para que aparezcan daños. Entre las operaciones que son perjudiciales debiendo suspenderse en la curación de pacientes tenemos:

- Empleo de flotador (que tienen apariencia circular o rosquilla) en la base que hace de asiento; por lo que la distribución de la producción del peso del cuerpo, no se efectiviza concentrándola en el área del cuerpo en relación con la rueda, creando hinchazón, aglomeración en las venas y favoreciendo que aparezcan las UPP.
- La utilización de diversos componentes sin constatación del beneficio, entre los que mencionamos: piel de borrego artificial o manoplas llenos de líquido.
- El frotamiento de estructuras esqueléticas o bien masajear con desinfectantes la epidermis pueden originar daños adicionales, sin la prevención debida de aparición de lesiones. Los masajes son perjudiciales si existen abscesos agudos y factibilidad de hallarse con arteriolas sanguíneas lastimadas elevada posibilidad de encontrarse la piel frágil, por ello, no es recomendable sugerir como táctica prevenir las úlceras por presión.
- Siendo terminantemente prohibido el masajear fuertemente la epidermis que se encuentra en peligro de llaga, hecho que asimismo deriva en doloroso, causando la destrucción de tejidos u ocasionando una reacción inflamatoria, de manera especial en personas de tercera edad con características extremas de fragilidad.
- El uso de apósitos con adhesivos muy resistentes constituye otro motivo para que se originen lesiones al momento de ser retirados.
- Reiteramos el hecho que no debe sentarse a pacientes que no puedan retomar la posición inicial; igualmente no debemos agregar el panel superior de la cama y lados laterales de paciente a más de 30° de pendiente, ni trasladar al paciente sin haberlo levantado íntegramente su físico.

2.2.4 Tratamiento de las Úlceras por Presión

Las clases de curas se subdividen en secas o húmedas.

La primera, se emplea escasamente, por demorar la cauterización. Busca que la herida se mantenga higienizada y enjugada previniendo futuras contaminaciones, responsabilizándose de:

- Reducción de hipertermia del cauce de pústula, de manera que se evite la afectación de células sanas.
- Suprimir el humedecimiento, evitando de ese modo que las células afectadas se trasladen al interior, afectando negativamente el desarrollo de cicatrizaciones.
- Producir recubrimiento ubicado en ubicaciones inferiores con la utilización de fibras gelatinosas, y que imposibilita aparezca un tejido reciente.
- Plantea lesión sangrante a sustancias negativas externas.

La curación de humedad brinda como su nombre indica un ambiente tanto húmedo como caliente para la cicatrización. La herida debe mantenerse humedecida y la epidermis por el contrario desecada. Entre las ventajas de llevar a cabo la curación en ambiente empapado se considera:

- Incremento de aportación de oxigenación y alimentación por medio de nuevos vasos sanguíneos.
- Efectúa acidez de iones de hidrogeno, originando la eliminación de bacterias que minimiza la posibilidad de contraer infecciones.
- Dispositivo que impulsa los movimientos celulares sincronizados.
- Apreciación de la exudación sin perjudicarse la piel tratada
- Defensa de equimosis contaminadas.
- Reducción de tiempos para cicatrización.
- Disminución del dolor.
- Renovación fácil y espaciada.

Las pruebas científicas con que se cuentan indican una mejor realidad clínica y mejores resultados costo/beneficio (lo que genera que la continuidad de las curas se prolongue, manejando mínimamente lesiones) respecto a técnica de curación de equimosis en área húmeda comparativamente a la curación tradicionalista.

- Controlando la temperatura. El movimiento de células se efectúa a 37°, si este valor es menor, entonces los procesos presentan retrasos. Al curar una úlcera la temperatura se reduce a 22°C, en consecuencia, los vendajes permitirán el espaciado de curación a niveles máximos.
- Ayuda a la eliminación de tejido necrótico
- Las envolturas utilizadas no originan lesiones al cauce afectado al momento de retiro, ni presencia de residuos que pudiese afectar contaminantemente la zona.
- La aparición de nuevas capas se lleva a cabo de modo rápido con reducción del dolor.

El vendaje elegido en la curación humedecida debe efectuar:

- Cuidar que afectación no sea afectada por medios externos físicos, químicos y bactericidas.
- Brindar humectación que favorezca las modificaciones celulares, incidiendo positivamente en la restauración total.
- Apreciar el humedecimiento, procurando que se mantenga la humectación de la herida.
- Posea una sencilla manera de uso, comprensible a enfermo, siendo a la vez cómodos.
- Conservar calentura permanente en área afectada.
- No maltratar el área afectada al retirarlo, ni permitir residuos que produzcan infección.

Prevenir que el cuidado de la ulceración se efectúe desde primer inicio de apreciación:

- Desestimar apoyo en área dañada.
- Aumentar el consumo hídrico y proteico.
- Efectuar acciones que alivien la presión.

Sugerencias en empleo de elementos permitidos en curaciones húmedas.

- La exudación es determinante para la habitualidad de modificaciones. Teniendo esto en cuenta, podremos apreciar si la emisión del líquido en lesión

se halla entre 1-2 cm de línea limítrofe en gasa, debiendo en consecuencia realizarse el cambio.

- Efectuar la revisión ulceral en forma continua siquiera de manera semanal, o permanentemente cuando se hallan dado modificaciones que así lo hagan apreciar.
- En caso que la ulceración sea de alta carga bactericida o presente las características de infección, el aseo y eliminación del tejido muerto debe efectuarse diariamente. Si se relaciona la cantidad de bacterias con los protectores, el examen debe efectuarse entre 48-72 h. Si se optase por agentes antimicrobianos, la modificación se efectuará en base a la vida temporal que tiene. Mencionamos a la crema tópica para el tratamiento de quemaduras que posee una semivida de eliminación de 12 h.
- La manera de evitar la formación de inflamaciones o cierres de la herida es completando casi la totalidad de zonas huecas y conductos en forma de túneles.^{22,23}

Valoración de Úlcera por Presión

Escala de Braden

Se utiliza en las diferentes modalidades de atención sanitaria, su sencillo empleo permite que se identifique al enfermo en desgracia en un lapso temporal. Las relaciones de dimensiones se utilizan como apoyo al proceso médico y no se les considera de manera apartada de otras patologías.

Efectúa la medición de las variables:

- Sensación de los sentidos: aprecia si el enfermo responde ante una incomodidad.
- Hace ver que la piel esté húmeda.
- Actividad: mide el nivel logrado de actividad física.
- Movilidad: indica si el paciente está apto para el cambio de posición.
- Nutrición: valora proporción de alimentación recibida para consumo.
- Desgaste y posibilidad de presentar heridas en dermis.
- Predice con mayor exactitud si el paciente puede desarrollar UPP.²⁴

Estadaje de las UPP ^{22, 23}

Estadio I

Perturbación que se aprecia en el integro de la piel y que se relaciona con la fuerza, se hace notorio por el enrojecimiento de la piel que no se pone pálida al hacer fuerza sobre ellas; en piel de tono casi negro, se manifiesta en tonalidades usualmente rojas, azules o púrpura azulado.

Comparativamente con zonas corporales que no han sufrido presión, es factible añadir modificaciones en:

- Magnitud de calor en la piel (candente o gélida).
- Resistencia de tejido (hinchazón, endurecimiento).
- Sensaciones de tormento y picor.

Estadio II

La afectación a la epidermis es del espesor de la epidermis, la dermis o las dos. La pústula en caso sea trivial es de una forma aparente abrasiva, con abolsamiento insignificante.

Estadio III

Se aprecia que la piel ha perdido su grosor, existiendo herida y necrosis en el tejido subcutáneo, la perforación se introduce hacia bajo.

Estadio IV

El daño que presenta la piel del paciente es total, no existe ya grosor en ella, la muerte celular es total afectando estructuralmente los miembros de sostenibilidad. Debe considerarse que hay presencia de cavernas, agujeros o caminos con curvas.^{22,23}

Bioseguridad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2005) constituye el conjunto de principios y medidas de atención de salud de los trabajadores de todo nivel, ante la presencia de riesgos biológicos, químicos y físicos que pueden afectarle durante la realización de sus capacidades, incluyéndose a pacientes y medio ambiente.

Principios de bioseguridad

- Universalidad
- Uso de barreras
- Eliminación de material contaminado

Uso de barreras

- Evita la presentación directa a todo tipo de muestras orgánicas.
- Lavado de manos; constituye el primordial y uno de los métodos más simples y efectivo en la reducción de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Es usual que el intercambio de bacterias entre los enfermos se lleve a cabo por medio de las manos del equipo de trabajo multidisciplinario de salud; siendo el lavado de manos la medida de bioseguridad por excelencia. Ello hace que esta medida universal deba ser debidamente atendida y aplicada.
- Utilizar guantes, lentes, mascarillas, gorro.
- Inmunizaciones (HB).
- Estructura edilicia, mobiliario, limpieza.

Eliminación de material contaminado

Conformado por el procedimiento a través del cual se procesan los insumos empleados en el cuidado del paciente, desechos de materiales empleados como gasas con secreciones y/o sangre sin riesgo para los operadores y la comunidad²⁵

Limpieza de herida

Limpieza cuando esta no se encuentra con infección.

Una vez higienizada las manos comenzaremos a emplear el suero salino fisiológico, al limpiar la herida se hace con suavidad sin fuerza mecánica en esta operación y en el secado final. Sin embargo, la presión debe permitir la remoción y traslado bacteriano y de posibles restos que hayan quedado de curaciones anteriores.

Está prohibido el uso de antisépticos en este tipo de limpieza, debido a que su química afecta negativamente el tejido pudiendo incluso originar problemas al ser absorbidos por el cuerpo

Limpieza de la herida infectada

Excepciones en la utilización de antisépticos (GNEAUPP) Solo es permitido su uso en:

- Antes y después del desbridamiento cortante.
- Afecciones que están infectadas por bacterias.
- Biopsias y aspiraciones ordenadas. ²⁵

Desbridamiento. ^{22,23}

Es la acción que permite el retiro de tejidos mermados, remanentes de suciedad y elementos intrusos que se encuentran en la laceración. Este hecho, puede presentarse con costra de tonalidad como negra u amarilla, tanto con características de sequedad o humedad, actuando como forma de incremento desmesurado de bacterias que imposibilitan la curación.

Sus objetivos son:

- Eliminación del terreno que favorece infección
- Mitigar las reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que se presentan en las heridas.
- Mejorar la curación: acelerar
- Facilitar la curación: mediante la proliferación y cambio del tejido
- Restaurar la estructura y funcionamiento de la epidermis.
- Mejorar la restauración estructural y la función de la piel.
- Visualizar furúnculos
- Calcular abismo que presenta la herida.
- Paralizar detrimento de proteínas a través de pérdida de líquidos.
- Control de aroma y suplicio que produce la herida.

Consideraciones antes de desbridamiento:

- Los objetivos globales del cuidado del paciente.
Al efecto se lleva a cabo la revisión total del enfermo, considerando el estado de salud, factibilidad para curarse ante aplicación de secuencias curativas, posibilidades de vida, dificultades y mejoras factibles para enfermo. Es indispensable brindar atención especial a quienes se encuentran en fase terminal.

- Control del dolor.

Toda herida crónica es dolorosa, excepto pocas de ellas al ser leves. La sensación del dolor se incrementa ante la utilización del desbridamiento, por ello es necesario tener en cuenta su presencia antes y durante el procedimiento. Debiendo estimarse probabilidad en uso de pautas analgésicas.

- Vascularización del área lesionada.

Las heridas crónicas pueden tener un riego sanguíneo deficiente o inadecuado. Ello puede ser motivado por el desconocimiento de las causas de la lesión, siendo indispensable efectuar una evaluación del sistema sanguíneo, empleando los métodos sanitarios y/o instrumentales, para este tipo de casos.

- Áreas anatómicas de especial atención.

Existen áreas fisiológicas de la persona: cara, manos, dedos, genitales, mamas, mucosas, tendones expuestos y cápsulas articulares; que necesitan se les brinde especial atención, cuando se elija el método de limpieza a aplicarse.

- Localización especial de los talones.

Esta zona del cuerpo requiere cuidado especial, sobre todo si manifiesta tumefacción, hinchazón, humedecimiento excesivo entre otros, aun cuando ello no implique la acción de desbridamiento.

- Gestión de riesgos.

Las acciones de limpieza deben efectuarse o decidirse habiendo considerado previamente el análisis del riesgo beneficio.

- Consentimiento informado.

Para prevenir y tratar las heridas por fuerza externa se requiere de información previa y el consentimiento para las acciones a tomar deben hacerse inicialmente de modo verbal, anotándose ello en la historia clínica y demás

formatos que se tienen para dicho fin, lo que constituye prueba en casos de existir procesos judiciales posteriores.

Los procesos en que se necesita esta documentación son:

Los desbridamientos ejecutados por personal de salud que no considere la existencia de algún tipo de riesgo para el enfermo, fotografías de heridas.

- Desbridamiento quirúrgico:

A quien compete recabar la información y documento es el profesional cirujano que efectuara la supresión del tejido inutilizado o limpieza de zonas afectadas.

- Reparación de cirugía a las heridas por fuerza externa

- Amputación de miembros usualmente inferiores al complicarse la UPP. En estos casos el cirujano general o plástico es a quien compete efectuar la documentación.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos relacionados con UPP.

De forma práctica, se clasifican los métodos de desbridamiento en:

Desbridamiento cortante o quirúrgico

Se emplea por la facilidad que brinda respecto al tiempo de curación cuando se trata de heridas que han alcanzado un alto nivel de profundidad en su necrosis. Dada las características de la herida debe efectuarse de acuerdo a los pliegues de la piel y en diferentes momentos, excepto si se efectiviza mediante la cirugía; debiendo partir el proceso en el área central liberando el tejido necrosado adherido a los bordes de la herida, deteniéndose en caso se llegue a visualizar los tendones, cuando se penetre en los tejidos conjuntivos, o bien, si estamos frente a una hemorragia o el paciente refiera dolor. Como es usual esto último necesitamos contar con un anestésico tópico (Gel de Lidocaína 2%, etc.).

La pérdida de sangre aparece frecuentemente en este tipo de heridas, siendo por ello necesario su manejo, control y limpieza.

Dada la naturaleza de su proceso, es necesario que quien lo lleve a cabo tenga conocimientos, destreza, técnica adecuada y material con tratamiento especial de limpieza.

Desbridamiento químico (enzimático)

Este tipo de método se emplea como reemplazo del método anterior desarrollado, por ser más tolerable por el enfermo.

En su realización emplea preparados.

Es el método más selectivo, que utiliza compuestos elaborados que facilita la eliminación del tejido necrosado y corrompido. Su diversidad es amplia si bien es mayoritario el uso de colagenasa por ser una sustancia que favorece el desbridamiento al actuar sobre puentes de colágeno desnaturalizado, eliminándolo. Debe cuidarse que previamente se proteja la epidermis sea con una película barrera, pasta de zinc, etc., al mismo tiempo que se aumente la humedad de la herida en los casos que no presentase exudado. De ningún modo puede emplearse combinándolo con antibióticos tópicos, antisépticos, metales pesados y detergentes.

Desbridamiento autolítico

Es favorable cuando se lleva a cabo utilizando compuestos diseñados y elaborados en principios de cura húmeda.

Se lleva a cabo ante la confluencia de 3 factores: hidratación de lecho de úlcera, fibrinólisis y acción de las enzimas endógenas sobre tejidos desvitalizados.

Se hace también usual debido al hecho que no requiere el conocimiento y practica de habilidades clínicas específicas, así como la aceptación corporal de los pacientes; si bien es más lenta en la curación. La utilización de gasas e hidrogeles permiten la producción de elementos necesarios para la limpieza.

Desbridamiento mecánico

En la actualidad su utilización está en desuso dada las características que posee y que hacen que el paciente sienta por un lado la obligación de su aceptación y por el otro dolor acuciante.

En su realización se aplica las fuerzas de rozamiento, irrigación a presión lo que hace que los algodones empleados al momento de secarse estén en tejido mermado, los cuales al retirarse mediante fuerza arranque no solo el tejido malo sino incluso el nuevo que viene creándose.

Criterios para la elección del apósito adecuado

La selección del apósito a utilizar constituye una gran dificultad para los miembros de sanidad que se encargan del cuidado de heridas; debido a que inciden una serie de factores: lugar de herida, estado de la epidermis y en términos generales el estadio y gravedad de la lesión; influyendo también la humedad existente, el conglomerado de túneles, situación del tejido dañado e infección que haya aparecido. La determinación del apósito a utilizar considera:

- Estado de herida infectada y presencia de humedad
- Estado de granulación en el tejido.
- Existencia de esfacelos y/o tejido necrosado.

Elección del producto.

La evidencia científica obtenida muestra la efectividad clínica de la técnica de la C.A.H. (cura de ambiente húmedo) frente a la cura tradicional, así como su mayor eficacia (coste/beneficio).

La Cura Seca o Tradicional es un método consistente en la mantención de la herida limpia y seca de manera no sea atacada por infecciones, aunque se retrase la cicatrización, responsabilizándose de:

- Disminución de la temperatura en el lecho ulceral, de manera que las células sanas se sequen y mueran.
- Eliminación de zonas humedecidas, lo que facilita que células que conforman la piel se movilicen al interior, retardándose así el proceso de cicatrización

- Originar corteza que se abraza en zonas inferiores empleando fibras colagenadas, eliminando que aparezca tejido renovado.
- Exposición de pústula a sustancias externas negativas.

La Curación en ambiente humedecido, fue estudiada y propuesta por Winter (1962) quien le dio un valor definitivo demostrando que si la ulcera está establecida en una zona húmeda, ello hace que las células se desplacen, facilitando se reparen nuevos tejidos, contribuyendo así con la curación más rápida, efectuando el retiro del apósito sin que existan daños en células renovadas. Su fundamento es que si se logra que la herida este en una zona donde impere humedad y temperaturas adecuadas la cicatrización se hace factible de modo más rápido y efectivo, siendo causante de:

- Favorecer la traslación celular.
- Manejo del exudado.
- Facilita la interacción gaseosa.
- Mantiene calor adecuado
- Facilita defensa y retiro de residuos
- Disminuye suplicio de dolor
- Reduce temporalidad en que herida cicatrice
- Disminuye la cantidad de curaciones.

La elección de un elemento de cura en ambiente húmedo deberá efectuarse teniendo en consideración:

- Ubicación de la herida.
- Estado de úlceras.
- Proporción de humedad.
- Visualización de túneles
- Apreciación de infecciones en epidermis
- Situación general del enfermo.
- Nivel asistencial y disposición de recursos.
- Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado.

Para impedir la formación de heridas o que estas aparentemente estén sanas, se requiere el relleno casi integro de los agujeros o tuenes formados con

elementos certificados en cura húmeda. Tal como se explicó con anterioridad el número de alternancia de algodones, gasas o similares elegidos, se determinará por las cualidades propias del género elegido para su utilización. Siendo necesario elegir el apósito que facilite un óptimo manejo de la humedad, impidiendo la desecación del lecho de la herida.

- **Relación productos con acción desbridante:**

Colagenasa: Desbridamiento enzimático

Indicaciones: heridas con material necrosado

Aplicación: se efectúa en la herida

Frecuencia: 24 horas.

Apósito de fibras de poliacrilato micro adherente con fibras hidrotensivas desbridamiento osmótico y autolítico.

Indicaciones: lesión con elevada humedad y fibras con presencia hemostáticas.

Aplicación: realizar con hidrogel si la herida no muestra exudación

Frecuencia: cada 2 días conforme a saturación y fase de desbridamiento.

Hidrogel desbridamiento autolítico.

Indicaciones: llaga seca con trama necrosada y presencia de sustancia insoluble en agua.

Aplicación: en el área que abarca la herida.

Frecuencia: cada 1 o 2 días de acuerdo a la evolución.

- **Relación productos utilizables en heridas infectadas**

Apósito de plata y carbón

Indicaciones: lesiones infectadas y/o humedad purulenta con aroma pestilente.

Aplicación: permite humectación con solución salina sin que se perpetre el corte de manera que no se tiña con carbón.

Frecuencia: diaria acorde a saturación, pudiendo variar solo el apósito secundario.

Interface lipidocoloidal con vaselina sulfadiazina y plata

Indicaciones: herida con deficiente humectación que requiera curación con plata y elemento que impida la propagación de microorganismos patógenos.

Aplicación: de forma directa en toda el área lesionada.

Frecuencia 2 a 3 días de acuerdo a abarrotamiento

Apósito antiadherente con plata.

Indicaciones: lesiones que tienen características infecciosas y gran incremento en humedad.

Aplicación: siendo antiadherente no requiere de humedecimiento

Frecuencia: de 2 a 4 días según saturación.

- Relación de productos con acción cicatrizante

Apósito de hidrofibra

Indicaciones: lesiones perforadas que presentan mínimo fluido de sangre.

Aplicación: se inserta con dobles de 2,5cm externamente que facilita su pronto retiro. En caso que haya presencia de humedad se permite agregar suero fisiológico.

Frecuencia: intervalo de 4 días.

Modulador de metaloproteasas

Indicaciones: lesiones con presencia granulosa que no ha alcanzado signos infecciosos. Activa cauterización.

Aplicación: se emplea en lesión con algodón o gasa absorbible.

Frecuencia: 2 a 4 días.

Espuma de poliuretano impregnada en vaselina con soporte siliconado

Indicación: cualquiera lesión en calidad de apósito secundario. Ayuda al proceso cicatrizante debido a los compuestos que mantiene.

Aplicación: agregar solo o acompañando a cualquier otro tipo de apósito.

Frecuencia: de 2 a 4 días de acuerdo a saturación.^{23, 24}

2.3 Definiciones conceptuales

Intervención Educativa: programa específico o una serie de pasos que el personal profesional de Enfermería realiza, para ayudar a una persona a mejorar en un área de necesidad.

Conocimiento en úlceras por presión es la consciencia o percepción, de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación del personal profesional de Enfermería, para ayudar a las personas a afrontar la prevención de enfermedades y sus complicaciones durante la estancia hospitalaria, como son las úlceras por presión

Prácticas en Úlceras por presión Son acciones y actividades dirigidas a la asistencia, que realiza el profesional de Enfermería con el fin de generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos, para la prevención de úlceras por presión en pacientes con riesgo a desarrollarla.²⁶

2.4 Hipótesis general

H1: La intervención educativa produce un efecto significativo en el conocimiento y prácticas en prevención de Úlceras por Presión en la Unidad de Delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2018.

H0: La intervención educativa no produce un efecto significativo en el conocimiento y prácticas en prevención de Úlceras por Presión en la Unidad de Delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2018.

Variables e indicadores

- Variable independiente: Intervención Educativa.
- Variable dependiente: conocimientos y prácticas en prevención de Úlceras por Presión.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

Esta investigación está comprendida en el enfoque cuantitativo, porque usará la recopilación de información que prueben las hipótesis, en merito a la utilización de medidas numéricas y análisis estadístico que permitirá fijar patrones de comportamiento; la variable es de tipo aplicada ya que los conocimientos que han sido adquiridos se ampliarán mediante la adquisición de otros, luego que se implementen y sistematicen los hechos logrados en este estudio.

Es de método experimental porque se manipula, de manera intencional la variable, siendo el diseño pre experimental, con un solo grupo, porque se aplica un pre test y post test. El resultado es la valoración del cambio ocurrido entre ambas situaciones y el efecto que ha ocasionado u originado las sesiones aplicadas.²⁷

3.2 Población y muestra

Población:

La población está compuesta por 30 profesionales de Enfermería que trabajan en el Servicio de Medicina (tercer piso).

Muestra:

El muestreo que se utilizó para la obtención de muestra es el no probabilístico por conveniencia, es decir los profesionales de Enfermería serán seleccionados según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos por el investigador.

Criterios de inclusión

- Enfermeras que trabajan en la Unidad de Delicados, tercer piso del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- Profesionales de Enfermería dispuestas a participar en el estudio.
- Enfermeras contratadas y nombradas.
- Enfermeras que laboren en la unidad de delicados con más de dos años.

Criterios de exclusión

- Jefa del Servicio de Enfermería de la Unidad de Delicados. (administrativo)
- Personal profesional de Enfermería que no pertenece al servicio (retenes, pasantes).

3.3 Operacionalización de la variable a estudiar

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Prácticas en prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión	Son acciones y actividades dirigidas a la asistencia, que realiza el profesional de Enfermería con el fin de generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos, para la prevención de úlceras por presión en pacientes con riesgo a desarrollarla.	Actividades que realizan los profesionales de Enfermería con el fin de generar o promover la salud y/o favorecer la formación de tejido de cicatrización en pacientes con úlceras por presión.	<p>PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de los factores etiológicos. ✓ Control de los factores coadyuvantes <p>TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración de la herida ✓ Limpieza de la herida 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Movilización y cambios posturales ✓ Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP) ✓ Protección local ante la presión ✓ humedad ✓ Manejo de la nutrición e hidratación ✓ Cuidados de la piel de riesgo ✓ Mejora de la oxigenación tisular Protección frente a agresiones externas ✓ Escala de braden ✓ valoración según estadio ✓ Bioseguridad ✓ Limpieza de la herida no infectada ✓ Limpieza de la herida infectada

			✓ Elección del apósito	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relación productos con acción desbridante. ✓ Relación productos para su utilización en heridas infectadas ✓ Relación de productos con acción cicatrizante
conocimientos en prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión	es la consciencia o percepción, de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación del personal profesional de Enfermería, para ayudar a las personas afrontar la prevención de enfermedades y sus complicaciones durante la estancia hospitalaria, como son las úlceras por presión	Conocimientos adquiridos a través de sesiones educativas para evitar complicaciones de las úlceras por presión.	<p>Conceptos generales</p> <p>Prevención</p> <p>Tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceptos UPP ✓ Diferencia entre escara y UPP ✓ Fisiología de la UPP ✓ Movilización y cambios posturales ✓ Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP) ✓ Protección local ante la presión ✓ humedad ✓ Manejo de la nutrición e hidratación ✓ Relación productos con acción desbridante. ✓ Relación productos para su utilización en heridas infectadas ✓ Relación de productos con acción cicatrizante

3.4 Técnicas de recolección de datos Instrumentos

Para la recolección de datos del presente proyecto se utilizará dos formatos tipo encuesta de carácter anónimo. Los instrumentos son cuestionario; nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión y una lista de chequeo para valorar la práctica sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión.

- a. Cuestionario en el conocimiento de la enfermera sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión.

El cual fue elaborado por Carme Rosell Moreno, en su tesis aplicación de una intervención formativa como instrumento esencial en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. El antes y después de los cuidados a los pacientes con riesgo de sufrir o con presencia de úlceras por presión en la atención hospitalaria.

El instrumento es un cuestionario, con preguntas cerradas, dicotómicas con opciones de respuesta: verdadero (V) o falso (F). Las preguntas se estructuran en 3 bloques fundamentales:

- Conocimientos básicos generales
- Conocimiento específico sobre la prevención
- Conocimiento específico sobre tratamiento

Para la validez de contenido se utilizó el método Delphi de consenso de expertos (7 expertos) todos los valores del índice de validez de contenido (CVI) fueron superiores a 0.62 lo que demostró la validez de contenido. Para la consistencia interna se obtuvo alfa de cronbach (0.7)

- b. Lista de chequeo para valorar la práctica sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión

Se determinó el empleo de la observación y la utilización de la lista de chequeo, que consta de dos partes:

Para la variable prevención incluirán nueve ítems que corresponden las preguntas del uno al nueve.

Para la variable tratamiento incluirán seis ítems que corresponden las preguntas del diez al quince.

Para la validación de la lista de chequeo, ésta fue sometida a juicio de 7 expertos docentes de distintas universidades especialistas en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos, el cual, al levantar las observaciones, quienes efectuaron las observaciones pertinentes, y al levantar las mismas, aplicándose asimismo prueba binomial, se obtuvo una $p=0,0171875$ significativa ($p < 0,05$).

La investigación se realizará de la siguiente manera:

- Se coordinará con el director del hospital Guillermo Almenara Irigoyen y con la jefa de enfermería del servicio de medicina del 3BE con la finalidad de contar con accesibilidad para la ejecución de la investigación.

- Se seleccionará la muestra según los criterios de inclusión y exclusión.

- Se recolectará los datos mediante la aplicación de los dos instrumentos de valoración al personal profesional de enfermería empezando con una breve explicación de estos, el primero hace referencia al nivel de conocimiento sobre tratamiento y prevención de úlceras por presión, se realizará aproximadamente 45 min, el segundo a la práctica del cumplimiento se realizará en la sala de delicados del servicio de medicina 3BE, se realizará en el turno de las 6 horas de cada participante.

- La intervención educativa se llevará a cabo en el ambiente de reuniones del servicio del 3BE. Se realizarán 3 sesiones de una hora durante tres días. Primera sesión será sobre prevención de úlceras por presión, la segunda sobre tratamiento y la última sesión será un taller de la utilización adecuado de apósitos en las úlceras por presión. Los días siguientes se realizará la aplicación del instrumento post test tanto de conocimiento y de prácticas sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión para medir la efectividad de la intervención educativa.

3.5 Técnicas para el procesamiento de información

Los resultados fueron procesados en el programa estadístico de Excel y SPSS versión 20, donde los resultados de las variables del pre y post- test fueron analizados empleando la estadística inferencial prueba de T de student para dos muestras relacionadas. El producto de la intervención educativa fue estudiado mediante la estadística descriptiva con frecuencias simples que permitió evaluar su efectividad, resultados presentados en tablas, incluyendo promedios y gráficos de barra simple.

3.6 Aspectos Éticos

Se han considerado los siguientes principios:

Principio de autonomía; resalta que la persona por su propia naturaleza es moralmente libre y en consecuencia, merece respeto. En nuestro estudio se materializaron actividades fijadas en el programa de capacitación, sin que se obligase o presionase a ningún profesional de Enfermería a participar.

Principio de beneficencia; toda persona que efectúe labores en el área de salud acepta voluntariamente servir a quienes se encuentren carentes de salud, sea cualquier su nivel; para ello utilizará las acciones que ha aprendido tanto en lo teórico como práctico. De igual forma en la aplicación de este estudio se ha buscado brindar el máximo beneficio al personal de enfermería para evitar los daños y los riesgos a los pacientes.

Principio de no maleficencia; etimológicamente significa “hacer el mal”, mientras que por el contrario toda enfermera por su propia labor es opuesta a ello, buscando por el contrario eliminar el daño o malestar que el paciente tiene.

Principio de justicia; la salud es un derecho general inherente a toda persona, sin ningún tipo de restricción, es por ello que la enfermera busca la equidad en el trato que proporciona. En tal sentido el programa planteado y aplicado lo ha sido de manera abierta a todo aquel que mostró interés.

IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Una asesora de tesis de la Escuela de Enfermería.

Estudiante de la especialidad de la Escuela de Enfermería.

Profesionales de Enfermería del servicio de la Unidad de Delicados 3BE de medicina del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

4.2 Cronograma

ACTIVIDADES	MESES									
	2017									2018
	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE
1. Selección del tema	X									
2. Revisión de la bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X		
3. Elaboración del proyecto		X	X	X	X					
4. Validación del proyecto					X	X				
5. Aplicación de la prueba piloto							X	X		
6. Recolección de la información									X	X
7. Procesamiento de la información									X	X
8. Análisis e interpretación de los resultados										X
9. Elaboración de informe de investigación										X
10. Presentación del informe										X

4.3 Presupuesto

El presente estudio será asumido por el autor en su totalidad.

CATEGORÍA DE PRESUPUESTOS	Nº	UNIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PERSONAL				
Asesor metodológico	7	horas	200	600
Asesor estadístico	5	horas	160	400
Ayudante de investigación	3	horas	40	60
Digitador	20	horas	16	200
Encuestadores	5		60	200
SUB TOTAL				1460
SUMINISTROS				
Papel bond	1000	hojas	0.04	40
Fólderes	10		1.00	10
Lapiceros	5		4.00	20
SUB TOTAL				70
SERVICIOS				
Transporte		Pasajes		140
Búsqueda bibliográfica internet	10	horas	3.00	300
Fotocopias	400	hojas	0.20	20
Impresión	300	hojas	1.60	300
SUB TOTAL				760

RESUMEN	COSTO TOTAL
Personal	1460
Suministros	70
Servicios	760
Gastos contingentes	300
TOTAL	2590

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales R, Matiz G, Hernández J. Guzmán L. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. Rev. fac. med. [Internet]. 2015 [citado 3 de febrero de 2016]; (1):69 – 80. Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=v63n1a07.pdf&oq=v63n1a07>.
2. Yepes D, Molina F, León E. Incidencias y factores de riesgo en relación con las úlceras por presión en enfermos críticos. Rev. med. [Internet]. 2009 [citado 25 de abril de 2016]; 33 (6): 276 – 281. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02105691200900060004
3. Cantun C., Ucchi N. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. Rev. Enferm. [Internet]. 2005 [citado 15 de mayo de 2016]; 1 3(3): 147-152. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053e.pdf.
4. Águila M., Corrales M., Buitrago V., Serrano V., Ramos A., Fernández A. Prevalencia de úlceras por presión en un centro socio sanitario. Rev. Ene. [Internet]. 2014 [citado 09 de marzo 2019] vol.8 n.2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000200007>

5. Hernández F. Prevalencia de úlceras por presión en la Isla de Lanzarote. [Tesis Doctoral]. [Las Palmas de Gran Canaria]: Universidad De las Palmas de Gran Canaria; 2012.
6. Mancini P., Oyaguren R. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. [Tesis de Licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
7. Poma H. Eficacia entre el jengibre e hidrocoloide en el tratamiento tópico de las úlceras por presión (estadio III), en el servicio de medicina interna N°5 Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis de Licenciatura en internet]. [Lima]: Universidad Nacional de San Marcos; 2012.
8. Jefatura Medicina. Informe mensual úlceras por presión. Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2017. Informes técnicos.
9. Acosta J, Roldan M. Efectos de las actividades educativas al personal de salud y cuidadores informales en el tema de úlceras por presión. [Tesis de Licenciatura]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
10. Plaza R, Guija R, Martínez M., Alarcón M, Calero C, Piqueras M, et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev. Clin. Med. Fam. [Internet]. 2007 [citado 15 de junio de 2016] 1 (6): 284-290. Disponible en: www.redalyc.org/html/1696/169617626008/
11. Mayorga J. Efectividad de una intervención educativa en cuidadores primarios de pacientes con úlceras por presión en reposo prolongando hospitalizados en el HGZ N°1 [Tesis de Maestría]. [Aguas Calientes]: Centro de ciencias de salud, Hospital General de Zona N°1; 2016.

12. Rosell C. aplicación de una intervención formativa como instrumento esencial en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. El antes y el después de los cuidados a los pacientes con riesgo de sufrir o con presencia de úlceras por presión en la atención hospitalaria. [Tesis para optar el título de doctor]. [Alicante]: departamento de enfermería comunitaria, Universidad de Alicante; 2016.
13. Hernández N., Efecto de una intervención de enfermería encaminada a prevenir las úlceras de presión en pacientes con enfermedad cerebrovascular en fase sub aguda fundamentada en el modelo de adaptación de Callistra Roy. [Tesis de Especialidad]. [Cundinamarca]: Universidad de la Sabana; 2014.
14. Larrea B., Vásquez M., Labiano J. Evaluación del impacto de una intervención de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev. Gerokomos, [Internet]. 2015 [citado el 12 de mayo de 2016] 26 (3): 115 – 119. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300009
15. Wandosell J. Efectividad de una intervención formativa en prevención de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos. Rev. Gerokomos, [Internet]. 2012 [citado el 2 de junio de 2016] 23 (3): 128– 131. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300007
16. Sullon M., Cumplimiento de guía de medidas preventivas de úlceras por presión en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo. [Tesis para optar el título de Médico]. [Chiclayo]: Facultad de medicina humana Universidad San Martín de Porres; 2017.
17. Bustamante M. Efecto de una intervención educativa en las prácticas del personal técnico de enfermería sobre medidas de prevención de úlceras por

- presión en el Hospital Marino Molina Comas 2016. [Tesis para optar el título de licenciatura]. [Comas]. Facultad de ciencias médicas, Universidad Cesar Vallejos 2016.
18. Carbajal J., López Z. efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimientos del cuidador primario en la prevención de las úlceras por presión en los servicios de medicina de un Hospital Nacional [tesis para optar el título de licenciatura] facultad de enfermería, Universidad Cayetano Heredia.
 19. Méndez Y., Méndez P. Conocimientos y prácticas del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Hospital Belén de Trujillo 2012. [Tesis para optar el título de licenciatura] Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Trujillo.
 20. Fernández A., Manrique F. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor. Rev. ciencia y enfermería, [Internet]. 2010 [citado 18 de enero de 2016]. XVI (2): 83-97. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf
 21. Jiménez G, López F, Restrepo D. la experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. Rev. Investig. Enferm. Imagen Desarr., [Internet] 2013 [citado 30 de marzo de 2016] 15 (2): 9-29. Disponible en: www.revistas.javeriana.edu.co
 22. Barón M., Del Mar M., Caparros A., Escarbajal E. Martín T, Mohal Y., et al. Guía para la prevención y manejo de las úlceras por presión y heridas crónicas. [Internet] España: Editorial de publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2015. [citado 3 de marzo de 2016]. Disponible en: www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/.../Guia_Preencion_U PP.pdf

23. Caicedo R., Castañeda C., Cossío F., Delgado U., Fernández B., Gómez M. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. [Internet] España: Servicio Cántabro de Salud; 2011. [citado el 1 de noviembre de 2016]. Disponible en: www.gneapp.info/wp-content/.../prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf
24. López c. Prevención de úlceras por presión en pacientes adultos encamados. [Tesis de Licenciatura]. [Jaén]: Universidad de Jaén; 2015.
25. Combol A. Bioseguridad [Diapositivas]. Uruguay: Escuela Universitaria de Tecnología Médica; 2013. 67 Diapositivas.
26. DRAE. Diccionario de la real academia española de la lengua edición número 22.2001 Disponible online:<http://lema.rae.es/drae/>
27. Sinobas P., Garcia F., Garcia L., Gomes J. et al. Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería. España: FAECAP; 2011. Disponible en: www.faecap.com

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE TESIS	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS GENERALES OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GLOBAL HIPÓTESIS ESPECIFICAS
<p>Efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas en prevención de úlceras por presión en un Hospital Nacional - 2018</p>	<p>¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas en prevención de úlceras por presión en la Unidad de delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, diciembre 2018?</p>	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas en prevención de úlceras por presión en los pacientes de la unidad de delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2018. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención de úlceras por presión, antes y después de la intervención educativa en los pacientes de la unidad de delicados. - Valorar la práctica en prevención de úlceras por presión, antes y después de la intervención educativa en los pacientes de la unidad de delicados. 	<p>Hipótesis general</p> <p>H1: La intervención educativa produce un efecto significativo en el conocimiento y prácticas en prevención de Úlceras por Presión en la unidad de delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2018.</p> <p>H0: La intervención educativa no produce un efecto significativo en el conocimiento y prácticas en prevención de Úlceras por Presión en la unidad de delicados del 3BE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2018.</p>

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (LISTA DE CHEQUEO)

N°	ASPECTOS A OBSERVAR	PAC.1 Cama:		PAC.2 Cama:		PAC.3 Cama:		PAC.4 Cama:		PAC.5 Cama:		PAC.6 Cama:		PAC.7 Cama:		PAC.8 Cama:		PAC.9 Cama:		PAC.10 Cama:		OBSERVACIONES /EVIDENCIAS
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
1	¿Realizó los cambios de posición cada 2 horas?																					
2	¿Realizó correctamente los cambios posturales según protocolo?																					
3	¿Utilizó colchón neumático?																					
4	¿Aplicó dispositivo antiescaras? (como almohadas)																					
5	¿La ropa de cama está limpia y sin arrugas?																					
7	¿Realizó el cuidado de la piel? (hidratación y lubricación de piel)																					
8	¿Realizó la higiene diaria del paciente?																					
9	¿Vigiló la administración de ingesta de dieta?																					
10	¿Aplicó la escala de Braden?																					
11	¿Valoró UPP según estadio?																					
12.	¿Realizó lavados de manos según protocolo antes y después de la curación?																					
13	¿Limpio la zona afectada con ClNa al 0.9%?																					
14	¿Aplicó apósito según grado de UPP?																					
15	¿Realizó la curación de UPP de acuerdo a la guía de procedimientos?																					

CUESTIONARIO EN EL CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario que se da a continuación tiene por objetivo recolectar información con el fin de Evaluar el conocimiento y cumplimiento sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión en el profesional de Enfermería. Marque en los cuadrados de la derecha si cree que la afirmación es verdadera (V) o falsa (F)

Solicitamos su participación y agradecemos gentilmente su tiempo y su colaboración asegurándose que la información que usted nos brinde sea bajo criterio anónimo.

CONCEPTOS GENERALES	V	F
1. La UPP Es una herida crónica producida por la posición de decúbito.		X
2. La UPP en una herida crónica prevenible en un 95% de los casos.	X	
3. Hablamos de una herida crónica, que es consecuencia habitual y esperada en algunos procesos patológicos.		X
4. Escara y UPP son sinónimos, indican lo mismo.		X
PREVENCIÓN		
5. Cuando un paciente lleva superficie para el manejo de la presión, no tiene por qué llevarla en la sedestación.		X
6. Los AGO (ácidos grasos hiperoxigenados) son un producto para hidratación de la piel de los pacientes.		X
7. Los apósitos no son un producto indicados en la prevención de UPP		X
8. Las UPP de grado I no son graves, por ello nos planteamos medidas de prevención muy moderada.		X
9. Si el paciente lleva un SEMP(superficie para el manejo de la presión) no precisa la realización de cambios posturales		X
10. Los masajes son una técnica recomendada en la prevención de UPP		X
11. La anemia es un factor de riesgo de sufrir UPP.		X
12. Es imprescindible una dieta hipercalórica en la prevención de UPP.		X
13. El uso de dispositivo de apoyo tipo "aro" alivia la presión, por tanto, es recomendable como método de prevención.		X
14. La utilización de la escala de valoración de riesgo (braden) solo son necesarios en algunos casos.		X
15. El juicio clínico tiene el mismo valor que la aplicación de la escala de valoración (braden).		X
16. Las escalas de valoración de riesgo en UPP son igual de eficaces		X
17. La escala de valoración de riesgo en UPP son necesarias para la adjudicación de recursos	X	
TRATAMIENTO		
18. Para el tratamiento de UPP elegimos un producto que utilizaremos desde el inicio hasta la total epitelización		X
19. Los apósitos de Ag potencian su acción antiséptica en combinación con la colagenasa.		X
20. Los apósitos semioclusivos que favorecen la cura ambiente húmeda (CAH) no deben permanecer en la herida más de 48 horas.		X
21. Los alginatos e hidrofibras de hidrocoloide deben humedecerse antes de colocarse en el lecho ulceral.		X
22. Una de las cualidades a tener en cuenta en un apósito es su alta capacidad de absorción, cuanto más exudado consigue absorber, mejor es el apósito.		X

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

ITEM	J_1	J_2	J_3	J_4	J_5	J_6	J_7	Suma	p
1	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
2	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
3	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
4	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
5	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
6	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
7	1	1	0	1	1	1	1	6	0.0546875
8	1	1	0	1	1	1	1	6	0.0546875
9	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
10	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
									0.171875
									0.0171875

PRUEBA BINOMIAL

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es inverso.

n=10

$$P = \underline{0.171875} = 0,0171875$$

10

Si "P" es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa: Por lo tanto, el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto **p = 0,0171875**

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TEMA: Medidas de Prevención de úlceras por presión en el Profesional de Enfermería

SESION: 1

FECHA: 28 de Diciembre del 2018

HORA: 12:00 horas

DURACION DE LA SESION: 50 MINUTOS

LUGAR: Sala de reuniones del servicio de Medicina 3BE – HNGAI

GRUPO: 30 Enfermeras que laboran en el servicio del 3BE

RESPONSABLE: Lic. Edwin Remigio Silva

OBJETIVO GENERAL

- Dar a conocer información actualizada sobre medidas preventivas en prevención de úlceras por presión a los Profesionales de Enfermería en la unidad de delicados del tercer piso del HNGAI.

SESIÓN EDUCATIVA EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DELICADOS DEL TERCER PISO DEL H.N.G.A.I.

OBJETO ESPECÍFICO	CONTENIDO	ACTIVIDADES Y RECURSO	DURACIÓN
Brindar confianza e interés a los Profesionales de enfermería para que puedan participar en la sesión educativa de manera activa.	Buenos días Licenciados el día de hoy dialogaremos sobre la atención que debe prestar la enfermera en las medidas preventivas de úlceras por presión.	Saludo y presentación	5 minutos
Motivar a los Profesionales de Enfermería que comenten sus experiencias del día a día sobre como realizan las medidas preventivas en úlceras por presión.	Queridos licenciados hoy cada uno de ustedes comentara como realizan las medidas preventivas de las úlceras por presión. A manera de recordar cómo realiza el cuidado de las heridas cada uno dirá la Intervención de cómo prevenir úlceras por presión las anotaremos en la pizarra y después verificaremos si dichas intervenciones son correctas de acuerdo a los protocolos actualizados. Comenzamos por el Lic.	Juego didáctico	
Proporcionar al Profesional conocimientos actualizados de factores de riesgo y medidas de prevención de úlceras por presión.	¿Cuáles son las causas y factores de riesgo que ocasionan las úlceras por presión? El principal motivo del padecimiento de las úlceras por presión se debe a la fuerza ejercida sobre parte del paciente, sin embargo, se pueden tener en cuenta elementos que inciden para que se produzca su desarrollo, pudiendo mencionar:	Expositivo - pedagógico Diapositivas	35 minutos

- **Internos:** debido a fallas de salud.
- ✓ Patologías: respiratorias y cardiacas.
- ✓ Alteraciones en las sensaciones: el hecho de perder la sensación de la piel reduce la sensación dolorosa, dificultando la presencia de hiperemia como reacción.
- ✓ Cambios motores: lesiones de la médula, produciendo todo ello la inmovilidad del paciente.
- ✓ Cambios circulatorios periféricos: modificaciones en microcirculación e hipotensiones.
- ✓ Cambios en la nutrición: reducción en el peso, aumento en el peso, carencia vitamínica y, hipoproteinemia, carencia líquida.
- ✓ Cambios cutáneos: inflamaciones, falta humectante de epidermis y carencia elástica
- ✓ Vejez cutánea.
- **Externos:** Como resultado de la aplicación de terapias o procesos diagnósticos
- ✓ Humedades: salida incontrolada de orina, sudor, incontrol humedades de heridas.

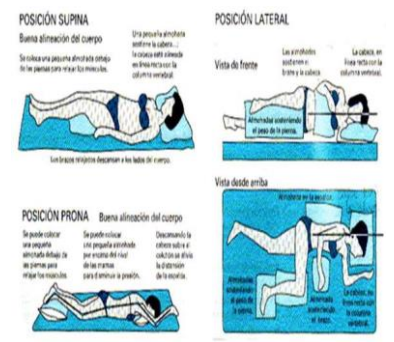


- ✓ Doblez y cosas extrañas en vestimenta.
- ✓ Procesos de fármacos: inmunosupresor, calmantes, venosos.

¿Cómo se previenen las úlceras por presión?
 Las investigaciones efectuadas certifican el 95% de diagnóstico de úlcera por presión son previsibles, de manera pudiendo evitarse, que concluyen que pueden requerirse responsabilidad al profesional y organizaciones.

¿Qué entendemos por control de los factores etiológicos?

a. Movilización y modificaciones de posición:
 las modificaciones en la posición permiten la reducción temporal y fuerza ejercida en partes corporales del paciente, la fuerza en estructuras óseas ejercidas por tiempos cortos y deducida a presión de la estructura ósea en largos tiempos, son similar en el daño que produce para obtener la reducción del riesgo en el paciente en la presencia de úlceras por presión, debe lograrse la reducción temporal y la fuerza a la que está



sujeto, siendo para ello trascendental las modificaciones de su posición.

b. Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP) Se estima cualquier superficie o material de especialización, cuya estructura facilita que la presión se distribuya equitativamente, incluyendo asimismo actos de terapia para manejar adecuadamente presiones tisulares, de rozamiento, cizalla, modificándolo del cuerpo de la persona a una determinada zona, de acuerdo a los cambios posturales factibles.

c. Protección local ante la presión Es factible el empleo de algodones o gasas que permitan reducir las fuerzas ejercidas en estructuras óseas de manera que se prevenga las úlceras. Se consideran además líquidos hiperoxigenado añadidos que faciliten manejar la fuerza. Debe considerarse de necesidad el proteger especialmente los talones. Los algodones demuestran ser eficaces y posee una mejor conexión costo- eficacia en relación con

5. Prevención

SUPERFICIES ESPECIALES DEL MANEJO DE LA PRESIÓN (SEMP):

- **Estáticas:** Actúan aumentando el área de contacto con la persona. Así cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión. Ejemplo colchón de fibras viscoelásticas.
Se utilizan en personas de riesgo bajo

- **Dinámicas:** Permiten variar de manera continua los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo.
Se utilizan en personas de riesgo medio o alto

Se consideran ambas superficies como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilizaciones y cambios posturales).



otros tipos de venda. Se puede considerar también el uso de almohadas colocadas bajo pantorrilla de manera que se eleven los talones. Sin embargo, al estar el talón sin ningún tipo de fuerzas sobre él, debe evitarse que caiga el pie de manera que mantenga el ángulo recto con la extremidad.

d. Humedad: El hecho que el paciente esté expuesto frecuentemente a especificados fluidos: orina, excremento, sudoración propia o de heridas; hace que el profesional asistencial se enfrente a este hecho debiendo conocerlo y sobretodo controlarlo en forma adecuada y correcta; porque de lo contrario puede ocasionar la aparición de heridas en la piel por esta relación constante, pudiendo incluso agravarse y relacionarse negativamente con otras afecciones que sufre la persona.

¿Cómo entendemos por controlar los factores coadyuvantes?



	<p>a. Manejo de la nutrición e hidratación. Se tiene conocimiento que el déficit nutricional incide en la aparición de presión de heridas, mayormente en las úlceras por presión, lo que incide en el retraso de la curación de las heridas que pueda presentar. Es por ello necesario efectuar el diagnóstico mediante el empleo de las herramientas existentes para el fin de conocer el nivel nutricional o la carencia de ésta.</p> <p>b. Cuidados de la piel de riesgo La atención de la epidermis es básica, es por ello necesario efectuar una revisión cotidiana que permita ubicar algún signo de una lesión, teniendo mayor atención de protuberancias óseas y ante un cambio en la totalidad de la epidermis: resquebrajamiento, coloración, granulación, tumefacción; de modo específico en los lugares donde previamente haya habido herida por ejercicio de presión.</p> <p>c. Mejora de la oxigenación tisular Los tejidos para su buen funcionamiento requieren</p>		
--	--	--	--

	<p>tener una buena oxigenación, lo que permite en muchos casos que no aparezcan heridas. Por ello debe abordarse de forma general y localizada cualquier afección que sea detectada.</p> <p>d. Protección frente a agresiones externas. La atención del paciente hace que se utilicen diferentes equipos técnicas y materiales que de un modo u otro pueden afectar el estado de la epidermis e incluso facilitar el origen de heridas es por ello necesario estudiar en lo posible cualquier afección que hayan producido para tomar medidas de curación inmediata.</p>		
<p>Valorar el aprendizaje de los Profesionales de Enfermería sobre los temas tratados en la sesión.</p>	<p>Evaluación - Retroalimentación</p> <p>¿Cuáles son las causas que ocasionan las úlceras por presión?</p> <p>¿Cuáles son las medidas principales para prevenir las úlceras por presión?</p> <p>¿Qué entendemos por control de los factores etiológicos? Describe cada una.</p> <p>¿Que entendemos por son control de los factores coadyuvantes? Describe cada una.</p>		<p>10 min.</p>

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TEMA: Tratamiento de úlceras por presión en el Profesional de Enfermería

SESIÓN: 2

FECHA: 04 de Enero del 2018

HORA: 12:00 horas

DURACIÓN DE LA SESIÓN: 50 MINUTOS

LUGAR: Sala de reuniones del servicio de Medicina 3BE – HNGAI

GRUPO: 30 Enfermeras que laboran en el servicio del 3BE

RESPONSABLE: Lic. Edwin Remigio Silva

OBJETIVO GENERAL

- Dar a conocer información actualizada sobre tratamiento y apósitos a utilizar y escala de valoración de úlcera por presión (escala de braden) en las UPP a los Profesionales de Enfermería que elaboran en la unidad de delicados del tercer piso del HNGAI.

SESIÓN EDUCATIVA EN TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DELICADOS DEL TERCER PISO DEL H.N.G.A.I.

OBJETO ESPECÍFICO	CONTENIDO	ACTIVIDAD Y RECURSO	DURACIÓN
Brindar confianza e interés a los Profesionales de enfermería para que puedan participar en la sesión educativa de manera activa.	Buenos días Licenciados el día de hoy continuaremos dialogaremos hablando sobre los tratamientos y apósitos a utilizar en las úlceras por presión.	Saludo y presentación	5 minutos
Motivar a los Profesionales de Enfermería que comenten sus experiencias del día a día sobre como las curaciones y que apósitos utilizan en las úlceras por presión.	Queridos licenciados hoy cada uno de ustedes comentara como realizan la curación y que apósitos utilizan de acuerdo a la gravedad de heridas por presión. A manera de recordar cómo realizan el tratamiento y que apósitos utilizan en las úlceras por presión cada uno dirá como hacen las curaciones de úlceras por presión según estadio las anotaremos en la pizarra y después verificaremos si dichas intervenciones son correctas de acuerdo a los protocolos actualizados. Comenzamos por el Lic.	Juego didáctico	
Proporcionar al Profesional de enfermeros conocimientos actualizados de tratamientos y apósitos según estadios de las heridas por fuerza exterior.	¿Cuál es la valoración que se realiza en las heridas por fuerza? Escala de Braden Esta escala es fácilmente comprensible y aplicable debiendo emplearse como apoyo clínico; es adaptable en diferentes niveles.	Expositivo – pedagógico Diapositivas	35 minutos

Efectúa la medición de:

- ✓ Sensación de los sentidos: se efectúa la valoración de reacciones que muestra el paciente.
- ✓ Presentación de humedad: relativiza la temporalidad en que la piel se expone a lo húmedo.
- ✓ Actividad: se refiere a los movimientos físicos.
- ✓ Movilidad: si el enfermo por si puede modificar su ubicación.
- ✓ Nutrición: calidad alimentaria de la ingesta.
- ✓ Fricción y peligrosidad de heridas en la piel.
- ✓ Posibilidad amplia detección de probabilidad de padecer UPP.

Estadaje de las UPP

Estadio I Comprende los cambios sufridos por la epidermis debido a la fuerza ejercida sobre ella, manifestada por coloración, en tonalidades oscuras los tonos varían al rojo azulado o morado.

Estadio II Cambio producido en la piel percibida en la reducción de su grosor además muestra una herida abrasiva, ampollada o de agujero.

Estadio III En este nivel el engrosamiento de la piel se ha perdido, mostrando heridas profundas.

Escala de Braden Bergstrom

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Estadio IV Al igual que la anterior no hay existencia de engrosamiento en la piel, la lesión sufrida en la zona esta necrosada pudiendo extenderse.

¿Cómo realizamos la limpieza de la herida?

Una medida generalizada y universal es el lavado de manos donde se inicia todo proceso de limpieza, permitiendo que las infecciones **no se presenten o se difunda**.

Luego comenzaremos a emplear el suero salino fisiológico, al limpiar la herida se hace con suavidad sin fuerza mecánica en esta operación y en el secado final. Sin embargo, la presión debe permitir la remoción y traslado bacteriano y de posibles restos que hayan quedado de curaciones anteriores.

Está prohibido el uso de antisépticos en este tipo de limpieza, debido a que su química afecta negativamente el tejido pudiendo incluso originar problemas al ser absorbidos por el cuerpo.

Solo es permitido su uso en:

- ✓ Antes y después del desbridamiento cortante.
- ✓ Afecciones que están infectadas por bacterias.
- ✓ Biopsias y aspiraciones ordenadas.

PROCESO DE FORMACIÓN Y ESTADIOS DE EVOLUCIÓN

Estadios	Signos	Afectación
Estadio I (úlceras de 1er grado)	-Eritema que no desaparece cuando cesa la presión, en piel intacta. -Suele ser indoloro.	Lesión de la epidermis y de la dermis.
Estadio II (úlceras de 2º grado)	-Piel agrietada. -Vesículas. -Abrasión.	Lesión epidérmica y dérmica más profunda y comienzo de la afectación hipodérmica.
Estadio III (úlceras de 3er grado)	-Pérdida de continuidad de la piel. Lesión con aspecto de cráter. -Escara. -Dolorosa.	Necrosis o muerte celular. Extensión de la lesión hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla.
Estadio IV (úlceras de 4º grado)	Aumento de la extensión y profundidad con necrosis de la úlcera	Dañó muscular, óseo o de otras estructuras.



¿Qué apósito se utiliza en las úlceras por presión según estadios?

Elección del producto.

La Cura en Ambiente Húmedo. La humedad natural es adecuada para la curación rápida y efectiva de una úlcera ya que no afecta negativamente a nuevas células, hecho que se aprecia cuando se cambia la gasa. Va a ser la responsable de:

- ✓ Favorecer la migración celular.
- ✓ Controlar la exudación.
- ✓ Promover intercambio de gases.
- ✓ Mantenimiento calórico.
- ✓ Favorecimiento de defensa y la eliminación de detritus.
- ✓ Disminución de dolor.
- ✓ Reducción temporaria.
- ✓ Reducción de cantidad de las curas.

Cuando se determine el empleo de un apósito en ambiente húmedo debe considerarse:

- ✓ Ubicación de herida.
- ✓ Estado de úlceras.
- ✓ Proporción de humedad.
- ✓ Visualización de túneles
- ✓ Apreciación de infecciones en epidermis



- ✓ Situación general del enfermo.
- ✓ Nivel asistencial y disposición de recursos.
- ✓ Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado.

¿Cómo hacemos la elección del apósito?

- ✓ **Alginatos** Es positivo su empleo cuando la herida presenta humedad moderada o alta y si la úlcera muestra infección; por el contrario, es negativo su uso si se aprecia necrosis seca tampoco debe utilizarse cuando la herida no exuda.
- ✓ **Hidrogeles** Es beneficioso su empleo cuando la úlcera está infectada hay presencia de necrosis seca y granulación en la herida.
- ✓ **Hidrocoloides** Se debe utilizar cuando la úlcera se presenta en las extremidades inferiores o bien cuando hay exudación, empleándose tanto en el nivel primario como secundario.
- ✓ **Hidrofibra de Hidrocoloide** Se utiliza en heridas que muestran exudado moderado o abundante, pudiéndose emplearse también como protección secundaria en forma conjunta con diferentes apósitos.

TIPO DE HERIDA	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
	Herida con exudado moderado	Alginatos	Indicaciones: Heridas con exudado moderado o alto. Contraindicaciones: Heridas con necrosis seca o sin exudado.
	Herida con necrosis seca	Hidrogeles	Indicaciones: Heridas con necrosis seca y granulación. Contraindicaciones: Heridas con exudado moderado o alto.
	Herida en extremidad inferior	Hidrocoloides	Indicaciones: Heridas en extremidades inferiores. Contraindicaciones: Heridas con exudado moderado o alto.
	Herida con exudado abundante	Hidrofibra de Hidrocoloide	Indicaciones: Heridas con exudado moderado o abundante. Contraindicaciones: Heridas con necrosis seca o sin exudado.

	<p>✓ Poliuretanos</p> <p>Apósitos de película (film) de poliuretano: Debe emplearse como medida preventiva en casos de infección; en úlceras estacionales de nivel I. Asimismo, emplearse en calidad de apósito secundario es fácil de utilizar y retirar. En ningún caso debe emplearse cuando la herida está infectada.</p> <p>Apósitos de espuma de poliuretano: Deben ser utilizadas cuando la herida es moderada o con alto nivel de humedad, se emplea también en calidad de apósito secundario. Asimismo, pueden emplearse en heridas infectadas con la presencia de supervisión del médico tratante.</p> <p>✓ Apósitos de plata Deben emplearse cuando la herida está infectada o se considera que se va a producir tal estado. Debe prepararse la herida controlando la humedad, teniendo en cuenta el mal olor que puede presentar.</p> <p>✓ Cadexómero yodado Indicadas en heridas que presenten exudado moderado o abundante. En caso de emplearse cuando la úlcera está infectada el tratamiento se llevará a cabo de acuerdo a protocolo de ningún modo debe emplearse si se</p>		
--	---	--	--

	<p>aprecia que el tejido necrótico está seco. Retirarse al apreciar variación de color.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apósitos de silicona Se emplea cuando la herida está en fase inicial granulada, la epidermis se muestra deteriorada, hay presencia de quemaduras y empleo de injertos. ✓ Apósitos de ácido hialurónico Se emplea para brindar hidratación a la piel, buscando que la irritación y la herida desaparezca; no se emplea si la herida está infectada. ✓ Apósitos con carga iónica se emplea en todos los procesos cicatrizantes, no así cuando hay infección. ✓ Apósitos de colágeno Se utiliza en fases iniciales granulosas y donde no hay infección. ✓ Apósitos de miel Se emplea cuando la herida se ha contaminado o infectado. ✓ Apósitos y geles salinos Se emplea cuando la herida esta granulada al 9.0% y en casos de desbridación necrósica al 20%. ✓ Apósitos de carbón activado Úlceras infectadas y neoplásicas. 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Película barrera se emplea para prevenir irritación en la epidermis, así como protegerla de elementos adhesivos. ✓ Ácidos grasos hiperoxigenados (agho) Se emplea para prevenir la presencia de UPP así como tratarla cuando se encuentra en Estadio I, en su estado de emulsión se utiliza para prevenir heridas de miembros inferiores. 		
Valorar el aprendizaje de los Profesionales de Enfermería sobre los temas tratados en la sesión.	<p style="text-align: center;">Evaluación – Retroalimentación</p> <p>¿Cómo hago la valoración de las úlceras por presión?</p> <p>¿Cómo realizo la limpieza de herida?</p> <p>¿Qué apósito utilizo para las úlceras por presión según estadio?</p>		10 min.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TEMA: Taller sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión en el Profesional de Enfermería

SESIÓN: 3

FECHA: 11 de Enero del 2018

HORA: 12:00 horas

DURACIÓN DE LA SESIÓN: 50 MINUTOS

LUGAR: Sala de reuniones del servicio de Medicina 3BE – HNGAI

GRUPO: 30 Enfermeras que laboran en el servicio del 3BE

RESPONSABLE: Lic. Edwin Remigio Silva

OBJETIVO GENERAL

- realizar talleres para incrementar las habilidades y destrezas sobre los cuidados en prevención y tratamiento en úlceras por presión a los Profesionales de Enfermería en la unidad de delicados del tercer piso del HNGAI.

TALLER SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN

OBJETO ESPECÍFICO	CONTENIDO	ACTIVIDADES Y RECURSO	DURACIÓN
Brindar confianza e interés a los Profesionales de enfermería para que puedan participar en los talleres sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión.	Buenos días Licenciados el día de hoy realizaremos un taller de cómo prevenir las úlceras por presión y realizaremos una curación siguiendo los pasos del protocolo y elegiremos que apósito utilizaremos según el estadio de la úlcera por presión.	Saludo y presentación	5 minutos
Motivar a los Profesionales de Enfermería que participen en el taller sobre prevención, tratamiento y apósitos a utilizar según estadio de úlceras por presión, según protocolo.	Queridos licenciados hoy haremos una demostración de cómo prevenir y como tratar las úlceras por presión. Prepararemos todo el material necesario.		
Proporcionar a los Profesionales de enfermería habilidades y destrezas a través de un taller sobre medidas de prevención y tratamiento de las úlceras por presión.	<ul style="list-style-type: none"> - Movilización y cambios posturales según protocolo. - Curación de una úlcera por presión según protocolo. - Apósitos a utilizar según estadio de la úlcera por presión. 	Expositivo – pedagógico Demostrativo	35 minutos

<p>Valorar el aprendizaje de los Profesionales de Enfermería en el taller demostrativo sobre cómo prevenir y tratar las úlceras por presión según estadio.</p>	<p>Evaluación – Retroalimentación</p> <p>¿Cuáles son los pasos a seguir para la movilización de un paciente postrado?</p> <p>¿Cuáles son los pasos a seguir en la curación de úlceras por presión según estadio?</p> <p>¿Qué apósito utilizo según es estadio de las úlceras por presión?</p>		<p>10 min.</p>
--	--	--	----------------



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. El Polo N° 641- Monterrico-Santiago de Surco, Lima-Perú



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto : Efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas en prevención de úlceras por presión en un Hospital Nacional – 2018

Institución : Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza

Investigador (a) : Lic. Edwin David Remigio Silva

Objetivo y descripción de la investigación:

El presente estudio tiene como objetivo Determinar el efecto de una intervención educativa sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión en el profesional de Enfermería en los pacientes de la unidad de delicados del 3BE.

La que se desarrollará en Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Procedimientos:

Si usted acepta participar de este estudio de investigación, nos permitirá evaluar, a través de una lista de chequeo antes y después de una intervención educativa, sobre cómo realiza la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

La aplicación del instrumento (lista de chequeo) será en los meses de enero – febrero del 2019

Participación voluntaria:

La participación en este estudio es voluntaria. Usted podrá retirarse de la investigación en cualquier momento. También podrá decidir que no desea participar ahora o podrá decidir que desea participar y cambiar de opinión más adelante, teniendo en todo momento plena libertad de decisión. Si usted decide no participar o retirarse luego de comenzar el estudio, no tendrá que dar motivo y su decisión no dará lugar a cambios en la forma de atención que viene recibiendo, ni se tomarán ningún tipo de represalia o sanciones en contra de su persona. De participar se agradece contestar todas las preguntas

Beneficios:

Con su participación colaborará a que se desarrolle el presente estudio y que los resultados contribuyan a identificar como los profesionales de Enfermería realiza la prevención de las úlceras por presión y así unificar criterios.

Riesgos y molestias:

El presente estudio no tendrá ningún riesgo físico, psicológico o emocional, pues solo se realizara una lista de chequeo. Ante cualquier duda deberá ponerse en contacto con el/la investigador/a.

Privacidad y Confidencialidad: A fin de proteger la privacidad, la información y los datos obtenidos, estos serán codificados y no llevarán su nombre, ni sus iniciales; así se conservará la información y su consentimiento en un archivo seguro que no forma parte de los registros médicos. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre ésta investigación, trabajándose los datos apenas para los fines establecidos en este consentimiento. Los resultados obtenidos serán presentados en un informe al establecimiento donde se aplicará la investigación e incluso podrá ser difundido en un artículo científico, respetando la veracidad de la información obtenida. Así mismo informo que antes de aplicar la lista de chequeo, el proyecto fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la EEPL Tezza, a quién usted puede llamar, en caso lo crea necesario, al teléfono 434 2770, de 9 a 3 pm.

Remuneración:

Usted no recibirá ningún pago o remuneración económica por participar en este estudio.

¿A quién acudo si tengo alguna pregunta o inquietud?

De tener alguna duda o inquietud con respecto a la investigación puede comunicarse con el/la autor/a de la investigación, el/la estudiante de Edwin David Remigio Silva, al teléfono 991519751; y también pueden comunicarse con el Comité de Ética al teléfono 434 2770 o al correo escuelatezza@eeplt.edu.pe

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con DNI _____; acepto participar libremente en la aplicación de la lista de chequeo sobre Efecto de una intervención educativa sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión en el profesional de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2018.... Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado. Confirmando que el/la responsable del estudio me ha explicado la información y los procedimientos que incluye. Confirmando que he tenido la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente, conversarla con otros y decidir si deseo participar o no en el presente estudio. Confirmando que he firmado dicho documento en dos copias simples (uno para el participante y otro para el/la investigador/a).

Consentimiento:

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____ Fecha : _____

Investigador/a:

Nombre: _____

Firma : _____ Fecha: _____

SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Lima, 03 de julio del 2018

Prov. N° OCID-G-RPA-ESSALUD
 RED ASISTENCIAL ALMENARA
 OFICINA DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DOCENCIA
 Tramitado a Comité de Investigación
04/07/18

Informe	<input type="checkbox"/>	Conocimiento y	<input type="checkbox"/>
Atención	<input checked="" type="checkbox"/>	Fines	<input type="checkbox"/>
Opinión	<input checked="" type="checkbox"/>	Coordinar	<input type="checkbox"/>
Autorizado	<input type="checkbox"/>	Proyecto Carta	<input type="checkbox"/>
Archivo	<input type="checkbox"/>		

Lima, del 20.....

Señora Doctora:
ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Jefa de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia
 Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen
 ES SALUD
 Presente. -

Asunto : Solicitud de Evaluación y aprobación de proyecto de investigación

[Firma]
 Dra. Rosa Emperatriz Santa Cruz Benavente
 Jefe (e) Oficina de Capacitación
 Investigación y Docencia

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación y aprobación del proyecto de investigación denominado "EFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESION EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – 2018", por parte del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación; así como la autorización respectiva de la Gerencia/Dirección.

Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo tipo aplicada método experimental, cuyo Investigador Principal pertenece al Servicio de Medicina Interna N° 2 3BE del Departamento Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen

El proyecto se llevará a cabo en el servicio de medicina N° 2 3BE del Departamento de Enfermería Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen. La asesora del proyecto será la Lic. Teresa Pareja Pera.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovable los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

[Firma]
Edwin D. Remigio Silva
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 78700

[Firma]
Lic. Teresa Pareja Pera
 Jefe Serv. Enf. N° 17-3B0

Nombre y firma Investigador Principal
 DNI 42763417
 Fecha de Nacimiento 15/04/83





UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
SEGUNDA ESPECIALIDAD

Acuerdo de Consejo Universitario N° 2010-2015



Surco, 17 de abril de 2018

Carta N° 063-2018/D-EEPLT

Señora Doctora
ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE.
Jefa de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Presente.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordialmente, asimismo conocedora de su alto espíritu de colaboración para la formación del personal de salud, le solicito su autorización para nuestro egresado de la Segunda Especialidad de Enfermería "Cuidados Intensivos", Lic. **EDWIN DAVID REMIGIO SILVA**, pueda recolectar datos para concluir su Proyecto de Investigación titulado: **EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN- 2018**, y a su vez sea evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la prestigiosa Institución que usted dignamente dirige.

Agradeciendo anticipadamente la atención y acogida que se sirva brindar a la presente, me reitero de usted.

Atentamente,



Mg. Sor **HAIDA ECHEVARRÍA SCHMIDT**
Directora de la Segunda Especialidad

Adjunto:
-Proyecto de Investigación

SHES/tpm.