

Prácticas y desafíos en la atención a la persona con heridas hospitalizada en la Unidad de Atención de Emergencia**

Gismay Rodrigues de Freitas¹ , Melissa Godinho de Andrade² , Silmar Maria da Silva^{2*} 

RESUMEN

Objetivo: Comprender la atención prestada por el enfermero a la persona con heridas que, hospitalizada en una Unidad de Atención de Emergencia (UPA), espera transferencia a un hospital de referencia. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, realizada en un entorno virtual entre los meses de febrero y marzo de 2025, con enfermeros de una UPA. La recolección de datos fue conducida mediante entrevistas semiestructuradas y el análisis mediante el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** Participaron en el estudio 13 enfermeros, siendo la mayoría del sexo femenino, con una media de 41 años de edad, 15,9 años de formación profesional y 6 años de actuación en el sector. La atención a la persona con heridas hospitalizada en la UPA se configuró como un fenómeno complejo y desafiante, influenciado por múltiples factores —saturación de los servicios, permanencia prolongada de los pacientes, intensificación de las demandas, sobrecarga del enfermero, realización de cuidados sin supervisión adecuada, lagunas en la capacitación profesional e incumplimiento de la legislación vigente—, los cuales comprometen directamente la calidad y la seguridad del cuidado ofrecido. **Conclusión:** La permanencia prolongada de usuarios en las UPAs modifica el perfil asistencial e impone desafíos al cuidado de enfermería de las personas con heridas de difícil cicatrización, en un contexto de sobrecarga y limitaciones estructurales.

DESCRIPTORES: Heridas y lesiones. Enfermería de urgencia. Servicio de urgencia en hospital. Proceso de trabajo en salud. Estomaterapia.

Practices and challenges in the care provided to hospitalized patients with wounds in an Emergency Care Unit

ABSTRACT

Objective: To understand the care provided by nurses to patients with wounds who, while hospitalized in an Emergency Care Unit (UPA), await transfer to a referral hospital. **Methods:** This was a qualitative, exploratory, and descriptive study conducted in a virtual environment between February and March 2025 with nurses working in a UPA. Data collection was carried out through semi-structured interviews, and data analysis was performed using the Collective Subject Discourse method. **Results:** Thirteen nurses participated in the study, most of whom were

¹Prefeitura Municipal de Ipatinga – Ipatinga (MG), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Escuela de Enfermería  – Belo Horizonte (MG), Brasil.

*Autora de correspondencia: silmarmaria@uol.com.br

Editora de Sección: Juliany Lino Gomes Silva 

Recibido: 17 de septiembre de 2025 | Aceptado: 27 de marzo de 2026.

Cómo citar: Freitas GR, Andrade MG, Silva SM. Prácticas y desafíos en la atención a la persona con heridas hospitalizada en la Unidad de Atención de Emergencia. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., São Paulo, v.24, e1847, 2026. https://doi.org/10.30886/estima.v24.1847_ES

**Origen del artículo: Extraído del trabajo de conclusión de curso “Percepción del enfermero sobre la atención prestada a la persona con heridas hospitalizada en la Unidad de Atención de Emergencia”, presentado al curso de Especialización en Enfermería en Estomaterapia, en la Universidad Federal de Minas Gerais, en 2025.

female, with a mean age of 41 years, 15.9 years of professional experience, and 6 years of experience in the sector. Care provided to patients with wounds hospitalized in the UPA was characterized as a complex and challenging phenomenon influenced by multiple factors — overcrowding, prolonged patient stays, increased demands, nurses' workload burden, provision of care without adequate supervision, gaps in professional training, and noncompliance with current legislation — all of which directly compromise the quality and safety of the care provided. **Conclusion:** The prolonged stay of patients in UPAs changes the care profile and poses challenges to nursing care for individuals with hard-to-heal wounds, within a context of work overload and structural limitations.

KEYWORDS: Wounds and injuries. Emergency nursing. Emergency service, hospital. Healthcare work process. Stomatherapy.

Práticas e desafios na assistência à pessoa com ferida internada na Unidade de Pronto Atendimento**

RESUMO

Objetivo: Compreender a assistência prestada pelo enfermeiro à pessoa com ferida que, internada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), aguarda transferência para hospital de referência. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada em ambiente virtual entre os meses de fevereiro e março de 2025, com enfermeiros de uma UPA. A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas, e a análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Participaram do estudo 13 enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino, com média de 41 anos de idade, 15,9 anos de formação profissional e 6 anos de atuação no setor. A assistência à pessoa com ferida internada na UPA configurou-se como um fenômeno complexo e desafiador, influenciado por múltiplos fatores — superlotação, permanência prolongada dos pacientes, intensificação das demandas, sobrecarga do enfermeiro, realização de cuidados sem supervisão adequada, lacunas na capacitação profissional e descumprimento da legislação vigente —, os quais comprometem diretamente a qualidade e a segurança do cuidado oferecido. **Conclusão:** A permanência prolongada de usuários nas UPAs modifica o perfil assistencial e impõe desafios ao cuidado de enfermagem às pessoas com feridas de difícil cicatrização, em contexto de sobrecarga e limitações estruturais.

DESCRIPTORIOS: Ferimentos e lesões. Enfermagem em emergência. Serviço hospitalar de emergência. Processo de trabalho em saúde. Estomaterapia.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Atención de Emergencia (UPA) fueron instituidas por la Ordenanza n.º 1.020, del 13 de mayo de 2009, e integran la Política Nacional de Atención a las Urgencias, establecida por el Ministerio de Salud en 2003 mediante la Ordenanza n.º 1.863. Estas unidades conforman la red intermedia entre la atención primaria y la hospitalaria, siendo responsables de la atención de condiciones agudas y de la estabilización clínica de usuarios que requieren evaluación inmediata. Se clasifican en categorías I, II y III, de acuerdo con la cobertura poblacional y la capacidad instalada, atendiendo áreas de 50 mil a 300 mil habitantes. Se estima que realizan entre 150 y 350 atenciones diarias, dependiendo de la categoría de la unidad^{1,2}.

De acuerdo con los parámetros normativos, el tiempo máximo de permanencia de un usuario en una UPA es de 24 horas. Durante este período, el equipo multiprofesional debe realizar la evaluación clínica, instaurar el tratamiento y decidir sobre el alta o la transferencia hospitalaria. Sin embargo, la realidad de los servicios frecuentemente difiere de lo establecido, siendo común la permanencia prolongada de pacientes que esperan una plaza hospitalaria³. Esta situación hace que las UPA pasen a atender usuarios con mayor complejidad clínica y necesidades continuas de cuidado, aproximándose, en la práctica, a funciones asistenciales típicas de las unidades de hospitalización.

Un estudio realizado por Regio³ identificó un tiempo promedio de permanencia de 3,16 días en los sectores de observación de adultos, pediatría y sala de estabilización, con variación de 2 a 12 días entre los sectores. Entre los diagnósticos registrados, el 7,71% de los pacientes presentaba enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo. Estos datos indican que, aunque las UPA fueron concebidas para atenciones de corta permanencia, frecuentemente asumen funciones asistenciales similares a las de las unidades de hospitalización, acompañando a usuarios con condiciones clínicas complejas⁴.

La baja capacidad resolutive percibida en la atención primaria, sumada a la búsqueda de atención inmediata, ha contribuido al aumento de la demanda en las UPAs⁵. Este escenario provoca sobrecarga y saturación de las unidades, superando los límites asistenciales establecidos por la Ordenanza n.º 1.601/2011². Como consecuencia, se observa una intensificación del trabajo de enfermería y un impacto en la calidad de la atención.

En Brasil, no existen datos epidemiológicos consolidados que permitan estimar con precisión la prevalencia de heridas de difícil cicatrización. Aun así, se calcula que cerca de 570 mil brasileños desarrollan esta condición anualmente, pudiendo alcanzar una prevalencia de hasta 20 casos por cada 100 mil habitantes entre individuos mayores de 80 años⁶. En un estudio realizado con adultos mayores atendidos en la atención primaria, la prevalencia de heridas crónicas fue del 8% (IC95%: 5,0–10,9), siendo más frecuentes las lesiones por presión (5%), las úlceras diabéticas (3,2%) y las vasculogénicas (2,9%)⁷. Estas lesiones presentan una evolución prolongada y elevada complejidad terapéutica, frecuentemente asociadas a enfermedades crónicas y condiciones clínicas que dificultan la cicatrización⁸.

En este contexto, las UPA pasan a atender usuarios con condiciones clínicas complejas, incluidas personas con heridas de difícil cicatrización, cuyo manejo exige evaluación clínica sistemática y cuidados continuos⁴. Gran parte de las hospitalizaciones en las UPAs se relaciona con lesiones cutáneas de larga duración, con un proceso de cicatrización lento y desfavorable, que frecuentemente evoluciona con complicaciones que requieren internación⁹. El manejo de estas lesiones en los servicios de urgencias impone desafíos adicionales a los equipos de salud, exigiendo una evaluación clínica cuidadosa, la definición de conductas terapéuticas y el monitoreo de la evolución de las heridas⁸.

El cuidado de las heridas requiere una evaluación clínica sistemática por parte del enfermero, con el objetivo de proporcionar una atención cualificada y conductas individualizadas según las características de cada lesión¹⁰. La Resolución n.º 567/2018 del Consejo Federal de Enfermería de Brasil¹¹ reglamenta la actuación de enfermería en este cuidado, atribuyendo al enfermero la responsabilidad de la evaluación, prescripción y ejecución de curaciones, además de la coordinación y supervisión del equipo. El técnico de enfermería puede realizar curaciones bajo prescripción y supervisión del enfermero.

La atribución de la ejecución de las curaciones al técnico de enfermería está permitida siempre que el enfermero realice previamente la evaluación clínica y la prescripción del cuidado. Es importante destacar que esta práctica no exime al enfermero de la responsabilidad legal y ética sobre el procedimiento, haciéndolo corresponsable de los desenlaces asistenciales¹².

A pesar de la elevada demanda asistencial en las UPAs y de la frecuente presencia de pacientes con lesiones cutáneas, siguen siendo escasos los estudios que describan de forma sistemática cómo se organiza la atención de enfermería a las personas con heridas en este contexto. Esta laguna es relevante frente a la complejidad clínica de estos pacientes y a las exigencias asistenciales impuestas por el manejo de heridas en los servicios de urgencias.

En este escenario, se hace necesario comprender cómo se configura la atención de enfermería a la persona con heridas hospitalizada en una UPA. Así, este estudio busca responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo se configura la atención prestada por el enfermero a la persona con heridas hospitalizada en la UPA? Comprender esta práctica puede contribuir a cualificar el proceso de trabajo de enfermería y mejorar el cuidado de las personas con heridas en este nivel de atención.

OBJETIVOS

Comprender la atención prestada por el enfermero a la persona con heridas que, hospitalizada en una Unidad de Atención de Emergencia (UPA), espera transferencia a un hospital de referencia.

MÉTODOS

Se trata de una investigación cualitativa, de naturaleza exploratoria y descriptiva, orientada por los Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), realizada en una UPA de categoría III, ubicada en el interior del estado de Minas Gerais, con cobertura asistencial para 13 municipios pertenecientes a la microrregión.

La población del estudio estuvo compuesta por enfermeros que actuaban en la atención directa a los pacientes durante el período diurno —turno en el que predominantemente se realizan las curaciones— y que contaban con, al menos, seis meses de experiencia en la unidad investigada. Fueron excluidos de la muestra los profesionales ausentes por licencia médica superior a 15 días, licencia por antigüedad, licencia sin remuneración o licencia por maternidad durante el período de recolección de datos. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo intencional, considerando a los profesionales que cumplieran con los criterios de elegibilidad establecidos.

El número de participantes fue definido mediante el criterio de saturación teórica, cuando las entrevistas comenzaron a presentar repetición de contenidos y ausencia de nuevos elementos relevantes para el fenómeno investigado. Participaron en el estudio 13 enfermeros.

Para la caracterización de los participantes, se recopiló información sociodemográfica y profesional, incluyendo sexo, edad, año de graduación en enfermería, realización de estudios de posgrado y tiempo de actuación en la unidad investigada. Estos datos fueron obtenidos mediante un formulario estructurado aplicado previamente a la entrevista, que contenía preguntas sobre las características personales y la trayectoria profesional de los participantes.

La recolección de datos fue conducida por una investigadora externa al servicio, sin vínculo profesional con la unidad investigada, previamente capacitada para la realización de entrevistas cualitativas.

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas individualmente en un entorno virtual reservado, mediante la plataforma Google Meet, garantizando privacidad y confidencialidad durante la participación, con grabación del audio a través de la aplicación de la plataforma utilizada para la posterior transcripción íntegra del material. No se utilizó ninguna herramienta automática de transcripción, siendo los audios transcritos manualmente por las investigadoras.

Se utilizó una guía semiestructurada compuesta por preguntas abiertas, con el objetivo de asegurar la cobertura de todos los aspectos pertinentes al objeto de estudio, al mismo tiempo que se incentivaba a los participantes a expresar libremente sus percepciones. La guía estuvo compuesta por seis preguntas orientadoras dirigidas a comprender el proceso de trabajo de los enfermeros en la UPA y la atención prestada a pacientes con lesiones o heridas.

Las preguntas abordaron:

1. El proceso de trabajo en la unidad;
2. La atención a pacientes que esperan transferencia hospitalaria;
3. El cuidado prestado a pacientes con lesiones o heridas;
4. La realización de curaciones por los profesionales;
5. El seguimiento de la evolución de las lesiones; y
6. La disponibilidad de materiales y coberturas para la realización de curaciones.

Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de febrero y marzo de 2025, con una duración promedio de 20 minutos, variando según la disponibilidad y la profundidad de las respuestas de los participantes. Tras la transcripción, los registros fueron cotejados con los audios originales, con el fin de garantizar la fidelidad al contenido de las entrevistas.

El análisis de los datos se fundamentó en la metodología del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), conforme a la propuesta de Lefèvre¹³, y fue conducido en dos etapas.

La primera etapa consistió en cinco pasos:

1. Análisis individual de las respuestas por pregunta, con aplicación de la técnica del DSC;
2. Identificación y marcación de las Expresiones Clave (ECH), entendidas como fragmentos representativos de la esencia del discurso de los participantes;
3. Extracción de las Ideas Centrales (IC), correspondientes a los significados contenidos en las ECH;
4. Agrupamiento de las IC por similitud o complementariedad de sentido; y
5. Formulación de una IC representativa para cada grupo identificado.

En la segunda etapa, se realizaron dos pasos adicionales:

1. Construcción de un nuevo formulario analítico, denominado Instrumento de Análisis del Discurso 2, correspondiente a cada grupo de IC; y
2. Elaboración de los Discursos del Sujeto Colectivo propiamente dichos, redactados en primera persona del singular, con el objetivo de dar voz al colectivo, conforme a los preceptos metodológicos de Lefèvre¹³.

El análisis fue realizado por dos investigadoras de forma independiente, seguido de discusión y consenso para la definición de las ideas centrales y la construcción de los discursos del sujeto colectivo.

Todos los preceptos éticos que rigen las investigaciones con seres humanos fueron rigurosamente respetados. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais, con número de CAAE: 85687924.9.0000.5149. La participación de los profesionales fue voluntaria, mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI).

RESULTADOS

Participaron en el estudio 13 enfermeros, siendo la mayoría del sexo femenino (n=11). El rango etario varió entre 29 y 52 años, con una media de 41 años. El tiempo de formación profesional varió de 7 a 23 años (media de 15,9 años), mientras que el tiempo de actuación en la UPA osciló entre 7 meses y 11 años, con una media de 6 años.

Después de la transcripción, para efectuar el análisis del contenido de las entrevistas, se extrajeron las ECH, es decir, los fragmentos más significativos. Para cada expresión clave, se realizó la identificación de la IC que sintetiza el contenido discursivo manifestado en las ECH. Con base en las IC, se construyeron los discursos síntesis, en primera persona del singular, que corresponden a los DSC, en los cuales el pensamiento de un grupo o colectividad puede ser presentado como un discurso individual.

Al final de cada discurso, los participantes cuyas ECH contribuyeron a la formulación del respectivo DSC fueron identificados mediante un código alfanumérico. Cada entrevistado fue designado con la letra “E” seguida de un número arábigo, del 1 al 13, conforme al orden de realización de las entrevistas.

La IC 1 revela una configuración emergente en el escenario de las Unidades de Atención de Emergencia: la permanencia de pacientes hospitalizados, en contraste con la propuesta original del servicio. Esta permanencia prolongada deriva de fragilidades en la articulación y en la capacidad resolutoria de la Red de Atención a la Salud (RAS), que imposibilitan la derivación de los pacientes dentro del tiempo preconizado de 24 horas.

IC 1 – La realidad de la UPA

DSC: “La UPA es un servicio de urgencias y emergencias, de puertas abiertas, y teóricamente no debería funcionar como un servicio programado, con pacientes hospitalizados, ya que estos deberían ser derivados al hospital de referencia” (E4, E5, E6, E8, E10, E13).

La UPA, originalmente concebida para atenciones agudas y de corta permanencia, no dispone de estructura física ni de recursos humanos en cantidad y cualificación suficientes para responder a las demandas derivadas de la permanencia prolongada de pacientes hospitalizados. Este desajuste compromete directamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención de enfermería prestada en el servicio.

IC 2 – Pacientes hospitalizados

DSC: “Están los pacientes hospitalizados, como en el sector de medicación y observación, donde realizo la admisión de los pacientes que quedan internados, como si fuera una sala de hospitalización. Permanecen esperando transferencia al hospital municipal y, en el caso de los pacientes quirúrgicos, al hospital [nombre de la institución], durante dos, a veces tres o más días, porque la cama de

referencia aún no está disponible. La UPA llegó a tener, en el auge de su caos, alrededor de 70 pacientes hospitalizados. Entonces quedo esperando una transferencia, pero muchas veces los pacientes ni siquiera son transferidos. Lo que, para mí, más afecta la atención es el tiempo que el paciente permanece en la UPA y la demora para ser transferido. Además, la cantidad de camas aquí es insuficiente para la demanda, porque todos están esperando transferencia” (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E12, E13).

Los cuidados dirigidos a los pacientes hospitalizados y clínicamente estabilizados son, en general, realizados por el equipo de enfermería de nivel medio, siendo el enfermero solicitado únicamente ante dudas, complicaciones o situaciones que exijan una toma de decisiones más compleja.

IC 3 – Evaluación de la herida

DSC: “El equipo realiza el abordaje inicial. Cuando los chicos [técnicos de enfermería] realizan el baño en cama e identifican la herida, vienen a comunicarme. Cuando él [técnico de enfermería] observa cierta gravedad, entonces solicita la evaluación del enfermero del sector. Si el equipo técnico me llama y tiene dudas, puedo hacer un mejor seguimiento y evalúo de acuerdo con mis conocimientos técnicos” (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E12).

Ante la necesidad de realizar curaciones, se observa que la ejecución de este cuidado ha sido delegada al técnico de enfermería, frecuentemente sin la supervisión directa del enfermero y, en muchos casos, sin que este realice previamente la evaluación clínica de la lesión.

IC 4 – La realización de la curación

DSC: “Normalmente, es el técnico quien lo realiza, salvo las curaciones de acceso central, que las realiza el enfermero. Los chicos [técnicos de enfermería] las van haciendo por sí mismos, por su experiencia, ya que son técnicos con muchos años de formación. No siempre el enfermero realiza la evaluación. No siempre consigo hacer esa curación, por ejemplo. Siendo muy sincera, las curaciones de muchas heridas son realizadas por el técnico de enfermería, es decir, son los técnicos de enfermería quienes realizan la curación. Y, cuando surge alguna duda, siempre oriento, aunque el procedimiento queda más a cargo del técnico de enfermería. Si en ese momento no puedo realizarla, oriento la forma de hacerlo, todo correctamente, y se orienta a los técnicos para que busquen al enfermero y realicen la curación junto con ellos. Yo sí hago el seguimiento; sin embargo, será realizada por el técnico de enfermería” (E1, E3, E5, E6, E9, E11, E12, E13).

La sobrecarga experimentada por los enfermeros en la UPA es significativa, lo que los obliga a establecer prioridades frente a las múltiples demandas asistenciales. El proceso de trabajo, caracterizado por alta complejidad y limitación de recursos, impone al enfermero la necesidad de definir qué cuidados realizará directamente y cuáles serán delegados al equipo de enfermería de nivel medio.

IC 5 – Inviabilidad de la realización de la curación por el enfermero

DSC: “Hay ocasiones en que estoy acompañando a 50 pacientes hospitalizados, con personal insuficiente, y no tengo cómo detenerme para realizar una curación. Realmente, no tengo cómo actuar porque la demanda de la Unidad de Atención de Emergencia es enorme, ¿entiendes? En el nivel de sala de urgencias, UPA, no lo consigo. Además, para hacer el seguimiento de la evolución de la herida, es muy difícil porque el paciente tiene una alta rotación. Entonces, no consigo acompañar la lesión debido a la rotación y al propio tiempo” (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E12).

Además, se evidencia la necesidad de capacitación continua de todo el equipo de enfermería, especialmente de los enfermeros, en lo que se refiere a la evaluación clínica de heridas y a la elección adecuada de las coberturas y técnicas de curación, con el fin de cualificar la atención prestada y promover la seguridad del paciente.

IC 6 – Educación Permanente en Salud

DSC: “Me quedo desactualizada y, como estoy en un área que no utiliza tanto [las coberturas], el conocimiento queda más desfasado, ¿sabes? Pero justamente por falta de capacitación ni siquiera sé para qué usarlo, porque nunca hubo entrenamiento sobre heridas. De hecho, tuvimos uno, pero la falta de capacitación y de esa visión sobre la importancia de las curaciones dentro de la UPA hace que estas prácticas queden bastante olvidadas allí. Aquí debería existir un núcleo de educación permanente para saber de qué manera tratar esa herida. Tenemos conocimientos sobre las coberturas, pero solo de la época de la facultad, es algo muy superficial” (E4, E6).

DISCUSIÓN

La atención al paciente hospitalizado demanda un seguimiento riguroso, con evaluaciones continuas y prontitud del equipo de salud para lidiar con cualquier complicación que surja durante su permanencia¹⁴. En este contexto, la enfermería asume un papel central en la UPA, al mantener vigilancia constante, proporcionar cuidados ininterrumpidos e identificar precozmente alteraciones clínicas y signos de inestabilidad hemodinámica¹⁵.

Para proporcionar un cuidado de calidad, es fundamental aplicar el Proceso de Enfermería (PE), compuesto por las etapas de evaluación, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evolución, que deben orientar sistemáticamente la atención prestada a los pacientes de las UPA, incluidos aquellos con heridas de difícil cicatrización¹⁶.

Sin embargo, el PE no ha sido implementado de forma integral en el cuidado de pacientes con heridas. Las evidencias señalan que las etapas del proceso se registran de manera fragmentada, con predominio de prescripciones genéricas y ausencia de diagnósticos de enfermería fundamentados y de planificación individualizada^{17,18}. Este escenario resulta preocupante, dado que la atribución de la realización de curaciones es una prerrogativa del enfermero, basada en un juicio clínico que considera la gravedad y complejidad de la lesión¹⁹.

Así, la evaluación criteriosa de la herida por parte de este profesional es indispensable, pues orienta la decisión sobre el responsable del procedimiento, la elección de la cobertura adecuada y el monitoreo de la evolución de la lesión. Cuando el PE no se aplica de forma sistematizada y debidamente documentada, el razonamiento clínico que fundamenta estas decisiones puede verse fragilizado, comprometiendo la individualización del cuidado y la calidad de la atención prestada¹⁷.

En este contexto, la ejecución del procedimiento por parte del equipo requiere la supervisión activa del enfermero, entendida no como una mera vigilancia, sino como un instrumento cualificador de la atención, centrado en las necesidades del paciente y en el perfeccionamiento continuo del cuidado²⁰. La supervisión, en este sentido, desempeña un papel estratégico en la coordinación del proceso asistencial, estableciendo planes y metas individualizados a lo largo del tratamiento²¹.

Es importante destacar que el tratamiento de heridas va más allá de la técnica de curación, exigiendo una evaluación integral del paciente y de la lesión para fundamentar las decisiones clínicas. Este aspecto adquiere relevancia considerando que, frecuentemente, el cuidado de las heridas se inicia en la UPA y continúa en el hospital de referencia.

Sin embargo, aunque las decisiones deban considerar una visión integral de las necesidades de los pacientes hospitalizados, la alta demanda impuesta al enfermero lo obliga a adoptar una lógica de priorización, frecuentemente descrita como “apagar incendios”, es decir, lidiar con múltiples tareas emergenciales²². Las frecuentes interrupciones en el proceso de trabajo evidencian la imprevisibilidad de las actividades y la intensidad del ritmo asistencial, generando discontinuidad y fragmentación del cuidado²².

La UPA, concebida para atenciones de urgencia y emergencia de mediana complejidad, con permanencia máxima de 24 horas para estabilización clínica y definición de conducta, ha venido siendo utilizada de forma prolongada como espacio de hospitalización, debido a la indisponibilidad de camas en los hospitales de referencia.

Esta permanencia prolongada compromete la calidad de la atención, agrava el cuadro clínico e impide el acceso oportuno a entornos adecuados para la continuidad del cuidado²³.

La permanencia prolongada en las UPAs, sumada a la precarización de las condiciones de trabajo, como personal insuficiente, ausencia de protocolos e insumos, resulta en un mayor riesgo de complicaciones, prolongación del tiempo de hospitalización y aparición de comorbilidades. La oferta de una atención segura y de calidad exige una estructura física

adecuada, recursos materiales, dimensionamiento correcto de personal cualificado y organización de procesos alineados con las buenas prácticas²⁴.

La inexistencia de protocolos estandarizados para el tratamiento de heridas, sumada al desconocimiento técnico por parte de algunos enfermeros, contribuye a la adopción de conductas divergentes, lo que fragiliza el cuidado. Esta fragilidad se agrava cuando prácticas privativas del enfermero son delegadas a técnicos de enfermería, sin respaldo legal ni competencia técnica.

El cuidado de las heridas es una atribución intrínseca a la práctica del enfermero. Reconocer el tipo de herida y sus características es imprescindible para la elección adecuada de la cobertura, condición fundamental para el éxito terapéutico. El momento de la hospitalización puede marcar el inicio de un cuidado cualificado, ya que el hecho de que la herida haya motivado la internación indica un proceso de cicatrización interrumpido. La curación, para muchos pacientes, es el desenlace de un proceso prolongado y desafiante, en el cual el enfermero desempeña un papel protagónico²⁵.

De esta manera, es válido destacar que, a pesar de las limitaciones estructurales y organizacionales de las UPA, el PE debe realizarse de forma deliberada, sistemática y continua, conforme a lo normativamente preconizado, constituyendo un instrumento para la organización del cuidado, la fundamentación del razonamiento clínico y el registro de las conductas adoptadas¹⁶.

En este estudio, el PE no emergió como un elemento central en los discursos de los participantes, quienes se centraron en la ejecución de la curación, la atribución del procedimiento y la actuación frente a complicaciones. Tal enfoque puede indicar que el cuidado está siendo desarrollado bajo una lógica más centrada en la respuesta a las demandas inmediatas del servicio, en detrimento de un abordaje sistematizado. La posible fragilización del PE puede contribuir a dificultades en el seguimiento de las heridas de difícil cicatrización¹⁸.

Ante este escenario, emerge la necesidad de implementar la Educación Permanente en Salud (EPS), un proceso formativo integrado a la rutina de trabajo, en el que el aprendizaje ocurre mediante la problematización de la práctica y la construcción colectiva de saberes²⁶. La EPS reconoce el proceso de trabajo como un espacio pedagógico, valorando la investigación crítica, la reflexión sobre los desafíos cotidianos y la construcción compartida de soluciones²⁷.

Así, la atención a la persona con heridas hospitalizada en una UPA se configura como un fenómeno complejo, atravesado por múltiples variables, como la saturación de los servicios, la intensificación del trabajo, el desgaste físico y emocional de los profesionales, el incumplimiento de la legislación, entre otras, que impactan directamente en la calidad del cuidado prestado.

Limitaciones del estudio

Como limitación de este estudio, se destaca el potencial sesgo de deseabilidad social, considerando que los participantes pudieron haber elaborado respuestas más acordes con expectativas socialmente aceptables, especialmente debido a que una de las investigadoras integraba el equipo de enfermería de la UPA investigada. Aunque todos los enfermeros de la unidad participaron en el estudio, los hallazgos reflejan el contexto específico del servicio estudiado, lo que limita su generalización a otros escenarios con dinámicas asistenciales diferentes.

RECOMENDACIONES

En términos de contribución, los resultados de este estudio evidencian que la sobrecarga de trabajo en la UPA constituye un desafío relevante y un obstáculo importante para la prestación de cuidados seguros y resolutivos. Además, los hallazgos reiteran la importancia estratégica de la educación permanente en la estandarización de prácticas, como el tratamiento de heridas, promoviendo una mayor efectividad terapéutica y mejores desenlaces clínicos para los usuarios.

CONCLUSIÓN

Este estudio permitió comprender la atención prestada por el enfermero a la persona con heridas hospitalizada en una Unidad de Atención de Emergencia mientras espera la transferencia a un hospital de referencia. Los resultados evidencian

que la permanencia prolongada de pacientes, derivada de fragilidades en la articulación de la RAS, altera el perfil asistencial de las UPA, que pasan a asumir funciones similares a las de las unidades de hospitalización, sin disponer, sin embargo, de estructura y recursos compatibles con esta demanda asistencial.

En este contexto, la atención a las personas con heridas ocurre en medio de una elevada demanda asistencial, sobrecarga de trabajo y limitaciones organizacionales, lo que dificulta la evaluación sistemática de las lesiones por parte del enfermero y favorece la delegación de la realización de curaciones al equipo técnico de enfermería. Además, la rotación de los pacientes y la intensidad del trabajo dificultan el seguimiento de la evolución de las heridas.

Se concluye que la atención de enfermería a la persona con heridas en las UPAs está fuertemente condicionada por la organización del proceso de trabajo y por las limitaciones estructurales de estos servicios. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la articulación de la red asistencial, invertir en educación permanente y cualificar las condiciones de trabajo de enfermería, con el objetivo de mejorar el cuidado prestado a las personas con heridas atendidas en las Unidades de Atención de Emergencia.

Agradecimientos: No aplica.

Contribuciones de los autores:

GRF: Administración del proyecto, Análisis formal, Conceptualización, Curaduría de datos, Redacción – primera versión, Redacción – revisión y edición, Investigación, Metodología, Supervisión, Validación, Visualización.

MGA: Redacción – primera versión, Redacción – revisión y edición, Investigación, Validación, Visualización.

SMS: Análisis formal, Conceptualización, Curaduría de datos, Redacción – primera versión, Redacción – revisión y edición, Metodología, Supervisión, Validación, Visualización.

Disponibilidad de los datos de investigación: Todos los datos fueron generados o analizados en el presente estudio.

Financiamiento: No aplica.

Conflicto de intereses: Nada consta.

Aprobación del comité de ética en investigación: Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais, dictamen n.º 7.370.956/2025, Certificado de Presentación para Apreciación Ética 85687924.9.0000.5149.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 29 março 2025]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 29 março 2025]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html
3. Regio GL. Características de pacientes com permanência superior a 24 horas em uma Unidade de Pronto Atendimento do Oeste do Pará. Rev Cient Multidiscip Núcleo Conhec. 2020;5(7):52-71. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/pacientes-com-permanencia>
4. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. The process of implementation of emergency care units in Brazil. Rev Saúde Pública. 2017;4(51):125. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>
5. Aquino AE, Carbinatto FM, Coelho VHM, Bagnato VS. Feridas: um desafio para a saúde pública. São Carlos: Gráfica IFSC-USP; 2019.
6. Marcelo TG, João JGD, Fernandez GCG. Superlotação das unidades de pronto atendimento - um desafio da atenção básica: uma revisão bibliográfica. Ensaios USF. 2022;5(1):70-85. <https://doi.org/10.24933/eusf.v5i1.167>

7. Vieira CPB, Araújo TME. Prevalence and factors associated with chronic wounds in older adults in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03415. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017051303415>
8. Silva Júnior JA, Dantas MB, Abreu RA. Assistência de enfermagem a pessoas com feridas crônicas: uma experiência na atenção primária à saúde. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2023;12(3):e2023104. <https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.6102>
9. Ramos FT, Meira JRR, Colenci R, Alencar RA. Association between the orientation received during hospitalization and the occurrence of wound healing. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20190647. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0647>
10. Silva PC, Silva DM, Macedo TLS, Macedo TLS, Luna BMG. The nurse's performance in the treatment of wounds. *Braz J Health Rev*. 2021;4(2):4815-22. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-066>
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 567, de 7 de fevereiro de 2018. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018/>
12. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Decisão COREN-SC nº 1/2006. Atualiza e amplia as normas relativas à execução dos cuidados ou procedimentos de Enfermagem e os valores mínimos a serem cobrados pela prestação de serviços [Internet]. Santa Catarina: COREN-SC; 2006 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/documentacao2/Dec00106.doc>
13. Lefevre F. Discurso do sujeito coletivo. Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. 1ª ed. São Paulo: Andreoli; 2017.
14. Santana HAC, Santos JO, Bessa LP. O papel da enfermagem na atenção ao paciente em estado crítico. *Rev FT Enferm*. 2024;28(139). <https://doi.org/10.69849/revistaft/th102410171145>
15. Braga RB, Moraes F, Silva CM, Veras LSM, Silva AMPP, Fonsêca W, et al. ICU nursing: essential care in direct patient care. *Nursing (Ed. bras.)*. 2024;28(313):9333-9. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i313p9333-9339>
16. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2021.
17. Galdino Júnior H, Tipple AFV, Lima BR, Bachion MM. Processo de enfermagem na assistência a pacientes com feridas em cicatrização por segunda intenção. *Cogitare Enferm*. 2018;23(4):e56022. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.56022>
18. Garcia TF, Alonso CS, Borges EL. Processo de enfermagem no paciente com ferida crônica na atenção primária e secundária: revisão de escopo. *Enferm Bras*. 2023;22(3):395-408. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i3.5423>
19. Conselho Regional de Enfermagem do Pará. Parecer técnico sobre aplicação de curativo pela equipe de enfermagem [Internet]. Pará: COREN-PA; 2014 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.corenpa.org.br/wp-content/uploads/2014/06/Parecer-t%C3%A9cnico2.pdf>
20. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Câmara Técnica nº 02/2018/CTLN/COFEN. Organização de enfermagem. Definição da supervisão de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2018 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n-02-2018-cofen-ctlm/>
21. Mendes DMD, Almeida MA, Andrade FM, Cardoso MCLR, Rodrigues SM, Grillo MG, et al. The supervision of the service in the view of the nursing team. *Res Soc Dev*. 2022;11(12):e480111229691. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.29691>
22. Rabelo SK, Lima SBS, Santos JLG, Costa VZ, Reisdorfer E, Santos TM, et al. Nurses' work process in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20180923. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0923>
23. Hermida PMV, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Lazzari DD, Galetto SGS, Torres GM. Eases and hindrances of reference in an emergency care unit. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210038. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Segurança do paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente>
25. Borges EL, Lima VLA. Feridas: como tratar. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2024.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 29 março 2025]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf
27. Jesus JM, Rodrigues W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e01312. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>