



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TÍTULO
**APEGO A LA “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN” POR EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA**

TESINA
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO
EN ESTADO CRÍTICO**

P R E S E N T A

L.E. CECILIA GALÁN CRUZ

DIRECTORA DE TESINA
M. E. PATRICIA ANZURES QUINTANA

Cuernavaca, Morelos, Marzo 2020.



Cuernavaca Mor., 11 de Marzo del 2020

ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesina titulada: **APEGO A LA "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN" POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**, trabajo que presenta la **L.E. GALÁN CRUZ CECILIA**, quien cursó el POSGRADO: **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME	<i>Edith Ruth Arizmendi</i>		
DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ	<i>Clara Irene Hernández Márquez</i>		
M.E. PATRICIA ANZURES QUINTANA	<i>Patricia Anzures Quintana</i>		
E.E. TERESA OJEDA CHACÓN	<i>Teresa Ojeda Chacón</i>		
E.E. IVONNE PATRICIA TORRES PAZ	<i>Ivonne Patricia Torres Paz</i>		

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación.

DEDICATORIA

-A dios por bendecirme dándome fortaleza y la oportunidad de seguir adelante con mis proyectos de vida, concluir una etapa más para ser mejor cada día en el ámbito profesional.

- A mi madre Emilia Cruz Valladarez que siempre me apoyo en mis estudios y me enseñó que el estudio es la única herramienta que nadie puede arrebatarte y es fruto del propio esfuerzo ya que gracias a ella nunca me he dado por vencida a pesar de las dificultades.

-A mis hijos Cinthia Monserrat y José Miguel por ser el motor de mi vida para seguir adelante con esfuerzo y sacrificios, demostrándoles que la perseverancia a una meta se puede lograr con éxito.

-A mis hermanas que siempre han estado presentes alentándome a seguir adelante para continuar y cumplir mi objetivo.

-A Gabriela Martínez Lugo por su valiosa amistad en el que compartimos dificultades y gratos momentos durante nuestra etapa de superación académica desde el inicio hasta el final de esta especialidad.

AGRADECIMIENTO

Gracias a la enfermera Patricia Anzures Quintana por guiarme en este proyecto desde el inicio hasta el final dándome instrucciones correctivas para mejorar y terminar con éxito la tesina.

Gracias a la Dra. Clara Irene Hernández Márquez por apoyarme y darme espacios de asesoramiento, compartiendo sus conocimientos para lograr la complementación final de esta tesina.

Gracias a la Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime por la oportunidad que me dio para actualizarme en la facultad de enfermería UAEM, que tiene un excelente nivel académico y me brindo apoyo con sus valiosas aportaciones para obtener mayor conocimiento y concluir esta tesina.

RESUMEN

La piel es un órgano importante que protege al cuerpo de lesiones del ambiente externo, al tener una lesión de gran magnitud es muy difícil de regenerar así mismo generando un alto costo para su curación y recuperación. Las úlceras por presión (UPP) es una lesión localizada de la piel y/o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión en combinación con la cizalla. En este proyecto de investigación, se realizará en un hospital de la zona Norte, Guerrero el cual tiene por objetivo evaluar el apego a la Guía de Práctica clínica (GPC) de prevención de úlceras por presión a pacientes con factores de riesgos observando si las acciones de prevención de enfermería se llevan a cabo de acuerdo a la GPC. Proponiendo un programa de capacitación con intervención educativa para desarrollar sus habilidades, destrezas y enriquecer sus conocimientos para brindar una atención de calidad al paciente. El diseño del estudio es transversal descriptivo y observacional, se aplicará a las enfermeras un cuestionario de opción múltiple, lista de cotejo y cedula de criterios para evaluar las acciones de prevención de úlceras. Participarán en el estudio 26 enfermeras del área de hospitalización y pacientes que requieren de cuidados de atención por parte del personal de enfermería del hospital de Iguala Jorge Soberón Acevedo de la zona norte de Guerrero. Se espera encontrar que las enfermeras tengan un nivel moderado de cumplimiento con respecto al apego de la GPC de prevención de UPP esto en función de lo encontrado en la literatura. Es decir, un apego medio a la GPC de prevención de úlceras por presión a pacientes con factores de riesgo.

Palabra clave: úlceras por presión, grado de apego, acciones de prevención.

SUMMARY

Contenido	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	3
1.1 Anatomía de la piel.....	3
1.2 Función del sistema tegumentario.....	4
2. Úlceras por presión.....	5
2.1. Definición.....	5
2.2. Etiopatogenia.....	5
2.3. Etiología	5
3. Estadificación de las úlceras por presión.....	7
4. Localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión	8
5. Teoría de enfermería	8
5.1. Dorothea Elizabeth Orem	8
6. Indicador de calidad para prevención de úlceras por presión	10
7. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de enfermería en la prevención de UPP	11
7.1. Valoración de riesgo	12
7.2. Escala de Braden.....	12
7.3. Cuidados de la piel.....	14
7.4. Manejo de la presión.....	15
7.5. Cambios posturales	15
7.6. Cuidados de la alimentación	16
8. Marco Normativo.....	16
8.1. Normas Oficiales Mexicanas de Salud.....	16
8.2. Norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.	17
9. Proceso Atención de Enfermería (PAE).....	18
10. Antecedentes	19
11. Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo.....	22
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	24
JUSTIFICACIÓN	25
CAPÍTULO III. OBJETIVOS	27
CAPÍTULO IV. PROPUESTA A IMPLEMENTAR.	28
CONCLUSIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

ANEXOS 38
CÉDULA DE OBSERVACIÓN..... 43
Anexo 2: Reloj de cambios posturales..... 46

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo muestra una propuesta se realizará con la finalidad de identificar si el personal de enfermería del Hospital General de Iguala se apega en la prevención de Úlceras por Presión de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica en los pacientes hospitalizados.

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel y tejidos a consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento, representan una complicación del cuidado de la salud, es un problema de salud el cual tiene importantes repercusiones tanto personales como socioeconómicas e institucionales.

Por esto la prevención de las UPP se convierte en un tema de interés para el personal de enfermería, pues se ha convertido en uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, porque determina la efectividad del cuidado de la piel dado que el profesional que desempeña su labor debe dar prioridad en la seguridad en el paciente con las acciones encaminadas para el cuidado de prevención.

El personal de enfermería es la persona que está en constante comunicación con el paciente durante su estancia hospitalaria, así mismo es la responsable de observar, dar cuidados de higiene para mantener la piel sana e íntegra libre de lesiones, como también dar seguimiento en los cambios posturales en forma periódica en aquellos pacientes que tiene un déficit de para reducir la presión sobre las zonas de apoyo y favorecer la circulación sanguínea, el manejo de la ropa de cama se debe manejar sin presencia de arrugas para disminuir lesiones en la piel.

Conocer la importancia de proporcionar al paciente una atención de enfermería adecuada, teniendo en cuenta que el punto clave del tratamiento asistencial, es la prevención, mediante la valoración periódica y el cuidado oportuno e identificando las necesidades de cada paciente. que favorezcan la continuidad de la atención y estrategias a utilizar con apoyo al indicador de calidad.

El cual se apoyará con los programas de evaluación de calidad de los servicios de Enfermería para evitar riesgos el cual surge como responsabilidad y participación

directa en el proceso de atención, se pretende mejorar la atención de enfermería y en caso de obtener deficiencias en el proceso de atención, la institución implante medidas correctivas para mejorar la calidad de atención para beneficio de los pacientes.

En la atención de los pacientes que ingresan en nuestro centro sanitario se realizara una valoración a todo paciente que esté en riesgo para aplicar medidas preventivas importantes en la aparición de las úlceras por presión, por lo tanto es fundamental que se tomen medidas necesarias para evitar la aparición de estas, por lo que es necesario adquirir conocimiento sustentado con la Guía de Práctica Clínica (GPC), reforzando actitudes con los adecuados cuidados de enfermería llevando la continuidad de las intervenciones en la prevención de UPP durante su estancia.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Anatomía de la piel

Es importante conocer la estructura de este órgano para mantener la integridad de la piel, se revisa a continuación la estructura y fisiología de la piel para comprender mejor la alteración en su integridad cuando se desarrolla una úlcera por presión.

La piel es un órgano más extenso del cuerpo humano constituye el 15% del peso total, formado por distintos tipos de tejidos unidos entre sí con una finalidad específica. Es un órgano sensorial del dolor. Su grosor oscila entre 0.5 y 4mm, según su localización (es más gruesa en las palmas de las manos y los pies) (Brady et al, 1992).

La piel consta de 3 capas principales:

EPIDERMIS: Es la capa más superficial de la piel, está compuesta por un epitelio estratificado queratinizado que recubre y protege la capa basal profunda, regenerativa y pigmentada, carece de vasos sanguíneos y linfáticos, la epidermis avascular se nutre a través de la dermis vascularizada subyacente, tiene a su vez varias capas. El estrato corneo es la capa delgada más externa está formada por células planas, muertas y queratinizadas el cual protege a las células y los tejidos subyacentes de la deshidratación e impide la entrada de ciertos agentes químicos. Las células se originan de la capa más interna denominada capa basal, estas células se dividen, proliferan y migran hacia la superficie epidérmica. Tipos de células: queratinocitos, melanocitos, células de Langerhans y células de Merkel.

DERMIS: Es una capa interna de tejido conectivo laxo con fibras de colágeno y algunas células de fibroblastos responsables de la formación de colágeno (proteína dura y fibrosa), estas fibras proporcionan tono a la piel el cual le confieren una proteína que agrega fuerza, fibras reticulares que añaden soporte y fibras elásticas que le dan flexibilidad. Las fibras de colágeno de la dermis discurren en todas direcciones para producir un tejido fuerte. Las fibras elásticas de la dermis se deterioran con la edad y no son reemplazadas; por lo tanto, en los individuos de edad avanzada la piel se arruga y cuelga al perder su elasticidad.

HIPODERMIS: Es la capa subcutánea que esta abajo de la dermis, la cual está formada por tejido conectivo laxo y tejido adiposo esta permite conservar el calor en el cuerpo, el tejido subcutáneo consta principalmente de tejido conectivo laxo y de mayor parte de grasa almacenada. Contiene glándulas sudoríparas, vasos sanguíneos superficiales, vasos linfáticos y nervios cutáneos. Las estructuras vasculonerviosas discurren por el tejido subcutáneo y solo distribuyen sus ramas terminales en la piel. El tejido subcutáneo participa en la termorregulación y sirve de almohadilla protectora de la piel frente a la compresión de las prominencias óseas (Lesur y Ortega 2008).

1.2 Función del sistema tegumentario

La piel proporciona:

Protección contra microorganismos patógenos entre el medio interno y el externo de agentes agresores físicos, químicos o biológicos ante los efectos ambientales, como erosiones, perdidas de líquidos, sustancias nocivas, radiación ultravioleta y microorganismos invasores.

Contención de las estructuras corporales (tejidos y órganos) de las sustancias vitales (especialmente los líquidos extracelulares), lo que previene la deshidratación que puede ser grave en las lesiones cutáneas extensa.

Regulación de la temperatura corporal, mediante la evaporación del sudor y/o la dilatación o constricción de los vasos sanguíneos superficiales.

Sensibilidad (dolor) mediante los nervios superficiales y sus terminaciones sensitivas.

Síntesis y almacenamiento de vitamina D.

2. Úlceras por presión

2.1. Definición

La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y en los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea (OMS, 2014).

Es una lesión localizada en la piel o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la represión en combinación con la cizalla (Guía de práctica clínica, ISSSTE 2015).

Es una lesión de la piel y/o o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o en combinación de la cizalla (NPUAP/EPAP/PPPIA, 2014).

2.2. Etiopatogenia

Los tejidos reciben oxígeno, nutrientes y eliminan desechos metabólicos a través de la sangre. Cualquier factor que interfiera en la circulación de la sangre interfiere con el metabolismo celular y la función o la vida de las células. La presión continuada e intensa afecta el metabolismo celular por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo, si la presión aplicada sobre el capilar supera la presión normal del capilar de 15 a 32 mmHg y el vaso se ocluye durante un periodo de tiempo prolongado, se puede producir isquemia tisular originando UPP esto es a que se produjo una obstrucción del flujo sanguíneo en las zonas de presión y si se alivia la presión se restituye el retorno venoso, la piel se vuelve de nuevo a su tono sonrosado. Este enrojecimiento se produce por la vasodilatación denominado hiperemia.

2.3. Etiología

En su formación participación participan tres tipos de fuerzas: Presión: Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un

aplastamiento tisular entre dos planos uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama etc.).

Fricción: Es la fuerza mecánica cuando una superficie se mueve a través de otra superficie, por ejemplo, la piel del paciente que se desliza sobre una sábana.

Cizallamiento: Es el resultado de la combinación de los efectos de la presión y de la fricción. una fuerza mecánica que corre en paralelo en lugar de perpendicular (Guía de práctica clínica, ISSSTE 2015).

2.4. Factores de riesgo

Factores de riesgo. –Son factores que contribuyen a la formación de úlceras por presión y pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Los más importantes son la inmovilidad, la incontinencia (urinaria y fecal), el déficit nutricional y el deterioro cognitivo. Siendo la intensidad de estos factores, directamente proporcional a la intensidad de la lesión perpendicular (Guía de práctica clínica, ISSSTE 2015).

Factores intrínsecos: son aquellas condiciones inherentes, propias del paciente que hace que se aumenten las posibilidades de presentar UPP. Tales como:

- Enfermedades concomitantes: alteraciones respiratorias, cardíacas, diabetes, enfermedades inmunológicas (lupus, artritis reumatoide).
- Alteraciones sensitivas: la pérdida de la sensibilidad cutánea, disminución de la percepción del dolor y dificultad a las respuestas de hiperemia reactiva.
- Alteraciones motoras, lesiones medulares, síndrome de inmovilidad.
- Alteraciones de la circulación periférica, trastornos de la microcirculación, hipotensión mantenida.
- Alteraciones nutricionales: delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteinemia, déficit hídrico.
- Alteraciones cutáneas: edema sequedad de la piel, falta de elasticidad.
- Envejecimiento cutáneo.

Factores extrínsecos: Son aquellos factores externos al paciente y hacen que se aumente el riesgo de presentar UPP.

- Superficies de apoyo
- Humedad: incontinencia, sudoración profusa, exudados de heridas.
- Pliegues y objetos extraños en la ropa.
- Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores.

3. Estadificación de las úlceras por presión

Para su clasificación y valoración de las úlceras por presión son obtenidas a través de las características de la profundidad anatómica del tejido expuesto.

Categoría I: Eritema no blanqueable

Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura (NPUAP/EPAP/PPPIA, 2014).

Categoría II: Úlcera de espesor parcial

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero o suero sanguinolento, o abierta/rota llena de suero. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas (NPUAP/EPAP/PPPIA, 2014).

Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel

Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida del tejido puede incluir cavitaciones y tunelizaciones (NPUAP/EPAP/PPPIA, 2014).

Categoría IV Pérdida total del espesor de los tejidos.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o musculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes en varias partes del lecho de la herida. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones (NPUAP/EPAP/PPPIA, 2014).

4. Localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión

Las zonas más susceptibles de desarrollar UPP son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencias óseas) y otro externo (punto de apoyo) en las distintas posiciones que se adopte el paciente (Potter et al 2013).

Decúbito supino destacan: Occipital, escápula, apófisis espinosa, codo, cresta ilíaca, sacro, isquion y talón.

Decúbito lateral predominan: Pabellón auricular, hombro, cresta iliaca anterior, trocánter, muslo, rodilla lateral, maléolos y borde lateral del pie.

Decúbito prono: Mentón, pabellón auricular, mejillas, rodillas y dedos de los pies.

5. Teoría de enfermería

5.1. Dorothea Elizabeth Orem

El problema de las úlceras por presión en este trabajo se visualiza a través de la teoría de Dorotea Orem dado que la enfermera asume la asistencia totalmente compensatoria para satisfacer las necesidades de movilidad y mantener una buena circulación sanguínea e integridad cutánea, a través de la vigilancia del estado de la piel, en aquellos pacientes que no tienen la capacidad suficiente para proporcionarse a sí mismas los cuidados para mantener la salud, por lo tanto el personal de enfermería debe aplicar medidas de prevención para evitar el deterioro de la integridad de la piel, como aspecto importante del cuidado de enfermería. Se hace mención de esta teoría porque ofrece herramientas para una atención de calidad, hasta que el paciente

reanude su propio autocuidado o haya aprendido adaptarse, modificando conductas de riesgo para la salud del paciente (naranjo et al, 2017).

El modelo de Orem surgió en 1959, presenta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general, perfeccionando la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) integrando tres teorías, estas son, la teoría de autocuidado que consiste en la práctica de las acciones que deben llevar a cabo las personas para cubrir sus necesidades continuas con intención de mantener la vida, la salud y el bienestar para tener un buen funcionamiento sano, cuidándose por sí mismo (Raile et al, 2011), con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua para que la persona se autocuide.

Otra teoría es déficit de autocuidado dice que el personal de enfermería puede otorgar cuidados de acuerdo a las necesidades de las persona, el déficit de autocuidado es un relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad que no son adecuadas para cubrir los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente (Raile et al, 2015), por lo tanto es la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado así mismo estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de reconocer los requisitos para su propio cuidado.

Otra teoría que ella menciona es la de los sistemas de enfermeros, son acciones que realiza el personal de enfermería de acuerdo a las necesidades terapéuticas de cuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio del desarrollo de la actividad de autocuidado (Raile et al, 2015), así mismo las acciones de enfermería incluyen la acción deliberada que abarca las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación por lo tanto los sistemas enfermeros básicos según la relación entre la acción del paciente y enfermera son los siguientes, sistema educativo de apoyo donde la acción dela enfermera regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado, la acción del paciente es conseguir el autocuidado.

Otro sistema, es el parcialmente compensatorio que incluye las acciones de enfermería la aplicación de ciertas medidas de autocuidado al paciente, compensa las limitaciones

y ayuda al paciente si es necesario, el paciente realiza ciertas medidas de autocuidado, regula la actividad de autocuidado y acepta cuidados de enfermería, el ultimo sistema es completamente compensatorio lo cual las acciones de enfermería cumple con el cuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad del paciente de realizar el autocuidado y apoya y protege al paciente con limitaciones que precisan de un cuidado dependiente para satisfacer sus necesidades terapéuticas (Raile et al , 2015).

Estos sistemas enfermeros son acciones diseñados para personas y aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos que tienen necesidades terapéuticas de cuidado similares o limitaciones similares asociadas a su salud que les impide desempeñar un autocuidado.

6. Indicador de calidad para prevención de úlceras por presión

Este indicador menciona los criterios para la prevención de úlceras por presión de acuerdo a los factores de riesgo que predisponen al paciente.

Lo cuales son: pacientes seniles, estado nutricional, características de la piel, deficiencias motoras o sensoriales, alteración en los procesos de eliminación vesical o intestinal, inmovilidad voluntaria o involuntaria por periodos prolongados (dolor fatiga, sedación, analgesia, pacientes en estado crítico, con aparatos ortopédicos o neurológicos) y alteraciones del estado de conciencia.

-Establece el plan de cuidados y ejecuta las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo.

Registro de las actividades preventivas correspondiente con el grado de riesgo: rotación programada para cambios de posición, ejercicios pasivos para estimular la circulación. Movilización asistida, pasiva o activa para lograr la alternancia en los puntos de presión. Mantenimiento de la piel seca, limpia, lubricada, protegida en las zonas de fricción y en las salientes óseas. Aplicación de masajes locales suaves y circulares. Protección de los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos como tubos de drenaje, sondas o catéteres, férulas. Cambios de ropa de cama evitando la formación

de arrugas en las prendas. Mantenimiento de la piel libre de orina, heces fecales o exudado producido por las condiciones del paciente. Vigilancia de que el paciente ingiera la dieta indicada.

- Utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión.

De acuerdo al riesgo evaluado se verifica la disponibilidad del equipo y el uso adecuado de recursos materiales para la prevención de úlceras por presión, uso de ropa de cama seca y limpia, uso de jabones neutros, utilización de productos para lubricar e hidratar la piel, protectores como apósitos hidrocoloides, utilización de almohadas de diferentes tamaños y cama con colchón de presiones alternas o de agua.

- Oriente al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las úlceras por presión e importancia de las acciones para prevenir úlceras por presión.

Realice acciones como cambios posturales frecuentes, movimientos pasivos para estimular la circulación, revisión diaria del paciente, lubricación de la piel, utilización de ropa, almohadas de diferentes tamaños, colchón de agua y de aire, higiene del paciente y consumo de dieta indicada.

-Revalore y ajuste de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.

Verifique cada turno que los registros de enfermería que este el reporte de valoración del estado del paciente modificando las intervenciones (indicadores de calidad 2010).

7. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de enfermería en la prevención de UPP

La Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería en la prevención de Úlceras por Presión, fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud con la finalidad de establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la

mejor evidencia con la intención de estandarizar las acciones, fortalecer la calidad y seguridad en la atención para contribuir a la prevención de úlceras por presión.

Las UPP constituye uno de los problemas más frecuentes en la práctica de enfermería siendo un reto y una responsabilidad estandarizar medidas preventivas, implementar acciones que permitan identificar factores de riesgo ya que la prevención debe apoyarse en métodos para evitar y limitar eventos adversos hasta donde sea posible la afectación de los tejidos, conocer la importancia de proporcionar al paciente una atención adecuada, así mismo el punto clave del tratamiento asistencial, es precisamente la prevención, mediante la valoración periódica y cuidado oportuno y sistemático de la integridad cutánea en aquellos pacientes que tiene la predisposición de UPP.

7.1. Valoración de riesgo

La valoración clínica se realiza al ingreso hospitalario y de forma periódica durante la estancia del paciente, dando continuidad en los diferentes turnos hasta el egreso del mismo, con riesgo de padecer UPP, se realizará una valoración completa que incluya la capacidad de satisfacer por si mismas las necesidades básicas, un examen físico y el estado actual de salud teniendo en cuenta las posibles enfermedades concomitantes, así como el tratamiento farmacológico como también se complementara a través de la escala de BRADEN el cual tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico (GPC et al, 2015).

7.2. Escala de Braden

Esta herramienta es considerada como la más completa por los profesionales de la salud para la medida de prevención, asigna una puntuación a los factores etiológicos que contribuyen a la compresión prolongada, así como los factores que ayudan a disminuir la tolerancia de los tejidos a presión. La comisión permanente de Enfermería validó la escala de Braden en la población mexicana, el cual es un elemento que

permite valorar de manera inicial y consecutiva las condiciones de los pacientes, establece el plan de atención y evalúa resultados en los pacientes hospitalizados.

Ayuda a detectar el posible riesgo de ulceración, diagnóstico y manejo oportuno del paciente. Esta escala contempla varios factores que son determinantes a la hora de realizar el cuidado asistencial para evitar la aparición de úlceras y tiene una capacidad para predecir el riesgo a desarrollar UPP en el paciente. Las dimensiones que evalúa la escala de Braden son percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones (Lobosco et al, 2008).

ESCALA DE VALORACIÓN DE BRADEN				
Movilidad	1.Completamente inmóvil	2.Muy limitada	3.Ligeramente limitada	4.Sin limitaciones
Actividad	1.Encamado	2.En silla	3.Deambula ocasionalmente	4.Deambula frecuentemente
Percepción Sensorial	1.Completamente limitado	2.Muy limitado	3.Ligeramente limitado	4.Sin limitaciones
Humedad	1.Constantemente húmedo	2.A menudo Húmeda	3.Ocasionalmente húmeda	4.Raramente húmeda
Fricción o cizallamiento	1.Problema significativo	2.Problema	3.Problema potencial	4.No existe problema aparente
Nutrición	1.Muy pobre	2.Probablemente inadecuada	3.Adecuada	4.Excelente

Clasificación de riesgo:

Alto riesgo: puntuación total < 12 puntos

Riesgo moderado: 13-14 puntos

Riesgo bajo: > 15 puntos

La identificación de estos riesgos nos permite poner en marcha intervenciones para el paciente en situación de mayor riesgo, el cual la prevención es prioridad de enfermería.

7.3. Cuidados de la piel

Cuidados de enfermería a las necesidades del paciente

La atención de enfermería al individuo en cualquier grado de salud o enfermedad, está enfocada a la satisfacción de necesidades básicas y a la solución de problemas. La higiene es una rama de la medicina que se ocupa del estudio de las medidas o condiciones necesarias para mantener la salud, piel sana, e integra sin alteraciones es la primera línea de defensa del cuerpo contra las infecciones y lesiones de los tejidos, el cual va a depender en gran medida de la higiene que se brinde a los pacientes.

El manejo de la ropa de la cama

En el momento en que un paciente ingresa al hospital se debe pensar de inmediato que ocupará una determinada sesión en donde permanecerá por un tiempo para la recuperación de su salud y su estancia le resulte más agradable y cómoda el cual es la cama clínica por la comodidad y bienestar que ofrece al paciente durante su estancia en el hospital, de acuerdo con sus condiciones de uso y funcionamiento, la limpieza de la cama y la manera de cubrirla debe estar sin presencia de arrugas para disminuir lesiones en la piel del paciente.

Factores ambientales

La piel es la primera línea de defensa contra agentes patógenos, ante la presencia de humedad prolongada generando reblandecimiento de la piel, el cual reducirá la resistencia y esto provoque que sea más susceptible a otros factores físicos tales como la presión y/o fuerza de cizallamiento y aumente el riesgo de formación de UPP ante la presencia de sustancias irritantes (sudor, exudados, secreciones) y agentes químicos, originando alteraciones en el ciclo vigilia-sueño, la fatiga, ansiedad, irritabilidad, inquietud por tal motivo se debe mantener una temperatura entre 23 a 25° suele ser

más propicia para la mayoría y en cuanto humedad del aire se considera de 40 a 60% (Rosales et al 2011).

7.4. Manejo de la presión

7.5. Cambios posturales

Al brindar los cuidados de salud al paciente que permanece en cama, es fundamental mantener una correcta alineación corporal ya que reduce la tensión muscular, favorece la seguridad, confianza y disminuye la formación de lesiones, ya que cualquier postura incorrecta puede ser dañina si se mantiene demasiado tiempo. Los cambios de posición en forma periódica y sistemática, ayudan a mejorar las molestias musculares, reducir la duración y la presión excesiva ejercida sobre las zonas de apoyo, previniendo la aparición de úlceras por presión y contribuir a la comodidad, manteniendo el tono muscular y estimulando los reflejos posturales. Existen distintas posiciones en las que se puede colocar al paciente siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas, y cada 4 horas durante la noche.

Posición decúbito dorsal o supino: El paciente descansa sobre su espalda y extendidas, los brazos a lo largo del tórax y abdomen.

Decúbito lateral: El paciente descansa sobre un costado derecho e izquierdo con los brazos hacia adelante, con las rodillas y caderas ligeramente flexionadas. La cabeza se encuentra en línea recta con relación a la columna vertebral. Está indicada para disminuir el peso y la presión sobre la zona sacra y para facilitar el confort y la relajación del paciente.

Decúbito ventral o prono: El paciente se acuesta sobre su abdomen, con la cara volteada hacia un lado y con los brazos a los costados o bien hacia adelante con los codos doblados.

De Sims: Posición decúbito lateral con apoyo sobre el costado izquierdo del cuerpo la pierna superior se flexiona más, y el brazo inferior se separa del cuerpo hacia atrás de forma que el cuerpo se apoya en hombro y cadera (Marambio et al 2015). Ver anexo 2

7.6. Cuidados de la alimentación

Es importante valorar el estado nutricional de los pacientes para tomar decisiones al respecto, ya sea desde la vigilancia del consumo de los alimentos según su dieta, hasta el control de su peso e índice de masa corporal (IMC), proporcionar una adecuada alimentación, hidratación siempre y cuando el estado del paciente lo permita disminuyendo el riesgo de desarrollar úlceras. De igual manera, corregir el déficit nutricional, si los hubiera, aportando mayores cantidades de proteínas, vitaminas y minerales, así como también mantener una buena hidratación.

El aporte de nutrientes debe ser el principal objetivo para evitar pérdida de masa muscular, atrofia y pérdida del tejido subcutáneo ya que la ingestión inadecuada de proteínas, carbohidratos, líquidos y vitaminas, contribuyen a la formación de úlceras por presión. Esto se realizará con el apoyo del equipo de nutrición para ajustar el aporte calórico individualizado (GPC IMSS, 2015).

8. Marco Normativo

8.1. Normas Oficiales Mexicanas de Salud

Las normas tienen como finalidad de establecer las características que debe reunir los procedimientos para su aplicación y seguimiento, así mismo ejecutarlas de acuerdo a la normatividad, para este estudio mencionaremos algunas más relevantes como es la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, que contiene información y datos personales del paciente, así mismo el registro de los médicos, enfermería y otros servicios de salud deberán ser registrado correctamente para brindar una atención más oportuna, responsable y eficiente, en el punto nueve da la importancia de la hoja de enfermería que debe registrar en cada turno sus intervenciones del cuidado del paciente, anotar el grado de riesgo de UPP y las intervenciones de enfermería en los registros clínicos.

8.2. Norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

Establece el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia. Por lo tanto, la enfermera responsable del paciente será capaz de intervenir en la práctica de la prevención de las úlceras por presión, con humanidad y empatía, así como practicar los conocimientos y actualizaciones.

La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

La prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, corresponde al personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o

área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

9. Proceso Atención de Enfermería (PAE)

El personal de enfermería debe poseer conocimientos técnicos científicos y humanísticos para actuar con eficiencia en el manejo de pacientes con riesgo de desarrollar UPP, la enfermera planifica estrategias de acción de acuerdo a las necesidades inherentes a este tipo de pacientes. Estas estrategias, están enmarcadas en el Proceso de Atención Enfermería (PAE), el cual proporciona la base para una valoración y evaluación continua de cuidados y cambiante, en la medida en que se modifican las necesidades o se van resolviendo los problemas existentes.

Es una herramienta metodológica y sistematizada que permite otorgar cuidados humanistas individualizados, centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas de las personas a las alteraciones de salud reales o de riesgo eficiente, con el logro de resultados esperados, realizado por el personal de enfermería. El cual configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, con un objetivo que pueda cubrir las necesidades individuales a través de una atención sistematizada para mejorar en la atención de enfermería y de construir la forma de cuidar, que permita visualizar a la profesión el sustento en la mejor toma de decisiones en el cuidado oportuno y sistemático basadas en la mejor evidencia científica (Modelo del cuidado de enfermería, 2018).

Consta de cinco etapas:

Valoración: en la revisión de los sistemas permite obtener información como parte de la anamnesis de enfermería, saber el estado general de la piel para estimar el estado de salud del paciente el cual es necesaria para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería, intervenir con acciones y cuidados específicos y directos que requiere el paciente el cual constituye una guía de atención de salud sobre los problemas cutáneos como inspeccionar, palpación de la piel, la presencia de edema, nivel de sensibilidad, de movilidad y el estado de continencia, determinando el riesgo de desarrollar UPP con

la utilización de la escala de Braden el cual asigna una puntuación a los factores etiológicos y poder planificar intervenciones con el propósito de mejorar o mantener la salud (Hernández et al, 2017).

Diagnóstico: es el juicio clínico de enfermería sobre las respuestas del paciente ante problemas de salud reales que son la base para la selección de intervenciones y el logro de los objetivos del personal de enfermería que se desea alcanzar. Una vez que obtuvimos datos que indican la existencia de un deterioro de la integridad cutánea, obtendremos información sobre el factor relacionado.

Planificación: después de identificar los diagnósticos de enfermería se debe desarrollar un plan de cuidados para evitar o reducir el deterioro de la integridad cutánea en el paciente, seleccionar las intervenciones que mejoren la integridad cutánea, cambios posturales para favorecer una buena circulación, mantener la higiene de la piel y los cuidados de lubricación y mantener un buen aporte nutricional e hidratación.

Ejecución: se implementará intervenciones de enfermería que ayuden a que el paciente obtenga los resultados esperados para disminuir o evitar lesiones en la piel, se brindará cuidado de la piel y el tratamiento de la incontinencia, la carga mecánica y los dispositivos de apoyo que incluye la posición correcta, uso de superficies terapéuticas y proporcionar la ingesta nutricional.

Evaluación: se hará un comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos para determinar el grado de alcance de los objetivos de acuerdo a la vulnerabilidad que presente el paciente (Modelo del cuidado de enfermería, 2018).

10. Antecedentes

Las úlceras por presión (UPP) han acompañado al ser humano desde los inicios de su existencia, ya que diferentes autores con el paso del tiempo fueron perfeccionando sus investigaciones y la práctica. El primer registro escrito acerca de las UPP corresponde a Hipócrates (460-370 a.C.), quien describió la aparición de una lesión de este tipo en un paciente. Ambroise Paré, cirujano francés (1510-1590) hizo su primera descripción de

una UPP, desde su valoración, hasta su tratamiento y una interpretación acerca de sus posibles causas. En el año 1942 K-E Groth diferencio entre dos tipos de UPP en razón a su origen anatómico, describiendo como benignas aquellas que se desarrollaban en la piel y malignas las que se desarrollan en el muslo. A partir de la segunda mitad del siglo pasado, se empezó a tomar consciencia acerca de las UPP a medida que iban avanzando los cuidados de salud y diferentes autores empezaron a estudiar la etiología de estas. En 1955 Guttman medico inglés describió la primera clasificación de este tipo de lesiones en tres estadios. Posteriormente, Reichel, en 1958 y Kosiak, en 1959, hicieron importantes aportaciones acerca de la etiopatogenia de las UPP, referente a las fuerzas de cizalla y rol de la presión en el desarrollo de las lesiones isquémicas. El análisis de los factores de riesgo se traduce en una pionera de investigación denominado "An investigation of geriatric nursing problems in hospital" desarrollada en 1962 por dos enfermeras, Doreen Norton y Rhoda McLaren, esta investigación dio como fruto el diseño de la primera escala de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión. En los años setenta del pasado siglo apareció el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas de España (GNEAUPP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) para el avance y la difusión del conocimiento en el estudio de la etiopatogenia, definición, clasificación y prevención y tratamiento de las UPP. En 1987 Braden y Bergstrom contribuyeron a un modelo conceptual que sirvió para el desarrollo de la EVRUPP de Braden (Torra-Bou et al., 2017).

La úlcera por presión (UPP) es un problema de origen silente en el medio hospitalario, que se presenta principalmente en los servicios, donde los pacientes permanecen más de 3 días, este evento adverso origina un problema patológico adicional, generando mayor estadía hospitalaria, deterioro de la calidad de vida, malestar y aumento de la morbilidad. La movilidad disminuida es un factor de riesgo para desarrollar UPP.

En una institución de seguridad social de segundo nivel de atención de salud, Cd. Madero Tamaulipas México, se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 119 enfermeras y auxiliares, se aplicaron tres cuestionarios autocumplimentados: valoración de conocimientos hacia la prevención, actitud hacia la

prevención y un apartado de barreras de prevención e intervención, los resultados de la investigación, en cuanto en barreras identificadas que el 53.78% mostro un conocimiento bajo hacia las medidas de prevención, la actitud mostrada 40%, las barreras mostradas por falta de personal es de 81.51%, pacientes que no cooperaron 67.22% y falta de tiempo 64,70%; en intervención falta de ayudantes para la movilización 91.59, falta de enfermeras 80.67% y falta de tiempo 72.26%. Las enfermeras y auxiliares de enfermería mostraron un conocimiento bajo hacia las medidas de prevención, con una actitud positiva y el personal que labora en la UCI y Medicina Interna mostro mejor actitud, las barreras identificadas falta de enfermeras, tiempo y de apoyo para realizar las intervenciones de movilización (Garza Hernández et al, 2017).

Se realizó un estudio descriptivo transversal en tres instituciones de salud de Barranquilla Colombia, durante el año 2010, con 97 enfermeras y auxiliares, para identificar el nivel de cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras, se utilizó el instrumento cumplimiento de criterios básicos en la prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados, con el formato F1PUPPH/05 para saber el estado actual de las actividades de prevención, de los servicios de medicina interna, Cuidados Intensivos y Cirugía el cual tienen riesgo de desarrollar UPP, los resultado de la investigación es que no se aplican correctamente las Escalas de Valoración de riesgo para desarrollar UPP y la no revaloración del plan de cuidados, el cual confirma la importancia del cumplimiento de la actividades de prevención como indicador de calidad del cuidado de enfermería (Jinete et al, 2016).

En el hospital de segundo nivel de atención, de la ciudad Mérida, Yucatán, en la unidad de cuidados intensivos adultos, se realizó un estudio descriptivo de 31 pacientes. El instrumento fue aplicado en 4 momentos: al ingreso, a las 24 y 72 h y al séptimo día de estancia, teniendo como resultado 45.2% manifestaron úlceras por presión a los 7 días de estancia hospitalaria. Es importante que se realicen evaluaciones y revaloraciones desde el ingreso y durante los primeros 7 días de estancia hospitalaria utilizando el instrumento de valor predictivo (Tzuc et al, 2015).

11. Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo

El hospital General “Dr. Jorge Soberón Acevedo” es un Hospital de la Secretaría de Salud del estado de Guerrero de la zona 02 norte, de segundo nivel de atención, con una construcción física horizontal, cuenta con los servicios de Jefatura de enfermería, Coordinación de Enseñanza, Departamento de Calidad, Urgencias, Unidad de hidratación e infecciones respiratoria menores de 5 años (UDATHOS), Quirófano, Tococirugía, Central de equipos y esterilización (Ceye), Subceye, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Gineco-obstetricia, Unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA), Unidad de cuidados intensivos neonatos (UCIN), Pediatría, Consulta Externa General, Consulta externa de Especialidad, Medicina Preventiva, Inmunizaciones, Dental, psicología, Módulo del adolescente y cuenta con el servicio de colposcopia . A sí mismo es una unidad que recibe pacientes referidos por otras instituciones del sector salud procedentes de los municipios circunvecinos Huitzucó, Tepecoacuilco, Taxco, Xalitla y Teloloapan, realiza también la contrarreferencia de dichos pacientes posterior a su atención y seguimiento del tratamiento, atiende a pacientes afiliados al Instituto de Salud para el Bienestar INSABI que tiene como función atender a todas las personas que no disponen de seguridad social, con una cobertura de atención de los diferentes municipios, porque se tiene una capacidad resolutoria en servicios de especialidades, personal médico especializado, equipamiento básico e infraestructura, se cuenta con 60 camas censables y 60 camas no censables, en cuanto al recurso humano se conforma de 206 enfermeras distribuidas en diferentes servicios y turnos, brindando atención de salud que la población requiere.

TURNO		PERFIL DE ESTUDIOS				
	Auxiliar	Técnicas	Licenciatura	Especialidad	Maestría	Total
Matutino	4	7	55	2	2	70
Vespertino	2	7	21	1	0	34
Nocturno	0	5	16	2	0	23
A						
Nocturno	2	1	19	0	0	22

B						
Jornada especial Diurna	6	9	40	2	2	59
total	17	29	151	7	4	206

De acuerdo a estadísticas que se maneja en el hospital en promedio de una estancia hospitalaria es de 2.46 días, ya que en algunos servicios de Cirugía, traumatología y Medicina Interna es donde la estancia es más prolongada de 7 días de hospitalización para su tratamiento, vigilancia y recuperación de la patología, los diagnósticos más frecuentes que reporta estadísticas es coleditiasis, apendicitis, diabetes mellitus, fracturas, nefritis y nefrosis, neumonía, enfermedad cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, enfermedades isquémicas del corazón, con una edad promedio de 50-54 años.

En el área del servicio de hospitalización cuenta con un total de 30 camas, distribuidas en este orden, 18 camas para pacientes de medicina interna y 12 camas para Cirugía General para ambos sexos, dos salas para pacientes aislados. En cuanto a recurso humano se cuenta con 23 enfermera distribuidas en diferentes turnos, Matutino, Vespertino, turno Nocturno A, Nocturno B y Jornada diurna. Las UPP representan una importante problemática de salud en el hospital con una incidencia de 10% en los pacientes internados.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el Hospital General de Iguala se ha registrado un incremento en la demanda de atención de acuerdo a estadísticas hospitalarias. En el 2019 se registró un total de 8,599 ingresos con una estancia promedio de 3 a 7 días de hospitalización y una prevalencia de Úlceras Por Presión (UPP) del 10%. Este problema de salud afecta principalmente a pacientes inmovilizados por diferentes factores como el tipo de patología o tratamiento tales como: enfermedad vascular cerebral, apoyo ventilatorio y con aparatos ortopédicos o pacientes con secuelas de traumatismo cráneo encefálico, aumentando la incidencia de UPP y haciendo vulnerable la calidad de vida, afectando su bienestar, su confort, mermando la evolución natural de la enfermedad.

El aumento de la estancia hospitalaria de los pacientes los hace más susceptible a tener lesiones del tejido tegumentario repercutiendo en la salud y bienestar del paciente ocasionando aumento de gastos económicos a los familiares y para la institución implica una estancia más prolongada generando gastos económicos en costo-beneficio ya que la institución no proporciona material para la atención de UPP, estas complicaciones requieren un mayor tiempo de atención por parte del personal de enfermería, descuidando otras actividades de igual importancia.

Contar con una clínica de heridas que favorezca el seguimiento, control y capacitación del personal de enfermería reforzaría la prevención en la disminución de la incidencia de UPP.

De lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de apego a la guía de práctica clínica en la prevención de úlceras por presión en el hospital general de Iguala?

JUSTIFICACIÓN

El hospital general de Iguala atiende a una población no derechohabiente de escasos recursos, actualmente afiliados al reciente Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la finalidad es que todas las personas en el país sin seguridad social tienen derecho a recibir gratuitamente servicios públicos de salud.

El seguimiento que realiza el Hospital General de Iguala en la prevención de UPP, se realiza por el departamento de calidad, el cual está integrado por 2 enfermeras que se encargan del seguimiento y vigilancia en la prevención de UPP, verificando las intervenciones de prevención que realiza el personal operativo de acuerdo a las GPC, aplicando el formato F1-PUPPH/05 a todos los turnos, por lo cual la importancia de llevar las acciones de prevención.

El presente estudio se realiza con el fin de evaluar si el personal de enfermería del Hospital General de Iguala se apega a la guía de práctica clínica en la prevención de úlceras por presión, es importante que el personal de enfermería cuente con conocimientos y habilidades sobre la prevención de UPP aplicando el proceso enfermero; realizando intervenciones basados en el conocimiento y juicio clínico para la obtención de una valoración eficaz y verídica apoyándose en la GPC.

La necesidad en la aplicación del proceso enfermero con las cinco etapas que se mencionan valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación permitiendo al personal de enfermería realizar una valoración profunda, emitiendo un diagnóstico de la situación actual, planeando las acciones de acuerdo a las necesidades actuales del paciente y a la patología, posteriormente ejecutar los cuidados planeados, finalizando con la evaluación para determinar el grado de alcance de los objetivos priorizando los cuidados de enfermería.

Contar con conocimientos sobre UPP refuerza y visualiza el juicio clínico, proporcionando una visión amplia de alternativas y mejoras, el cual reducirán los riesgos y lesiones del paciente mejorando la calidad de vida, proporcionando beneficios a los pacientes en su salud, integrándolo a su vida independiente.

Es de suma importancia hacer un análisis para conocer la situación actual de los servicios que presta el hospital principalmente sobre prevención de UPP, así mismo esta herramienta permitirá identificar y analizar los riesgos e inconvenientes que el hospital puede incurrir debido a la falta de equipo y material de insumo.

Como resultado de este estudio se hará un aporte a la institución de salud, lo cual beneficiará al paciente, al personal de enfermería y a la misma institución, porque motivará al personal de enfermería a planear adecuadamente los cuidados y a crear estrategias que ayuden a erradicar y/o disminuir la presencia de UPP y generando menos costo a la institución.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el grado de apego a la Guía de práctica clínica prevención de úlceras por presión por el personal de enfermería en pacientes hospitalizados de Iguala Guerrero.

Objetivos Específicos

- Definir el nivel de conocimiento de las enfermeras.
- Reforzar el conocimiento del personal de enfermería para brindar al paciente una atención de calidad.
- Identificar el grado de utilización de la escala de Braden por el personal de enfermería.

CAPÍTULO IV. PROPUESTA A IMPLEMENTAR.

La propuesta para este estudio se realizará mediante un programa de capacitación con temas relacionados para aplicar de manera correcta la Guía de práctica clínica, el cual es dirigido al personal de enfermería en el área de hospitalización para mejorar el apego a la GPC de prevención de úlceras.

Objetivo: incrementar el nivel de conocimiento sobre el grado de apego del personal de enfermería a la GPC de prevención de UPP.

Participantes: se invitará al personal de enfermería del área de hospitalización de los diversos turnos de todas las categorías mediante un oficio para que asistan a la capacitación programada referente a la temática de la guía de práctica clínica de prevención de úlceras por presión.

Fecha: la fecha de aplicación de la propuesta será del 8 al 12 de junio del año 2020.

Procedimiento detallado: el programa se realizará en el hospital de Iguala Guerrero, en la sala audiovisual que cuenta con espacio para 50 personas, iluminación y ventilación adecuada. En cuanto al tiempo se desarrollará en 5 días teniendo cada sesión una duración de 2 horas y será ejecutado a enfermeras del área de hospitalización de la institución.

El programa constara de tres fases:

FASE 1: De diagnóstico

La primera fase consiste en la evaluación diagnóstico de los conocimientos del personal de enfermería a través de la aplicación de un cuestionario, con 23 ítems de respuesta de opción múltiple para conocer sus conocimientos teóricos de los participantes y así

detectar áreas de oportunidad, para evaluar el apego a la GPC de prevención de úlceras por presión; se observara las acciones de prevención por parte de las enfermeras, utilizando el registro en la guía de observación de indicadores de calidad, participaran en el estudio las enfermeras del área de hospitalización. Con el propósito de detectar que el personal de enfermería requiere capacitación acerca de la GPC de prevención de úlceras por presión con la finalidad que se realicen las acciones de prevención y se utilice el instrumento de valoración de riesgo.

-El cuestionario se aplicará al personal, para valorar su conocimiento sobre la prevención de úlceras durante la estancia hospitalaria del paciente y detectar el déficit del seguimiento, así mismo valorar su conocimiento de la enfermera sobre la prevención de úlceras por presión y poder reforzar los conocimientos a través de capacitaciones y cursos que nos ayude a mejorar su nivel de atención hacia el paciente, el cuestionario consta de 23 preguntas, relacionados al tema de la intervención educativa y una lista de observaciones de los criterios básicos en la prevención de UPP en pacientes hospitalizados.

De acuerdo a los resultados obtenidos se reforzará a través de una intervención educativa de capacitación al personal de enfermería sobre la prevención de úlceras en los pacientes de hospitalización.

FASE 2: INTERVENCIÓN EDUCATIVA

En la fase dos de la propuesta de la temática del programa de apego a la guía de práctica clínica de prevención de úlceras por presión, se desarrollaran 5 sesiones, en el aula de enseñanza del Hospital General de Iguala, tendrán una duración de 2 horas cada sesión, con un horario de 8:00 am a 10:00 am, con un total de 26 enfermería del personal seleccionado de los diferentes turnos (matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada) de las diferentes categorías como técnicas, auxiliares, licenciadas, especialistas y maestría.

Los temas que se desarrollaran son: anatomía y fisiología del aparato tegumentario, etiopatogenia, etiología, factores de riesgo, estadificación de las úlceras por presión

localizaciones más frecuentes, escala de Braden, y criterios para la prevención de úlceras, utilización del reloj de cambios posturales, expediente clínico, y registros de enfermería y comunicación efectiva.

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA

Capacitación para la mejora del apego del personal de enfermería a la Guía de práctica clínica de prevención de úlceras por presión que comprende del 8 a 12 de junio del año 2020.

Objetivo: incrementar el nivel de conocimiento sobre el apego del personal de enfermería a la guía de práctica clínica de prevención de úlceras por presión.

Fecha	hora	tema		ponente	Recurso didáctico
8-06-20	8:00 a 8:15	Registro de participantes			Lista de asistencia
	8: 15 a 9:15	Anatomía y fisiología del aparato Tegumentario	Objetivo: reafirmar el conocimiento de anatomía y fisiología del aparato tegumentario.	Médico General	Proyector

	9:15 a 10:15	Etiopatogenia Etiología Factores de riesgo	Objetivo : identificar el riesgo de úlceras por presión	Enfermera del departamento de calidad.	Proyector
9-06- 20	8:00 a 9:00	Estadificación de las úlceras por presión. Localizaciones más frecuentes.	Objetivo: identificar la clasificación de acuerdo a la profundidad anatómica del tejido y sus localizaciones de lesión.	Médico general encargado del área de enseñanza	Proyector
	9:00 a 10:00	Comunicación efectiva	Objetivo. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud a fin de llevar la continuidad de la atención.	Enfermera encargada del servicio de hospitalización	Proyector
10-06- 20	8.00 a 9.00	Expediente clínico, notas y registro de enfermería	Objetivo: concientizar al personal de enfermería la importancia del expediente clínico y el resultado de la puntuación de la escala de Braden.	Enfermera encargada de calidad	Proyector

	9:00 a 10:00	Criterios para la prevención de úlceras	Objetivo: evaluar diariamente los criterios de prevención de úlceras por presión.	enfermera supervisora de enfermería	-Proyector -video
11-06- 20	8:00 a 9:00	Escala de Braden	Objetivo: identificar el grado de riesgo de desarrollar úlceras por presión en el paciente.	Enfermera del departamento de calidad.	Proyector
	9:00 a 10:00	Práctica	Objetivo: reforzar los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de la intervención educativa.	Enfermera del departamento de calidad y supervisora de enfermería de hospitalización	-Maniquí Herramientas de valoración -escala de Braden -Reloj de cambios posturales
12-06- 20	8.00 a 10.00	Aplicación de cuestionario y la lista de cotejo	Reafirmar lo aprendido en la capacitación.	Enfermera del departamento de enseñanza.	Cuestionario y la lista de cotejo.

FASE 3: EVALUACIÓN

En la fase tres se valorarán los resultados con la aplicación del mismo instrumento utilizado en la fase 1 al termino del programa, y será acorde a los temas que se desarrollarán a lo largo de la sesión. Posteriormente se dará continuidad a las enfermaras que recibieron la capacitación para verificar que hayan adquirido los conocimientos necesarios para aplicar el apego a la prevención de la guía de práctica clínica y voy a volver a ver si está llevando el manejo la escala de Braden a un corto plazo de dos periodos de manera trimestral (3 y 6 meses) y de ser necesario hacer una réplica del programa al personal de enfermería que no haya obtenido los conocimientos necesarios.

Estrategias para desarrollar el programa

-El desarrollo de la presente intervención requiere de la autorización del director del Hospital General de Iguala Guerrero, así como el departamento de enseñanza, de la jefatura de enfermería para hacer de su conocimiento del trabajo a realizar y brinden las condiciones necesarias para el desarrollo del programa educativo.

-Planeación con la jefa de enfermeras y supervisoras de los diferentes turnos, así mismo con apoyo del jefe de enseñanza de enfermería y los ponentes de los temas a desarrollar.

-Solicitar los recursos humanos y materiales para el desarrollo del programa sin problema.

-Solicitar permisos para las enfermeras que asistirán al programa sin tener repercusiones que afecten a la institución de salud.

CONCLUSIONES

Este programa de intervención educativa favorecerá una actualización al personal de enfermería del área de hospitalización para ejecutar de manera correcta la guía de práctica clínica y así evitar más días de estancia, complicaciones y recursos financieros.

La disponibilidad del programa en el hospital es brindar a los pacientes una mejor calidad del servicio con personal capacitado y actualizado en apego a la Guía de Práctica Clínica enfocada a la prevención de úlceras por presión.

El personal de enfermería del hospital de Iguala Guerrero reafirmará los conocimientos para mejorar el apego de la Guía de práctica clínica de prevención de úlceras por presión a pacientes hospitalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brady J. Robert, anatomía y fisiología La piel, 2ª edición, año 1992. Pag. 3,4, 5, 6, 7,8,9.

Fernandes Lobosco, A., & Darlen Dutra de Vasconcelos, S., & Linhares de Almeida, M., & Dire Feliciano, G. (2008). ACTUACIÓN DEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN. *Enfermería Global*, 7 (2), 1-16.

Garza Hernández, Rosalinda, Meléndez Méndez, Ma. Concepción, Fang Huerta, María de los Ángeles, González Salinas, Juana Fernanda, Castañeda-Hidalgo, Hortensia, & Argumedo Pérez, Norma Edith. (2017). CONOCIMIENTO, ACTITUD Y BARRERAS EN ENFERMERAS HACIA LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. *Ciencia y enfermería*, 23(3), 47-58. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300047>

Guía de práctica clínica ISSSTE, 2015 evidencias y recomendaciones.

Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el adulto: IMSS 2015.

Hernández Erik. Algoritmos NNN proceso enfermero y planes de cuidados de enfermería para unificar criterio fácil, año 2017.

Indicadores de calidad, Secretaria de salud 2010.

Jinete acendra, j. (2016). Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. *Revista Cubana De Enfermería*, 32(2). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/706/163>

Kozi er y Erb, fundamentos de enfermería, concepto, proceso y práctica, 9ª edición España 2013. Pag 920 ,929, 930.

Lesur Luis, Ortega Olivia, Saldívar Carlos, cinta Valeria. Anatomía y fisiología y salud 2ª edición, año 2015.

Marambio Correa Elbia. Principales procedimientos básicos de enfermería, RIL editores, año 2015.

Modelo del cuidado de enfermería, secretaria de salud, secretaria de la defensa nacional, secretaria de marina 2018.

Moore Keith L. Moore, Daley Arthur F. Agur Anne M.R. Título: Anatomía con orientación clínica, 7ª edición, año 2013. Pag. 12,13,14.

Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 13 de octubre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

NPUAP/EPAP/PPPIA (2014). prevención y tratamiento de úlceras por presión: guía de referencia rápida. Washington DC: Cambridge media.

Potter-Perry, Fundamentos de enfermería, 8 edición. Elsevier España año 2015. Pag. 1183, 1184,1185,1196, 1200, 1201,1202,1203.

Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelia. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.

Recuperado en 04 de diciembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.

Raile Alligod Martha, Ann Marriner Tomey Martha. Modelo y teorías en enfermería 7ª edición. 2011 Elsevier España S.L. pag.17-21.

Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva, Fundamento de enfermería, 3 edición. México, año 2004.pag. 275,284,285,286,287.

Torra-Bou, JE; Verdú-Soriano J.; Sarabia-Lavin R.; Paras Bravo P.; Soldevilla-Agreda J.; López-Casanova P. y García-Fernández F.2017. Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión. Gerokomos 28(3):151-153. Recuperado de 12 de noviembre 2019, en <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00151.pdf>.

Tzuc-Guardia, A., Vega-Morales, E., & Collí-Novelo, L. (2015). Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enfermería universitaria, 12(4), 204-211. <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.004>

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS



Número de folio: _____

CUESTIONARIO

Estimado (a) enfermero, el siguiente cuestionario es parte de una tesis de especialidad del Adulto en Estado Crítico, de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, la tesis se titula “Apego en la prevención de Úlceras por Presión por el personal de enfermería”, tiene como finalidad identificar si la enfermera realiza la valoración y lleva acabo la prevención de úlceras por presión de acuerdo a la Guía de práctica clínica durante su estancia hospitalaria del paciente.

La información que usted proporcione en este cuestionario será de carácter anónimo y confidencial, solo se utilizara para fines de investigación, los resultados que arroje el estudio, si es de su interés, podrá enviar un mensaje al siguiente correo, para que se envíe a usted, se le agradece de antemano por su gran apoyo por la participación para esta investigación.

Atentamente.

L.E. Cecilia Galán Cruz.

SECCIÓN DEMOGRÁFICA

Instrucciones: Elija correctamente la opción de su elección

1. Nombre _____
2. Sexo _____
3. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____
4. ¿Qué turno tiene actualmente? _____
5. Servicio actual _____
6. Categoría _____
7. Tipo de contrato _____
8. Cuantos años tiene laborando en este hospital _____

CONOCIMIENTOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

9. Escala que se utiliza para valorar úlceras por presión
 - a) Braden
 - b) Katz
 - c) Norton
 - d) Goldberg

- 10.- En decúbito supino, ¿cuáles son las zonas del cuerpo más predispuestas a sufrir una úlcera por presión?
 - a) Occipital, trocánter mayor, sacro y talones
 - b) Occipital, omoplatos, codos y sacro.
 - c) Occipital, omoplatos, codos, sacro y talones
 - d) Occipital y trocánter mayor

11.-El eritema cutáneo aparece en las úlceras por presión de:

- a) Primer grado
- b) Tercer grado
- c) Cuarto grado
- d) Quinto grado

12.-En una úlcera por presión. ¿en qué estadio aparece la afectación de la epidermis, la dermis y el comienzo de la hipodermis?

- a) Estadio I
- b) Estadio II
- c) Estadio III
- d) Estadio IV

13.-Como medidas preventivas contra la aparición de úlceras por presión podemos citar:

- a) Evitar que los enfermos permanezcan muchas horas en la misma posición, movilizándolos continuamente para que sus puntos de apoyo varíen.
- b) Solucionar mediante sondaje la incontinencia urinaria o fecal
- c) Levantar a los enfermos si es posible de forma precoz
- d) Todas son correctas

14.-Otras medidas preventivas contra la aparición de úlceras por presión son:

- a) Desinfectar la piel, mediante lavados, secados
- b) Colocar colchones, almohadillas en las zonas erosionadas
- c) Mantener seca la piel del enfermo
- d) Todas son correctas

15.- ¿Cuál es el riesgo o facilidad de que el paciente sufra úlceras por presión y según la escala de Braden

- a) Estado físico general, nutrición, actividad, movilidad, incontinencia

- b) Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, riesgo de lesión.
- c) Percepción sensorial, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia
- d) Percepción sensorial, estado mental, movilidad, humedad, movilidad.

16.- ¿Qué debería reconocer el enfermero como signo de alarma en la aparición de una úlcera por presión?

- a) Eritema que no cede cuando desaparece la presión
- b) Flictena
- c) Edema
- d) Ligera erosión de la piel

17.-En un paciente en decúbito lateral la zona con riesgo de sufrir úlceras por presión será?

- a) Talón
- b) Rodilla
- c) Trocánter mayor
- d) Región sacra

18.-Los cambios posturales para evitar la aparición de úlceras por presión se debe hacer

- a) Cada 2 horas
- b) Cada 4 horas durante el día y por la noche
- c) Cada 6 horas en horario nocturno
- d) Cada 8 horas

19.-Cuando una úlcera afecta a piel, tejido subcutáneo y musculo, decimos que la misma se encuentra en:

- a) Grado I

- b) Grado II
- c) Grado IV
- d) Ninguna de las anteriores

20.- Cuando aparece el enrojecimiento como primer signo de formación de una úlcera se actuará de manera inmediata?

- a) Liberando la presión
- b) Evitar arrastrar
- c) Mantener la ropa de cama limpia, y seca
- d) Colocar drenaje vesical.

21.-Las personas que por su propia patología tienen mayor probabilidad de padecer úlceras por presión son:

- a) Pacientes con lesiones de la medula espinal
- b) Pacientes con periodos cortos de hospitalización
- c) Pacientes conscientes y orientados
- d) Pacientes con enfermedades leves

22.-Que definirías por úlceras por presión?

- a) Es un órgano de protección
- b) Una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y los tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros
- c) Es un epitelio pavimentoso, estratificado, queratinizado
- d) Es una capa de tejido conjuntivo

23.-Señale los agentes causales de úlceras por presión?

- a) Presión, fricción y deslizamiento
- b) Edad avanzada, desnutrición, con movilidad
- c) Humedad, obesidad,

d) Diabetes, fricción, orientado

CÉDULA DE OBSERVACIÓN

Se llevará un instructivo de llenado del formato de recolección de datos: De los criterios básicos en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados F1-PUPPH/05

1.-Valora y registra factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de úlceras por presión.

	SI	NO
Observa las características de la piel. (deshidratada, humedad, irritada edematizada o macerada)		
Observa deficiencias motoras o sensoriales: parálisis, parestias, insensibilidad entre otras		
Alteraciones en los procesos de eliminación vesical o intestinal: incontinencia, diarrea, entre otras		
Inmovilidad voluntaria o involuntaria por periodos prolongados: dolor, fatiga, sedación, analgesia, pacientes en estado crítico, con aparatos ortopédicos o neurológicos entre otros.		
Padecimientos que comprometen el sistema inmunológico o vascular periférico.		
Alteraciones en el estado de conciencia: depresión, coma, confusión, estupor entre otros.		

2.-Establece el plan de cuidados y ejecuta las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo.

Constata en los registros de enfermería que las acciones o actividades preventivas implementadas sean correspondientes con el grado de riesgos determinado como:

Establecimiento de grafica de rotación programada e individualizada para cambios de posición así como de ejercicios pasivos para estimular la circulación.		
Movilización asistida, pasiva o activa dentro y fuera de la cama con la frecuencia requerida para lograr la alternancia en los puntos de depresión y de acuerdo con las condiciones valoradas.		
Mantenimiento de la piel: seca, limpia, lubricada y protegida principalmente las zonas de fricción y en las salientes óseas.		
Aplicación de masajes locales con suaves movimientos circulares		
Protección de los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos como: tubos de drenaje, sondas o catéteres, férulas, yesos, tracciones, entre otros.		
Cambio de ropa de cama, pañal, cuantas veces sea necesario.		
Mantenimiento de la piel libre de orina, heces fecales, cualquier otro liquido o exudado producido por las condiciones de salud del paciente.		
Vigilancia de que el paciente ingiera la dieta indicada.		

3.-Utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión.

Uso de cama con colchón hule espuma, de presiones alternas, neumático o de agua.		
Utilización de almohadas de diferentes tamaños, cojines neumáticos o de material viscoelástico entre otros.		
uso de jabones neutros.		
Uso de ropa d cama seca y limpia.		
uso de productos para lubricar e hidratar la piel		

4.-Orienta al familiar sobre las formas de prevención y la importancia de las acciones para prevenir las úlceras por presión en caso de existir alguna lesión, evitar su infección o extensión:

Cambios de posición y su frecuencia.		
Realización de ejercicios pasivos para estimular la circulación.		
Revisión diaria de la piel del paciente.		
Lubricación de la piel		
Utilización de elementos como: ropa limpia, almohadas, colcho de agua o de aire, cama sin arrugas.		
Mantiene la higiene del paciente		
Signos de alarma en la aparición de lesiones en la piel como enrojecimiento u otro cambio de coloración.		

5.- Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.

Verifique por lo menos en cada turno, que en los registros de enfermería este el reporte de valoración del estado del paciente, de tal forma que haya continuidad o modificación a las intervenciones planeadas, asegurando el seguimiento en las medidas de prevención de úlceras por presión.

Anexo 2: Reloj de cambios posturales

