



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN,
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES DE PIEL EN
PACIENTES DE ALTO RIESGO**

TESINA

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

**PRESENTA
L.E. VERÓNICA ANTÚNEZ MARTÍNEZ**

**DIRECTORA DE TESINA:
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

**CODIRECTORA DE TESINA
MTRA. CLAUDIA MACÍAS CARRILLO**

CUERNAVACA, MOR. NOVIEMBRE 2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN,
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES DE PIEL EN
PACIENTES DE ALTO RIESGO**

TESINA

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

PRESENTA

L.E. VERÓNICA ANTÚNEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TESINA:

DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

CODIRECTORA DE TESINA

MTRA. CLAUDIA MACÍAS CARRILLO

CUERNAVACA, MOR. NOVIEMBRE 2023

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma del estado de Morelos por brindarme la oportunidad de ser parte de su casa de estudios y permitir forjarme como profesionista.

A la Facultad de enfermería por ser mi alma mater y hoy darme la oportunidad de crecer en una especialidad.

Agradezco sinceramente a mi directora de tesina y codirectora por brindarme su tiempo, experiencia y paciencia ya que sin su apoyo llegar hasta el final de este proyecto hubiese resultado imposible. Gracias por estar en todo momento, por sus correcciones y enseñanzas que permanecerán en todo mi camino profesional.

Dedicatorias

A Dios por que cada paso dado ha sido de su mano, por darme una conciencia plena de lo que soy ahora y de lo que quiero ser.

Con gran amor para mis padres por motivarme a seguir adelante cada día.

Para mi hermana Claudia que siempre creyó en mi desde muy pequeña, que ha estado en todo momento como una madre y nunca encontré como agradecer tanto esfuerzo.

Para Sac que camina día a día a mi lado, que es feliz con mis logros y pelea mis batallas para salir siempre triunfadora.

ÍNDICE

RESUMEN

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 9 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN..... | 12 |
| 1.3. OBJETIVOS..... | 14 |
| CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO..... | 15 |
| 2. 1 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL | 36 |
| 2.2 APORTE TEÓRICO PATRICIA BENNER..... | 37 |
| CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA | 39 |
| 3. 1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN..... | 39 |
| 3. 2. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 39 |
| 3. 3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 39 |
| 3. 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN..... | 40 |
| 3.5 PROCEDIMIENTO..... | 40 |
| 3. 5. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 41 |
| CAPÍTULO 4. RESULTADOS | 42 |
| CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN. | 44 |
| CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES | 45 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 47 |

RESUMEN

Introducción. La problemática que atañe a la atención de las personas tanto en hospitales cómo en la comunidad es el manejo de los pacientes postrados o con alguna enfermedad crónica con dependencia son las lesiones en la piel ya sea por presión, lesiones por manejo de aditamentos falta de movilidad entre otros. El proporcionar los cuidados afectivos al paciente y familiar requiere un apoyo mutuo y atento en una comunidad moral de profesionales que buscan crear y mantener una buena práctica.

Objetivo. Describir los elementos esenciales de las estrategias asistenciales efectivas de enfermería para la prevención seguimiento y control de lesiones de piel en personas con alto riesgo de padecerlas y así reducir su incidencia en unidades de cuidados intensivos y en hospitalización.

Metodología. Evaluar el cumplimiento del indicador de la escala de valoración Waterlow y Braden.

Resultados. Se encontró la valoración parcial, se identifica el nivel de riesgo por edad y días de estancia hospitalaria en la unidad de cuidaos intensivos.

Conclusiones. La adquisición de habilidades así como experiencias de la persona, familia y enfermería son importantes en la prevención así como el manejo de personas con riesgo para presencia de lesiones en la piel y aquellas que presentan algún factor que ha favorecido la presencia de una lesión.

Palabras clave: Personas; Disminución de la movilidad física; Lesiones en la piel; Cuidado; úlceras por presión

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La calidad y seguridad del paciente a nivel mundial es un aspecto relevante para los sistemas hospitalarios debido a su impacto ético y financiero. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022)¹, estima que uno de cada 10 pacientes que vive en países industrializados sufre de eventos adversos mientras reciben cuidados de salud; esta inadecuada atención al paciente genera gastos en la atención, de hospitalización, infecciones nosocomiales y discapacidad²⁻³.

En México, las úlceras por presión (UPP) son un indicador de calidad en el Sistema Nacional de Salud, se otorga relevancia a los conocimientos de los profesionales de la salud en cuanto al abordaje integral de las úlceras para el mejoramiento de la seguridad del paciente³.

En México, a partir de 1999 se desarrolló el modelo de calidad para la seguridad del paciente, el cual está conformado por metas internacionales, estándares centrados en el paciente y estándares centrados en la gestión. La creación y desarrollo de este modelo tiene como finalidad mejorar la calidad de los servicios de atención y de la seguridad que se brinda a los pacientes, sobretodo, durante su estancia hospitalaria (Consejo de Salubridad General, 2019)⁴.

La seguridad del paciente se define como la evitación y prevención de fallas en la atención que se proporciona en los servicios sanitarios, con la finalidad de evitar eventos adversos que pongan en riesgo la vida de los usuarios. Además, es un componente prioritario de la calidad asistencial, donde el personal de enfermería juega un papel importante por ser uno de los principales proveedores de cuidados. Durante la estancia hospitalaria de un paciente existe el riesgo de que se presenten eventos adversos como resultado de la atención, estos eventos son daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención⁴.

Estos errores producto de la atención que se proporciona, por ejemplo administrar una dosis incorrecta al paciente, se denominan error de comisión; sin embargo, durante la práctica existen también procedimientos que no se realizan de acuerdo a las demandas del paciente, por ejemplo, ayudar en la deambulacion, estos se denominan error de

omisión del cuidado de enfermería que representa un problema mayor en el paciente, por lo tanto perdido es considerando ayuda en la deambulación tres veces al día, la educación al paciente, higiene de boca, cambios de posición del paciente cada dos horas, baño en cama, cuidado de la piel, la vigilancia adecuada y el desarrollo o actualización de los planes de cuidados de enfermería⁴.

El déficit de personal, tiempo requerido para los cuidados, trabajo en equipo deficiente, el síndrome “*ese no es mi trabajo*”, delegación inefectiva, hábitos, negación y dotación de personal son algunos de los factores por los cuales regularmente los cuidados de enfermería no son realizados en su totalidad asegura que la omisión de cuidados durante la atención conlleva incrementar el problema⁵.

Existen dificultades entre aspectos relevantes y los no relevantes en cada situación en cada paciente por lo tanto la enfermera debe de estar consciente que se enfrenta a situaciones complejas para el manejo de los pacientes con riesgo o presencia de lesiones de piel tanto en las personas adultas en estado crítico cómo en aquellas consideradas frágiles, ante cualquier situación que se presente hoy se requieren de la experiencia las enfermeras para la identificación de una situación que se presente para mejorar el cuidado⁵.

I.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención de salud y, cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo¹.

Más de la mitad de estos daños (es decir, en uno de cada veinte pacientes) se pueden prevenir, y la mitad se debe a medicamentos⁶.

Según algunos cálculos, 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención primaria y ambulatoria, el 80% de los cuales (entre el 23,6 y el 85%) se podrían prevenir⁷.

Algunos eventos adversos habituales que pueden provocar daños prevenibles se deben a errores cometidos durante la identificación de pacientes, el diagnóstico o la prescripción de medicamentos, así como a caídas de pacientes, transfusiones de sangre sin analizar debidamente y riesgos que se podrían evitar durante procedimientos quirúrgicos. También pueden producirse eventos adversos como infecciones asociadas con la atención de salud, úlceras de decúbito, entre otros⁷. Se ha calculado que, cada año, los daños causados a los pacientes reducen hasta en un 0,7% el crecimiento económico mundial, y sus costos indirectos equivalen anualmente a varios billones de dólares estadounidenses⁷.

Las Lesiones por Presión (LPP) conocidas como Úlceras Por Presión (UPP) constituyen como lesiones relacionadas con la dependencia y/o postración de la personas representa un problema de salud pública que día a día va en aumento en las instituciones hospitalarias, afecta la calidad de vida relacionada con la salud tanto en personas que las padecen cómo con la familia ya que trae consigo incremento en gastos al incrementar los días de estancia para su tratamiento⁷.

Las lesiones por presión son un problema de origen silente en el medio hospitalario que se da, principalmente, en los servicios donde los pacientes permanecen más de 3 días, muchas veces se subvaloran o no se consideran como una prioridad en la atención de los centros de salud sin embargo constituye un evento adverso asociado al cuidado de la salud con implicación a nivel legal, atribuido al personal de enfermería casi el 95%, sin embargo sí se establecen medidas adecuadas se pueden prevenir y evitar mayor sufrimiento en los pacientes y familia⁸.

Por lo tanto la aparición de lesiones de piel en pacientes críticos es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería que representa un impacto negativo en la salud de los pacientes postrados por enfermedades crónicas o en el área de la unidad de cuidados intensivos esto implica que deban permanecer más tiempo en el hospital, que existan complicaciones como septicemias, esto repercute en la conformidad y satisfacción de atención sanitaria de los pacientes, demandas y desprestigios institucionales⁹.

La aparición de úlceras por presión en pacientes críticos es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería que ocasiona un impacto negativo en la salud del paciente, produciendo una prolongada estancia hospitalaria y aumento de los costos de tratamiento, a pesar de que hoy en día existen estudios sobre la prevención de úlceras por presión siguen siendo frecuentes la aparición de las mismas en los pacientes. En el estudio afirma que la intervención de enfermería es prioritaria para el manejo de prevención en úlceras por presión es el NIC prevención de úlceras por presión ya que esta atribuido directamente en cuidados para la prevención de las úlceras por presión. La aplicación de medidas preventivas usadas por enfermería entrando al primer lugar es el manejo de la escala de predicción del riesgo⁹.

Invertir en prevenir estos daños puede generar grandes ahorros económicos y, lo que es más importante, mejorar la evolución de los pacientes. Por ejemplo, los beneficios de dicha inversión se han observado cuando se hace partícipes a los pacientes de la atención que reciben: se ha observado que, si esta medida se aplica correctamente, la frecuencia de los daños se reduce en un 15%⁹.

Las Lesiones por Presión (LPP) son consideradas como un problema de Salud Pública a nivel mundial que afecta a una gran proporción de personas. Generalmente se derivan de condiciones de salud específicas que afectan la movilidad y generan algún grado de dependencia en el cuidado, convirtiéndose en objeto de prevención, tratamiento y control en las instituciones de salud. Algunos estudios revelan que cuando se aplican planes de prevención, la prevalencia de lesiones de piel como las UPP disminuyen¹⁰.

La visión holística de enfermería aborda a la persona en todas sus dimensiones de manera integral, y el cuidado de la piel se constituye en el objeto principal articulado con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento; elementos fundamentales en el abordaje

del paciente con LPP o con riesgo de padecerlas, por lo tanto la identificación oportuna de los factores de riesgo y el establecimiento de estrategias efectivas para su prevención, evitarán el desarrollo de estas lesiones en el paciente hospitalizado teniendo en cuenta que se considera como un indicador de calidad en la atención en salud¹¹.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias efectivas de enfermería para la prevención, seguimiento y control de las lesiones en la piel en los pacientes postrados?

1.2. JUSTIFICACION

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área donde se atienden personas con múltiples fallos orgánicos que requieren tratamientos de soporte vital, sedación continua, fármacos y múltiples dispositivos, tales como: catéteres, drenajes, sondas e inmovilizadores. Estas medidas condicionan mayor vulnerabilidad en el paciente y centralización en el cuidado de la inestabilidad hemodinámica del enfermo, olvidándose de su piel, que también debería ser una prioridad para la prevención de las UPP. Cuando un paciente desarrolla una úlcera, su cuidado demanda el 50% más del tiempo utilizado por el equipo de enfermería. La valoración del riesgo es un aspecto clave para la prevención de las UPP en el paciente hospitalizado¹².

Para contribuir al cumplimiento de los criterios de prevención de UPP, la Comisión Permanente de Enfermería creó en México en el año 2007 en el protocolo: Prevención y manejo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, con la finalidad de que el profesional de enfermería integre de forma homologada y sistematizada el cuidado, que le permitiera valorar de manera inicial y consecutivamente las condiciones de los pacientes, establecer el plan de atención correspondiente y evaluar los resultados¹¹.

La experiencia práctica del personal de enfermería conlleva seguir normas que orienten a las tareas que deben realizar por lo tanto Benner¹³ menciona que la experiencia práctica en situaciones específicas reconoce los elementos significativos pueden definir objetivamente el cuidado especial a las personas con riesgo o presencia de lesiones en la piel, se requiere de dominio de habilidades y ser capaz de reconocer al encontrarse con algún caso específico y podríamos decir que es fundamental en el cuidado.

Los profesionales de enfermería cuentan con escalas de valoración como es la escala de Braden es un instrumento que contiene un esquema conceptual de factores de riesgo, que permite clarificar la predicción de las UPP.

Los siguientes elementos favorecen a la valoración: La percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones, son criterios que se evalúan en 4 opciones de respuestas puntuadas del 1 al 4.

Por lo tanto un paciente es de alto riesgo cuando el puntaje total es menor de 12; es de riesgo medio cuando está en 13 o 14; y de riesgo bajo en 15 o 16, si es menor de 75

años, y si es mayor, el puntaje va de 15 hasta 1818 . Varios estudios han demostrado que la detección del riesgo inicial en la UCI con la escala de Braden es del 54% y hasta del 66.7% al séptimo día 22¹²

La magnitud del problema señala la literatura y experiencia es ventilación mecánica de la unidad de cuidados intensivos e intermedios del instituto nacional de enfermedades respiratorias, reporto una incidencia de 80% de presencia de lesiones en piel por diversas causas y sitios. Así mismo con la presencia de lesiones en la piel prolongan el tiempo de la estancia hospitalaria aumentan los costos en la atención. Sin embargo utilizando las medidas de prevención adecuadas se puede evitar de manera significativa.

Por otra parte la valoración de la vulnerabilidad y/o riesgo para presencia lesiones en piel es en los graves así los pacientes postrados por largo tiempo. Así como cuidar de los sitios más frágiles en el paciente qué son los siguientes: sacro sacro-cóccix, trocánteres, talones entre otros. Además, que una parte significativa de pacientes lo presenta durante su primera semana de hospitalización

Las lesiones asociadas al cuidado representan fallas en la seguridad del paciente, que generan además de costos económicos y emocionales como dolor, sufrimiento y pérdida de autoestima o disminución de la calidad de vida relacionada con la salud.

Es relevante la importancia del cuidado de enfermería. En algunas instituciones se han implementado estrategias de enfermería para la prevención de lesiones de piel. Son pautas sencillas con las que se demuestra que el cambio puede ser posible, así lo muestra una enfermera educadora quien, con el fin de fomentar la participación de todos, con todo ello se realiza el trabajo de enfermería en estrategias de prevención y por tanto se puede mejorar el impacto que se espera recibir.

La identificación de los cuidados realizados, así como los omitidos relacionados a UPP, es de utilidad para el desempeño de enfermería debido a que le permitirá contar con información precisa para la gestión de protocolos o planes de atención específicos para la prevención de UPP¹².

I.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir los elementos esenciales de las estrategias asistenciales efectivas de enfermería para la prevención seguimiento y control de lesiones de piel en personas con alto riesgo de padecerlas y así reducir su incidencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar la efectividad y el cumplimiento del indicador de la escala de valoración de riesgo y/o presencia de lesión por presión en piel
2. Implementación de hoja de evaluación, seguimiento y registro de lesiones de piel en pacientes de alto riesgo así como unificar cuidados de prevención y tratamiento para disminuir la presencia de lesiones de piel en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.
2. Establecer estándares de calidad mediante un programa de información y evaluación en la práctica de enfermería en las unidades de hospitalización y/o cuidados intensivos en pacientes con disminución de la movilidad.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

Estudiar las lesiones en la piel por presión es de gran relevancia porque radica en la diferenciación de úlceras por diversas etiologías de las que destacan la presión mantenida en el tiempo quedando origen por fuerzas de fricción, cizalla o presencia mantenida de la humedad o combinación de ellas, por lo que el aporte conocimiento a la práctica clínica en enfermería en el campo del deterioro de la integridad cutánea úlceras y heridas crónicas.

Los factores predictivos de riesgo son importantes visibilizarlos como la movilidad, la nutrición, la incontinencia, la actividad, así como algunos otros datos como: edad, estado mental, apariencia estado de la piel para tener una base teórica que explique el mecanismo de la producción de una lesión en la piel que puede aparecer en pacientes con algún tipo de dependencia del cuidado. No hacer menos otros factores cómo patologías vasculares, procesos infecciosos en piel y tejidos subcutáneos, entre otros¹⁴.

También, existe una Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel intrahospitalario, elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud bajo la Coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud donde se establecen las recomendaciones con la mejor evidencia disponible para guiar la práctica de enfermería encaminadas a mejorar la calidad de la atención intrahospitalaria en la prevención y tratamiento de las UPP, para disminuir la frecuencia de las úlceras y comorbilidades, reducir el tiempo de cicatrización y mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados⁸.

Si bien, todos los resultados del cuidado son relevantes, el presente estudio se centra en las úlceras por presión. Es importante el reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial. Sobre todo, porque éstas pueden ser prevenibles. Uno de los primeros pasos para la prevención es el uso de una escala para detectar el tipo de riesgo, el cual puede ser bajo, medio y alto, de acuerdo con los resultados de la valoración se debe elaborar un plan de cuidados pertinente para evitar o disminuir el desarrollo de la úlcera.

Generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponente principal para el desarrollo de una UPP, también se asume a menudo que existe una relación con la

nutrición, Se estima que un 95% de las UPP pueden ser prevenidas con un manejo adecuado de los factores de riesgo predisponentes al desarrollo de estas (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2018)¹⁵.

Dentro de las posibles lesiones que puede presentar el paciente hospitalizado se encuentran las úlceras por presión, dermatitis por contacto, dermatitis atópica, quemaduras y toxicodermias medicamentosas. Las úlceras por presión son las más nocivas a las que se enfrenta el personal de enfermería actualmente. Pueden formarse en un periodo de tiempo inferior a dos horas. Su evolución clasificada a través de grados del I al IV, es muy rápida y puede llevar a la destrucción de estructuras tales como tejido cutáneo, tejido muscular e incluso tejido nervioso, alcanzando la zona ósea en los peores casos.

Las lesiones de piel asociadas al cuidado representan fallas en la seguridad del paciente que generan altos costos económicos e impactos emocionales. A pesar de los esfuerzos de las organizaciones de salud a nivel mundial para disminuir su incidencia y prevalencia, estas lesiones continúan siendo un problema común de la atención en salud, por lo tanto, es necesario identificar y establecer las mejores estrategias para su prevención.

La prevalencia de UPP reportada a nivel mundial de acuerdo con la OMS se encuentra entre el 5 y 12%, en América es del 7% y en México no se cuenta con datos exactos; sin embargo, en instituciones de salud oscila entre el 4.5 - 13%. La aparición de UPP es un proceso que se halla íntimamente relacionado con los cuidados de enfermería proporcionados al paciente. No hay duda de que cuanto mayor sea la calidad y continuidad de los cuidados preventivos en pacientes con riesgo a desarrollar una UPP, se reflejará en una reducción en la incidencia

Se ha demostrado que los pacientes postrados en cama presentaron al menos una úlcera por presión, en su mayoría su presencia se relacionó con el déficit de movimiento ya que eran pacientes internados en unidades de cuidados intensivos y médico quirúrgicas, también se demostró que fueron causadas por una deficiente alimentación, así como por el manejo inadecuado de la humedad a causa de la incontinencia¹⁶.

Diversos factores pueden producir lesiones de piel y se evidencia que durante los últimos años se ha dado auge al estudio de las úlceras por presión, por tanto, la mayoría de la literatura existente se centra en su prevención, tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, García-Fernández presenta un modelo teórico que cambia radicalmente la percepción sobre la aparición de lesiones, donde lista factores de riesgo asociados al cuidado que pueden generar algún tipo de lesión y los clasifica en 8 grandes grupos que contribuyen a su desarrollo, además define 6 tipos diferentes de lesiones de piel, que pueden preceder a una UPP, una nueva propuesta que servirá para definir y explicar su etiología, su caracterización y tratamiento que será diferente para cada una de las lesiones⁵.

Las lesiones de piel se definen según su etiología y los daños que cada una de ellas generan. Las definiciones se han perfeccionado a través de los años, siendo las de mayor estudio las UPP, la Dermatitis Asociada a la Incontinencia, lesiones en piel.

Existen diversas lesiones que se pueden presentar en pacientes de alto riesgo, y las úlceras por presión son lesiones degenerativas localizadas en piel y tejidos subyacentes producida por un bloqueo de la irrigación sanguínea lo que ocasiona una isquemia, originándose una necrosis rápida de los tejidos¹⁰.

Epidemiología

El 95% de las úlceras por presión son evitables y se calcula que su incidencia en la población general es del 1,7% entre los 55 y 69 años y del 3,3% entre los 70 y 75 años. No existen datos fiables de su incidencia en atención primaria. En alguna serie se estima que el 60% se desarrolla en el hospital y más del 70% ocurre en mayores de 70 años.

Algunos datos sobre prevalencia e incidencia de LPP en el ámbito hospitalario muestran que la problemática sigue vigente. La mayor incidencia ocurre en el hospital y la prevalencia se presenta con mayor frecuencia en las unidades de larga estancia, como los hogares de ancianos y los domicilios de los paciente¹⁷.

Las úlceras por presión pueden clasificarse en 4 estadios dependiendo de los tejidos afectados:

Estadio I Eritema cutáneo que no palidece, con piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema y la induración; se pueden utilizar también como indicadores, particularmente en las personas con piel oscura.

Estadio II Pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o ambas, la úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o una flictena.

Estadio III La úlcera es más profunda y afecta la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular, pero no más allá.

Estadio IV Destrucción extensa, necrosis de tejidos o lesión del músculo, del hueso o de las estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel¹⁸.

Escalas de valoración

El uso de escalas de valoración de úlceras por presión es un método efectivo en la prevención y tratamiento de estas, es de suma importancia que el personal de enfermería conozca las diversas escalas para elegir la que más se adapte para una buena valoración, su uso sistemático aumentara la calidad de los cuidados que se brindan al enfermo.

Escala Norton: Es la primer escala descrita por la literatura y fue desarrollada en 1962 por Norton, McLaren y Exton- Smith. Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico. Es una escala negativa ya que una menor puntuación indica mayor riesgo. En su formulación original su puntuación de corte eran los 14, aunque posteriormente en 1987, Norton propuso modificar el punto de corte situándolo en 16¹².

Escala de Waterlow: Esta escala fue desarrollada en Inglaterra en 1985, Waterlow presentó una escala con seis subescalas y cuatro categorías de otros factores de riesgo (5)

| | |
|-------------------------|---|
| 1.- Relación talla/peso | Categorías de otros factores de riesgo: 1.- Malnutrición tisular 2.- Déficit neurológico 3.- Cirugía 4.- Medicación |
| 2.- Continencia | |
| 3.- Aspecto de la piel | |
| 4.- Movilidad | |
| 5.- Edad/sexo | |
| 6.- Apetito | |

Escala de Braden: Desarrollada en 1985. Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron la escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre úlceras por presión. La escala de Braden consta de seis subescalas:

| | |
|--|--|
| <p>Escala de Braden</p> <p>1.- Percepción sensorial</p> <p>2.- Exposición de la piel a la humedad</p> <p>3.- Actividad física</p> <p>4.- Movilidad</p> <p>5.- Nutrición</p> <p>6.- Rose y peligro de lesiones cutáneas</p> | <p>1.- Estado mental</p> <p>2.- Movilidad</p> <p>3.- Incontinencia</p> <p>4.- Nutrición</p> <p>5.- Actividad</p> |
|--|--|

Escala EMINA: contempla cinco factores de riesgo:

Es una escala elaborada y validada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de la Salud para el seguimiento de las UPP. Contempla cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Con la primera letra de cada factor se le ha dado nombre a la escala (EMINA).

Al igual que la Escala de Braden tiene una buena definición operativa de términos, lo que hace que disminuya la variabilidad entre Inter observadores. El punto de corte en cuatro, aunque otras investigaciones sugieren que, para hospitales de media estancia, el punto de corte debería ser de cinco.

García, Pancorbo, Soldevilla, Blasco¹². Presentan las escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión.

| | |
|---|---|
| <p>Patología</p> <p>1.- Estado mental [E]</p> <p>3.- Incontinencia [I]</p> <p>4.- Nutrición [N]</p> | <p>Falta de movilidad</p> <p>2.- Movilidad [M]</p> <p>5.- Actividad [A]</p> |
|---|---|

Escala de Cubbin-Jackson: es una escala desarrollada para pacientes críticos, consta de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro:

| | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------|
| 1.- Edad | 5.- Movilidad | 8.- Nutrición |
| 2.- Peso | 6.- Estado hemodinámico | 9.- Incontinencia |
| 3.- Estado de la piel | 7.- Respiración | 10.- Higiene |
| 4.- Estado mental | | |

La dermatitis por contacto: reacción inflamatoria de la piel producida por exposición a determinadas sustancias, las cuales son:

Alergénicas: el alérgeno estimula el sistema inmune produciendo una respuesta exagerada, producidas por sustancias como: níquel, cosméticos, formaldehídos

Irritativas: la reacción está determinada por el tiempo de exposición y la concentración de la sustancia irritativa, produciendo lesiones por el pañal. Las características clínicas de éstas son: prurito, eczema (máculas, pápulas, placas eritematosas, vesículas, liquenificación, prurito y exfoliación de tejidos del cuerpo producidas por calor.

Quemaduras. lesiones de los tejidos del cuerpo producidas por calor, electricidad, sustancias químicas, cuya extensión es determinada por el grado de exposición de las células al agente y por la naturaleza de éste. Producen destrucción celular, edema y pérdida de líquidos por destrucción de los vasos sanguíneos. Según su extensión se dividen en:

1er. grado o superficial: su regeneración se realiza a partir de los elementos de la primera capa de la piel, se observa enrojecida o gris, hay dolor y edema.

2do. grado o moderada: compromete la epidermis y la dermis. Se forman ampollas, la piel se toma roja intensa, hay edema y dolor.

3er. grado o grave: abarca todas las capas de la piel en todo su espesor. También suelen afectar el tejido adiposo (grasa), nervios, músculos e incluso huesos. Es frecuente observar áreas carbonizadas, de color negro o deshidratadas, de aspecto blanquecino. Asimismo, es factible que se acompañen de dolor intenso principalmente alrededor de la quemadura o ausencia de dolor si el daño de los nervios es considerable.

Toxicodermias: dermatosis que pueden afectar la piel, mucosas y anexos, por el efecto nocivo de diferentes sustancias generalmente medicamentos que penetran en el organismo por diferentes vías. Entre sus manifestaciones clínicas están: exantema, eritema, urticaria, angioedema, erupciones acneiformes, enfermedad del suero, Stevens Johnson, síndrome de hipersensibilidad medicamentosa, reacciones de fotosensibilidad y eritrodermia. Para prevenir la aparición de estas lesiones en la piel el profesional de enfermería debe identificar cuáles son los factores de riesgo que se encuentran en el paciente, los cuales pueden ser intrínsecos y extrínsecos¹².

Factores de riesgo intrínsecos: tipo de patología, estado nutricional y antecedentes patológicos. Otros: Edad, deterioro mental, deshidratación, alteraciones de la eliminación y trastornos inmunológicos.

Factores de riesgo extrínsecos: Presión: fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad que produce aplastamiento tisular entre dos planos. En posición supina es de 40 a 60 milímetros de mercurio (mm/Hg) en el área sacra, en sedente es mayor de 75 mm/Hg en el isquion. La presión normal en las arteriolas es de 32 mm/Hg y en los extremos venosos de 12 mm/Hg. Presiones mayores a éstas producen oclusión del flujo sanguíneo e hipoxemia consecuente.

Fricción: fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento. Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento; combinación de los efectos de la presión y la fricción.

Humedad: se da por incontinencia, sudoración, mal secado de la piel y exudado de las heridas produciendo maceración, deterioro de la piel y edema, disminuyendo la resistencia, lo que conlleva erosión y úlcera, incrementando el riesgo de infección.

Inmovilidad producida por intervenciones quirúrgicas prolongadas y pruebas diagnósticas que requieran reposo prolongado o utilización de dispositivos para inmovilización.

La administración de polimedición teniendo en cuenta las propiedades farmacológicas y la vía de administración. Entre los medicamentos que más afectan la piel están: los antibióticos en especial las sulfamidas, las tetraciclinas, los betalactámicos, los anticonvulsivantes, los AINES, el Alopurinol y los corticoesteroides, entre otros.

La temperatura ambiente, el uso de ropa excesiva, el uso de calefacción, la sequedad del ambiente o el uso de dispositivos para incrementar o disminuir la temperatura corporal del paciente.

El consumo de alimentos tales como: ácidos, café, cacao, alcohol o alimentos con alta liberación de histamina como las fresas y los mariscos¹².

Medidas generales de prevención

El profesional de enfermería debe realizar una valoración completa del estado en que se encuentra la piel del paciente al ingreso como punto de partida para valoraciones posteriores, plan de manejo y evaluación. Los factores de riesgo específicos y la valoración del paciente, deben orientar el plan de cuidado de cada paciente y realizarse cada seis horas como mínimo¹⁴.

- Realizar un cambio postural a todos los pacientes encamados, cada 2- 3 horas.
- Mantener el cuerpo alineado, llevando a cabo una correcta distribución del peso.
- Evitar el arrastre de los pacientes, realizando las movilizaciones reduciendo esos movimientos.
- No utilizar flotadores.
- Utilizar dispositivos que ayuden a distribuir las fuerzas y mitiguen la presión: colchones anti escaras, almohadas...
- Examinar las prominencias óseas.
- Valorar estado nutricional del paciente.
- Mantener una correcta higiene corporal con un perfecto secado, evitando la humedad.
- Procurar que la ropa de cama quede sin arrugas completamente estirada.
- Aplicar si es preciso aceites de protección, como los ácidos grasos hiperoxigenados.

Intervenciones de enfermería en el cuidado de la piel

1. Examen diario de la piel, minuciosa en prominencias óseas, zonas expuestas a humedad y en sitios donde haya un deterioro del estado general de la piel como sequedad, excoriaciones, fragilidad, eritema, induración o maceración.

2. Valoración puntos de apoyo según la posición

En posición decúbito supino: occipital, sacro, omoplatos, cóccix, codos y talones.

En posición decúbito lateral: orejas, hombros, acromion. costillas, trocánter, cresta iliaca, cara interna de las rodillas y maléolos

En posición decúbito prono: mamas, espinas iliacas, rodillas, dedos de los pies, genitales, nariz.

En posición sedestación: omoplatos, codos, isquion, sacro, cóccix, talones, metatarsianos.

Así mismo la valoración de puntos de apoyo de elementos terapéuticos tales como: sonda nasogástrica, mascarilla, tubo orotraqueal, sonda vesical, drenajes, ostomías, férulas, sujeciones mecánicas.

3. Identificación de antecedentes alérgicos y farmacológicos del paciente

Conocer la terapia farmacológica que se le está administrando al paciente teniendo en cuenta el potencial sensibilizante del medicamento, su mecanismo de acción y su vía de administración

4. Evitar contacto directo de la piel con lana, plástico o sustancias alérgicas en el paciente.

5. Tratamiento de aquellos procesos que puedan incidir en la aparición de lesiones de piel como alteraciones respiratorias, circulatorias y metabólicas.

6. Mantenimiento de higiene e hidratación de la piel para lo cual se requieren cuidados mínimos tales como: no prolongar el baño por más de 10 minutos, usar un jabón de pH neutro y agua tibia, secar sin realizar fricción poniendo especial atención en pliegues y zonas interdigitales, no aplicar colonia ni alcohol, no realizar masajes en prominencias óseas, aplicar crema excepto en pliegues asegurando su completa absorción, usar ropa de tejidos naturales y apósitos protectores para evitar lesiones por fricción.

7. Control del exceso de humedad

a) Incontinencia: valorar posibilidad de uso de dispositivos como colectores, pañales o sondas. Si el paciente requiere el uso de pañal, éste debe cambiarse frecuentemente para evitar la humedad, realizando limpieza completa del área y aplicando algún protector a base de óxido de zinc. No aplicar harinas o almidones ya que produce fermentación y favorece el desarrollo de hongos. El pañal no debe quedar muy ajustado para evitar zonas de presión o roce

b) Transpiración: control de temperatura, cambio de ropa de cama y personal, higiene estricta.

c) Drenajes: evitar fugas, utilizar colectores, apósitos y productos de barrera, evitar la temperatura ambiente y sequedad excesivas mediante el uso de ropa adecuada y tener precauciones al usar medios físicos antitérmicos o dispositivos para incrementar la temperatura del paciente como mantas eléctricas o líquidos calientes.

8. Fomentar la movilidad y actividad del paciente, utilizando dispositivos de ayuda:

a) Realizar cambios posturales cada dos o tres horas siguiendo rotación programada, teniendo en cuenta dentro de las posiciones: mantener alineación corporal de acuerdo con la posición adoptada, repartir el peso para evitar dolor y compresión, evitar arrastre y contacto de prominencias óseas entre sí, evitar apoyar el paciente sobre sus lesiones, de acuerdo con la posición adoptada y utilizar medidas de protección.

b) Decúbito supino, se acolchará con almohadas debajo de la cabeza, de los gemelos, de la planta del pie y de los brazos. Se evitará producir presión sobre talones, cóccix, sacro, escápulas y codos manteniendo la cabeza con la cara hacia arriba, en una posición neutral y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo, apoyando las rodillas en posición ligeramente flexionada (evitando la hiperextensión), codos estirados, manos en ligera flexión y las piernas deben quedar ligeramente separadas. Si la cabecera de la cama debe elevarse, procurar que no exceda de 30º, evitar la rotación del trocánter y evitar la flexión plantar del pie.

c) Decúbito lateral: se acolchará con almohadas debajo de la cabeza, apoyando la espalda, debajo del brazo, separando las rodillas y separando el maléolo externo de la pierna inferior. No se debe producir presión sobre orejas, escápulas, costillas, crestas

ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos. Como precauciones para esta posición están que la espalda quede apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 -60o, las piernas en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra, los pies formando ángulo recto con la pierna.

d) Posición sentada: se acolchará con almohadas detrás de la cabeza, debajo de cada brazo, debajo de los pies evitando presión sobre omoplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas. Las precauciones para esta posición exigen que la espalda quede cómodamente apoyada contra una superficie firme, no permitir la situación inestable del tórax en pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, animar a que realice movimientos activos y poner soportes que faciliten su movilización. Es importante que estén sentados correctamente, conservando una posición funcional.

e) Usar elementos para aliviar la presión como colchones de espuma o aire, almohadas, sábanas de movimiento, protectores de codos y talones, arco balcánico y silla baño. No utilizar rodetes ni flotadores como superficies de asiento ya que en vez de repartir la presión que ejerce el peso la concentra sobre la zona corporal que está en contacto y produce efecto de compresión

f) Cambiar diariamente el sitio de fijación de sondas y drenajes.

g) Mantener las sábanas sin pliegues

h) Realizar ejercicios activos y pasivos de miembros superiores e inferiores.

9. Realizar valoración nutricional completa al ingreso y periódicamente evaluando controles de albúmina, transferrina, recuento leucocitario, medidas antropométricas: circunferencia del muslo, pliegue braquial, pliegue cutáneo tricipital y pliegue subescapular, porcentaje de pérdida de peso, índice de masa corporal y peso habitual. El seguimiento enunciado a continuación permitirá identificar las necesidades de cada paciente y garantizar el aporte calórico-proteico necesario para evitar la aparición de lesiones:

10. Control diario de ingesta, de líquidos y de peso

11. Asistir al paciente en la dieta o administrar nutrición enteral o parenteral según indicación¹⁵.

Las herramientas educativas utilizadas como estrategias para la prevención de lesiones de piel asociadas al cuidado registradas en la literatura potencializan los procesos educativos cuyo objetivo es disminuir y prevenir las lesiones que puede producirse en las personas que por su condición salud están en riesgo de padecerlas. Dentro de las más utilizadas se encuentran:

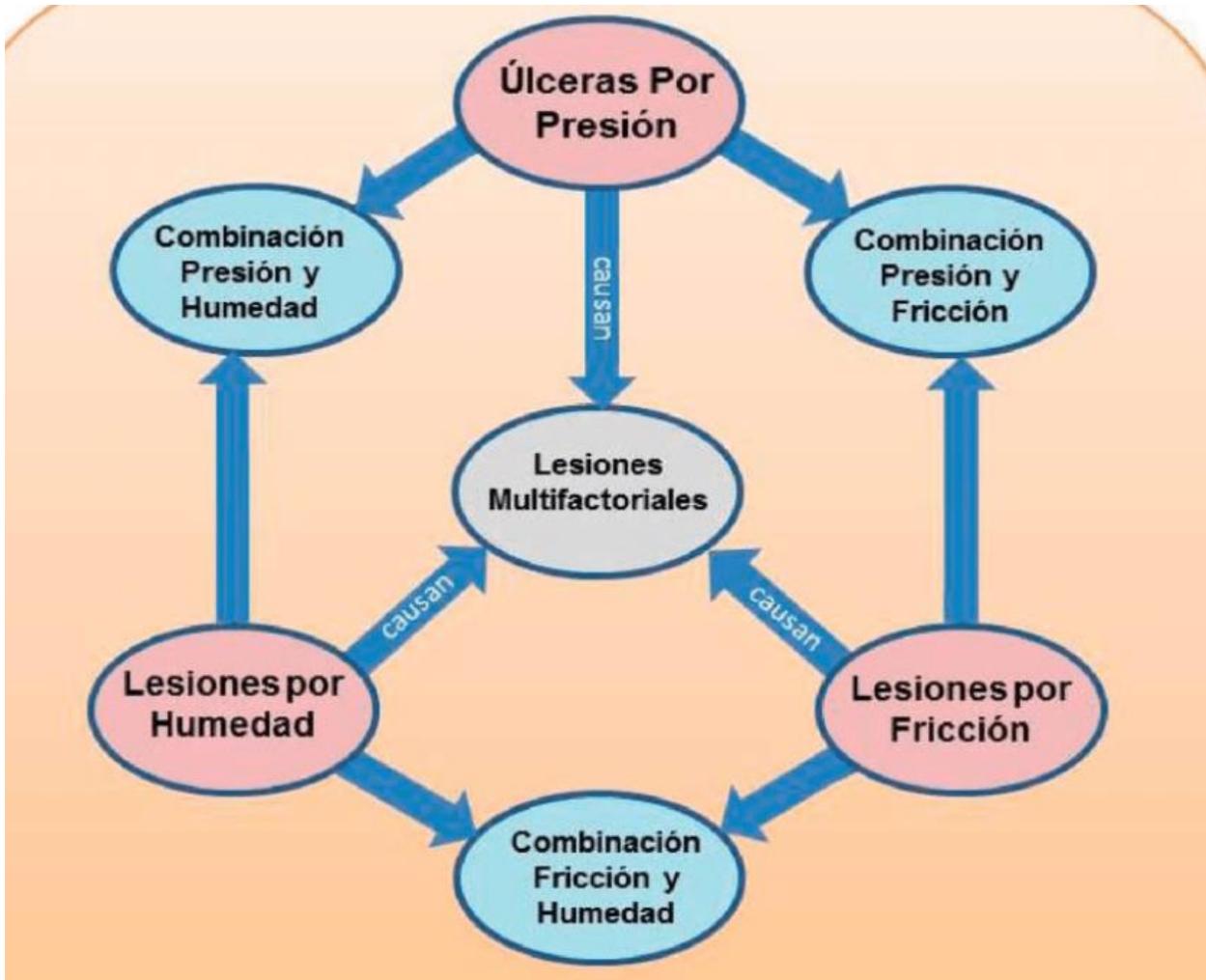
Materiales educativos visuales: son indispensables para la implementación de estrategias para la prevención, dentro de ellos se encontró: libros de bolsillo distribuidos al equipo de enfermería con información sobre los lugares donde se generan zonas de presión en el cuerpo, resumen del protocolo de la institución de salud, tips para la medición y documentación¹⁰. La utilidad de esta herramienta fue determinada por el uso, la intensidad e impacto con que se implementó el programa prevención.

En el manual de autoaprendizaje para la prevención: distribuidas en 3 secciones: las primeras 2 contenían fotografías reales de las UPP, otras lesiones de la piel en varias categorías y posibles planes de tratamiento; la última sección describió una prueba con 30 ítems que se utilizó para evaluar la capacidad de cada integrante del equipo de enfermería para identificar lesiones de piel y para desarrollar planes de tratamiento⁹.

Tarjeta laminada: detalló de manera concreta la frecuencia y la efectividad de los productos que podían usarse para la prevención de lesiones de piel y las ubicó al lado de la cama de los pacientes para que ésta fuera usada durante la valoración de la piel⁴.

Cartelera informativa: estas fueron ubicadas en diversos lugares estratégicos, se usaron para exhibir estrategias educativas para evitar la aparición de lesiones de piel. Los pósteres fueron particularmente eficaces cuando se utilizaron imágenes que abordan cuestiones específicas de atención¹⁰.

Imagen 1 Factores que favorecen las lesiones en piel
(<https://cuidosalud.com/cuestionario-cocu-lcrd-23/>)



Para simplificar el cuidado de enfermería la utilización de acrónimos en el autocuidado de la piel es importante [ver anexos], asimismo el uso de algoritmos en procesos de protocolo para dar seguimiento a un cuidado avanzado en el cual se reconoce intuitivamente elementos que dirijan a evaluar un riesgo y la atención el casos específicos así como el desarrollo de habilidades que permitan al profesional de enfermería reconocer el estado del paciente, las necesidades ir y respuestas del paciente así como dar la atención específica. Así se va generando una comunidad de enfermería responsable en el cuidado por medio de una planificación consciente y deliberada que determina aspectos actuales y futuras que son importantes mediante la coherencia, la

previsión, planificación y la gestión del tiempo son importantes respecto a las necesidades del paciente¹³.

Uso de algoritmos en procesos y protocolos

Herramienta educativa algoritmos fueron tenidos en cuenta para la toma de decisiones frente a la implementación de elementos usados para la prevención y tratamiento de las lesiones de piel.

En la revisión de la literatura Estados Unidos, implemento un algoritmo de decisión en dos centros geriátricos para la selección de colchón y productos para el cuidado, tratamiento y dispositivos para el manejo de las incontinencias. Si bien fueron útiles para la toma de decisiones del equipo de salud, afirman que los algoritmos de decisión por sí solos no generan los resultados esperados y por tanto deben ser apoyados de otras intervenciones como los grupos de cambios de posición, la educación práctica, el uso de recursos visuales en lugares estratégicos, el adecuado uso de las escalas de valoración, los diagramas de decisión, entre otros. Por su parte, Rumbo (2014)¹⁹ implementó un protocolo que buscaba mejorar la práctica clínica, prevenir y gestionar la extravasación en una unidad de recién nacidos, utilizando una secuencia de auditoría, retroalimentación y re-auditoría, que con el paso del tiempo fue mejorando los resultados del plan educativo implementado.

Un mapa de procesos de alto nivel fue creado para ilustrar las áreas de interés y los roles de los diferentes profesionales de la salud dentro del nuevo proceso de prevención para lesiones de piel. Dicho mapa guio al equipo de salud a través de un enfoque gradual para la identificación de oportunidades centrado en iniciativas de mejora con el objetivo de crear y utilizar nuevas prácticas para el cuidado de la piel en el hospital¹³.

Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para el cuidado de la piel. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define las TIC como el conjunto de herramientas y recursos tecnológicos para transmitir, almacenar, crear, compartir e intercambiar información, incluyendo computadoras, Internet, la tecnología y los dispositivos de transmisión en vivo y fuera de línea y telefonía (fija o móvil, satélite, videoconferencia, etc.).

Mediante el uso e implementación de las TIC gran parte de la población accede a la información que requiere, su uso es importante para difundir de manera fácil, objetiva y económica programas de prevención y promoción destinados al cuidado y manejo de la salud.

Ortiz y Cols.(2021)²⁰ afirman que el uso de herramientas de información como Internet en las intervenciones de prevención de UPP pueden ayudar a superar algunas de las barreras asociadas a los programas tradicionales sobre la prevención de este tipo de lesiones, con la ventaja de una mayor oportunidad de acceso a la actualización continua. Por otra parte, Warren²¹ refiere que la falta de tiempo para la educación puede ser afrontada con el desarrollo de módulos educativos online, mediante la creación de alguna página de fácil acceso para el personal de salud.

La implementación de un software en línea con el sistema de registros de una institución fue otro de los aspectos claves en la prevención, sirvió para agilizar el proceso de reporte e intervenciones pendientes y para apoyar la toma de decisiones clínicas frente al riesgo para el desarrollo de UPP durante la implementación de una estrategia desarrollada en Estados Unidos.

Planes de acción para la implementación de estrategias de prevención

La implementación de las diferentes estrategias contempla actividades aplicables y eficaces en cada una de las metodologías utilizadas para las intervenciones preventivas:

La educación continua: la educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación continua es un elemento fundamental en la aplicación de las diversas estrategias de prevención. Varios estudios confirman que el liderazgo de la educación para el cuidado de la piel está a cargo de enfermería y para realizar el proceso educativo debe capacitarse continuamente, así pues, mediante un proceso educativo continuo el personal de salud logró habilidades para identificar e intervenir los factores de riesgo para la prevención de lesiones de piel. Por otra parte, debe considerarse el conocimiento como un predictor importante de la conducta, por tanto, un instrumento válido y confiable es

fundamental para evaluar los conocimientos de prevención adecuada de las UPP y de adaptar el proceso de educación²²

Formación de equipos de enfermería y auditoría continua: la auditoría constituye un elemento importante en la implementación, evaluación y mejoramiento de los programas de prevención para lesiones de piel, en donde la enfermera toma un rol fundamental como gestora de la formación a través de los errores, siendo este un elemento de construcción para el mejoramiento continuo. Se evidencia que los procesos de auditoría se realizaron de diferentes maneras como listas de chequeo, identificación del error como cimiento del mejoramiento y el aprendizaje en todos los turnos y en diferentes tiempos que sean identificados como momentos críticos para el cuidado de enfermería. Es indispensable establecer y comprometer de manera estratégica un equipo de enfermería encargado de la gestión de los programas de prevención.

Warren (2011)²¹ creó un grupo de discusión como resultados de las auditorías para resaltar y aclarar las áreas de incertidumbre relativas al uso de productos e intervenciones efectivas frente a la prevención y tratamiento de las lesiones de piel. Sin embargo, otros autores basaron la intervención preventiva en auditoría de manera diaria y continua durante la primera fase de la intervención, enfocada en la participación del personal auditado y la corrección inmediata de los procesos de atención utilizados para la prevención de UPP en una Unidad de Cuidados intensivos. Las auditorías incluyen tanto la evaluación de las intervenciones prácticas como del uso adecuado que se le dan a los registros implementados para el seguimiento de la prevención de las lesiones de piel⁹

Otro estudio refiere que la auditoría y vigilancia de rondas de enfermería diarias contribuye al aumento de la efectividad de los planes de prevención. La auditoría frecuente minimizará los errores, mejora la seguridad del paciente y mejora los resultados de atención en salud.

Trabajo interdisciplinar

El equipo de salud, definido a partir de objetivos y metodologías de trabajo comunes de sus componentes y contando con su participación y responsabilidad conjunta en la génesis y la evaluación de los resultados obtenidos, es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. Por ello, el trabajo interdisciplinario

constituye un elemento clave para el éxito de las intervenciones de prevención, pues dichos programas deben contar con el apoyo y participación de profesionales calificados para el cuidado de piel y el tratamiento de heridas en los centros de intervención, para minimizar las complicaciones y mejorar la seguridad del paciente.

Es importante apoyar la toma de decisiones en el equipo multidisciplinar de salud relacionado con el cuidado de la piel a través del uso e implementación herramientas de apoyo clínicas.

Enseñanza práctica

La puesta en escena de los conocimientos que transmiten las estrategias de prevención de lesiones de piel constituye otro elemento fundamental en el éxito de las mismas. Howe¹⁸ afirma que la discusión constituye un refuerzo significativo de los objetivos de aprendizaje en el día a día.

Warren (2011)²¹ así mismo diseño una sesión interactiva que describe el protocolo de cuidado de la piel para ser implementado e incluyó una demostración de cómo y cuándo utilizar los nuevos productos para su cuidado⁵ y afirman que sus experiencias en las rondas de retroalimentación en el campo de aplicación son útiles en la UCI porque en estas situaciones se logra percibir cómo proporcionar un conocimiento más inmediato y clínicamente relevante sobre los pacientes actuales a diferencia de la educación tradicional para el personal del servicio.

Ortin, Rubio, Salas, Abad y Vélez Miranda (2021)¹⁰ implementaron rondas de noche para el equipo de enfermería como una intervención enfocada a lograr una rápida mejora en el conocimiento para la evaluación de riesgo de UPP y así garantizar la continuidad del cuidado en hospitales de México las rondas son por turno.

La retroalimentación práctica de los hallazgos encontrados fue importante para la enfermera del equipo de heridas, encargada de la ejecución de una estrategia, quien revisó las lesiones existentes, compartió con el grupo los hallazgos y los posibles planes de intervención para el manejo y el tratamiento de dicha lesión⁹, lo que resalta la importancia de discutir los problemas encontrados en las auditorías. Además utilizaron un formato de preguntas específicas para guiar las discusiones con colegas sobre riesgos específicos del paciente, el estado hemodinámico u otras órdenes específicas.

El reconocimiento del trabajo de enfermería, por otra parte González y Cols. (2017)⁵ afirma que la clave del éxito para los programas de prevención es el apoyo del patrocinador ejecutivo de la organización de la salud, pero más importante aún, el liderazgo de la enfermera. Afirma, además, que las enfermeras demuestran el compromiso del personal para mejorar la práctica clínica y su adhesión a las políticas en un esfuerzo para reducir la prevalencia de UPP en su área⁵.

Las altas cargas laborales del equipo de enfermería generan un deterioro en la calidad de la atención sanitaria y es uno de los factores que contribuyen a la aparición de las lesiones de piel, por lo que es importante que las instituciones de servicios sanitarios tengan un enfoque más humano (preventivo- más personal) que un enfoque técnico (enfocado al tratamiento y el uso de elementos disponibles)²².

Intervenciones de enfermería incluidas en los programas de prevención para el cuidado de la piel identifica estrategias de prevención:

Valoración y apoyo nutricional: el apoyo nutricional es la intervención más utilizada en la prevención de lesiones de piel con las UPP durante la estancia hospitalaria. La valoración del estado nutricional es una intervención indispensable y es por ello por lo que ésta contenida en la mayoría de las escalas de valoración de riesgo.

Hidratación y cuidado de la piel, movilización y posicionamiento del paciente, uso de la hidratación de la piel ayuda a que esta mantenga su elasticidad y su función de barrera. En determinados casos es aconsejable utilizar sustancias emolientes para hidratar la piel y así reducir el riesgo de daños en la misma.

Un estudio de prevalencia antes y después de la implementación de un programa de prevención de UPP adquiridas en el Hospital, determinó que el cuidado de la piel es un factor determinante en el desarrollo de una UPP después del adecuado uso de una técnica especial que debe realizarse es una descripción minuciosa en los registros de enfermería de la integridad de la piel, el color, la temperatura y la turgencia^{8,9}.

Elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona es un elemento clave en las estrategias preventivas. Un objetivo apropiado para la mayoría de las personas es el mantenimiento del nivel de actividad y de deambulación,

así como un completo esquema de posibles movimientos de acuerdo con la situación de salud.

El conocimiento de las buenas prácticas para la prevención de lesiones de piel ha tenido una evolución incalculable durante los últimos años. Sin embargo, McInnes y cols². afirman que la intervención menos utilizada es el reposicionamiento del paciente cada dos horas explicando que no es una intervención de enfermería fácil, requiere mano de obra, tiempo y esfuerzo, lo que constituye un factor negativo para la prevención y debe incentivarse de alguna manera como lo hizo Shannon, quien educó a enfermeras en los cambios de posición en los pacientes y sobre la importancia de hacerlo para prevenir la aparición de UPP. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la intervención de posicionamiento debe realizarse de acuerdo con el estado hemodinámico del paciente y las indicaciones pertinentes o no de movimiento según la patología o el estado de salud²³

Se considera que las lesiones de piel son prevenibles, especialmente las UPP en un 98%,² demostrado por. McInnes, Jammali, Bell, Dumville, Cullum(2012)² al obtener una tasa de 0 % de UPP en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) en India, otras estrategias como los cambios de posición, la educación práctica, el uso de recursos visuales en lugares estratégicos, el adecuado uso de las escalas de valoración, los diagramas de decisión, entre otros, lograron un impacto positivo al disminuir la prevalencia e incidencia de lesiones de piel.

Sin embargo, el consenso realizado por The National Pressure Ulcer Advisory Panel (1997)²¹ afirma que no todas las UPP son evitables, porque hay situaciones donde la presión del paciente no se puede aliviar y la perfusión no se puede mejorar en condiciones como la inestabilidad hemodinámica observada en pacientes de UCI, el reposicionamiento como medida preventiva puede generar complicaciones y debe ser evitado. Lo anterior no indica que las estrategias de prevención y evaluación del riesgo para el desarrollo de UPP deben ser minimizadas, por el contrario Warren²² afirma que en los pacientes con mayor riesgo, las enfermeras y su equipo de trabajo deben estar totalmente involucrados en la prevención de la UPP se debe iniciar otras intervenciones para minimizar el riesgo de los pacientes para el desarrollo de UPP.

La implementación de programas de prevención reduce el tiempo requerido para la atención con relación al tiempo usado en el tratamiento de una lesión⁴. Disminuyendo los

índices de incidencia y prevalencia, la prevención reduce los costos de la atención sanitaria, por ello se debe invertir en su aplicación, pero más que esto mejorar la Calidad de Vida de la persona y la de su familia.

Enfermería es líder activo en el desarrollo de estrategias educativas para la prevención de lesiones de piel, pero no significa que sean el único profesional en la implementación de acciones preventivas, pues es fundamental que las intervenciones de prevención cuenten con la participación de todo el equipo multidisciplinar de salud quienes contribuyen al cuidado de la salud, así se logrará la minimización de errores y la mejora de prácticas para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de los servicios sanitarios.

Los equipos multidisciplinarios de salud son esenciales para enfocar los esfuerzos en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. El uso de herramientas para la toma de decisiones clínicas requiere rediseño del flujo de trabajo, para lograr vincular al equipo de salud en su totalidad en la realización de actividades específicas elementales en la prevención de lesiones de piel.

La participación activa del equipo de salud mejora los procesos, la comunicación, las prácticas de prevención y las intervenciones oportunas para las personas en alto riesgo para el desarrollo de lesiones de piel.

Las rondas frecuentes de enfermería son generadoras de discusiones que facilitan la identificación colaborativa de problemas, la toma de decisiones clínicas y la incorporación de intervenciones oportunas en el momento en que se evidencia la necesidad de implementarlas, dichas discusiones fomentan la promoción de la práctica de enfermería basada en la evidencia centrada en el paciente.

En cuanto a los componentes básicos de las estrategias de prevención son fundamentales a la hora de aplicar cualquier estrategia de prevención. Su uso debe ser complementado con el juicio clínico del equipo de salud junto con otras actividades para garantizar el éxito de las intervenciones preventivas.

El proceso de reorientación de la evaluación del turno de noche tiene un mayor impacto con la implementación de las intervenciones preventivas con una disminución de lesiones y/o complicaciones.

La identificación temprana y la gestión de los factores de riesgo que producen lesiones de piel minimizan la morbilidad y la duración de la hospitalización. Es importante considerar que los programas de prevención deben implementarse siempre con un estudio previo, además Bale4 afirma que deben centrarse en las necesidades específicas de la población a intervenir, para que sean aplicables y por ende efectivas.

Las herramientas educativas que se usan para la implementación deben contener elementos visuales importantes que transmitan la información clave y deben estar diseñados para que sean entendidas por la población objeto de intervención. El uso de acrónimos no ha sido ampliamente documentado, sin embargo, es una herramienta útil para la implementación de buenas prácticas de prevención.

El uso de algoritmos de proceso implementados en los protocolos se usa como herramienta para la ejecución de estrategias preventivas, pues generalmente se usan al inicio de la instauración de los programas y con el tiempo son memorizados por el personal de salud.

Por otra parte, el uso de las TIC ha sido ampliamente utilizadas durante los últimos años, otras instituciones con menos recursos han implementado registros manuales que igualmente agilizan los procesos de reporte y gestión para la prevención de lesiones de piel. No solamente las TIC fueron usadas para desarrollar estrategias educativas, sino que lograron complementar intervenciones de enfermería mediante el uso de la imagen digital que proporciona un registro visual de la ruptura de la piel y fue utilizado para mejorar los registros de evolución en la historia clínica electrónica, finalmente mejoró el informe de eventos al registrar los detalles y rastrear la aparición de lesiones de la piel en pacientes que habían sido dados de alta.

Si bien la inestabilidad hemodinámica de los pacientes críticos pueden ser una limitante en el reposicionamiento, pero no debe ser una excusa para dejar atrás las actividades preventivas. identificaron que el reposicionamiento sigue siendo un desafío para la prevención.

El avance de las prácticas efectivas para la prevención basadas en la evidencia han avanzado durante los últimos años y deben establecerse las mejores formas de implementación para lograr que dichas intervenciones tengan un mayor impacto,

teniendo en cuenta que falta evidencia científica que sustente y mejore el juicio clínico frente a la toma de decisiones clínicas respecto a las lesiones por fricción que generan los adhesivos y la existencia de una falta de conciencia del personal de salud con este tipo de heridas que son consideradas como un evento adverso prevenible en la mayoría de los casos.

La toma de conciencia sobre el cuidado que debe tenerse a la hora de seleccionar el adhesivo adecuado para pacientes críticos y de edades extremas son necesarios para llamar la atención sobre el problema de las lesiones asociadas al uso tecnologías adhesivas de uso sanitario (MARSI) para así ayudar en la reducción de estas heridas asociadas al cuidado de salud.

2.2 Marco Referencial

Estudios de Rumbo (2014)¹⁹. En el que presenta un nuevo modelo teórico para desarrollo de úlceras de presión por lesiones relacionadas a los pacientes con dependencia, en cuyo estudio menciona la aplicación de escalas de valoración de riesgos de úlceras por presión y diseñar su modelo asimismo identificar los factores de teológicos de úlceras cutáneas. Para llevar a cabo su diseño hizo un recorrido de revisión de la literatura

encontró 56 escalas con 83 factores de riesgo y 23 dimensiones de las cuales convergen en el desarrollo de heridas crónicas que explica el mecanismo de producción a través de siete tipos de lesión: por humedad, por presión, por fricción, por combinación de presión-humedad, por combinación de presión-fricción, por factores multifactoriales y por factores coadyuvantes¹⁸.

Estudio por Zambrano, Ripalda, (2022)⁹ afirma que la aparición de úlceras por presión en pacientes críticos es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería que ocasiona un impacto negativo en la salud del paciente, produciendo una prolongada estancia hospitalaria y aumento de los costos de tratamiento, a pesar de que hoy en día existen estudios sobre la prevención de úlceras por presión siguen siendo frecuentes la aparición de las mismas en los pacientes , el objetivo del estudio: describir la intervención de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes críticos. Enfatiza los resultados que la intervención de enfermería prioritaria para el cuidado en el manejo de prevención en úlceras por presión

ya que esta enfatizado directamente en cuidados para la prevención de las úlceras por presión por medio de la aplicación de medidas preventivas usadas por enfermería entrando al primer lugar es el manejo de la escala de predicción del riesgo⁹.

García, Pancorbo, Soldevilla, Blasco, García (2008)¹² ponen de relieve la importancia de contar con una clasificación de úlceras, así como escalas de valoración del riesgo, basadas en factores predictivos específicos, que permitan identificar las diversas causas de las úlceras y diferenciar las que se originan por presión (UPP), de otros tipos de lesiones crónicas asociadas al estado de dependencia o inmovilidad que sufre el paciente encamado (humedad, presión, fricción, cizalla, entre otros). La relevancia de este estudio de investigación radica en la exposición y desarrollo de un nuevo modelo teórico que permite diferenciar las úlceras cuya etiología es la presión mantenida en el tiempo, de las que se originan por fuerzas de fricción, cizalla o por la presencia mantenida de humedad (o la combinación entre ellas); por lo que se plantea una línea de investigación y un novedoso aporte para el conocimiento y la práctica clínica en el campo del deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas crónicas.

Aporte de la Teoría de Patricia Benner¹³

La teoría explica la relación enfermera paciente en los momentos de la vida más dramáticos conmovedores hasta los triviales.

Por lo tal puntúa que se debe proporcionar cuidados afectivos al paciente familia que requiere apoyo mutuo y atento, en una comunidad moral de profesionales que buscan crear y mantener una buena para, que se lleva a través de esfuerzos colectivos que deben de ser compartidos por los profesionales de forma individual desde una perspectiva de saber práctico, el arte, la ciencia y la imaginación moral y así la continuidad de crear una buena práctica.

Para este trabajo nos centraremos en el nivel de principiante avanzada a competente donde la enfermera en o enfermero demuestra una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado un número suficiente de situaciones reales o después de haber tenido un contacto con importantes elementos importantes hoy recurrentes de una situación retomando una experiencia.

En este nivel las enfermeras siguen normas y orientan sus tareas que deben de realizar en algunas tienen algunos problemas para dominar alguna situación por el estado de salud del paciente la persona o la familia en la aceptación de mejorar un cuidado, sin embargo la experiencia práctica en situaciones específicas con elementos significativos puede ser de ayuda para la enfermera que reconozca deliberadamente elementos que lleven a una enfermería práctica de un nivel avanzado en donde la enfermera va obteniendo habilidades y reconoce las necesidades del paciente en un caso específico.

En las situaciones clínicas de los pacientes postrados o con riesgo para presentar lesiones en la piel o úlceras de decúbito la enfermera o enfermero debe demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan, y no les interesa tanto conocer las necesidades y respuestas de los pacientes. En esta etapa las enfermeras se sienten muy responsables del control del cuidado del paciente; no obstante, aún dependen en gran medida del consejo de enfermeras con más experiencia.

A nivel competente. La teoría de Benner menciona un Nivel de cuidados relacionados con la coherencia la previsión y la gestión del tiempo para el logro de la consecución de objetivos por medio de la experiencia y la planificación, la previsión, la organización, planificación y predicción este nivel de eficiencia aumentada para la atención se centra en la gestión del tiempo la organización de tareas de la enfermera en concentrarse en la planeación de tiempo con respecto a las necesidades del paciente, en este aspecto reconocer los patrones y determinar los elementos de la situación merecen atención y los cuales el personal de enfermería elabora nuevas normas y procedimientos razonados en una planificación con normas de actuación para lograr el cuidado competente, eficiente y oportuno, que conllevan a una buena practica basada en respuestas humanas, como se señala en este estudio de intervención en pacientes con alto riesgo de presentar lesiones en la piel y/o úlceras por presión¹³.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3. 1. Diseño y Tipo de la investigación

Se realizó un estudio de alcance cuantitativo, observacional, descriptivo, en un hospital privado de segundo nivel del estado de Morelos, en un periodo comprendido de marzo a septiembre del 2023.

3. 2. Población y muestra

La población estuvo conformada por 30 pacientes postrados que fueron atendidos e ingresados en la unidad de cuidados intensivos y hospitalización. Los datos demográficos como edad, sexo, días de estancia, Entre otros. Con y sin presencia de lesión de la piel.

3. 3. Instrumentos de recolección de datos

La recolección de la información se realizó a través de la escala de Braden, evaluando los 6 criterios de la escala con puntuaciones de 1 a 4:

1. La percepción sensorial
2. Exposición a la humedad
3. Actividad física
4. Movilidad
5. Nutrición
6. Roce y Peligro de lesiones.

Así como en la observación favoreció la escala de Waterlow

Subescalas:

1. Relación talla/peso
2. Continencia
3. Aspecto de la piel
4. Movilidad
5. Edad/sexo

6. Apetito

Otros factores de riesgo implícitos

1. Malnutrición tisular
2. Déficit neurológico
3. Cirugía
4. Medicación

Otro dato que se registro es la intervenciones de enfermería: Cambio de posición, dispositivos de apoyo y tratamiento en la lesión.

Además, se aplicó una lista de cotejo conformada por los estadios de las úlceras para reportar los signos observados en los pacientes en cada una de las mediciones.

3. 4. Criterios de Selección

Inclusión: Pacientes postrado con más de 24 hrs.

Exclusión: Pacientes que deambulan

Eliminación: Subregistros

3.5. Procedimiento

En cada medición de riesgo determinó el nivel de riesgo y se valoró la integridad de la piel del paciente en estado crítico, haciendo mayor énfasis en las zonas de mayor presión y riesgo para desarrollo de herida crónica o lesiones de piel implica el mecanismo de producción a través de las siguientes características: por humedad, por presión, por fricción, por combinación de presión-humedad, por combinación de presión-fricción, por factores multifactoriales y por factores coadyuvantes.

La identificación de los cuidados realizados, así como los omitidos relacionados a UPP, es de utilidad para el desempeño de enfermería debido a que le permitirá contar con información precisa para la gestión de protocolos o planes de atención específicos para la prevención de UPP.

3. 6. Consideraciones éticas

Previos los permisos con la jefe de enfermeras, y carta de consentimiento informado, se llevó a cabo la valoración en los pacientes así como se reviso los registros de enfermería y sus intervenciones.

Por medio de la descripción de las variables se relazo los resultados, tomando en cuenta las escalas antes mencionadas. Principios éticos: autonomía, beneficencia y justicia.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

La muestra se conformó de 30 pacientes con riesgo de la lesión por presión, se aplicó la guía de valoración Norton y Waterloo con detección de: humedad, falta de movilidad edad media: 69.23, porcentaje de hombres: 66.6%, porcentaje de mujeres: 33.3%, días de estancia media: 8.1. la mayoría adultos mayores, mayor a 1 días de estancia, padecimientos diversos que impiden la movilidad, colocación de parche hidrocoloide para disminuir la extensión y profundidad de la lesión.

Tabla 1 Resultados de guías de observación e intervención de enfermería

| Características: sexo, edad, días estancia, presencia de lesión. | | | | Intervenciones | | |
|--|------|------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------|
| Sexo | Edad | Días de estancia | Lesión de la piel | Cambio de posición | Dispositivos de apoyo | Tratamiento |
| M | 57 | 11 | - | - | - | - |
| M | 65 | 16 | Sacro, talones | ✓ | Almohadas y taloneras | Parche en región sacra |
| M | 92 | 8 | Sacro | ✓ | Almohadas | Parche en región sacra |
| F | 73 | 15 | Sin lesión | Medidas preventivas | | |
| M | 80 | 7 | Sin lesión | Medidas preventivas | | |
| M | 90 | 10 | Sacro | ✓ | Almohadas | Parche en región sacra |
| M | 77 | 9 | Sin lesión | - | - | - |
| F | 49 | 8 | Sin lesión | - | - | - |
| F | 63 | 12 | Sacro | ✓ | Almohadas | Parche en región sacra |
| M | 80 | 7 | Talones | ✓ | Almohadas | Parche en región sacra 6% |
| M | 47 | 10 | Sin lesión | - | - | - |
| M | 77 | 15 | Espalda | ✓ | - | - |
| M | 69 | 10 | Sin lesión | - | - | - |
| -F | 55 | 8 | Hombro | ✓ | - | - |
| F | 82 | 4 | Sin lesión | - | - | - |
| M | 77 | 6 | Sin lesión | - | - | - |
| M | 91 | 5 | Sin lesión | - | - | - |
| M | 53 | 3 | Sin lesión | - | - | - |

| | | | | | | |
|---|----|---|------------|---|---|---|
| M | 64 | 6 | Sin lesión | - | - | - |
| F | 81 | 9 | CABEZA | ✓ | - | - |

En los resultados de guías de observación e intervención de enfermería a las personas que están reportadas en esta tabla no 1, presentaban lesión (12) y las medidas preventivas (14) que se utilizaron fueron puesto que tenían riesgo a lesiones en la piel: la guía de valoración fue diaria y por turno, hidratación de la piel, prevención de humedad, movilidad con ayuda, Así como en otros pacientes no reportados y con ello a pesar de problemas de inestabilidad el hemodinámica, problemas neurológicos (enfermedades crónicas).

Evaluación

- Vigilancia activa, valoración de la piel para identificar factores que generan lesiones en la piel, en todos los pacientes.
- Inspección diaria de la piel y todo lo relacionado con la higiene de piel.
- Tratamientos tópicos que deben usarse según el estado de la piel, reportados 25% de los pacientes atendidos.
- Alivio de la presión, que debe realizarse mediante diferentes técnicas, uso de materiales y SEMP, apósitos etc. se realizan en todos los pacientes hemodinámicamente estables.
- Nutrición-alimentación; debe valorarse pues favorece la prevención de lesiones y contribuye al proceso de recuperación (hacer revisión que los pacientes tomen su dieta).
- Documentación; Se recalca la importancia de los registros e información de la evolución de la piel y/o el estado del paciente para dar continuidad al cuidado.
- Orientación- educación a la familia debe recibir la familia y el personal de salud que interviene en el cuidado.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

Este estudio describe el riesgo de aparición de lesiones y/o úlceras por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y hospitalización, en relación con tiempo de medición la estadía hospitalaria.

Se demuestra que las unidades críticas atienden una población que interactúa constantemente con múltiples factores de riesgo secundario, la inestabilidad hemodinámica y el encamamiento condicionado por el tratamiento médico al que es sometido el paciente

Estudio similar en Colombia por Matiz, y González (2022)¹⁷ de conocimientos del equipo de enfermería en prevención de lesiones por presión, donde participaron 97 enfermeros(as) y 98 auxiliares de enfermería, de los cuales el 77,4% correspondieron al género femenino y el 22,6% al masculino. Los rangos de edad oscilaron entre los 20 y los 60 años, y el grupo de los 31-40 años (38,4%) fue el más característico. Con relación a la experiencia laboral, el 71,3% contó con una experiencia inferior a los 10 años. El nivel de conocimiento global fue del 80,6% con una diferencia estadísticamente significativa, con $p = 0,001$, siendo representativo el nivel de conocimientos de los enfermeros(as).

Estudio en México- Veracruz en intervención educativa cuya variable prevención, en el indicador adecuado según tus conocimientos se obtuvo un promedio inicial de 74 ± 15 que incrementó en la segunda medición a 91 ± 9 . $t (p=0.003)$. En la variable tratamiento, el indicador adecuado según tus conocimientos, obtuvo un promedio inicial de 57 ± 16 y en la segunda medición pasó a 76 ± 9 . $t (p=0.002)$ ⁷. Por lo tanto fortalecer el conocimiento y las buenas practicas por parte del personal de enfermería para prevenir las UPP²³.

Estudio menciona la importancia que las instituciones puedan evaluar el costo del tratamiento de las UPP versus la inclusión de otro profesional que favorezca la prevención. Así mismo un adecuado nivel de conocimientos en prevención de lesiones por presión en el equipo de enfermería, sin embargo, otro aspecto evaluado fue el índice global de desconocimiento con un valor del 4,5%, bajo, pero que representa un indicador importante para determinar la aparición de lesiones de piel en personas sometidas a un proceso de hospitalización y el establecimiento de estrategias preventivas oportunas²⁴

CONCLUSIONES

La Teoría de Benner menciona nueve dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves como temas generales de esta fase:

1. Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes graves e inestables.
2. Controlar una crisis mediante la habilidad práctica.
3. Proporcionar medidas de comodidad a los pacientes en estado muy grave.
4. Cuidar a la familia del paciente.
5. Prevenir los peligros por causas tecnológicas.
6. Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones en pacientes terminales.
7. Comunicar las diferentes perspectivas y discutir las.
8. Asegurar la calidad y solventar las crisis.
9. Poseer el conocimiento práctico hábil del liderazgo clínico y la formación y el consejo de los demás.

Estos nueve dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves se utilizaron como temas generales para interpretar los datos e incorporar las descripciones de los siguientes nueve aspectos del juicio clínico y del comportamiento del cuidado de enfermería:

1. Desarrollar un sentido de importancia.
2. Aprendizaje e integración situados de la adquisición de conocimientos y el uso de los mismos.
3. Compromiso de transición en el razonamiento.
4. Conocimiento experto.
5. Práctica basada en las respuestas.
6. Sentido de responsabilidad.

7. Agudeza perceptiva y compromiso interpersonal con los pacientes.

8. Integración del razonamiento clínico y ético.

9. Desarrollo de la imaginación clínica.

La teórica recomienda que la identificación del dominio clínico y la previsión clínica, son características del pensamiento ligadas a la acción de la práctica enfermera en la segunda fase de este proyecto de articulación, así mismo ampliaron la comprensión de la decisión clínica que Benner define el dominio clínico como: *la intervención así como la investigación clínica en marcha que identifica el problema y da un juicio clínico a lo largo del tiempo.*

CAPÍTULO 6. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud
2. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer S, Dumville J, Cullum N. Preventing pressure ulcers—Are pressure-redistributing Support surfaces effective? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(3):345-59
3. Pinos Cedeño M J., Córdova Larco D A. Úlceras por presión, diagnóstico, prevención y tratamiento. Una revisión bibliográfica de actualidad. *Rev. Sanitaria de Investigación*.2023. (Córdoba, Argentina). DOI:10.34896/RSI.2023.47.65.001
4. Consejo de Salubridad General, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 2023. Acción esencial 7 pág. 69-71
5. González-Consuegra, RV., Hernández-Sandoval, YT., Matiz-Vera GD. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. *Rev. Cubana de Enfermería*. 2017. 33, (3).
6. Guía de Práctica Clínica Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión en Primer Nivel de Atención, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
7. Ortiz-Vargas, I., Sánchez-Espinosa, A., Enríquez-Hernández, C. B., Castellanos-Contreras, E., López-Orozco, G., & Fernández-Sánchez, H. Intervención educativa para mejorar conocimientos sobre úlceras por presión en enfermeros de Veracruz, México. *Enfermería universitaria*. 2021. 17 (4), 425–436. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.850>
8. Tzuc-Guardia, A., Vega-Morales, E., & Collí-Novelo, L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Enfermería universitaria*, 2015. 12 (4), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.10.004>
9. Zambrano Loor LY., Ripalda Delgado, K. B. Intervención de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes críticos. 2022. Tesis de especialidad Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4139>.

10. Ortín De Pedro S., Rubio García V., Salas LaHoz ML., abad Martín Y., Vélez Gasulla S., Miranda Roy N. El rol de enfermería en la prevención de úlceras por presión. 2021. Rev. Ocronos. 2021. 4 (10) 157 Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermeria-prevencion-ulceras-presion/>.
11. Guía de práctica clínica úlceras prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención. (GPC-2019) 2009. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/105GER.pdf>.
12. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo P L., Soldevilla Ágreda J. J, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos. 2008; 19(3) : 136-144.
13. Raile Alligood Modelos y teorías en enfermería. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. Patricia Benner. 8va ed. Elsevier España. 2018. 118-137
14. Avilés Martínez M J., Sánchez Lorente M M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Enferm Dermatol. 2014; 8 (22) 271-83
15. González H, Verdú J., García F., Soldevilla J. Documento 1 Censo de unidades de heridas crónicas. Serie documentos de investigación. GNEAUPP 1. Grupo nacional para el estudio de asesoramiento de en úlceras por presión y heridas crónicas. Logroño 2018.
16. Higuera González C. Prevención, Seguimiento y Control de Lesiones de Piel en Pacientes de Alto Riesgo Enferm. 2006; 9 (2): 24-28
17. Matiz Vera, G D., González-Consuegra R V. Conocimientos del equipo de enfermería en prevención de lesiones por presión en un hospital de Bogotá. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2022. 33, (4), 256-262.
18. Blanco López J L. Definición y clasificación de las úlceras por presión. Repositorio digital. 2003. <http://hdl.handle.net/2445/26068>.
19. Rumbo Prieto J M. Un nuevo modelo teórico para el desarrollo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia, de Francisco Pedro García-Fernández y Col. Enferm Dermatol. 2014; 8 (22) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. España.

20. Ortiz-Vargas, I., Sánchez-Espinosa, A., Enríquez-Hernández, C. B., Castellanos-Contreras, E., López-Orozco, G., & Fernández-Sánchez, H. Intervención educativa para mejorar conocimientos sobre úlceras por presión en enfermeros de Veracruz, México. *Enfermería universitaria*, 2021. 17 (4), 425–436. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.850>.
21. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NPUAP Consensus Development Conference Definition. Washington DC: Author; 1997.
22. Warren D. Implementation of a protocol for the prevention and management of extravasation injuries in the neonatal intensive care patient. *Int J Evid Based Healthc*. 2011; 9 (2):165-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21599845>
23. Martínez-Duarte I E. Riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores. 2020. DOI:10.5281/ZENODO.4110661 Corpus ID: 244965648
24. García García J.A., Mesa Garrido E, Roig Panisello A.I., y Torruella-Loran I. El modelo REAL para el abordaje de las heridas con signos de infección. *Rev. ROL Enferm* 2020; 43(11-12): 762-774.

ANEXOS

Uso de Acrónimos para el cuidado de la piel²³

El uso de acrónimos es poco frecuente, sin embargo, se constituye como una herramienta útil para el desarrollo de estrategias educativas dentro de las cuales se encuentran:

El INTACT,⁸ resume las principales intervenciones de enfermería para el cuidado de la piel así:

a. "I" Incontinence/Incontinencia: recomienda limpiar la piel con frecuencia y mantenerla seca, llevar al baño regularmente, utilizar sistemas para la recolección de heces y orina, usar películas de barrera/cremas en la región perineal, evaluar y cambiar los pañales con frecuencia.

b. "N" Nutrition/Nutrición: recomienda consultar al nutricionista y asegurar la ingesta nutricional óptima, monitorear pérdida de peso reciente y mantener una adecuada hidratación a menos que esté contraindicado.

c. "T" Turning/Vuelta-Giro: recomienda realizar cambios de posición cada dos horas o según necesidad, mientras está en la cama, aliviar los puntos de presión sobre las prominencias óseas, no arrastrar el paciente durante los movimientos, elevar y mover la cabeza, manos y talones frecuentemente.

d. "A" Assessment/Valoración: recomienda evaluar la piel de la persona al ingreso y durante cada turno, evaluar el riesgo de lesiones de piel, evitar arrugas y suciedad en las sábanas, evitar hipotermia, evitar la posición del paciente sobre UPP existentes.

e. "C" Consultation/Consulta: recomienda interconsultas con otros profesionales (fisioterapia, nutrición etc). Consulta de registros y gráficos previos de las lesiones.

f. "T" Teaching/Enseñanza al paciente y/o familia: recomienda observar las prominencias óseas susceptibles al desarrollo de UPP, evitar el masaje y la frotación, hidratar adecuadamente la piel, identificar zonas de presión, utilizar adecuadamente las SEMP (Superficies Especiales para el Manejo de la Presión), Colaborar y/o realizar de manera adecuada la movilización y cambios de posición del paciente, establecer con el paciente y su familia la importancia de la prevención de las lesiones de piel asociadas al cuidado.

AVOIDING/EVITANDO: es un acrónimo no documentado en las estrategias revisadas, pero que por su integralidad, se considera pertinente tener en cuenta en la prevención y el cuidado de la piel, y debe incluirse en los programas de prevención. Este acrónimo fue descrito por el Doctor José Verdú en una entrevista, el significado de cada una de sus letras se desglosa a continuación:

"E": se refiere a la evaluación o aplicación a través de las EVRUPP.

"V": vigilancia activa, valoración de la piel para identificar factores que generan UPP.

"I": inspección diaria de la piel y todo lo relacionado con la higiene de piel.

"T": tratamientos tópicos que deben usarse según el estado de la piel.

"A": alivio de la presión, que debe realizarse mediante diferentes técnicas, uso de materiales y SEMP, apósitos etc.

"N": nutrición-alimentación; debe valorarse pues favorece la prevención de lesiones y contribuye al proceso de recuperación.

"D": documentación; recalca la importancia de los registros e información de la evolución de la piel y/o el estado del paciente para dar continuidad al cuidado.

"O": es la orientación que debe recibir la familia y el personal de salud que interviene en el cuidado.



Cuernavaca, Morelos, 22 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **ANTÚNEZ MARTÍNEZ VERÓNICA**, con matrícula **10062279**, con el título **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES DE PIEL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
Profesora Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ABIGAIL FERNANDEZ SANCHEZ | Fecha:2023-11-23 12:38:19 | Firmante

Pmg1naOeo+tAXBi9Bn7KdJKgp7BWjlkzNvfd/Jl6tIEBO5Jq1EoZ15bVXEaMzk0BbqfZL7tOlkrxbK2J0Xxi3YbvqyGcZLRHz3vCHDOB6GYShsfVc0GxdyZIBN8Z12qSAeovO/kVfE
VOBrX0XpOuwRbR+S0yAhWoGdfDo9/JLcB/tr3pDGxJWxVDQBwadGv0BH+864tcxxaxuX4NxHAXT7WJNbVOiyScCAmhrhWijeZRuL8FVIM+qDhAtcghJbrmsUc4kgkL5we3/j8fKP
zX4rztfgqjWYdcEy37hPnM9/TRNt/cwtXg5nC96r0+N9TIFN6jyOIDDoA0ozYdf7kg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[MPA3BgxXq](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/coBROMGknwlyxI7X1LeSKIY2PVeYyR5v>





Cuernavaca, Morelos, 22 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **ANTÚNEZ MARTÍNEZ VERÓNICA**, con matrícula **10062279**, con el título **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES DE PIEL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

DRA. CLAUDIA RODRÍGUEZ LEANA
Profesora Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA | Fecha:2023-11-23 13:47:34 | Firmante

XWPQLxp0j01wBtkBxc4xliqExPQZDhGVPCFTvFNcWNCnle90XtDKv7SwOrpcnlfOWiJyNX0bRVZieHHhPJWSocbSgPCx+aMQrTNm+ePNGZMIKdHhuBPCIMViX8GRQZmvsyRVQSB+hKBqEZY6r/MZtCitWZBptxIDTr2tUDRRz5CXo2ZpYxjnMSw1n9wRIVqZ1W+GYC3RMoMPj3f2KQf/caaDSDoQPgGAirEeps9Ejw+2xoawhWnQfh0zebu6K8ugWsyCWw/1LjgsH5zPbv/0Yaszj4TkjKvjCvSc2P/TncDYbTMWC0rO+4NVk2u7OI33NKK7wJiY6qFITitScwA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[3QdAy9Xpc](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/s3OjU2fFy8bhHNuBSm0ga3HWSakNdUBg>





Cuernavaca, Morelos, 22 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **ANTÚNEZ MARTÍNEZ VERÓNICA**, con matrícula **10062279**, con el título **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES DE PIEL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. BEATRIZ LIZBETH RODRÍGUEZ BAHENA
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA | Fecha:2023-11-23 13:52:28 | Firmante

mHqCAyFK7AwHXlgzqgLxLP6gY7TQ+ciYF0BzWlQqdxEE6wQUkn6394fj/hl9EGZ1APAdn1QVmM4IDzrHoNKzT8vu86XMi3EYDxrlGuMFdXeBRReDqoloWlHe4bAbvLZ7sklVnQ6E+0aVmsUbme7FdyJ4uk3lZrK7rrLc5eCxDst9ZVMSI+PdxOuFCrv6CrSTTbDZzbdU18Xp7nbxv+SxU/N7fv/8iXcHV4/PxWMHvrJT4EdQY2DsgbTmr0XvfpT36mm5qMVvUc8BX+8NQinC/vy2fkK44Su08BE2qgbJD/iBnOhr2x7VJALrjH+I2w3gCQU5a11IXxErG8kagWkYHA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[bwGgFOyjJ](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/tbepOtGwhbCQTumecqNclFZxlv7SYZld>





Cuernavaca, Morelos, 22 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **ANTÚNEZ MARTÍNEZ VERÓNICA**, con matrícula **10062279**, con el título **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES DE PIEL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. CLAUDIA MACÍAS CARRILLO
Profesora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CLAUDIA MACIAS CARRILLO | Fecha:2023-11-23 12:34:09 | Firmante

RXOpypldPbekDHDe4zqbi0oxp4FhrDackyORL992vqQ8aMzll+bSCY2fFMLZuNGzA8EkIJ2ce90EWjN1nNWk68+WYBd+LwC29GJIm7XWZHS01Ef0tBIP/eCBsdlQs5hKnFImWh
v/wrol/T3Uc7HBQUuLTY6ilqypNiInP8oAyyvQ19QQAizNypQqNjl2QC70TJxuq84uyLYHHT9suDH8zNU0/pj+hRxpQilnJC0FzP5EKplcBK5Ah2X7prwzj2S5OIWmwbThd4u0h87h3
Fn+VPSz5qVnmqlRT86LV0LOHCHRocsk4jfrYf4+U6d4x6M82OAvll/INZUuKHJm5y70g==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[es7FdELCw](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/Ooefyo4UowNcPZ7vhAvyNN2F1rRvB8hx>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Jefatura de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, 22 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **ANTÚNEZ MARTÍNEZ VERÓNICA**, con matrícula **10062279**, con el título **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LESIONES DE PIEL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

E.E. VIRIDIANA MARIELY SOLÍS DÍAZ
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

VIRIDIANA MARIELY SOLIS DIAZ | Fecha:2023-11-28 09:03:46 | Firmante

v6AFIWGr8f9pce7sNYUquiT7kQidphosX8wVbY18bElOgObxV9SYQ3uZssEU2Y/86J4rpX0Gf8NaWgloPtOxTKT7UKGs8e0MQsilalFN46zJ+PRHLncDVyl9r47VCslc3mWE9y41y4wBLCdnhpk/8xKncUqGM+C857muVEMMq08p9ElzOpSomGxzWNsPG2aZzIS1IG5/BjGf25gNq8WAg9b/Zy4B18Kz7NY+oJ9lzWqZFu19Dh1OeqxTjggp1FBfdCC774RSdyZnOaenJf5MTLasx6WvctRVMtl06QJy0FEulPsiASUL+raoBYnQsvWwYTgOnY5/+sEgu8295hXWw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[fvCtm8DHd](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/VXFlsOJMqTo0Wcf5mJi3iZ0gSWBDwB8>

