

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

**“EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL  
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA 2 Y 3 DEL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  
EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018.”**

**AUTORA:**

**TANIA CATALINA ZHIZHPÓN QUINDE**

**DIRECTORA:**

**LCDA. LUCÍA DEL LOURDES CÁRDENAS VARGAS MG'S**

**ASESOR:**

**Q.F. JOHNNY FABIÁN VIZUELA CARPIO MGS.**

**CUENCA-ECUADOR**

**2017-2018**

## DEDICATORIA

Esta etapa de mi vida quiero dedicarle a mi Dios quien me ha permitido estar donde hoy estoy, por guiarme por el buen camino y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante enseñándome que la vida está llena de adversidades, triunfos y fracasos pero aun así continué adelante sin darme por vencida.

A mi familia; con amor y un cariño especial a mis padres Julio y María porque sin su apoyo incondicional no fuera posible este proyecto, el sacrificio que han realizado de darme los estudios y sus consejos en los momentos que más los necesitaba estuvieron ahí, guiándome por el buen camino aunque uno de ellos no estuvo junto a mí, me ha apoyado a través de la distancia y por enseñarme que en esta vida lo que más prevalece son los principios y valores como persona.

A mis hermanas Isabel, Sonia y Cristina por apoyarme, darme consejos cuando más los necesitaba, sobre todo a mis sobrinas Lisbeth y Tatiana que aunque una de ellas ya no se encuentra aquí sé que desde el cielo estará con su hermosa sonrisa viendo a la futura Licenciada.

Y en especial a un amigo que desde la distancia estuvo ahí apoyándome siempre quién sin esperar nada a cambio compartió mis alegrías y tristezas; y a todos aquellos quienes estuvieron ahí apoyándome para que este sueño se haga realidad.

*Tania Catalina Zhizhpón*

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios por permitirme la oportunidad de estudiar y formarme en la Universidad Católica de Cuenca, a los docentes quienes impartieron sus conocimientos, vivencias y experiencias para alcanzar a cumplir mi meta; no dejemos de lado a las autoridades de la institución de salud quienes nos abrieron las puertas al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga lugar en el cual realice mis prácticas pre-profesionales en la cual supe desenvolverme de manera íntegra con apoyo de las Licenciadas Enfermeras de turno.

A mis seres queridos en especial a mis padres Julio y María por el apoyo incondicional que me brindaron a mis hermanas quienes fueron mi motivo de superación.

Sin olvidar y un sincero agradecimiento al gran trabajo que realizan los Docentes quienes colaboraron en este largo trayecto, a la Lcda. Lucía Cárdenas Mg's y al QF. Johnny Vizuela Mg's quienes sin su ayuda y sus conocimientos no hubiese sido posible realizar este proyecto.

## ÍNDICE

### Contenido

RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
<b>CAPITULO I</b> .....	10
1. INTRODUCCIÓN .....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.1.1 Situación Problemática .....	11
1.2 Formulación del Problema .....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	12
<b>CAPITULO II</b> .....	13
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	13
2.1 Antecedentes .....	13
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS .....	15
2.2.1 GENERALIDADES DE LA PIEL .....	15
2.2.1.1 Epidermis .....	15
2.2.1.2 Dermis .....	16
2.2.1.3 Hipodermis .....	16
2.2.1.4 Anexos de la piel .....	17
2.2.2 ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	17
2.2.2.1 Impacto de las úlceras por presión .....	17
2.2.2.2 Mecanismo de Producción .....	18
2.2.3 ETIOLOGÍA .....	18
2.2.3.1 Presión .....	18
2.2.3.2 Fricción .....	19
2.2.3.3 Cizallamiento .....	19
2.2.4 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	19
2.2.5 LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	21
2.2.6 FACTORES DE RIESGO .....	22
2.2.6.1 Factores Extrínsecos: .....	22
2.2.6.2 Factores Intrínsecos .....	23
2.2.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	24
2.2.8 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN .....	24
2.2.9 APLICACIÓN DE ESCALAS .....	25

2.2.9.1 Escala de Norton.....	25
2.2.9.2 Escala de Nova .....	25
2.2.10 CUIDADOS DE LA PIEL .....	27
2.2.11 MANEJO DE LA PRESIÓN QUE EJERCE EL CUERPO SOBRE PROMINENCIAS ÓSEAS .....	28
2.2.11.1 Movilización del paciente .....	28
2.2.12 DISPOSITIVOS PARA DISMINUIR LA PRESIÓN QUE EJERCE EL CUERPO SOBRE PROMINENCIAS ÓSEAS.....	29
2.2.12.1 Colchones Antiescaras .....	30
2.2.12.2 Colchones de espuma .....	30
2.2.12.3 Colchones de aire .....	30
2.2.12.4 Colchones de agua .....	30
2.2.12.5 Colchones de gel .....	30
2.2.12.6 Colchones de silicona .....	31
2.2.12.7 Taloneras y coderas.....	31
2.2.12.8 Donas.....	31
2.2.12.9 Almohadas y cojines .....	31
2.2.12.10 Cojines para silla de ruedas.....	31
2.2.13 TRATAMIENTO.....	31
2.2.13.1 ANTIBIÓTICOS.....	32
2.2.13.2 ANALGÉSICOS .....	35
2.2.13.3 SOLUCIONES ANTISÉPTICAS.....	36
2.2.14 APÓSITOS .....	37
2.2.14.1 Apósito de Alginato Cálcico.....	38
2.2.14.2 Apósito Hidrocoloide .....	38
2.2.14.3 Apósito de Hidrogel.....	38
2.2.14.4 Apósito Hidrocelular .....	38
2.2.14.5 Apósito Transparente de Poliuretano.....	38
2.2.15 HOSPITAL.....	39
2.2.15.1 Definición de Hospital .....	39
2.2.15.2 Descripción del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga (IESS) .....	39
2.2.15.3 El servicio de clínica 2 y 3.....	40
2.2.15.4 Descripción de la Unidad .....	40
2.2.15.5 Estructura Orgánica .....	41
2.2.15.6 Distribución del personal por turno.....	41

2.2.15.7 Anexos .....	42
2.2.16 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DEL ÁREA .....	42
2.2.16.1 Entrega y recepción de turno .....	42
2.2.16.2 Higiene del paciente.....	42
2.2.16.3 Control de signos vitales .....	43
2.2.16.4 Venopunción periférica .....	44
2.2.16.5 Administración de Medicamentos .....	44
2.2.16.6 Control de Ingesta y Eliminación.....	45
2.2.16.7 Reportes de Enfermería .....	45
2.2.16.8 Transferencias e Ingresos de pacientes .....	46
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS .....	47
<b>CAPITULO III</b> .....	49
3. OBJETIVOS .....	49
3.1 Objetivo General .....	49
3.2 Objetivos Específicos.....	49
<b>CAPITULO IV</b> .....	50
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	50
4.1 Diseño general del estudio.....	50
4.1.1 Tipo de estudio.....	50
4.1.2 Área de investigación .....	50
4.1.3 Universo de estudio .....	50
4.1.4 Selección y tamaño de la muestra .....	50
4.1.5 Unidad de análisis y de observación.....	50
4.1.6 Tipo y diseño de investigación .....	50
4.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	50
4.2.1 POBLACIÓN .....	50
4.2.2 MUESTRA.....	51
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	51
4.3.1 Criterios de inclusión.....	51
4.3.2 Criterios de exclusión.....	51
4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....	51
4.4.1 Método .....	51
4.4.2 Técnica .....	51
4.4.3 Instrumento .....	51
4.5 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS .....	52

4.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR.....	52
4.6.1 TABLAS .....	52
4.6.2 MEDIDAS ESTADISTICAS .....	52
4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS .....	53
4.8 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	53
4.8.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	54
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>56</b>
5. RESULTADOS .....	56
5.1 Cumplimiento del Estudio .....	56
5.2 Características de la Población de Estudio .....	56
5.3 Análisis de Resultados.....	57
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>76</b>
6. DISCUSIÓN .....	77
<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>80</b>
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	80
7.1 CONCLUSIONES .....	80
7.2 RECOMENDACIONES .....	¡Error! Marcador no definido.81
BIBLIOGRAFIA .....	82
ANEXOS .....	88

## RESUMEN

**Antecedentes:** La OMS indica que las úlceras por presión se consideran como un indicador de calidad asistencial sin embargo los cuidados de enfermería no se realizan debido a la falta de tiempo (1).

**Título:** Evaluación del cuidado aplicado por el profesional de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el periodo Septiembre 2017- Febrero 2018.

**Objetivo:** Evaluar los cuidados aplicados por el profesional de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

**Materiales y Métodos:** Estudio aplicado, cuantitativo, descriptivo de corte transversal. El universo constituido por el personal de Enfermeras del área de clínica 2 y 3 del Hospital José Carrasco Arteaga. La muestra constituida por 90 procedimientos realizados por Enfermeras. La técnica aplicada una ficha observacional, el instrumento un formulario previamente estructurado, se garantizaron procesos bioéticos; los datos fueron procesados y analizados en el programa SPSS 23.

**Resultados:** El 66,7% de pacientes con úlceras por presión ingresan desde su domicilio, 81,1% del personal de enfermeras que labora en clínica 2 y 3 aplica medidas de bioseguridad, 74,4% del personal profesional inspeccionan la piel y el 40% de las úlceras por presión han mejorado después de curaciones realizadas.

**Conclusión:** Los cuidados aplicados por el personal de enfermeras han contribuido al mejoramiento de las úlceras por presión mediante la atención integral brindada.

**Palabras claves:** Úlceras por presión, Cuidados de Enfermería, Enfermeras, Evaluación.

## ABSTRACT

**Background:** The WHO indicates that pressure ulcers are considered as an indicator of quality of care, however, nursing care is not performed due to lack of time (1).

**Title:** Evaluation of the care applied by the nursing professional in patients with pressure ulcers in the clinic area 2 and 3 of the Hospital of Specialties José Carrasco Arteaga in the period September 2017 - February 2018.

**Objective:** To evaluate the care applied by the nursing professional in patients with pressure ulcers in the area of Clinic 2 and 3 of the José Carrasco Arteaga Specialties Hospital.

**Materials and Methods:** Applied, quantitative, descriptive cross-sectional study. The universe constituted by the staff of Nurses in Clinical Area 2 and 3 of the José Carrasco Arteaga Hospital. The sample constituted by 90 procedures performed by Nurses. The technique applied an observational record, the instrument a previously structured form, bioethical processes were guaranteed; the data was processed and analyzed in the SPSS 23 program.

**Results:** 66,7% of patients with pressure ulcers enter their home, 81,1% of nurses working in clinic 2 and 3 apply biosecurity measures, 74,4% of professional staff inspect the skin and 40% of ulcers pressure have improved after cures performed.

**Conclusion:** The care provided by the nursing staff has contributed to the improvement of pressure ulcers through the comprehensive care provided.

**Key words:** Pressure ulcers, Nursing Care, Nurses, Evaluation.

## **CAPITULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Las úlceras por presión son laceraciones que se producen en la piel de pacientes que se encuentran en la misma posición por tiempos prolongados, sin moverse o sin realizar cambios de posición, hay zonas prominentes del cuerpo que resisten la presión y fricción lo que conlleva al déficit de oxígeno en la parte afectada (2).

Las úlceras por presión son consideradas un problema de salud pública debido a que han contribuido al incremento de la morbi-mortalidad de los pacientes, un aspecto fundamental es la valoración del paciente con el propósito de realizar un plan de cuidados y brindar calidad en la atención (3).

Es importante la colaboración de la familia y cuidadores de los pacientes que presentan úlceras por presión, ya que cuando los pacientes no se encuentran en un centro hospitalario tienen a su cargo evitar complicaciones y contribuir a la curación de las mismas.

Dentro de la investigación planteada “Evaluación del cuidado aplicado por el profesional de Enfermería a pacientes con úlceras por presión” se encuentra constituido por VII capítulos, en el I capítulo se da a conocer la introducción, y la problemática de la investigación, en el II capítulo se aborda los cuidados de enfermería a pacientes con úlceras por presión comprendido desde conceptos básicos enfocados a sintetizar los aspectos generales de la investigación, en el III capítulo va enfocado a los objetivos de la presente investigación, en el IV capítulo detalla el diseño metodológico, en el V capítulo los resultados obtenidos en la presente investigación en el VI y VII capítulo se encuentra la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

En pacientes con úlceras por presión se debe tener en cuenta que el cuidado asistencial y preventivo del equipo de enfermería en pacientes es vital para el bienestar en la calidad de atención.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Situación Problemática**

La (OMS) Organización Mundial de la Salud realiza trabajos vinculados con la seguridad del paciente, como la Alianza Mundial en el 2002 (4). Donde “proponen una serie de indicadores para evaluar y vigilar el desempeño de los sistemas de salud en materia de seguridad y estandarizar en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

La (OPS) Organización Panamericana de Salud indica que las escaras tienen un alto índice de mortalidad cuando son de grado III y IV; se los considera un hito importante de la calidad de vida, debido a que los procedimientos y actividades deben ser aplicados con mayor énfasis en la zona afectada (3).

En España, las úlceras por presión presentan repercusiones importantes sobre el nivel de salud, económico y de los entornos cuidadores, las úlceras por presión son evitables en el 95% de los casos, grupos de expertos consideran implementar actividades multidisciplinarias encaminadas en prevenir las úlceras en los diferentes niveles de salud (5).

Desde su perspectiva, los sistemas de salud asumen que las úlceras por presión son un problema vinculado con la atención sanitaria que se ha puesto en consideración el (GNEAUPP) Grupo Nacional de estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (6).

Palomar autor Colombiano. (1) indica que, la presencia de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados se ve influenciado por la falta de atención en los cuidados a los pacientes, las úlceras por presión generan más trabajo al personal de enfermeras y ocasiona sentimiento de culpabilidad al no poder brindar un cuidado y una curación adecuada.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cómo es el cuidado aplicado por el profesional de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el periodo Septiembre 2017- Febrero 2018?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

En la presente investigación me permito mostrar el propósito académico de la misma, es para conocer si el personal profesional de Enfermería aplica o no correctamente los cuidados a los pacientes que presentan úlceras por presión, y además se pretende proporcionar una fuente de información como base para futuras investigaciones que se interesen abordar esta temática.

La investigación sobre la evaluación de los cuidados aplicados por el profesional de Enfermería a pacientes con úlceras por presión tendrá un aporte importante que servirá de mucho en nuestra vida diaria, puesto que los datos obtenidos se pueden utilizar como muestra de los conocimientos que tiene la población valorada sobre las actividades y procedimientos que aplican a los pacientes con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

A nivel científico se ha visto que la presencia de las úlceras por presión tiene consecuencias significativas tanto económicas como sociales, llegando a ser un problema de salud pública; en primera instancia se considera como un problema personal debido a que afecta la calidad de vida de los pacientes que presentan esta lesión, en segundo lugar implica costos no esperados que se debe asumir.

De igual manera en el ámbito social será de gran beneficio, en vista de que cada ser humano es un ser único e integral y se deberá tener en cuenta que, el cuidado que maneja el equipo de enfermería en la atención de los pacientes es vital para mantener el bienestar, la salud y la recuperación.

En cuanto a la utilidad metodológica se asegura que se puede continuar con otras investigaciones relacionadas al mismo tema y al ser una investigación aplicada busca la generación de un nuevo conocimiento en cuanto a la atención que brinda el personal profesional de Enfermería.

## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

Hernández Martínez E. (2012) (7). Realizó un estudio sobre **“Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales”** cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de guías de práctica clínica española sobre úlceras por presión, se empleó un tipo de estudio bibliográfico retrospectivo tomado como instrumento de evaluación AGREE 2011 que evalúa la calidad de la Guía de Práctica Clínica (GPC), los resultados mostraron que en relación al manejo de la presión que ejerce el cuerpo, hace únicamente referencia a los cambios de posición y las superficies de apoyo mientras que en la valoración del estado de la piel con una evidencia baja se identifica tempranamente que los signos de lesión son originados por la higiene del paciente.

Pesantes Masabanda V. (2012) (8). Realizó un estudio sobre la **“Intervención de Enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna”** cuyo objetivo fue identificar los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados, para brindar calidad en la atención integral en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato. Se empleó un tipo de investigación bibliográfica y documental tomado como instrumento una encuesta previamente validada aplicada al profesional de enfermería que brinda cuidados a los pacientes con úlceras por presión. Los resultados demostraron que no existe un protocolo de cuidados de enfermería, por lo que no se realiza una valoración de riesgo mediante escalas.

La Organización Mundial de la Salud indica que las úlceras por presión oscila entre el 5 y 12% a nivel mundial, en América es del 7%; teniendo en cuenta que a nivel internacional es de mucha preocupación este tema, se cree que el 95% de

úlceras son evitables, 60% prevenibles con la aplicación de protocolos correspondientes en cada institución de salud (9).

Hernández Valles J. (2015) (10). Realizó un estudio sobre el **“Cuidado de Enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión”** cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y el cuidado de enfermería perdido identificado en la valoración de pacientes hospitalizados con riesgo o con úlceras por presión. Se empleó un tipo de estudio descriptivo correlacional tomando como instrumento una encuesta MISSCARE (cuidado de enfermería perdido) previamente validada aplicada al personal de enfermeras con un tiempo de permanencia mayor a tres meses y pacientes asilados en una valoración de riesgo medio o alto a originarse úlceras por presión o que presenten úlceras por presión en el hospital público de tercer nivel de atención del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Los resultados identificaron que los cuidados durante su permanencia hospitalaria son excluidos o atrasados demostrando que el 86% de enfermeras dieron a conocer que una o más de sus actividades asistenciales no se realizan debido a la falta de tiempo en su último turno.

Valero Cárdenas H. et.al (2011) (1). Realizaron un estudio sobre **“Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud”** cuyo objetivo fue describir la prevalencia las úlceras por presión en una institución de salud de tercer nivel de atención en Colombia. Se empleó un tipo de estudio transversal tomado como instrumento un formulario en donde se tenía como referente los datos recolectados por el Comité de Calidad del Cuidado de Enfermería. Los resultados demostraron que la edad que oscila en los pacientes es de 47 años de sexo masculino, la patología que presentaron los pacientes fueron enfermedades crónicas como diabetes, cáncer e insuficiencia renal y cardíaca, y que el personal de salud al momento de valorar aplica la escala Braden.

## 2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

### 2.2.1 GENERALIDADES DE LA PIEL

La piel es un órgano que cubre toda la superficie del cuerpo humano, es el más extenso y está unido entre sí por diversos tejidos, representa en el adulto el 16% del peso corporal, tiene un espesor de 0,5 mm en los párpados, el 4 mm en el talón y en el resto del cuerpo de 1-2 mm (11) (12) (13).

La piel cumple múltiples funciones vitales debido a que garantiza la protección contra la invasión de agentes externos nos sirve de defensa entre el medio interno y externo, en la percepción sensorial, eliminación de desechos, termorregulador y en la producción de vitamina D (14).

Las capas principales de la piel son tres:

#### 2.2.1.1 Epidermis

Es la capa más superficial de la piel, está formado por epitelio escamoso estratificado con un volumen de 0,3-1 mm, compuesto por varias capas celulares, tenemos los queratinocitos, melanocitos, células Merkey y las células Langerhans (13).

La epidermis en su profundidad está conectada a la dermis por medio de crestas epidérmicas, mientras que las proyecciones reciprocas de la dermis se las considera papilas dérmicas (15).

Existen una serie de capas dentro de la epidermis dentro de la cual tenemos:

- **Estrato Basal:** Capa más profunda adyacente a la epidermis compuesto por células cúbicas y cilíndricas con una división celular, en el cual se forman los queratinocitos (13) (15).
- **Estrato Espinoso:** Formado de 8 a 10 capas de queratinocitos están cubiertas por espinas que se inserta en la desmosoma uniéndose estrechamente; aportando fuerza, tiempo y elasticidad en la piel (13).
- **Estrato Granuloso:** Se encuentra en medio de la epidermis formado por varias capas aplanadas en este estrato las células se degeneran lo que provoca que inicie el proceso de queratinización (15).

- **Estrato Lúcido:** Está formado por capas transparentes que se encuentran en la piel gruesa (yemas de los dedos, palmas y plantas de las manos y pies correspondiente) (13).
- **Estrato Córneo:** Es el responsable del espesor de la piel, formado por 25 a 30 capas muertas aplanadas que contienen queratina (13) (15).

### 2.2.1.2 Dermis

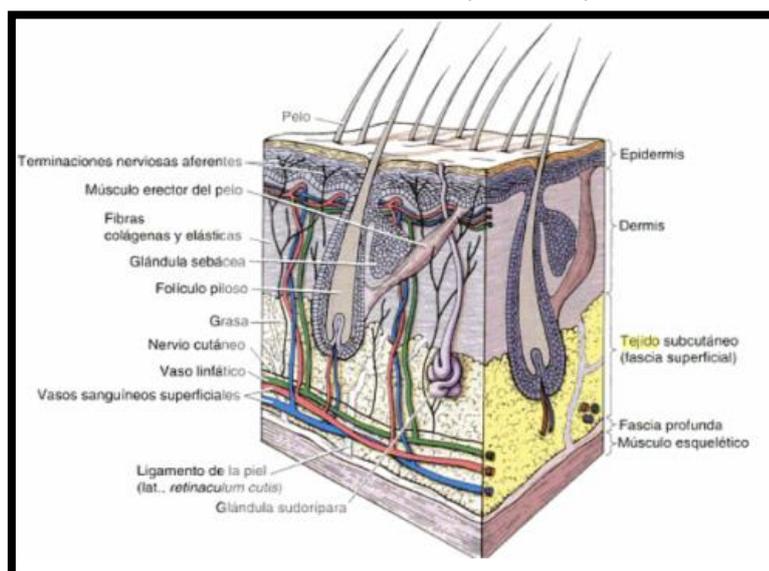
La dermis está formada por una capa de tejido conectivo sirve de sostén con la epidermis y separa la grasa subcutánea se divide en dos regiones papilar y reticular en la dermis se encuentran vasos, nervios, folículos y glándulas (16).

- **Papilar:** Está formada por tejido conectivo contiene fibras elásticas finas y su superficie se limita con la epidermis (16).
- **Reticular:** Esta región se encuentra ligada a la hipodermis formada por tejido conectivo denso contiene fibroblastos, haces de colágeno y algunas fibras elásticas hace que la piel tenga resistencia (13).

### 2.2.1.3 Hipodermis

Es la capa de tejido subcutáneo que almacena y produce la grasa se encuentra formado por adipocitos su principal función es reserva de energía (17).

**Gráfico 1:** Capas de la piel



**Fuente:** Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. Ed. Médica Panamericana; 2009. 1244 p. (16)

#### **2.2.1.4 Anexos de la piel**

- Glándulas Sudoríparas
- Glándulas Sebáceas
- Pelo
- Uñas (18).

#### **2.2.2 ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Desde la antigüedad las úlceras por presión han sido consideradas como escaras, úlceras por presión o úlceras por decúbito. En sí, a las úlceras se las considera como un problema social teniendo en cuenta que afecta a los pacientes, familia y al personal de enfermería que brinda los cuidados (19).

La Enfermera tiene la responsabilidad al momento de brindar los cuidados de higiene y confort ya que es “Un indicador de calidad de la atención de Enfermería” (20).

Las úlceras por presión afecta a las personas que no pueden movilizarse por su estado de inconciencia, por politraumatismos resultado de accidentes dado que permanecen sentados o encamados por tiempos prolongados (19).

Se lo puede definir a la úlcera por presión como el deterioro de la integridad de la piel, es una lesión que se produce cuando se ejerce presión en prominencias óseas que causa hipoxia tisular afecta la dermis, epidermis y tejido subyacente que puede llegar a los músculos e incluso al hueso y causar necrosis (2).

La isquemia suele darse por fuerzas externas es decir presión, fricción, cizallamiento o por combinación de ambas (19).

##### **2.2.2.1 Impacto de las úlceras por presión**

Las úlceras por presión han contribuido al aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes ingresados en una institución hospitalaria o en pacientes que reciben atención domiciliaria, lo que provoca sufrimiento al paciente y familiares situación que afecta a la calidad de vida del paciente sin dejar de lado que, puede provocar la muerte, es por eso que la prevención tiene lugar primordial en los cuidados aplicados es decir hay que evitar la presión por tiempos prolongados con cambios de posición horaria, el estado nutricional con la administración de una dieta balanceada y la maceración de la piel con la debida higiene y confort,

siendo así que el principal predisponente va a ser el mantener una piel intacta con el aseo general y parcial del paciente cuando sea necesario, con la lubricación de la piel que sirve para humedecer y retener el agua lo que reducirá la descamación de la piel; de acuerdo al grado de lesión de la piel la atención en las unidades hospitalarias requieren mayor demanda de personal sanitario, mayor tiempo y frecuencia en la aplicación de cuidados lo que incrementa costos con un nivel de éxito poco factible.

No debemos calificar de problema a las úlceras por presión sino más bien debemos concientizarnos que, los cuidados que realizan los familiares y personal sanitario repercutirán en la calidad de vida del paciente (21).

### **2.2.2.2 Mecanismo de Producción**

La formación de las úlceras por presión se da por una serie de aspectos fisiopatológicos es decir que en los capilares venosos hay una presión de 16 mmhg por 32 de los capilares arteriales, por lo que sí existe un exceso de presión en una zona determinada provoca oclusión en los capilares que da como resultado una isquemia local, a su vez provoca el aumento de desechos metabólicos y disminuye la cantidad de oxígeno y nutrientes dado como consecuencia necrosis y ulceración de la piel (22) (23).

### **2.2.3 ETIOLOGÍA**

“Sir James Paget (20). En el año de 1873 fue uno de los primeros autores en adjudicar la etiología de las úlceras por decúbito, el cual indicó que se desarrollan en pacientes encamados”.

Los principales desencadenantes de las úlceras por presión que se conoce: la presión, fricción y el cizallamiento que se lo realiza con el propio cuerpo y otros agentes externos a la persona (24).

#### **2.2.3.1 Presión**

Es la fuerza que ejerce el cuerpo sobre una prominencia ósea lo que provoca aumento del eritema en la zona expuesta por su tiempo de permanencia, destruyendo los tejidos subyacentes por lo que puede llegar a producir necrosis. La presión que ejerce el cuerpo no solamente es por la permanencia en cama, sino más bien se debe observar factores asociados como la humedad, la

temperatura siendo estos los principales predisponentes en la formación de las úlceras por decúbito (25).

### **2.2.3.2 Fricción**

Es la fuerza que ejercen los factores externos sobre la piel, provoca el arrastre y roce de la piel hacia las zonas de las prominencias óseas es decir la cama, silla y otros instrumentos que este en contacto con el paciente lo que hace que por permanecer en la misma posición exista humedad y a su vez provoque un ablandamiento del aspecto normal de la piel siendo así que llega al aumentar la fricción (26).

### **2.2.3.3 Cizallamiento**

Es la combinación de presión y fricción provoca distorsión de la piel y los tejidos subyacentes, lo que ocasiona una lesión en los tejidos internos del organismo se da con mayor frecuencia en la posición fowler debido al desplazamiento del paciente en la cama por su propio peso (25) (27).

### **2.2.4 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Como anteriormente se dijo es provocada por la presión ejercida hacia la piel que causa eritema, por lo que existe un déficit de la circulación especialmente en la capa superior de la epidermis (28).

Las úlceras por presión se dividen dependiendo de la lesión tisular.

**Grado I:** La piel se encuentra eritematosa, la presión ejercida provoca que no retorne a su color normal la piel; no existe pérdida de la piel, afecta principalmente a la epidermis (29).

**Gráfico 2:** Estadio I



**Fuente:** Lafuente C. Tics: Imagen UPP Estadios Tics. 2015 (30)

**Grado II:** Es el deterioro parcial de la continuidad de la piel, se considera una úlcera superficial presenta vesículas y flictenas; afecta epidermis y dermis (28) (29).

**Gráfico 3:** Estadio II



**Fuente:** Lafuente C. Tics: Imagen UPP Estadios Tics. 2015 (30)

**Grado III:** Es la pérdida del espesor cutáneo profundamente, aparece necrosis del tejido formado por una escara, afecta principalmente epidermis, dermis y tejido subcutáneo (28) (29).

**Gráfico 4:** Estadio III



**Fuente:** Lafuente C. Tics: Imagen UPP Estadios Tics. 2015 (30)

**Grado IV:** Es el daño total de la piel, la lesión provoca que el tejido muscular y óseo sea destruido en su totalidad provocando necrosis de los tejidos (28) (29).

**Gráfico 5:** Estadio IV



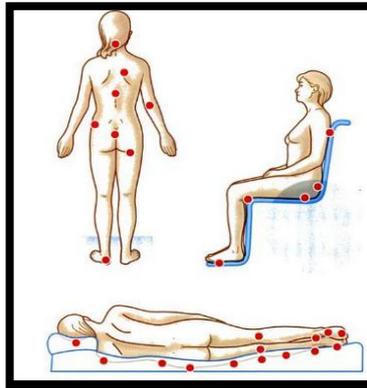
**Fuente:** Lafuente C. Tics: Imagen UPP Estadios Tics. 2015 (30)

### **2.2.5 LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

La localización de las úlceras por presión va a depender de la posición en la que se encuentre el paciente siendo las siguientes posiciones:

- Posición Decúbito Dorsal: Zonas expuestas son la cabeza, omoplato, codos, sacro, talones (30).
- Posición Decúbito Lateral: Las zonas expuestas son la oreja, acromion, costillas, trocánter, cóndilos, maléolos (30).
- Posición Decúbito Prono: Las zonas afectadas son el acromion, mejilla, mamas en las mujeres, genitales en los hombres, rodillas y dedos de los pies (30).
- Posición Sentado: Aquellos pacientes que se encuentran en silla de ruedas, personas que tienen dificultad para moverse por sí solos; las zonas afectadas van a ser omoplatos, cresta iliaca- sacro, trocánter-isquion, zona poplíteica, plantas de los pies (30).
- Posición Fowler: Las zonas expuestas son los codos, tuberosidad isquiática, sacro y los talones (30).

**Gráfico 6:** Localización de las úlceras por presión



**Fuente:** Fitzpatrick TB. Dermatología En Medicina General. Ed. Médica Panamericana; 2009. 556 p. (24).

## 2.2.6 FACTORES DE RIESGO

Se considera los factores de riesgo aquellos que provienen del mismo paciente provocando como resultado la aparición de las úlceras por presión.

**2.2.6.1 Factores Extrínsecos:** Son aquellos que pertenecen al mismo paciente.

**Deterioro Cognitivo:** Se refiere a la pérdida de las funciones cognitivas, principalmente la memoria, atención y la capacidad de procesar la información, es un estado en el que se ocasiona el envejecimiento normal (31).

El paciente que se encuentre en estado consciente o alerta se le va a auto educar en los cuidados y en la prevención del riesgo, pacientes desorientado no se puede cuidar por si solo y necesita ayuda por terceras personas, paciente letárgico no se encuentra orientado en tiempo, espacio, persona y no responde a estímulos ni órdenes verbales, el paciente comatoso o inconsciente aquel que se conoce como paciente bajo efectos de sedación, con pérdida de la sensibilidad y conciencia (18).

**Inmovilidad:** Es un factor predisponente para la aparición de las escaras debido a la falta de movimientos de las articulaciones por lo que necesita ayuda por terceras personas debido a su dificultad, no pueden moverse por sí solos; llegando a desencadenar la aparición de las úlceras por presión (27).

Es por ello que el personal de enfermeras valora al paciente al momento del ingreso y durante su estadía mediante la aplicación de escalas previamente establecidas el mismo que valora si el paciente deambula es decir que tiene una actividad y movilidad completa, deambula con ayuda, el paciente necesita ayuda

por terceras personas, si el paciente precisa ayuda se va a encontrar en silla de ruedas y el paciente encamado tiene dificultad de movilización debido a politraumatismos desencadenados de accidentes de tránsito o en algunas ocasiones se encuentra el paciente sedado (18).

**Estado Nutricional:** Farreras, Rozman (29). Indica que el principal factor para la cicatrización de las escaras es un balance nitrogenado.

El estado nutricional deficiente va a causar en la piel y en las mucosas efectos vulnerables debido a que pacientes con un estado nutricional bajo son más susceptibles a la formación de las escaras (27).

La nutrición es el proceso por el cual los nutrientes suplen las necesidades de las células y permiten el desarrollo adecuado de los sistemas proporcionando resistencia adecuada en las actividades cotidianas; mientras que la alimentación son actos voluntarios y de elección que el ser humano consume de acuerdo a los aspectos culturales y sociales (32) (33).

Una alimentación inadecuada conlleva a la pérdida de peso, siendo este un factor predisponente en la formación de las úlceras por presión debido al acercamiento que tiene con el plano óseo, así mismo va a provocar que exista mayor presión hacia los tejidos. Con relación a los obesos existe una mayor presión del cuerpo debido al peso del paciente, lo que desencadena una mala vascularización que da como resultado disminución de oxígeno y nutrientes del tejido (34).

**2.2.6.2 Factores Intrínsecos:** Son aquellos que no dependen del paciente.

**Efectos mecánicos:** Uno de los principales factores es la presión debido a la fuerza que ejerce el cuerpo sobre una prominencia ósea lo que provoca eritema en la zona expuesta, mientras que la fricción se da por factores externos debido al arrastre y roce del cuerpo lo que provoca un ablandamiento del aspecto normal de piel.

**Humedad:** La humedad es provocada por contacto directo y continuo de la piel con el sudor, exceso de cremas hidratantes, líquidos procedentes de drenajes, mala higiene de la piel y la incontinencia urinaria o fecal, resaltando que la orina en el transcurso de horas su alta concentración de urea se convierte en amoníaco, y las heces por las enzimas alteran el pH cutáneo siendo este el

principal medio de proliferación de bacterias, factores que provocan maceración de la piel que desencadena un proceso inflamatorio e irritativo que da como resultado la destrucción de la primera capa de la piel (35).

## **2.2.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN**

### **2.2.8 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN**

Enfermería es vocación de servicio de ejercer actividades que beneficien al usuario valiéndose de la autonomía o dependencia para decidir si es lo correcto, conlleva una gran responsabilidad basándose en principios y ética personal y profesional que mejore la calidad de vida de los pacientes manteniendo el bienestar físico, espiritual, psicológico y social (36).

La enfermería se ha considerado como un arte debido a que se requiere un conjunto de habilidades para realizar con eficiencia las actividades diarias manteniendo siempre la integridad de las personas. Como ciencia necesita conocimientos propios de la rama de salud, es decir que los conocimientos adquiridos a diario en las aulas no son suficientes para nuestro saber, hay que investigar y leer con la accesibilidad a la información es aún más factible realizar estas actividades cotidianas. Como profesión se considera como la combinación de la ciencia y del arte debido a que se necesita demostrar la capacidad que tiene el profesional para reafirmar sus principios de autonomía por lo que hace que el profesional se identifique como un ser independiente, también se requiere de la ética profesional y de principios morales para servir a las personas que necesiten de nuestra ayuda para mejorar la calidad de vida de los pueblos y así prevenir las enfermedades del hombre.

Por lo general se debe identificar las necesidades que presente el paciente con la finalidad de planificar, ejecutar y evaluar las actividades, las mismas que deben ir de la mano calidad-cantidad de cuidados para mantener una vida digna, recordemos que ser Enfermera es una vocación de amor y ayuda a personas que sin ser parte de la familia existe una conexión llamada empatía (37) (38).

## 2.2.9 APLICACIÓN DE ESCALAS

### 2.2.9.1 Escala de Norton

Realizada por Doren Norton en 1962; se ha visto la necesidad de realizar la valoración mediante esta escala debido a que valora los riesgos que el paciente presenta con la finalidad realizar un pre-tratamiento preventivo para evitar las úlceras por presión (39).

Norton valora los siguientes parámetros con puntuaciones de 1 al 4, siendo el 1 un mayor deterioro y 4 un mínimo deterioro (40).

Las puntuaciones son:

- Riesgo muy alto 5-9
- Riesgo alto 10-12
- Riesgo medio 13-14
- Riesgo bajo >14.

Si existe una valoración inferior a 14 va a ser un indicador notorio para la formación de las escaras. El manejo de esta escala ayuda a la enfermera en la aplicación de las actividades diarias por lo que previene que se desarrolle úlceras por presión (41).

**Gráfico 7:** Escala de valoración de Riesgo Norton

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Capaz de Andar	4. Completa	4. No incontinente
3. Regular	3. Apático	3. Necesita ayuda para andar	3. Ligera Limitación	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Utiliza silla de ruedas	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. Encamado	1. Inmovilizado	1. Urinaria y fecal

**Fuente:** Manual Para El Diplomado en Enfermería (ats/due). Temario de Oposiciones Modulo III: Atención Especializada.ebook. MAD-Eduforma; 567 p. (41)

### 2.2.9.2 Escala de Nova

Esta escala al igual que la escala de Norton valora los riesgos que presenta el paciente, con la única diferencia incluye la Nutrición/ Ingesta (42).

Según la puntuación obtenida en esta valoración va tomarse en cuenta del 0 al 3; siendo 0 sin riesgo y 3 riesgo alto (43).

Las puntuaciones van a ser:

- 0 puntos: sin Riesgo
- 1-4 puntos: Riesgo Bajo
- 5-8 puntos: Riesgo Medio
- 9-15 puntos: Riesgo Alto (42).

- **Estado Mental**

**Paciente consciente o alerta:** Paciente al cual se le puede auto-educar sobre los cuidados y en la prevención del riesgo (18).

**Paciente desorientado:** Paciente que no se puede cuidar por si solo y necesita ayuda por terceras personas (18).

**Paciente letárgico:** Paciente que se encuentra desorientado en tiempo, espacio y persona no responde a estímulos ni órdenes verbales (18).

**Paciente inconsciente o comatoso:** Se encuentra con pérdida de la conciencia y sensibilidad es conocido como el paciente bajo efectos de sedación (18).

- **Incontinencia**

**Paciente continente:** Es un paciente que controla sus esfínteres (18).

**Paciente con incontinencia ocasional:** Es un acto involuntario de uno de los dos esfínteres (18).

**Paciente con incontinencia urinaria o fecal:** Aquel que no controla el esfínter vesical o fecal (18).

**Paciente con incontinencia urinaria y fecal:** Aquel que no controla ninguno de los dos esfínteres (18).

- **Nutrición**

**Paciente con nutrición correcta:** Es el paciente que tiene una buena nutrición e hidratación es decir que tiene una buena tolerancia de la dieta (18).

**Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta:** Es la nutrición que tiene una tolerancia y volumen deficiente (18).

**Paciente con nutrición incompleta:** Es aquella que no cubre todas las necesidades mínimas (18).

**Paciente sin ingesta oral:** Es aquella que el paciente puede tener una pérdida importante en el peso (18).

- **Actividad**

**Deambula:** Es aquel paciente que tiene una actividad y movilidad completa (18).

**Deambula con ayuda:** Es aquel paciente que deambula con ayuda externa es decir terceras personas (18).

**Precisa ayuda:** No deambula el paciente se encuentra en silla de ruedas (18).

**Encamado:** Es aquel que tiene alguna dificultad de movilización es decir algún traumatismo y en algunas ocasiones se encuentra sedado (18).

### **2.2.10 CUIDADOS DE LA PIEL**

Se considera que diariamente se valore el estado de la piel como medida de prevención, hacia una lesión debido a la presión que ejerce el cuerpo sobre una prominencia ósea, es por eso que, debe mantenerse con hidratación adecuada con el fin de prevenir irritaciones y daño en la continuación de la piel (44).

La piel del paciente durante el día debe mantenerse limpia, seca con un secado cuidadoso sin fricción; un secado especial en las zonas interdigitales y pliegues debido a que son lugares de proliferación bacteriana, comúnmente se utiliza agua tibia, sablón, y cremas hidratantes no se debe exceder la cantidad de aplicación debido a que producirá humedad por lo llega a originar maceración en la piel.

#### **Hidratación del paciente**

##### **Crema Hidratantes**

En la universidad de Texas el doctor Louis Schleuse en 1945, realizó una crema y se la llamó Lubriderm, una crema extra-humectante se utiliza con el fin de humectar la piel seca y sensible de los pacientes, uno de sus ingredientes

principales es la Vitamina B5 (ácido pantoténico) y humectantes esenciales, clínicamente se ha demostrado que humecta la piel las 24 horas del día (45).

### **2.2.11 MANEJO DE LA PRESIÓN QUE EJERCE EL CUERPO SOBRE PROMINENCIAS ÓSEAS**

Se debe tomar en cuenta la movilización del paciente y el uso de aditamentos que alivien el dolor y mejoren la circulación (29).

#### **2.2.11.1 Movilización del paciente**

La movilización del paciente o cambios posturales por lo general deben realizarse cada 2 a 3 horas por lo que hay que seguir un orden de rotación, pueden servir de apoyo cojines, almohadas, colchones anti escaras y donas, también debemos tener en cuenta que al movilizar al paciente no debemos utilizar la técnica de arrastre ya que este producirá fricción y cizallamiento hacia la piel sino más bien que hay que movilizarle con ayuda de una media sabana; en casos de que no exista ayuda se lo realizará el cambio de posición por lo general girándole al paciente en decúbito lateral ya sea izquierda o derecha (46).

- **Decúbito Supino**

En esta posición se lo colocará al paciente con las piernas y pies ligeramente separados y las manos en posición prono, como bien conocemos con esta posición se pretende proteger primordialmente al sacro, por lo que se colocará una almohada a nivel de los glúteos y así se evitará el eritema de la piel impidiendo que tanto el sacro como el colchón de la cama estén en contacto; se necesita proteger a los talones y los codos de manera que se colocará almohadas o donas dependiendo que, los talones y codos no queden en contacto con la superficie del colchón (47).

- **Decúbito Lateral**

Al paciente se lo colocará en forma lateral sea izquierda o derecha siempre se deberá tener los pies del paciente de forma recta que quede en la misma posición que las piernas; se protegerá de forma lateral completa haciendo que el peso del paciente vaya todo sobre un lado lo que hará que descansa la espalda del paciente, se necesitará el apoyo de almohadas para proteger los trocánteres y la cresta iliaca a su vez incluiremos otra almohada para colocar entre las piernas

protegiendo que roce las rodillas haciendo que una pierna quede flexionada, también se colocará una almohada al espaldar del paciente haciendo que sea de apoyo en la posición que se encuentra (48).

- **Decúbito Prono**

Esta posición por lo general se utiliza de acuerdo a las necesidades de tolerancia del paciente, por lo general se maneja esta posición en intervenciones del recto y de la columna vertebral cabe indicar que se necesita colocar una almohada debajo del abdomen con los brazos flexionados a la altura de los hombros las manos en pronación; apoyar las piernas en una almohada debido a que esto ayuda a que no se presionen los dedos de los pies sobre la superficie del colchón (47).

### **2.2.12 DISPOSITIVOS PARA DISMINUIR LA PRESIÓN QUE EJERCE EL CUERPO SOBRE PROMINENCIAS ÓSEAS**

Estos dispositivos son utilizados con el fin de disminuir la presión que ejerce el cuerpo sobre una superficie tratando de manera efectiva los problemas que conllevan a la piel, por lo general estos instrumentos nos sirven de gran ayuda con la finalidad de evitar la formación escaras, pero se debe tener en cuenta que si son utilizados de forma inapropiada suelen ser perjudiciales para la salud del paciente (49).

Los dispositivos que son utilizados en los centros hospitalarios son de gran ayuda y en un cierto porcentaje efectivos, pero no debe olvidarse que cuando los pacientes tienen o solicitan el alta médica y regresan a los hogares todo lo que se realizó en el centro hospitalario va a disminuir o estancarse, debido a que en casa no cuentan con los aditamentos necesarios e incluso no los cuidan de la misma forma que se los realiza en los centros sanitarios; es por eso que se debe educar a los familiares sobre los cuidados que deben brindar en los hogares a los pacientes con úlceras por presión (49).

A continuación, se describe tipos de colchones utilizados en pacientes con úlceras por presión:

### **2.2.12.1 Colchones Antiescaras**

Son utilizados generalmente para aliviar la presión, suelen ser colchones de espuma, de aire, o de agua algunos son conectados a la electricidad debido que estos colchones mueven el aire a través de todo el espacio del colchón cuando el paciente se acuesta hace que no roce con la superficie del colchón normal más bien hace que este en el aire y va a proteger las zonas de las prominencias óseas (50).

### **2.2.12.2 Colchones de espuma**

La mayoría de los colchones están formados por poliuretano y se diferencia por su forma de distribución, vienen cubiertos por una capa protectora contra la humedad haciendo que si existe un exceso de fluidos permanezcan sobre él, este colchón permite que disminuya la presión que ejerce el cuerpo, por lo que el peso se va a distribuir de las zonas de riesgo (51).

### **2.2.12.3 Colchones de aire**

Está formado por bloques de neopreno y material flexible hace que el aire al momento de que se instale el colchón se distribuya por las celdas lo que hace que exista la cantidad de aire necesario para el paciente; estos colchones son de fácil manejo estos se le colocan encima del colchón normal y hace que exista un índice mínimo de presión sobre las zonas de prominencias óseas del paciente por lo que va a existir una buena circulación (51).

### **2.2.12.4 Colchones de agua**

Este tipo de colchón son parecidos a los del aire, pero este cambia al momento en que se le coloca agua lo que hace que permita la flotación del paciente sobre la cama, este colchón está dotado a un termostato debido a que hay que mantenerlo a una temperatura adecuada, tiene grandes inconvenientes debido a que es de gran peso, el manejo se dificulta al momento de que exista algún pinchazo puede derramar el agua existente del colchón, el cambio de posición suele hacerse complicado (51).

### **2.2.12.5 Colchones de gel**

Estos colchones son hechos de gel viscoso y se adapta al cuerpo es decir que el cambio de posición de paciente va a ser más fácil ya que el colchón se adaptara a la posición que se encuentre el paciente este colchón se lo va a colocar encima

del otro colchón debido a que va a servir como una capa gruesa y va a permitir que exista una mejor distribución del peso del paciente (51).

#### **2.2.12.6 Colchones de silicona**

Estos colchones suelen ser estáticos y neumáticos debido a que tienen mayor parte poliuretano (51).

#### **2.2.12.7 Taloneras y coderas**

Son realizadas de “material absorbente, transpirable, recubierto de tejido blando de algodón”, son utilizadas para proteger los puntos más vulnerables de riesgo es decir los talones y los codos por lo general son de un solo uso (52).

#### **2.2.12.8 Donas**

Las donas o gelatinas son pequeñas y de fácil manejo utilizadas para proteger las zonas más vulnerables donde se ejerza presión sobre el cuerpo suelen utilizarse para los talones, codos, la región escapular y para la cabeza.

#### **2.2.12.9 Almohadas y cojines**

Estos son los materiales que se encuentran a la mano de toda persona y de fácil adquisición son de algodón que ayudan al momento de cambiar de posición al paciente por lo que reduce la presión sobre la prominencia ósea.

#### **2.2.12.10 Cojines para silla de ruedas**

Estos cojines son realizados mediante un relleno de espuma, aire o gel, su función principal es disminuir la presión que se ejerce sobre las prominencias óseas, pero el que, se coloque este tipo de cojín no significa que no tenga la posibilidad de formarse úlceras por presión debido a que esto son dispositivos para disminuir la presión, a estos dispositivos debemos sumarle los cambios de posición que son de gran ayuda debido a que el paciente se mantendrá en diferentes posiciones dejando descansar la posición en la que se encuentre durante horas (49).

### **2.2.13 TRATAMIENTO**

Las úlceras por presión necesitan de curación diaria va a depender del grado que se encuentre la lesión, debemos tener en cuenta que la nutrición del paciente además del aporte calórico debe tener un total de 35% de calorías/kg/día y un

aporte proteico de 1,25-1,50 g/kg/día; además va a depender en gran parte del tratamiento de igual forma la hidratación de la piel del paciente (53).

El tratamiento va a ser individualizado a cada paciente y del grado de estadio en el que se encuentre las úlceras por presión también el éxito de la curación va a depender de la técnica aséptica en la limpieza de la herida y de los cuidados que realice el personal de enfermeras (53).

## **FÁRMACOS UTILIZADOS EN TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

### **2.2.13.1 ANTIBIÓTICOS**

Son medicamentos necesarios para combatir enfermedades infecciosas, es por ello que permiten disminuir la morbi-mortalidad relacionada a patologías relevantes, por lo que resulta necesario realizar diagnósticos entre enfermedades infecciosas de origen bacteriano, fúngico, viral y parasitario con el fin de conllevar una tratamiento adecuado y mejorar la recuperación del paciente (54).

**Definición:** Son sustancias potentes que combaten infecciones bacterianas, inhiben el crecimiento y reproducción bacteriana y otros microorganismos (55).

#### **Mecanismo de acción:**

- Actúan como bacteriostáticos, provocan la muerte de microorganismos del transcurso infeccioso inhiben la síntesis de la pared celular bacteriana, debilitando la pared que da como resultado lisis osmótica (56).
- Impiden la síntesis de ácidos nucleicos, alteran el metabolismo energético y la síntesis de ácido fólico alterando la membrana citoplasmática (57).

**Efectos Adversos:** El principal efecto es el rash alérgico, fiebre seguida de ototoxicidad, nefrotoxicidad en pacientes con disfunción renal o en oliguria, hipotensión, náuseas, vómitos, molestias gastrointestinales, cefalea y reacciones de hipersensibilidad de aparición inmediata o tardía con gravedad variable en casos de penicilinas (58).

## **Clasificación:**

- **Betalactámicos:** Está formada por la familia más extensa de los antimicrobianos y su escasa toxicidad. En esta clasificación se encuentra las penicilinas que son empleados para infecciones de bacterias Gram positivas, negativas y espiroquetas. Existen penicilinas naturales, de amplio espectro, asociadas a inhibidores de betalactamasas, estables a la penicilina estafilocócica.
- **Cefalosporinas:** Son altamente nocivos, escasa toxicidad son antibióticos de primera línea en infecciones como la neumonía, piel, meningitis, sepsis e infecciones hospitalarias. existen cuatro generaciones; en la primera generación actúa sobre Streptococcus y Staphylococcus aureus, en la segunda generación actúa enterobacterias, H. Influenzae Moraxella, en la tercera generación actúa sobre Neisseria Gonorrhoeae, streptococcus pneumoniae.
- **Carbapenemes:** Antibióticos de mayor espectro, resistencia y actividad actúan contra gonococo, enterobacter, salmonella, shigella, meningococo, Klebsiella usados en infecciones del tracto respiratorio, sepsis urinaria, meningitis.
- **Monobactames:** Activos contra el gonococo, enterobacter, salmonella, shigella, meningococo, Escherichia Coli, dentro de esta clasificación tenemos aminoglucósidos, quinolonas, macrólidos, glicopéptidos, lincosamidas (59).

## **Antibióticos utilizados en el servicio de clínica 2 y 3**

**Cefazolina:** 1gr Antibiótico Cefalosporinico, indicado en infecciones de la piel, tejido subcutáneo, aparato respiratorio, tracto urinario es de acción bactericida inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana (60).

**Ceftriaxona:** 1gr Antibiótico, indicado en infecciones de la piel, óseas, articulares, heridas infectadas e infecciones abdominales, la ceftriaxona presenta in vitro de amplio espectro hacia microorganismos grampositivos y gramnegativos (60).

**Cefepime:** 1gr Antibiótico del grupo de las cefalosporinas de cuarta generación indicado en infecciones de la piel, estructuras dérmicas, vías urinarias, vías respiratorias inferiores, bactericida con un amplio espectro de actividad contra una las bacterias grampositivas y gramnegativas (60).

**Oxacilina:** 1gr Antibiótico bactericida del grupo de las penicilinas semisintéticas indicado para infecciones de la piel, respiratorias, genitourinarias, óseas, articulares y tejidos blandos su mecanismo de acción es parecido al resto de las penicilinas actuando sobre la pared celular e inhibe una serie de enzimas en la pared celular bacteriana (60).

**Ciprofloxacino:** 200mg Antibiótico bactericida de amplio espectro indicado infecciones de la piel, tracto genitourinario, vías respiratorias, gastrointestinales amplio espectro bactericida inhibe la enzima ADN impidiendo la replicación (60).

**Claritromicina:** 500mg Antimicrobiano indicado en infecciones de la piel, tejidos blandos, tracto respiratorio superior e inferior causadas por microorganismos sensibles, erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con úlceras gástricas y duodenales (60).

**Clindamicina:** 150mg Antibiótico indicado en infecciones respiratorias graves, la piel, tejidos blandos, heridas infectadas, abscesos, celulitis, tiene un efecto bacteriostático inhibe la síntesis de las bacterias susceptibles por fijación a la subunidad del ribosoma bacteriano (60).

**Imipinen:** 500mg Antibiótico Betalactámico indicado en infecciones intra-abdominales, tracto respiratorio, ginecológicas, septicemia, infecciones del tracto genitourinario, infecciones de la piel y tejidos blandos actúa como un potente inhibidor de betalactamasa de bacterias gramnegativas son resistentes a la mayoría de antibióticos se los considera bactericidas (60).

**Amikacina:** 100mg Antibiótico bactericida aminoglucósido indicado en septicemia, infecciones tracto respiratorio, meningitis, infecciones complicadas de la piel, tejidos blandos y osteoarticulares e infecciones post-quirúrgicas tiene una acción bactericida por lo que impide la lectura del ARN conduciendo a la bacteria a la imposibilidad de sintetizar las proteínas provocando la muerte bacteriana (60).

**Ampicilina más Sulbactam IBL:** 1.5 gr Antibiótico Betalactámico indicado en infecciones causadas por microorganismos sensibles, tracto respiratorio, septicemia bacteriana, infecciones de la piel, tejidos blandos, huesos y articulaciones e infecciones gonocócicas es un bactericida que actúa contra

organismos sensibles durante la multiplicación bloquea la biosíntesis de los mucopeptidos de la pared celular (60).

**Vancomicina:** 500mg Antibiótico indicado para pacientes alérgicos a las penicilinas, infecciones causadas por microorganismos sensibles, enfermedades en las que ha fallado otros tratamientos en infecciones óseas tracto respiratorio, piel, tejidos blandos, septicemia, tratamiento preventivo en el drenaje quirúrgico de abscesos por estafilococos es bactericida y ejerce sus efectos uniéndose los precursores de la pared celular de las bacterias, impidiendo la síntesis (60).

### 2.2.13.2 ANALGÉSICOS

Se define como antiálgicos fármacos idóneos de calmar o suprimir el dolor (61).

#### **Mecanismo de acción:**

- Acción analgésica los AINES cumplen su mecanismo de acción mediante la inhibición de la síntesis de las prostaglandinas a nivel espinal y cerebral que da como resultado una agresión o lesión tisular lo que contribuye al bloqueo de las prostaglandinas aumente su acción dolorosa (62).
- Acción Antiinflamatoria va a provocar una vasodilatación local, aumento de permeabilidad capilar, infiltración de leucocitos y fagocitos, interfiere diversas funciones de los neutrófilos, fagocitosis, desgranulación (62).
- Acción antiagregante plaquetaria el ácido acetilsalicílico inhibe el COX de las plaquetas y posterior a eso la síntesis de tromboxano plaquetario que posee una actividad agregante (62).
- Acción antipirética inhibe la síntesis y liberación de las concentraciones centrales de prostaglandinas en el hipotálamo (62).

**Efectos Adversos:** Náuseas, estreñimiento, prurito, a dosis altas depresión respiratoria, dependencia física, alteraciones hormonales manifestadas por irregularidades en el ciclo menstrual que en ocasiones puede desaparecer, disminución de la testosterona en el hombre, disminuye la calcificación ósea (63).

## **Analgésicos utilizados en el servicio de clínica 2 y 3**

**Acetaminofén:** 500mg y 1gr Analgésico, antipirético, antiinflamatorio del grupo de los AINES, indicado para dolores leves a moderados, cefalea, mialgias, aliviar el dolor de osteoartritis, se absorbe rápidamente por lo que tiene concentraciones máximas de 40 a 60 minutos (60).

**Ketorolaco:** 30mg Analgésico, antipirético, antiinflamatorio no esterooidal indicado en dolor leve- moderado, moderado-severo, dolores nociceptivos, postoperatorio, inhibe la actividad de la ciclooxigenasa e impide la formación de prostaglandinas y tromboxanos (60).

**Tramadol:** 100mg Analgésico Opioides indicado en dolores de intensidad moderada a severa, manejo del dolor de origen tumoral, osteoartritis de rodilla o cadera o cuando los AINES no son bien tolerados, inhibe la recaptación de norepinefrina disminuyendo las respuestas motoras y sensoriales del sistema nociceptivo espinal (60).

### **2.2.13.3 SOLUCIONES ANTISÉPTICAS**

**Definición:** Los antisépticos son soluciones que se usan de forma tópica sobre los tejidos vivos con la capacidad de destruir los microorganismos o de impedir la reproducción, se utilizan con mayor frecuencia en la piel mucosas y heridas.

- Contiene amplio espectro de acción.
- Actúa rápidamente.
- La acción de duración es suficiente para destruir al microorganismo.
- Garantiza la inactividad del microorganismo (64).

**Povidona:** Se usa como antiséptico y desinfectante es eficaz en esporas y gérmenes se utiliza en concentraciones de 1,5,7,10%; no es irritante suele causar hipersensibilidad en algunos pacientes (64).

#### **Limpieza de la herida**

Debe ser de una manera suave para evitar fricción sobre la piel minimizando la lesión presente en los tejidos, es por ello que se utiliza solución fisiológica y se va

a evitar los antisépticos debido a que son citotóxicos y provoca un retraso en la epitelización (24).

Una de las funciones de la solución fisiológica es mantener el equilibrio de líquidos además se utiliza en la limpieza de heridas, es una solución isotónica al 0,9% por lo que no altera el pH de la piel, ni produce irritación.

### **Desbridamiento**

Esta técnica se utiliza con mayor frecuencia cuando el tejido esta necrótico debido a que se propaga el crecimiento de microorganismos patógenos, estas técnicas por lo general consisten en la aplicación apósitos húmedos con solución salina, se realiza al momento de cambiar los apósitos para despegar lo que esta adherido a la piel con el fin de no provocar dolor al paciente (24).

El desbridamiento cortante se lo realiza con un bisturí y con ayuda de un set de curación con el uso de tijeras u otro instrumento estéril retire el tejido necrótico provocado por una escara, haciendo que el tejido necrótico presente vaya disminuyendo y eliminándose en el transcurso del tiempo y se produzca una mejoría en la lesión, mientras que en el desbridamiento autolítico se utiliza apósitos sintéticos se cubre la herida permitiendo que el tejido necrótico sea absorbido mediante las enzimas que se encuentran presentes en la herida (24).

En el estadio I se deberá disminuir la presión del lugar afectado se deberá colocar medidas locales de ayuda con la finalidad de aliviar la presión para ellos tenemos apósitos que disminuyan la fricción y que permitan observar la lesión, no se adhiera a la piel al momento de retirarlo; en el estadio II, III, IV se deberá realizar el aseo de la herida, desbridamiento de la zona afectada y el tratamiento para prevenir infección a todo estos cuidados también debe incluirse medidas de higiene y confort con la respectiva hidratación del paciente para prevenir aparición de la escara (53).

#### **2.2.14 APÓSITOS**

Los apósitos cumplen un papel importante en la curación de las úlceras por presión en primer lugar protegen las heridas, ayudan en la cicatrización de la misma protegen contra agentes externos y previenen infecciones.

## **Tipos de apósitos**

### **2.2.14.1 Apósito de Alginato Cálxico**

Este apósito tiene una gran capacidad de absorción, se mantiene húmedo al momento de desprenderlo con la piel, reduce el sangrado, indicado para heridas con exudado moderado y se utiliza en heridas infectadas puede durar hasta 7 días (53).

### **2.2.14.2 Apósito Hidrocoloide**

Es un apósito absorbente de exudado presente en la herida de la úlcera por presión este apósito actúa como capa protectora se utiliza para exudado ligero a moderado se debe tener en cuenta que este apósito no debe ser utilizado en quemaduras y en heridas infectadas debido a que este se adhiere a la piel y puede lesionar aún más la herida (53).

### **2.2.14.3 Apósito de Hidrogel**

Su componente principal es el agua 70%-90% pero también tiene otros componentes como propilenglico, alginato, carboximetil van a ayudar al desbridamiento autolítico, hidrata la herida, absorben los tejidos esfacelados y exudados estimula la cicatrización de la herida su presentación es en láminas se cambiará el apósito cada 24 horas y va a depender si existe una gran cantidad de exudado presente en la lesión (65).

### **2.2.14.4 Apósito Hidrocelular**

Estos apósitos no se adhieren a la lesión de la úlcera por presión se absorbe con una capacidad elevada además sirve de protección bacteriana e impermeable sirve para heridas en fase de granulación y exudativas suelen adherirse a la piel y provocar maceración en la piel alrededor de la lesión ulceral (53).

### **2.2.14.5 Apósito Transparente de Poliuretano**

Este apósito es impermeable, sirve de barrera bacteriana se utiliza para heridas superficiales, en la limpieza de las úlceras por presión protección de bolsas de ostomía y estomas que dura 14 días (53).

## **2.2.15 HOSPITAL**

### **2.2.15.1 Definición de Hospital**

Es un establecimiento destinado a brindar asistencia y atención a pacientes que necesitan cuidado para mejorar la salud, en el realizan tratamientos por personal facultativo, funciona durante las 24 horas y los 365 días del año; siendo una institución necesaria en una sociedad (66).

### **2.2.15.2 Descripción del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga (IESS)**

**Antecedentes:** La seguridad social se creó con el fin de brindar atención a la población con problemas de salud comunitaria, en 1938 se independizó y se consiguió hacer hospitalización; con el transcurso del tiempo los requerimientos aumentaban en tal punto que no se daban abasto, por lo que los funcionarios ejecutaron la elaboración de un nuevo local, el 3 de Noviembre 1969 funcionaria como el Hospital Regional con la capacidad de 150 camas, en ese entonces prestó sus servicios a los afiliados en Consulta Externa, UCI, Hospitalización; el número de afiliados aumento con el Seguro Campesino y Afiliados Voluntarios, el 30 de Julio de 1990 el comité autorizó la reconstrucción del Hospital el mismo que se encuentra ubicado en las calles Av. Rayoloma, Cuzco, Popayán y Pacto Andino ubicada al suroeste de Cuenca con una capacidad de 300 camas, el 28 de Mayo de 1998 el Hospital fue bautizado en honor al benemérito galeno Doctor José Carrasco Arteaga (67).

**Misión:** Proteger a las personas aseguradas en contingencias de enfermedades y en la maternidad a través de procesos de aseguramiento en servicios médico-asistenciales y entrega de servicios de salud con calidad, oportunidad, solidaridad, eficiencia, eficacia, universalidad y equidad. El Seguro General de Salud Individual y Familiar entrega servicios de salud en unidades ubicadas en las provincias del país y prestadores externos que tienen convenios con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (67).

**Visión:** Ser una organización de protección en salud especialmente a las familias ecuatorianas que garantice el derecho a servicios integrales de salud oportunos, eficientes y sustentables durante toda la vida de los asegurados bajo los principios de solidaridad y equidad (67).

### **2.2.15.3 El servicio de clínica 2 y 3**

El servicio de clínica 2 y 3 del Hospital José Carrasco Arteaga el personal de salud brinda una atención sanitaria, personalizada, integral, de calidad y ofertan servicios adecuados a las necesidades de los pacientes.

Se encuentra ubicado Clínica 2 en el cuarto piso en el bloque derecho y clínica 3 se encuentra ubicado en el sexto piso en el bloque izquierdo cuenta con; médicos especialistas gastroenterología, cardiología, endocrinología, nefrología y medicina general quienes atienden a pacientes distribuidos de la siguiente forma en el área de clínica 2 con un total de 29 camas y en el área de clínica 3 con un total de 30 camas; se asila de acuerdo a la demanda de pacientes no existe un número determinado de salas para cada sexo.

### **2.2.15.4 Descripción de la Unidad**

El área de clínica 2 se compone de 29 camas; hay 2 salas de aislamiento individuales y una sala de cuidados intermedios con 3 camas en la habitación.

En el área de clínica 3 tenemos un total de 30 camas; con 3 salas de aislamiento individual para los pacientes en esta sección. La estación de enfermería se encuentra ubicada en el centro de cada bloque de las áreas de clínica 2 y 3 del Hospital José Carrasco Arteaga.

### 2.2.15.5 Estructura Orgánica

Tabla 1: Estructura del Personal

Área de Clínica 2	Área de Clínica 3
<p><b>Enfermeras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Enfermeras</li> <li>• 1 Jefa de área</li> </ul>	<p><b>Enfermeras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Enfermeras</li> <li>• 1 Jefa de área</li> </ul>
<p><b>Internas de Enfermería</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Internas de Enfermería</li> </ul>	<p><b>Internas de Enfermería</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Internas de Enfermería</li> </ul>
<p><b>Auxiliares de Enfermería</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Auxiliares de Enfermería</li> </ul>	<p><b>Auxiliares de Enfermería</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Auxiliares de Enfermería</li> </ul>
<p><b>Auxiliares de Servicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Auxiliares de servicio uno fijo en la mañana y otro en la tarde.</li> </ul>	<p><b>Auxiliares de Servicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Auxiliares de servicio uno fijo en la mañana y otro en la tarde.</li> </ul>

**Fuente:** Servicio de Clínica 2 y 3 del Hospital José Carrasco Arteaga.

**Elaborado por:** Tania C. Zhizhpón

### 2.2.15.6 Distribución del personal por turno

Tabla 2: Distribución del personal por turno

Mañana	Tarde	Noche
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Enfermeras</li> </ul> <p>2 Enfermeras para la atención a los pacientes, 1 en Kárdex y la Jefa de Enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Auxiliares de Enfermería</li> <li>• 1 Auxiliar de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Enfermeras</li> <li>• 1 auxiliar de Enfermería</li> <li>• 1 Auxiliar de Servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Enfermera</li> <li>• 1 Interna de Enfermería</li> <li>• 1 Auxiliar de Enfermería</li> </ul>

**Fuente:** Servicio de Clínica 2 y 3 del Hospital José Carrasco Arteaga

**Elaborado por:** Tania C. Zhizhpón

## 2.2.15.7 Anexos

**Tabla 3:** Anexos del Área Hospitalaria

<b>Anexos</b>	
Cuarto de Medicación	Cuarto de baño
Despacho de la Jefa del área	Cuarto de Insumos
Cuarto Sucio	Cuarto de Residentes
Lencería	Sala de preparación al paciente

**Fuente:** Servicio de Clínica 2 y 3 del Hospital José Carrasco Arteaga

**Elaborado por:** Tania C. Zhizhpón

## 2.2.16 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DEL ÁREA

### 2.2.16.1 Entrega y recepción de turno

Es un procedimiento de vital importancia tiene como objetivo dar a conocer la evolución del paciente mantener la continuidad y calidad de los cuidados que aplica el personal de enfermería, es un proceso por medio de la cual intercambian información de forma concisa, relevante y completa se valora al paciente en sentido cefalo-caudal. Es una actividad que se realiza de forma obligatoria en la mañana, tarde y noche (68).

### 2.2.16.2 Higiene del paciente

Baño del paciente: La piel cumple una función principal de defensa del cuerpo humano y se encarga en excretar los desechos mediante el sudor es por ello que las enfermeras realizan prácticas de higiene que guían a un buen cuidado de la piel (69).

#### Tipo de Baños

- **Baño de Esponja:** Este procedimiento lo realiza el personal de enfermeras a pacientes que su condición de salud no lo amerite levantarse de la cama. Para este procedimiento se va a necesitar la ayuda de dos personas, se procederá a preparar el material necesario toallas de baño, limpiones pequeños, lavacaros, jabón, ropa limpia del paciente y cama; el orden para el aseo del paciente iniciará por la cara, cuello, brazos, antebrazos y se terminará con las axilas, tórax anterior, abdomen, piernas, espalda, glúteos, los pies y las manos se le colocará en la lavacara para proceder a la higiene se concluirá con las área perineal y rectal. El

agua de la lavacara se cambiará en varias ocasiones después del lavado manos, pies y previo al lavado de los genitales. El lavado del cabello al paciente se colocará de forma que la cabeza quede fuera de la cama para realizar el previo lavado. Se deberá mantener la privacidad del paciente cubriéndole el cuerpo que no se esté realizando el aseo, se debe secar con movimientos suaves y tener en cuenta el secado en los pliegues.

- **Baño de Tina:** Este procedimiento se utiliza exclusivamente para pacientes que no pueden mantenerse de pie por si solos, pero no se encuentra contraindicado levantarse de la cama; se lo lleva al paciente al cuarto de baño luego se procede a realizar el aseo.
- **Baño de Ducha:** Se encuentra indicado este baño para pacientes ambulatorios, al paciente se lo dejará solo pero si la condición no lo permite se ayudará a bañarlo.

**Aseo de Cavidades:** Es un procedimiento de vital importancia el cuidado de los ojos, boca, oídos y nariz para mantener un buen estado de salud.

### 2.2.16.3 Control de signos vitales

Los signos vitales son las actividades que se ejecutan con mayor frecuencia por el personal de salud se realiza diariamente por varias ocasiones de acuerdo al estado del paciente. Los signos vitales: Temperatura, Respiración, Pulso y Tensión Arterial evalúa el estado de salud de cada paciente, esta valoración constituye un punto importante en la evolución del paciente (70).

**Temperatura:** Se lo define como el efecto calórico de los procesos metabólicos que lo realiza el cuerpo humano (70).

**Frecuencia Respiratoria:** Se lo considera como el número de ciclos respiratorios que realiza una persona en un minuto, existen dos procedimientos en los que se puede medir la frecuencia respiratoria, la observación valora el número de ciclos respiratorios en un minuto y la palpación se realiza cuando la observación es incorrecta (70).

**Frecuencia Cardíaca:** Se refiere al número de latidos del corazón transcurridos en un minuto, debe palpa la arteria con la yema de los dedos, los sitios más frecuentes en la toma de la frecuencia cardíaca es la radial, cubital, carotideo, femoral, braquial, tibial, pedio, poplíteo (70).

**Tensión Arterial:** Se la considera la fuerza que ejerce la sangre en el torrente circulatorio durante el ciclo cardíaco (70).

#### **2.2.16.4 Venopunción periférica**

Este procedimiento es una técnica invasiva que permite obtener una vía hacia el sistema vascular del paciente, tiene acceso a la circulación venosa periférica o central, mediante esta vía se administra medicación, sueroterapia, entre otros; al pasar los fármacos prescritos por el médico a través de la cánula intravenosa suele causar hematomas, tromboflebitis no graves para el paciente, pero si intolerables (71).

Se utiliza este procedimiento para restablecer el equilibrio ácido base, administración de medicación, transfusiones sanguíneas y la nutrición parenteral.

**Valoración del lugar de punción:** Los sitios más utilizados para la terapia intravenosa se los localiza en la zona distal, entre los que tenemos dorsales metacarpianas, radial, cubital, basilíca media, cefálica yugular externa (71).

#### **2.2.16.5 Administración de Medicamentos**

Es una actividad en la cual el personal sanitario proporciona al paciente el medicamento correcto y garantiza la seguridad del paciente (72).

Se administrará de acuerdo a la aplicación de los 10 correctos: paciente correcto, hora correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, fecha de caducidad correcta y el registro de los medicamentos yo preparo, yo administro, yo registro, yo respondo.

#### **Vías de Administración**

- **Enteral:** Oral, sublingual y rectal
- **Parenteral:** Muscular, intravenosa, intradérmica, subcutánea
- **Tópica:** Cutánea, mucosas, transdérmica
- **Vía Enteral**

**Vía Oral:** Es un procedimiento por el cual se administra un medicamento por la boca y se absorbe en la mucosa gastrointestinal.

**Vía Sublingual:** El medicamento prescrito se lo va a colocar debajo de la lengua.

**Vía Rectal:** Consiste en la colocación de la medicación en el interior del recto esta vía por lo general se utiliza en situaciones que no se puede usar la vía oral.

- **Vía Parenteral**

La vía parenteral es la vía de mayor elección en los centros hospitalarios, se va a colocar el medicamento atravesando las capas de la piel de tal manera que la medicación ingrese al torrente sanguíneo. Es por ello que en la vía intramuscular (IM), vía subcutánea (SC), vía intravenosa (IV), vía intradérmica (ID) (73).

- **Vía Tópica**

Es un procedimiento por el cual se aplica un medicamento en la piel o en las mucosas cuya acción se efectúa en el sitio de aplicación.

**Vía Cutánea:** Son medicamentos que se aplican en la piel y son absorbidos.

**Vía Transdérmica:** Son medicamentos que se administran a través de la superficie cutánea a la superficie sistémica, se alivian los dolores crónicos.

**Vía Mucosa:** Se aplica el fármaco a nivel de la mucosa ya sea para generar un efecto terapéutico local o aliviar el dolor por vía sistémica, entre ellas tenemos vía nasal, óticas.

#### **2.2.16.6 Control de Ingesta y Eliminación**

Es una actividad indispensable y esencial que realiza las enfermeras y auxiliar para calcular el balance hídrico de los pacientes y así determinar si existe o no una sobrecarga de líquidos, en el control de ingesta y eliminación se cuantifica la cantidad de: vómitos de diferente etiología, diuresis, diarreas eliminados por el paciente y también los líquidos administrados.

#### **2.2.16.7 Reportes de Enfermería**

Sirven de respaldo del personal y la institución sobre la evolución del paciente en caso de acciones legales. Los reportes de enfermería son realizados con el fin de dejar una constancia virtual o escrita de la evolución del paciente y se lo reporta verbalmente en la entrega de turnos la estructura del reporte de enfermería es mediante la valoración cefalo-caudal del paciente y los aspectos de relevancia durante el turno.

### **2.2.16.8 Transferencias e Ingresos de pacientes**

**A diferente especialidad:** El personal de enfermeras debe llevar a cabo las diferentes funciones valoración de los signos vitales en el momento del ingreso y egreso del área, vigilar que la higiene del paciente sea la adecuada, verificar que la medicación prescrita se encuentre administrada y registrada, enviar las pertenencias del paciente y entregar todos los exámenes complementarios, comunicar al paciente que va a ser trasladado a otra área, realizar un reporte de enfermería en el que detalle cómo se encuentra el paciente al momento de su traslado.

**A quirófano:** La enfermera encargada de realizar Kárdex tiene la responsabilidad de confirmar al médico la realización del procedimiento quirúrgico, se coordinará con la enfermera del quirófano la hora correspondiente para pasar a dicha área, se le indicará el tipo de cirugía a realizarse y la preparación; verificar en sistema AS400 las indicaciones prescritas por el médico y comunicar sobre la administración del antibiótico al momento de la transferencia y revisar que la historia clínica del paciente se encuentre completa, la responsabilidad de la enfermera que se encuentra a cargo de la atención de los pacientes deberá preparar el campo operatorio de acuerdo a la cirugía, tener en cuenta la higiene del paciente observando en caso de las mujeres no se encuentre con esmalte y maquillaje debe ir canalizada con un catéter número 18 en el brazo izquierdo, constatar que la medicación se encuentre registrada, enviar todos los exámenes complementarios necesarios y brindarle apoyo emocional al paciente.

**A la unidad de cuidados Intensivos:** La enfermera que se encuentra asignada en kárdex deberá constatar que el personal médico haya prescrito la transferencia del paciente a la unidad de UCI aquí coordinará con la enfermera de UCI disponibilidad de camas y se indicará la condición del paciente, diagnóstico, edad y antecedentes se comunicará si el paciente está sometido a ventilación mecánica y reportará los signos vitales. La enfermera de turno debe valorar los signos vitales, la higiene, y registrar en la hoja única de medicación los fármacos administrados, entregar a los familiares las pertenencias enviar los exámenes complementarios.

**Alta médica:** Luego de que al paciente se le otorgue el alta médica la enfermera asignada a kárdex debe verificar en el sistema la indicación virtual y reportar en el censo virtual y en el libro del alta médica; la enfermera valora los signos vitales al momento del egreso se verifica que toda la medicación prescrita haya sido administrada hasta el momento de retirar los acceso venosos periféricos, brindar educación oportuna acerca de los horarios de administración de los fármacos y los cuidados de enfermería es decir educación post internamiento.

**Traslado a la morgue:** La enfermera encargada de realizar kárdex deberá confirmar la hora exacta de la defunción del paciente, reportar en el censo virtual y en el libro de defunciones el fallecimiento del paciente, se entregará el formulario de defunción al personal médico, luego de que al paciente haya sido otorgado los cuidados post mortem se llamará al personal correspondiente para el traslado del cadáver a la morgue con su respectiva identificación. La enfermera deberá colocarse el equipo de protección personal para el debido amortajamiento, las cortinas de la habitación se cerrarán con el fin de hacer menos traumático el ambiente para el resto de pacientes, se debe retirar todo tipo de sondas, vías con la finalidad de que el paciente quede libre de cualquier dispositivo invasivo, colocar apósitos secos en cualquier herida o puntos de drenaje, se deberá colocar gasas o algodón en caso de derrame de líquidos corporales (oídos, fosas nasales, y cavidad bucal), se realizará un rótulo en el cual indica datos personales del paciente, edad, diagnóstico y hora de fallecimiento, luego se realizará la limpieza y desinfección exhaustiva terminal de la unidad.

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**Asepsia:** Procedimiento libre de gérmenes (74).

**Calidad:** Es un conjunto de actividades en el que se brinda un buen servicio en una institución en beneficio de otras personas (74).

**Cuidado:** Se considera que es la esencia de ayudar a las personas que requieran, debido a que se debe mantener la vida, asegurando la satisfacción del paciente (75).

**Desbridar:** Consiste en eliminar el tejido necrótico de una parte del cuerpo (76).

**Desmosomas:** Son estructuras celulares que se adhieren a células vecinas (77).

**Estadio:** Periodo o fase de un proceso en diversas situaciones (74).

**Heridas Crónicas:** Se la considera herida crónica porque su tratamiento requiere de tiempos prolongados de curación ya que la continuidad de la piel es producida por la pérdida de sensibilidad (78).

**Higiene:** Es un procedimiento que se realiza a diario para conservar la salud (76).

**Prominencia Ósea:** Es cierta estructura que se encuentra localizada sobresaliendo alguna parte del cuerpo (79)

**Tuberosidad Isquiática:** Es un abultamiento óseo del isquion y la parte inferior del hueso coxal, se extiende desde el sacro y el cóccix hasta las tuberosidades isquiáticas forman la parte inferior de la pelvis (80).

**Escala de Norton:** Valora el riesgo del paciente que padece úlceras por presión mediante parámetros del estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia (39).

**Escala de Nova:** Valora el riesgo del paciente que padece úlceras por presión con la tipificación de varios parámetros el estado mental, incontinencia, nutrición y actividad (43).

## **CAPITULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Evaluar los cuidados aplicados por el profesional de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el periodo Septiembre 2017 - Febrero 2018.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Describir las medidas requeridas en la ejecución del cuidado de las úlceras por presión.
- Valorar en el personal profesional de enfermería la aplicación de las escalas de Norton y Nova en el cuidado de pacientes con úlceras por presión.
- Determinar si los cuidados aplicados por el personal profesional de enfermería en pacientes con úlceras por presión influyen en la evolución de la lesión.

## **CAPITULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1 Diseño general del estudio**

##### **4.1.1 Tipo de estudio**

Es un estudio aplicado cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal. Se trata de una investigación aplicada porque busca la generación de un nuevo conocimiento; de enfoque cuantitativo, descriptivo ya que permite analizar y evaluar los cuidados aplicados por el profesional de enfermería hacia el paciente con úlceras por presión, se pretende además definir los datos obtenidos; a través de la población a la que se aplicará una ficha observacional, y de corte transversal ya que se estudiará a la población en un momento determinado lo que permitirá la extracción de conclusiones.

##### **4.1.2 Área de investigación**

El trabajo investigativo se realizó en el área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

##### **4.1.3 Universo de estudio**

El universo está constituido por el personal profesional de Enfermería del área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

##### **4.1.4 Selección y tamaño de la muestra**

Muestra no probabilística consecutiva y correspondió al total del personal profesional de Enfermería del área de Clínica 2 y 3 del Hospital José Carrasco Arteaga.

##### **4.1.5 Unidad de análisis y de observación**

Enfermeras profesionales del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga y que cumplieron con los criterios de inclusión.

##### **4.1.6 Tipo y diseño de investigación**

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal.

#### **4.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

##### **4.2.1 POBLACIÓN**

La población está constituida por 32 profesionales de Enfermería del área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

#### **4.2.2 MUESTRA**

En la presente investigación se trabajó con la totalidad de la población que corresponde a 32 profesionales de Enfermería quienes realizaron 90 procedimientos en el área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga a 12 pacientes con úlceras por presión durante la aplicación de la ficha de observación.

#### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **4.3.1 Criterios de inclusión**

Enfermeras que laboren en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, que trabajen en el área de clínica 2 y 3, que hayan realizado curaciones a los pacientes con úlceras por presión y que previamente hayan firmado el consentimiento informado.

##### **4.3.2 Criterios de exclusión**

Enfermeras que no hayan firmado el consentimiento informado, que no realice curaciones y que no labore en el área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

#### **4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN**

##### **4.4.1 Método**

Se utilizó el método deductivo por medio de la cual permitió lograr los objetivos propuestos, verificar las variables planteadas y estudiar el problema de los cuales se extraen ideas que nos aproxima al alcance de la realidad de la situación problemática planteada.

##### **4.4.2 Técnica**

Ficha de observación previamente estructurada por parte de la persona investigadora dirigida al personal profesional de Enfermería del área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

##### **4.4.3 Instrumento**

Formulario de la ficha de observación que se basó en indicadores de variables socio-demográficas como edad, sexo del personal profesional de enfermería, años de experiencia laboral y de selección múltiple preguntas propias del estudio.

#### **4.5 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez recolectados los datos se procesó en el programa estadístico SPSS versión 23 y en Microsoft Excel donde se realizaron tablas, las medidas que fueron empleadas fueron el porcentaje.

Luego de que la información fue recolectada se la analizó, se procedió a tabular los resultados y finalizamos con la elaboración de tablas que facilitan el análisis de los resultados obtenidos a partir de la ficha de observación.

#### **4.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR**

Previo a la investigación se planteó un protocolo, el mismo que fue presentado, revisado y autorizado por el comité de Bioética de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

Se solicitó la autorización pertinente al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga para la aplicación de fichas de observación mediante un oficio emitido por el departamento de secretaría de la Universidad Católica de Cuenca en el cuál se dio a conocer el motivo de ingreso a la institución, se adjuntó el consentimiento informado y la ficha de observación a ser aplicada. Una vez obtenida la autorización se procedió a dar a conocer a las jefas del servicio el motivo de la investigación.

Posteriormente para la recolección de la información se informó en qué consistía el estudio investigativo y se entregó el consentimiento informado al personal profesional de enfermería del área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. El instrumento fue una ficha de observación que constó de variables socio-demográficas y propias del estudio los mismos que fueron entrevistados y observados al personal profesional de Enfermería.

##### **4.6.1 TABLAS**

Se utilizaron tablas simples para alcanzar los resultados y cumplir con los objetivos planteados.

#### **4.6.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS**

Las medidas estadísticas utilizadas fueron medidas de frecuencia y de porcentaje para las variables cuantitativas y cualitativas.

#### **4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS**

Se elaboró un consentimiento informado y se solicitó la aprobación del Comité de Bioética de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

Previo a la realización del estudio se requirió el consentimiento informado del personal profesional de Enfermería el mismo que fue firmado como aceptación de que desean participar en el estudio, se les informó la finalidad del estudio y que la información es estrictamente confidencial.

El manejo de los datos proporcionados en las fichas de observación están basados en principios de igualdad, justicia y confidencialidad para desarrollar la investigación. La información recolectada se utilizó solamente para el análisis y cumplimiento de los objetivos de la investigación y no se dará a conocer a ninguna otra persona que no esté a cargo de llevar este estudio.

#### **4.8 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

**Variables Independiente:** Pacientes con úlceras por presión

**Variable Dependiente:** Cuidados aplicados por el profesional de enfermería.

#### 4.8.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Pacientes con Úlceras por Presión</b>	Los pacientes con úlceras por presión se los considera a aquellos que presentan lesiones que se producen en la piel o tejido subyacente; por permanecer tiempos prolongados en una misma posición	Edad del Paciente	20-39 años 40-59 años >60 años	Numérica
		Sexo del Paciente	Masculino Femenino	Nominal
		Secreción de la úlcera por presión	Escasa Purulenta Hemorrágica Serosa	Ordinal
		Infección Local	Eritema Edema Dolor Drenaje Tumefacción	Ordinal
		Estadios de las úlceras por presión	Grado I Grado II Grado III Grado IV	Ordinal
		Localización de las úlceras por presión	Región Sacra Omoplato Cadera Codos Talones	Ordinal
		Factores asociados a las UPP	Humedad Incontinencia Encamación	Ordinal

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>Cuidados de Enfermería</b>	Son actividades brindadas al paciente con la finalidad de promocionar, prevenir y recuperar la salud otorgados con conocimientos, habilidades y destrezas para garantizar la calidad de vida del usuario, familia y comunidad.	Edad del personal	20-39 años 40-59 años	Numérica
		Sexo del personal	Masculino Femenino	Nominal
		Medidas de Bioseguridad	Si No	Nominal
		Valoración mediante escalas	Norton Nova	Nominal
		Prendas de protección personal	Mascarilla Guantes Bata	Ordinal
		Curación de las úlceras por presión	Cada 8 horas Cada 24 horas Cada 48 horas Cada 72 horas	Ordinal
		Higiene del paciente	Si No	Nominal
		Medidas de Confort	Colchón Antiescaras Donas Almohadas	Ordinal
		Hidratación de la piel	Crema Hidratante Aceite Vaselinado	Nominal
		Cambios de Posición	< 2 horas 2-3 horas >3 horas	Numérica

## **CAPITULO V**

### **5. RESULTADOS**

#### **5.1 Cumplimiento del Estudio**

El trabajo investigativo se realizó al personal profesional de enfermería del área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca los cuales recibieron la información previa a cerca del estudio investigativo en el cual se respondió a inquietudes que tenían acerca del tema de estudio, así como también se informó que se trataba de una ficha observacional, obteniéndose 90 fichas observacionales

#### **5.2 Características de la Población de Estudio**

Participaron 32 enfermeras del área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, observándose 90 procedimientos realizados por el personal profesional de enfermería en 12 pacientes con úlceras por presión para la elaboración de la base de datos.

### 5.3 Análisis de Resultados

Tabla # 1

#### Edad del personal profesional de Enfermería

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-39 años	22	68,8 %
40-59 años	10	31,2 %
<b>Total</b>	32	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a las fichas observacionales se obtuvo que, 22 enfermeras(os) que representa el 68,8% tienen entre 20-39 años, y 10 enfermeras(os) que representa el 31,2% tiene de 40-59 años. La edad del personal de Enfermeras que predomina son adultos jóvenes.

Tabla # 2

#### Sexo del personal profesional de Enfermería

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	2	6,3 %
Femenino	30	93,7 %
<b>Total</b>	32	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** En relación al sexo del personal profesional de enfermería se pudo observar que 30 enfermeras que equivale al 93,7% son de sexo femenino, y 2 enfermeros que equivale al 6,3% corresponde al sexo masculino.

**Tabla # 3**

**Años de experiencia del profesional de Enfermería**

<b>Años de experiencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
3 a 4 años	6	18,8 %
5 a 6 años	11	34,3 %
Más de 6 años	15	46,9 %
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que; 15 enfermeras igual a 46,9% tienen más de 6 años de experiencia profesional, 11 enfermeras que equivale el 34,3% tienen de 5 a 6 años y 6 enfermeras igual a 18,8% tienen de 3 a 4 años. Lo que significa que las enfermeras que laboran en clínica 2 y 3 tienen más de 6 años de experiencia profesional.

**Tabla # 4**

**Días de estadía del paciente con úlceras por presión asilado en el servicio de clínica 2 y 3**

<b>Estadía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
11 a 15 días	1	8,3 %
16 a 30 días	5	41,7 %
> a 30 días	6	50 %
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los días de estadía del paciente se observó que; el 50% de los pacientes con úlceras por presión su periodo de hospitalización es mayor a 30 días, el 41,7% los pacientes permanecen entre 16-30 días de hospitalización y el 8,3% entre 11-15 días. Lo que significa que el 92% de los pacientes tarda en regenerar y/o mejorar su lesión entre 15 y más de 30 días.

**Tabla # 5**

**Edad del paciente que presenta úlceras por presión**

<b>Edad del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
20-39 años	1	8,3 %
40-59 años	3	25 %
Mayor a 60 años	8	66,7 %
<b>Total</b>	12	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** El intervalo de edad de los pacientes que presentan úlceras por presión en un 66,7% son pacientes de 60 años adultos mayores, seguido en un 25% oscila de 40 a 59 años y en un 8,3% pacientes de 20 a 39 años adultos jóvenes.

**Tabla # 6**

**Sexo del paciente que presenta úlceras por presión**

<b>Sexo del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	8	66,7 %
Masculino	4	33,3 %
<b>Total</b>	32	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** El 66,7% de los pacientes que padecen de úlceras por presión son de sexo femenino y el 33,3% corresponde al sexo masculino.

**Tabla # 7**

**Los pacientes presentan úlceras por presión en:**

<b>Origen</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Domicilio	8	66,7 %
Centro Hospitalario	4	33,3 %
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** El 66,7% de pacientes que presentan úlceras por presión, vienen desde su domicilio mientras que un 33,3% se formaron en el centro hospitalario debido a ingresos anteriores en diferentes servicios.

**Tabla # 8**

**El personal profesional de Enfermería aplica medidas de bioseguridad en el cumplimiento de las actividades diarias**

<b>Medidas de Bioseguridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	73	81,1 %
No	17	18,9 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Se pudo observar que en 73 procedimientos realizados que significa el 81,1% aplican medidas de bioseguridad en el cumplimiento de actividades de cuidado diario como tenemos el lavado de manos, mientras que 17 procedimientos que representa el 18,9% no aplican medidas de bioseguridad correctamente en las actividades diarias.

**Tabla # 9**

**El personal profesional de Enfermería realiza la valoración a los pacientes que ingresan al servicio de clínica 2 y 3 mediante escalas Norton y Nova.**

**Escala de Norton**

<b>Clasificación de Escalas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Riesgo muy Alto: 5-9	25	27,8 %
Riesgo Alto: 10-12	30	33,4 %
Riesgo Medio: 13-14	13	14,4 %
Riesgo Bajo: >14	22	24,4 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Con los resultados obtenidos mediante la aplicación de la ficha se pudo observar que el personal profesional de enfermería que valora al paciente mediante la aplicación de escala de Norton identificaron que, el 33,4% de los pacientes presentan riesgo alto, el 27,8% riesgo muy alto, el 24,4% riesgo bajo y el 14,4% riesgo medio de formación de las úlceras por presión.

**Tabla # 9.1**

**Escala de Nova**

<b>Clasificación de Escalas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Riesgo Bajo: 1-4	22	24,4 %
Riesgo Medio: 5-8	49	54,4 %
Riesgo Alto: 9-15	19	21,2 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Con los resultados obtenidos mediante la aplicación de la ficha se pudo observar que el personal profesional de enfermería que valora al paciente mediante la aplicación de escala de Nova identificaron que, el 54,4% de pacientes presentan riesgo medio, el 24,4% riesgo bajo y un 21,2% tienen riesgo alto de formación de las úlceras por presión.

**Tabla # 10**

**El personal profesional de Enfermería valora los factores asociados en relación a las úlceras por presión.**

<b>Factores asociados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Humedad: Incontinencia	8	8,9 %
Humedad: Drenaje de las úlceras por presión	16	17,9 %
Inmovilidad: Patología	37	41,1 %
Inmovilidad: Prescripción Médica	3	3,3 %
Encamación: 9 a 14 días	9	10 %
Encamación: 15 a 30 días	13	14,4 %
Encamación: Más de 1 mes	4	4,4 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Los factores que deterioran la piel y desencadenan las úlceras por presión el 44,4% es la inmovilidad del paciente, el 28,8% pacientes encamados con diferentes días de asilamiento en la institución y el 26,8% la humedad referida al drenaje de las úlceras por presión y la incontinencia urinaria o fecal factor predisponente a la maceración de la piel.

**Tabla # 11**

**El personal profesional de enfermería usa prendas de protección personal al momento de la curación de las úlceras por presión**

<b>Prendas de protección personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Guantes Estériles	31	34,4 %
Bata y guantes estériles	23	25,6 %
Bata, guantes estériles y mascarilla	36	40 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De los 90 procedimientos observados al personal profesional de enfermería en 36 procedimientos que equivale al 40% usan prendas de protección personal (PPP) completo al momento de curar las úlceras por presión, 31 procedimientos que equivale el 34,4% usa (PPP) únicamente guantes estériles y 23 procedimientos igual al 25,6% usan (PPP) bata y guantes estériles.

**Tabla # 12**

**El personal profesional de Enfermería valora la característica de secreción que produce la úlcera por presión**

<b>Secreción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Escasa	45	50 %
Purulenta	15	16,7 %
Hemorrágica	8	8,9 %
Serosa	11	12,2 %
Profusa	11	12,2 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** En cuanto a la cantidad de secreción que produce la úlcera por presión el 50% la secreción es escasa, el 16,7% purulenta, el 12,2% la secreción es serosa y profusa, un 8,9% hemorrágica. Las úlceras observadas son escasas en cuanto al estadio que presenta la úlcera por presión son de grado I debido a que no hay eliminación de secreción.

**Tabla # 13**

**El personal profesional de Enfermería valora el estadio de las úlceras por presión**

<b>Estadio de las úlceras por presión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Grado I	34	37,8 %
Grado II	28	31,1 %
Grado III	19	21,1 %
Grado IV	9	10 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Los estadios de las úlceras por presión de los pacientes asilados en el área de clínica 2 y 3 del HJCA se determinó que; el 37,8% son de grado I, el 31,1% de grado II, el 21,1% de grado III y el 10% son de grado IV. Se observó que las úlceras por presión que predomina son el grado I.

**Tabla # 14**

**Cada que tiempo el personal profesional de Enfermería realiza la curación de las úlceras por presión**

<b>Curación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cada 8 horas	6	6,7 %
Cada 24 horas	45	50 %
Cada 48 horas	34	37,9 %
Cada 72 horas	5	5,4 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** En las curaciones realizadas por parte del personal de enfermeras se observó que; el 50% lo realizan cada 24 horas, el 37,9% cada 48 horas, el 6,7% cada 8 horas debido a que la úlcera por presión drenaba profusamente y el 5,4% cada 72 horas debido a que la úlcera no drena y se mantiene los apósitos limpios y en buen estado.

**Tabla # 15**

**Cada que tiempo el personal profesional de Enfermería coloca apósitos hidrocoloides en las zonas de las úlceras por presión**

<b>Apósitos hidrocoloides</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cada 8 horas	6	6,7 %
Cada 24 horas	45	50 %
Cada 48 horas	34	37,9 %
Cada 72 horas	5	5,4 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De los 90 procedimientos realizados por el personal profesional de Enfermería se observó que los apósitos hidrocoloides los cambian cada vez que realizan las curaciones, de los 45 procedimientos observados que equivale al 50% los cambian cada 24 horas y 5 procedimientos equivale el 5,4% los cambian cada 72 horas debido a que se mantiene en buen estado el apósito.

**Tabla # 16**

**Cuáles son los sitios frecuentes de formación de las úlceras por presión.**

<b>Zonas de las úlceras por presión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Región Sacra	60	66,7 %
Talones	10	11,1 %
Cadera	20	22,2 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Los sitios de formación de las úlceras por presión en el servicio de clínica 2 y 3; se encuentra con el 66,7% en la región sacra, el 22,2% en la cadera y el 11,1% en los talones.

**Tabla # 17**

**Implementos o aditamentos que usa el personal profesional de Enfermería para brindar confort al paciente con úlceras por presión**

<b>Implementos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Donas	13	14,4 %
Almohadas	32	35,6 %
Colchón Antiescaras	45	50 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** El 50% utilizan colchón antiescaras un implemento que ayuda a disminuir la presión del cuerpo, el 35,6% que utiliza almohadas para alinear el cuerpo en los cambios de posición y el 14,4% utilizan donas en las extremidades que son de gran ayuda para evitar el contacto de la prominencia ósea con la superficie del colchón de la cama.

**Tabla # 18**

**Cuál es la frecuencia con que el personal profesional de Enfermería realice cambios de posición al paciente con úlceras por presión.**

<b>Cambios de posición</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
2-3 horas	49	54,4 %
> 3 horas	41	45,6 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De los 90 procedimientos observados se concluyó que los cambios de posición lo realizan el 54,4% en un intervalo de 2-3 horas y el 45,6% los cambios de posición son mayor a 3 horas.

**Tabla # 19**

**El personal profesional de Enfermería valora diariamente la evolución de la úlcera por presión**

<b>Evolución de la úlcera por presión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Tamaño	28	31,2 %
Color	21	23,3 %
Olor	7	7,8 %
Profundidad	21	23,3 %
Drenaje	13	14,4 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De los 90 procedimientos observados se pudo concluir que el 31,2% valora el tamaño de la úlcera por presión, el 23,3% valora el color y profundidad, el 14,4% drenaje y el 7,8% el olor que presenta la úlcera por presión.

**Tabla # 20**

**El personal profesional de Enfermería inspecciona diariamente la higiene de la piel del paciente con úlceras por presión**

Higiene	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	74,4 %
No	23	25,6 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** En la higiene de la piel del paciente 67 procedimientos realizados que equivale el 74,4% las profesionales de Enfermería si inspeccionan la piel del paciente al momento de dar atención integral en las mañanas se procede a realizar el baño del paciente y las curaciones de las úlceras por presión, mientras que de los 23 procedimientos siendo el 25,6% no lo hacen debido a que en la entrega de turno informan los procedimientos realizados.

**Tabla # 21**

**¿Con que frecuencia se realiza el cambio de ropa de la cama del paciente?**

Ropa	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	28	31,1 %
2 veces	57	63,3 %
3 veces	5	5,6 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Con relación al cambio de ropa de la cama del paciente se observó que 28 procedimientos que equivale el 31,1% lo realizan 1 vez, el 63,3% lo realizan 2 veces y el 5,6% lo realizan 3 veces.

**Tabla # 22**

**El personal profesional de Enfermería usa productos hidratantes y nutritivos**

<b>Hidratación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Crema Lubriderm	51	56,7 %
Aceite Vaselinado	31	34,4 %
Ninguno	8	8,9 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** Los productos más utilizados por el personal profesional de enfermería del servicio de clínica 2 y 3 son; el 56,7% crema lubriderm, el 34,4% aceite vaselinado los dos tiene la finalidad de hidratar la piel del paciente, y el 8,9% no usan productos para hidratar la piel del paciente.

**Tabla # 23**

**Patologías más frecuentes que se asila en el servicio de clínica 2 y 3 asociado a las úlceras por presión**

<b>Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes	7	7,8 %
Enfermedades Respiratorias	40	44,4 %
Problemas Neurológicos	25	27,8 %
Enfermedades Circulatorias	13	14,4 %
Otras	5	5,6 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo determinar que la patología más frecuente son las enfermedades respiratorias en un 44,4%, el 27,8% son pacientes con problemas neurológicos no hay mucha incidencia de esta patología debido a que los pacientes que se observaron fueron pacientes encargados en el servicio por demanda en el servicio de Neurología, el 14,4% enfermedades circulatorias, el 7,8% pacientes diabéticos, y el 5,6% otras patologías de diferente etiología.

**Tabla # 24**

**El personal profesional de Enfermería utiliza equipo de curación para realizar las curaciones de las úlceras por presión**

<b>Equipo de curación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	78	86,7 %
No	12	13,3 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De los 90 procedimientos observados el 86,7% utilizan equipo de curación debido a que es un procedimiento aséptico y las úlceras observadas presentan características purulentas, hemorrágicas, serosas, y profundas mientras el 13,3% no lo usan debido a que algunas úlceras fueron superficiales y no exudativas.

**Tabla # 25**

**El personal profesional de Enfermería utiliza material estéril al momento de curar las úlceras por presión**

<b>Material Estéril</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	77	85,6 %
No	13	14,4 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** En relación al material estéril que utiliza el personal profesional de enfermería se ha observado que el 85,6% si usan material estéril, mientras que un 14,4% no lo hacen debido a que cuando realizan curaciones anteriores queda un sobrante de material y eso se lo utiliza en la siguiente curación.

**Tabla # 26**

**El personal profesional de Enfermería que soluciones utiliza al momento de curar las úlceras por presión**

<b>Soluciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Suero Fisiológico	57	63,3 %
Otros	33	36,7 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** En relación a los procedimientos realizados por el personal profesional de Enfermería las soluciones que utilizan se concluyó que; el 63,3% usan suero fisiológico, y el 36,7% usan otras soluciones como es el agua destilada, los dos se utilizan con la finalidad de limpiar la úlcera por presión y prevenir la proliferación bacteriana.

**Tabla # 27**

**El personal profesional de Enfermería aplica la técnica aséptica en las curaciones de las úlceras por presión**

<b>Técnica aséptica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	80	88,9 %
No	10	11,1 %
<b>Total</b>	90	100%

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De los 90 procedimientos realizados por el personal profesional de Enfermería se pudo observar que un 88,9% si aplican la técnica aséptica de la forma correcta, y un 11,1% lo realizan pero no de la manera que debe llevarse a cabo un procedimiento por un orden preestablecido.

**Tabla # 28**

**El personal profesional de Enfermería valora la evolución de las úlceras por presión diariamente**

<b>Evolución de las úlceras por presión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mejora	36	40 %
Estable	19	21,1 %
Empeora	5	5,6 %
Curada	30	33,3%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha de Observación

**Elaborado por:** Tania Zhizhpón

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados obtenidos mediante los procedimientos realizados por el personal de enfermeras se pudo concluir que, después de las curaciones realizadas durante su estancia hospitalaria se ha visto que el 40% las úlceras por presión han mejorado debido a que el personal profesional de enfermería tiene un checklist en el cual anotan todos los procedimientos realizados al paciente y se valora después de realizar las curaciones, el 33,3% se ha curado satisfactoriamente las úlceras por presión con diferente estadio que presentaba el paciente, el 21,1% las úlceras se encuentran estables es decir se mantienen en la misma fase desde su ingreso, el 5,6% han empeorado las úlceras por presión es decir que en alguna parte no se realizó el cuidado correctamente por lo que hay que tener más énfasis en el cuidado de estos pacientes.

## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito evaluar los cuidados aplicados por el personal profesional de Enfermería a pacientes con úlceras por presión que afectan el deterioro de la piel y por ende la calidad de vida de los pacientes, sobre todo se pretendió identificar las actividades que más realiza el grupo de estudio con los pacientes en mención, así también la valoración de riesgo en la formación de las úlceras por decúbito por medio de escalas. A continuación, se realiza una discusión de los hallazgos encontrados en la presente investigación.

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que las profesionales de enfermería que más procedimientos realizan en un 93,7% son profesionales jóvenes de sexo femenino cuya edad oscila entre los 20-39 años que equivale a un 68,8%; se observó la aplicación de escalas de riesgo en pacientes con úlceras por presión determinándose el riesgo de los pacientes con la escala de Norton en un 33,4% riesgo alto, y la escala de Nova un 54,4% que corresponde un riesgo medio en comparación con otro estudio realizado por Pesantes Masabanda V. (8) sobre la intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a los factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, realizado en la ciudad de Ambato en el 2012 quien determino que el 98% desconocen la valoración mediante las escalas de las úlceras por decúbito.

En relación a las zonas más frecuentes de formación de las úlceras por presión se indica en esta investigación que mediante los procedimientos realizados por el personal profesional de enfermería de las 90 fichas observadas un 66,7% se encuentra en la región sacra, en pacientes adultos mayores de sexo femenino en un 66,7%, en comparación con otro estudio realizado por Tzuc Guardia A. et.al (81) sobre el nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico quienes determinaron que el sitio de aparición de las úlceras por presión en un 46% es la región sacra, en pacientes de sexo masculino con un 62% y oscila en pacientes de 51-60 años en un 36%.

De los resultados obtenidos se puede concluir que los pacientes asilados en el servicio de clínica 2 y 3 que presentan úlceras por presión, el 66,7% proviene de

los hogares en comparación con el estudio realizado por Agreda Soldevilla et.al (82) sobre el estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España 2009, quienes determinaron que el lugar donde se origina las lesiones es el domicilio del paciente en un 77%.

Con respecto a las características de las úlceras por presión relacionado al grado que presentan los pacientes en este estudio, se conoce que los procedimientos realizados por el personal profesional de enfermería en un 37,8% se observó que pertenecen al estadio I, en comparación al estudio realizado por Agreda Soldevilla et.al (82) sobre el estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por presión en España 2009, quienes determinaron que la gravedad de las úlceras por presión se encuentra con un 42% en el estadio II.

De acuerdo a la investigación realizada se puede deducir que la patología asociada a las úlceras por presión, en este estudio se conoce que en un 44,4% corresponde a las enfermedades respiratorias y no neurológicas debido a que en otro servicio se encarga de esa especialidad, en comparación al estudio realizado por Vélez Aracely et.al (83) sobre la prevención de úlceras por presión en adultos mayores del centro gerontológico Guillermina Llor de Moreno realizado en la ciudad de Portoviejo en el año 2015 quienes determinaron que un 71% presentan alteraciones neurológicas.

En cuanto a la valoración de la higiene de la piel del paciente, se ha concluido en esta investigación que de las 90 fichas observacionales realizadas el 74,4% si ejecuta esta actividad, en comparación con otro estudio realizado por Espinoza Herrera M. (84) sobre factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas en pacientes hospitalizados realizado en Lima quien determinó que el personal de enfermeras realiza la valoración de la piel, actúa y lo reporta con un 92%.

En el estudio realizado en la Ciudad de Ambato en el año 2017 por Chiliza Quicaliquin M. (85) sobre el manejo de las úlceras por presión en relación a la valoración del estado de la piel indica que con un 70% si realizan esta actividad debido a que comúnmente está relacionado con pacientes que permanecen encamados por tiempos prolongados.

En relación si el personal profesional de Enfermería valora los factores asociados a las úlceras por presión se comprobó en este estudio realizado que uno de los factores principales en un 44,4% es la inmovilidad en pacientes con afecciones respiratorias y propias de la edad en comparación con el estudio realizado por Espinoza Herrera M. (84) sobre factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas en pacientes hospitalizados en UCI realizado en Lima quien determinó que los factores asociados es la sedoanalgesia que se relaciona a la inmovilidad con un 60% por lo que influye a la formación de las lesiones en la piel del paciente.

Por último con relación a los cambios de posición que realiza el personal profesional de enfermería en este estudio se pudo constatar que de las 90 fichas observacionales el 54,4% realiza cambios posturales de 2-3 horas, además en el cumplimiento de medidas de higiene y confort de los pacientes la enfermera usa productos hidratantes como la crema lubriderm en un 56,7%, en comparación al estudio realizado por Chiluzza Quicaliquin M. (85) sobre el manejo de las úlceras por presión la hidratación al paciente lo realizan con aceite vaselinado en un 70% con el fin de mejorar su cuidado y recuperación.

## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

#### 7.1 CONCLUSIONES

Una vez obtenida la información luego de realizar los análisis e interpretación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El personal profesional de Enfermería del servicio de clínica 2 y 3 si usan las medidas de bioseguridad para brindar la atención al paciente al momento de realizar los procedimientos respectivos lo que contribuye a la prevención de nuevas úlceras por presión.
- El tipo de escalas que usa el personal de enfermería del servicio de clínica 2 y 3 son Nova y Norton con el fin de categorizar los riesgos presentados en el paciente con úlceras por presión, emito que estas dos escalas son instrumentos de valoración de gran importancia debido a que nos ayuda a los profesionales de salud de Enfermería a planificar los cuidados acorde a la condición del paciente.
- Los cuidados aplicados por el personal profesional de Enfermería a los pacientes con úlceras por presión contribuyeron a que, si exista una mejoría en la evolución de las úlceras por presión, los cuidados que realizan lo hacen en base a las normas y protocolos establecidos por la institución de salud.

## 7.2 RECOMENDACIONES

- A la familia y personas cuidadoras de los pacientes con úlceras por presión llevar a cabo y adecuadamente las siguientes actividades: cambios de posición en el tiempo estimado, alimentación, higiene e hidratación adecuada de la piel haciendo énfasis en el área genital en caso de que el paciente use pañal y llevar al control médico en caso de ser necesario.
- Al personal profesional de Enfermería involucrar manera activa al paciente, familia y cuidadores para brindar educación sobre los factores que predisponen a la formación de las úlceras por presión considerando que las úlceras valoradas durante el periodo de estudio vienen formadas desde los hogares. A la vez continuar con el uso de las escalas de valoración de úlceras por presión y medidas de bioseguridad ya que han sido de gran utilidad para prevenir la formación de las úlceras por presión.
- A los estudiantes de la Universidad Católica de Cuenca abordar en un futuro estudios sobre esta temática en hospitales, centros asistenciales y geriátricos ya que los hallazgos encontrados contribuirán a una mejora en la calidad de atención de los pacientes y a la obtención de datos propios de nuestra realidad y población para generar pautas basadas en la prevención y planificación de actividades que ayuden en la atención al paciente con úlceras por presión.

## BIBLIOGRAFIA

1. Valero Cárdenas H, Parra DI, Rey Gómez R, Camargo-Figuera FA. Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2011 [citado 12 de noviembre de 2017];43(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=343835703004>
2. MILLA VMA. CUIDADOS EN ULCERAS POR PRESION PARTE I. Lulu.com; 2012. 35 p.
3. Begoña Elorriaga A, Royo Pascual D. Guia de Cuidados Enfermeros: Úlceras por presión [Internet]. Instituto Nacional de la Salud; 1996 [citado 14 de noviembre de 2017]. Disponible en: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia\\_ulceras.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_ulceras.pdf)
4. Parra DI, Camargo-Figuera FA, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. Enferm Glob. octubre de 2012;11(28):159-69.
5. Martínez-Esparza EH. Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universitat d'Alacant - Universidad de Alicante; 2012 [citado 12 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=64949>
6. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. diciembre de 2014;25(4):162-70.
7. Tesis\_Hernandez.pdf [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24428/1/Tesis\\_Hernandez.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24428/1/Tesis_Hernandez.pdf)
8. Pesantes Masabanda Verónica Elizabeth.pdf [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8354/1/Pesantes%20Masabanda%20Ver%C3%B3nica%20Elizabeth.pdf>
9. Mena M, Calva A, Diaz S, Vargas M, Achi M. Protocolo Úlceras por Presión. SGN-EN-PR-PUB-009. 2016;17.
10. 1080214913.pdf [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/9415/1/1080214913.pdf>
11. Pinto MR. Anatomía, Fisiología e Higiene. Editorial Progreso; 1971. 308 p.
12. Stanley M, Blair KA, Gauntlett Beare P. Enfermería Geriátrica. 3.ª ed. Vol. 3. Mexico: Mc Grw Hill Interamericana; 2009. 388 p.

13. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13.<sup>a</sup> ed. Vol. 13. Madrid, España: Medica Panamericana; 2013. 1296 p.
14. Lesmes JD. Evaluación clínico-funcional del movimiento corporal humano. Ed. Médica Panamericana; 2007. 372 p.
15. Palastanga N, Field D, Soames R. ANATOMÍA Y MOVIMIENTO HUMANO. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO. Editorial Paidotribo; 2007. 616 p.
16. Foraster CF. Dermatología clínica + StudentConsult en español. Elsevier España; 2014. 487 p.
17. Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. Ed. Médica Panamericana; 2009. 1244 p.
18. Porcel JBL. Cuidados auxiliares básicos de enfermería. Editorial Elearning, S.L.; 2011. 353 p.
19. López JFM. Prevención y tratamiento de úlceras y escaras. Editorial Vértice; 2008. 151 p.
20. Arias J. Generalidades médico-quirúrgicas. Editorial Tebar; 2002. 372 p.
21. Temas Prácticos en Geriatria Y Gerontología Tomo i. EUNED; 236 p.
22. La Seguridad del Paciente. Un reto para la asistencia sanitaria. RC Libros; 2012. 156 p.
23. Fernández FJL, Gázquez AE. Salud y prevención. ACCI (Asoc. Cultural y Científica Iberoameric.); 2016. 207 p.
24. Fitzpatrick TB. Dermatología En Medicina General. Ed. Médica Panamericana; 2009. 556 p.
25. Mena Mariana, Calva Anthony, Achig Myrian, Diaz Silvia, Vargas Maribel. Protocolo: Prevención de Úlceras por Presión [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2018]. Disponible en: <http://hcam.iess.gob.ec/wp-content/uploads/ROP/9%20SGC-EN-PR-PUP-009%20Prevenci%C3%B3n%20de%20%C3%BAlceras%20por%20presi%C3%B3n-1.pdf>
26. Arango Salazar C, Fernandez Duque O, Torres Moreno B. Tratado de Geriatria para Residentes [Internet]. 2005 [citado 9 de enero de 2018]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/S35-05%2021\\_II-1.pdf](file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/S35-05%2021_II-1.pdf)
27. ROMERO PDA, LEON SG, ATIENZA JFM, JIMENEZ CS. Técnicas básicas de enfermería. Ediciones Paraninfo, S.A.; 674 p.
28. Sánchez MSZ. Técnicas básicas de enfermería. Ediciones AKAL; 2003. 212 p.

29. Farreras-Rozman. Medicina Interna. XVII. Vol. 1. Barcelona, España: ELSEIVIER; 2012. 2543 p.
30. Auxiliares de Clínica. Personal Laboral de la Generalitat de Valencia. Temario Específico. MAD-Eduforma; 488 p.
31. Álvarez CC. Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años. Univ Santiago de Compostela; 2009. 325 p.
32. OMS | Alimentación sana [Internet]. WHO. 2015 [citado 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
33. González ÚB. EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN EN LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. 3Ciencias; 2017. 32 p.
34. Sancho À, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Aten Primaria. 1 de octubre de 2012;44(10):586-94.
35. d'Hyver C, Robledo LMG. Geriatria. Editorial El Manual Moderno; 2014. 2410 p.
36. Ledesma M del C. Fundamentos De Enfermeria / Nursing Fundamentals. Editorial Limusa; 2005. 380 p.
37. González L, Luz M de la. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. Gerokomos. septiembre de 2007;18(3):33-7.
38. Solar P, Alicia L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Médica Electrónica. diciembre de 2014;36(6):835-45.
39. Ramos A. Compendio médico: Herramientas para una efectiva práctica clínica. Alexander Ramos; 2007. 576 p.
40. Fernández FJL, López FRJ. Gestión y promoción de la salud. ACCI (Asoc. Cultural y Científica Iberoameric.); 2016. 202 p.
41. Manual Para El Diplomado en Enfermeria (ats/due). Temario de Oposiciones. Modulo Iii: Atencion Especializada.ebook. MAD-Eduforma; 567 p.
42. Fuentes PS, Sanz ES, Monge FJC. Enfermería en cuidados críticos. Editorial Universitaria Ramon Areces; 2011. 433 p.
43. Enfermero/a del Servicio Aragonés de Salud. SALUD. Temario. Vol. IV. EDITORIAL CEP; 2017. 867 p.
44. Enfermeros/as. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Temario específico Vol. IV. EDITORIAL CEP; 2017. 617 p.

45. Crema Extra Humectante LUBRIDERM® | LUBRIDERM® [Internet]. [citado 25 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://es.lubriderm.com/productos/crema-extra-humectante>
46. general A mexicana de cirugía. Tratado de cirugía general. Editorial El Manual Moderno; 2016. 5082 p.
47. Manual Practico Para Enfermeria. E-book. MAD-Eduforma; 235 p.
48. Alcántara PR. Fundamentos de Enfermería: prácticas 1o curso. EDITUM; 1991. 130 p.
49. Harvey L. Tratamiento de la lesión medular: guía para fisioterapeutas. Elsevier España; 2010. 317 p.
50. Esperanza M del PS de la. Intervención en la Atención Higiénico-alimentaria en Instituciones. Ideaspropias Editorial S.L.; 2012. 217 p.
51. Pascual Gómez F, Álvarez Badillo A, Torres V, L M<sup>a</sup>. Prevención de las úlceras por presión. Colchones, cojines y protectores antiescaras. Rehabilitación. :447-53.
52. Prevención de riesgos derivados del manejo del paciente. Editorial Vértice; 2011. 411 p.
53. Manual de Enfermeria. II. Vol. 2. España: Oceano Centrum; 2012. 1312 p.
54. Alvo V A, Téllez G V, Sedano M C, Fica C A. Conceptos básicos para el uso racional de antibióticos en otorrinolaringología. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. abril de 2016;76(1):136-47.
55. POSITIVOS C, NEGATIVOS C. LOSANTIMICROBIANOS EN LA PRÁCTICA MEDICA.
56. Suárez C, Gudiol F. Antibióticos betalactámicos. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. :116-29.
57. ARAYA D. ANTIMICROBIANOS: UNA REVISIÓN SOBRE MECANISMOS DE ACCIÓN Y DESARROLLO DE RESISTENCIA. Acta Médica Costarric. 28(2):79–83.
58. ZAMORA. Manual de Enfermeria. 4ta-Edicion ed. Bogota D.C.,Colombia: ZAMORA EDITORES SAS; 1184 p.
59. Clindamicina. Rev Cuba Farm. marzo de 2016;50(1):0-0.
60. Personal Profesional de Enfermeria, Duran C, Torres R, Reinoso C. Vademecum de Bolsillo para Enfermeria. Hospital Jose Carrasco Arteaga Cuenca; 2012. 287 p.
61. Triviño D, José M. Analgésicos. Alivio del dolor. Farm Prof. :36-46.

62. Flórez J. Fármacos y dolor. Majadahonda (Madrid: Ergón; 2004.
63. Efectos secundarios de los fármacos opiáceos cuando se utilizan para tratar el dolor crónico no oncológico a medio o largo plazo | Cochrane [Internet]. [citado 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD012509/efectos-secundarios-de-los-farmacos-opiaceos-cuando-se-utilizan-para-tratar-el-dolor-cronico-no>
64. Bilbao N. Antisépticos y desinfectantes. Farm Prof. :37-9.
65. Barón MG, Barón MG. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Ed. Médica Panamericana; 2007. 870 p.
66. Sánchez CC. La comunicación en el hospital: La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. Comunicacion Social; 2011. 184 p.
67. Seguro de Salud - IESS [Internet]. [citado 2 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.iesgob.ec/es/web/guest/quienes-somos-cobertura>
68. Guevara Lozano M, Maries A, Patricia L. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enferm Glob. 2015;14(37):401–418.
69. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud. España; 2012. 302 p.
70. Ruiz Jara CA. Primeros auxilios y soporte básico en los estudiantes de Primero y Segundo Año de Bachillerato, Paralelo " G" del Colegio Beatriz Cueva de Ayora de la ciudad de Loja, periodo noviembre 2015-julio 2016. [B.S. thesis]. 2017.
71. Vergara T, Véliz E, Fica A, Leiva J, Vergara T, Véliz E, et al. Flebitis infecciosa o no infecciosa: lecciones de un programa intervencional sobre flebitis asociada a catéter venoso periférico. Rev Chil Infectol. agosto de 2017;34(4):319-25.
72. García JMP. La Unidad de Calidad del PCAMI. Ejército Tierra Esp. 2010;(827):46–51.
73. Vía parenteral: 4 formas de administración de inyectables [Internet]. Elsevier España. 2017 [citado 2 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/via-parenteral-4-formas-administracion-inyectables/>
74. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 15 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GjgXtqZ>
75. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Pontificia Universidad Javeriana; 2008. 104 p.
76. terminologia\_medica.pdf [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2017]. Disponible en:

[http://www.studentconsult.es/ficheros/booktemplate/9788445821152/files/terminologia\\_medica.pdf](http://www.studentconsult.es/ficheros/booktemplate/9788445821152/files/terminologia_medica.pdf)

77. Desmosoma - Diccionario términos - DiccionarioMedico.net [Internet]. [citado 18 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.diccionariomedico.net/diccionario-terminos/9316-desmosoma>
78. Martínez López JF. Prevención y Tratamiento de las Úlceras y Escaras [Internet]. España: Vértice; 2008 [citado 18 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=PVNwRMownLAC&pg=PA15&dq=heridas+cronicas&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwioo9KnucnXAhWlQCYKHaGOC5AQ6AEIKTAB#v=onepage&q=heridas%20cronicas&f=false>
79. Hazel M. C. Proceso Evaluativo Musculoesquelético [Internet]. Universidad de Alberta Edmonton Canadá: Paidotribo; 2003 [citado 18 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=HMbD4LFAtbsC&pg=PA188&dq=prominencia+osea&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi0h9SZscnXAhUKJCYKHxInCZAQ6AEIJDA#v=onepage&q=prominencia%20osea&f=false>
80. Vay DL. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA HUMANA. Editorial Paidotribo; 2008. 348 p.
81. Tzuc-Guardia A, Vega-Morales E, Collí-Novelo L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Enferm Univ.* 1 de octubre de 2015;12(4):204-11.
82. Agreda S, Javier J, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos.* junio de 2011;22(2):77-90.
83. RESABALA V, GREGORIA A, SALDARRIAGA BURBANO AP. PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO GUILLERMINA LOOR DE MORENO DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, NOVIEMBRE DE 2015-ABRIL DE 2016 [PhD Thesis]. 2016.
84. Herrera E, Sujeli M. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana, 2007. 2009;
85. Quicaliquin C, Liliana M. Guía educativa y manejo en úlceras por presión en pacientes hospitalizados del servicio clínica y traumatología del Hospital Puyo [B.S. thesis]. 2017.

## ANEXOS

### ANEXO # 1

#### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

#### CARRERA DE ENFERMERÍA

#### FICHA DE OBSERVACIÓN PARA EVALUAR LOS CUIDADOS APLICADOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

**Instrucciones:** El presente trabajo se realizará con el fin de evaluar sobre los cuidados que aplican los profesionales de Enfermería a los pacientes que presenten úlceras por presión.

**Ficha de Observación N°** \_\_\_\_\_

**Fecha de Evaluación:** día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

#### Datos Generales de la Investigación

- **Edad del personal profesional de Enfermería**  
20-39 años  40-59 años
- **Sexo del personal profesional de Enfermería**  
Masculino  Femenino
- **Años de experiencia del profesional de Enfermería**  
1 a 2 años  3 a 4 años  5 a 6 años  más de 6 años
- **Días de estadía del paciente**  
1 a 5 días  6-10 días  10-15 días  15-30 días   
Más de 30 días
- **Edad del paciente que presenta úlceras por presión**  
20-39 años  40-59 años  Más de 60 años
- **Sexo del paciente que presenta úlceras por presión**  
Masculino  Femenino

- Los pacientes que presentan úlceras por presión

Hogares  Centro hospitalario

- El personal profesional de Enfermería aplica medidas de bioseguridad en el cumplimiento de las actividades diarias

Sí  No

- El personal profesional de Enfermería realiza la valoración a los pacientes que ingresan al servicio de clínica 2 y 3 mediante escala de Norton y Nova.

### ESCALA DE NORTON

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Bueno	Alerta	Capaz de andar	Completa	No incontinente
Regular	Apático	Necesita ayudar para andar	Ligera limitación	Ocasional
Malo	Confuso	Usa silla de ruedas	Muy Limitada	Urinaria
Muy Malo	Estuporoso	Encamado	Inmovilizado	Urinaria y fecal

<b>Valoración de Riesgos Escala de Norton</b>	Riesgo muy Alto: 5-9	
	Riesgo Alto: 10-12	
	Riesgo Medio: 13-14	
	Riesgo Bajo: >14	

## ESCALA DE NOVA

Estado Mental	Actividad	Nutrición	Incontinencia
Consciente o alerta	Deambula	Nutrición Correcta	Continente
Desorientado	Deambula con ayuda	Nutrición ocasionalmente incompleta	Incontinencia Ocasional
Letárgico	Precisa ayuda	Nutrición incompleta	Incontinencia Urinaria o fecal
Inconsciente o comatoso	Encamado	Sin ingesta oral	Incontinencia Urinaria y fecal

<b>Valoración de Riesgos Escala Nova</b>	Riesgo Bajo: 1-4	
	Riesgo Medio: 5-8	
	Riesgo Alto: 9-15	
	No Valora	

- El personal profesional de Enfermería valora los factores asociados en relación a las úlceras por presión

Humedad	Inmovilidad
Incontinencia	Patología
Drenaje de las úlceras por presión	Prescripción medica
Pirexia	Estado Nutricional

<b>Encamación Prolongada</b>	0 a 4 días	
	5 a 8 días	
	9 a 14 días	
	15 a 30 días	
	Más de 30 días	

- **El personal profesional de Enfermería usa prendas de protección personal al momento de la curación de las úlceras por presión**

Guantes Estériles  Guantes de Manejo

Bata y guantes estériles  Bata, guantes y mascarilla

- **El personal profesional de Enfermería valora la característica de secreción que produce la úlcera por presión**

Escasa  Purulenta  Hemorrágica  Serosa  Profusa

- **El personal profesional de Enfermería valora el estadio de las úlceras por presión**

Grado I  Grado II  Grado III  Grado IV

- **Cada que tiempo el personal profesional de Enfermería realiza la curación de las úlceras por presión**

Cada 8 hrs.  Cada 24 hrs  Cada 48 hrs  Cada 72 hrs

- **Cada que tiempo el personal profesional de Enfermería coloca apósitos hidrocoloides en las zonas de las úlceras por presión**

Cada 8 hrs.  Cada 24 hrs  Cada 48 hrs  Cada 72 hrs

- **Cuáles son los sitios frecuentes de formación de las úlceras por presión**

Región Sacra  Talones  Codos  Cadera

Omoplato

- **Implementos o aditamentos que usa el personal profesional de enfermería para brindar confort al paciente con úlceras por presión.**

Donas  Almohadas  Colchón Antiescaras

- **Cuál es la frecuencia con que el personal profesional de enfermería realice cambios de posición al paciente con úlceras por presión.**

0-2 horas  2-3 horas  > 3 horas

- **El personal profesional de Enfermería valora diariamente la lesión de la úlcera por presión**

Tamaño  Color  Olor  Profundidad  Drenaje

- **El personal profesional de Enfermería inspecciona diariamente la higiene de la piel del paciente con úlceras por presión**

Sí  No

- **¿Con qué frecuencia se realiza el cambio de ropa de la cama del paciente al día?**

1 vez  2 veces  3 veces

- **El personal profesional de Enfermería usa productos hidratantes y nutritivos**

Crema Lubriderm  Aceite Vaselineado  Ninguno

- **Patologías más frecuentes que se asila en el servicio de clínica 2 y 3 asociado a las úlceras por presión**

Diabetes  Enfermedades Respiratorias  Otras

Problemas Neurológicos  Enfermedades Circulatorias

- **El personal profesional de Enfermería utiliza equipo de curación para realizar las curaciones de las úlceras por presión**

Sí  No

- **El personal profesional de Enfermería usa material estéril al momento de curar las úlceras por presión**

Sí  No

- **El personal profesional de Enfermería que soluciones utiliza al momento de curar las úlceras por presión**

Suero Fisiológico  Yodo Povidona  Otros

- **El personal profesional de Enfermería aplica la técnica aséptica en las curaciones de las úlceras por presión**

Sí

No

- **El personal profesional de Enfermería valora la evolución de las úlceras por presión diariamente**

Empeora

Estable

Mejora

Curada

## ANEXO # 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Estimado participante:

La presente investigación tiene como directora a la Lcda. Lucía Cárdenas Mg's, como asesor metodológico a Q.F Johnny Fabián Vizuela Carpio MgS. y es realizada por Tania Catalina Zhizhpón Quinde estudiante de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, con la finalidad de realizar el trabajo de titulación con el tema **“EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018.”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

**Información del estudio.** - En el estudio se evaluará el cuidado aplicado por el profesional de enfermería en pacientes con úlceras por presión del área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, en el periodo entre Septiembre 2017 – Febrero 2018, esto se llevará a cabo mediante la aplicación de una ficha observacional, en la cual se podrá conocer cuáles son los cuidados aplicados para mejorar la úlcera por presión.

**Beneficios:** La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá evaluar el cuidado que aplica el profesional de Enfermería en pacientes con úlceras por presión.

**Aspectos éticos y legales.** - Este proyecto de investigación ha sido enviado al Comité de Bioética independiente y ha sido aprobado.

**Autonomía.** - Usted acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que ha leído toda la información respectiva de la investigación, que ha

comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar otros profesionales independientemente para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

**Beneficencia.** - Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos del personal de salud que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.

**No maleficencia.** - Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.

**Justicia.** - Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos, objeto de estudio y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

**Confidencialidad.** - De esta forma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima, su nombre y apellido solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardará todas las normas antes establecidas.

**Costos:** Usted no tendrá que pagar nada por su participación en este estudio, ni tampoco recibirá derogación económica.

Yo \_\_\_\_\_, con número de cédula \_\_\_\_\_ he leído la información precedente he preguntado y se me ha respondido de forma satisfactoria, entiendo de que se trata de un trabajo previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería de la Srta. Tania Catalina Zhizhpón Quinde, el trabajo de Titulación se lo define como “Evaluación del cuidado aplicado por el profesional de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el periodo septiembre 2017 - febrero 2018”, entiendo que se me evaluará el cuidado que aplico a los pacientes con úlceras por presión, teniendo en cuenta que la información recolectada va a ser confidencial, no se dará a conocer mi nombre en ninguna parte del estudio y los datos que se obtengan serán presentados siempre en forma general, entiendo esto consiento participar del estudio de mi libre voluntad.

---

Firma

**Anexo # 3**



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**SOLICITUD PARA:**

Beca o ayuda económica, Justificación de faltas, Justificación de pruebas, Justificación de trabajos, Justificación de lecciones, Justificación de prácticas, Licencia eventual, Examen postergado, Examen supletorio, Segunda matrícula, Tercera matrícula, Matrícula especial, Matrícula extraordinaria, Record académico, Hojas certificadas, Examen suficiencia, Tutorías, Rectificación de nombres, Malla curricular, Reposición de título, Otros

Fecha: Cuenca, 27 de Octubre de 2017

Dirigido a: Dra. Susana Peña Cordero  
Decana de la Unidad Académica de Salud y Bienestar

Solicitante: Tania Catalina Zhizhpou Guinde

Carrera: Enfermería

Año/Ciclo: Décimo Ciclo Paralelo: \_\_\_\_\_

Asunto: Aprobación del tema de titulación previa a la obtención del título de Licda. en Enfermería, detallado de la siguiente manera: Evaluación del cuidado aplicado por el profesional de Enfermería en pacientes con úlceras por presión en el área de clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el período septiembre 2017-Febrero 2018; el cual fue aprobado por el departamento de titulación y bioética.

Tania Zhizhpou

Solicitante

Constancia de Presentación.- Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Resolución: \_\_\_\_\_

Valor \$ 5,00

Nº 0093333



Cuenca: Av. de las Américas v Tarqui. Telf.: 2830751. 2824365. 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero"

## Anexo # 4

Cuenca, 6 de diciembre del 2017

Dr. Wilson Gerardo Campoverde Barros  
COORDINADOR DEL COMITÉ DE BIOÉTICA

### SOLICITO:

Yo **TANIA CATALINA ZHIZHPON QUINDE** estudiante de titulación me permito dirigirme a usted para pedirle y solicitarle de la manera más considerada que se me conceda la revisión del protocolo presentado con el tema: **EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018**, el mismo que fue revisado y aprobado por la directora de tesis la Lcda. Lucia del Lourdes Cárdenas Vargas.

Por la atención que dé a la presente reitero mis sentimientos de agradecimiento.



Tania Catalina Zhizhpón Quinde  
Estudiante de titulación  
Unidad Académica de Salud y Bienestar  
Universidad Católica de Cuenca

## Anexo # 5



### UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA

#### ACTA DE APROBACIÓN DE TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN.

En la ciudad de Cuenca, a los 27 días del mes octubre, en la sala 207 de la carrera de enfermería de la Unidad Académica de Salud y Bienestar Universidad Católica, el comité Revisor en su representación la Lcda. Prissila Calderón como Directora de Carrera y el comité de Bioética cuyo representante el Coordinador Dr. Wilson Campoverde Barros dejan constancia de la aprobación del tema de trabajo de titulación detallado de la siguiente manera: **Evaluación del cuidado aplicado por el profesional de Enfermería en pacientes con úlceras por presión en el área de Clínica 2 y 3 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el periodo Septiembre 2017- Febrero 2018;** para su revisión se nombra a la Lcda. Lucia Cárdenas Vargas como tutora e Ing. Johnny Vizuela como asesor metodológico, dado su complejidad será ejecutado por la estudiante Tania Catalina Zhizhpón Quinde, quien acepta realizar el trabajo de forma individual y responsable. El trabajo se realizará de acuerdo al cronograma establecido.

Para constancia de lo actuado firman las partes:

  
Lcda. Prissila Calderón Guaraca, Mgs  
**DIRECTORA DE CARRERA**  
   
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
DIRECTORA DE CARRERA ENFERMERÍA

  
Tania Catalina Zhizhpón Q.  
ESTUDIANTE

   
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
**DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS**  
Dr. COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA  
COORDINADOR DEL COMITÉ DE  
BIOÉTICA

## Anexo # 6



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 08 de diciembre de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018", cuya investigadora principal es la Srta. Tania Catalina Zhizhpon Quinde, y que se encuentra siendo dirigida por la Lcda. Lucía del Lourdes Cárdenas Vargas.

Código: ZQTC3

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,



**DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS**  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA

Dr. Wilson Campoverde Barros  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



## Anexo # 7



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

### UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Oficio Nro. UCACUE-UASB- M- 011-2017-OF  
Cuenca, 08 de diciembre de 2017

#### DIRECCION DE CARRERA DE ENFERMERIA

**Asunto: Autorización para ingreso de estudiantes**

**Señor Doctor:**

Marco Rivera Ullaui

**Coordinador General de Investigación**

**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA**

Su Despacho

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo a nombre de la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, a su vez deseándole éxitos en sus actividades diarias, por medio del presente solicito a usted de la manera más comedida y respetuosa disponer a quien corresponda, se autorice el ingreso del estudiante: ZHIZHPON QUINDE TANIA CATALINA, estudiante de la carrera de enfermería para que pueda realizar el proyecto de tesis "EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA II Y III DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERIODO SEPTIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018" el mismo que está bajo la dirección de la Lcda. Lucia del Lourdes Cárdenas

Por la favorable aceptación al presente, anticipamos mi más sincero agradecimiento.

Con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO.**

  
Lcda. Prissila Calderón G.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

ELABORADO POR:	Lcda. Gloria Cevilla	
REVISADO POR:	Dr. William León	
AUTORIZADO POR:	Dra. Susana Peña C.	



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL  
SERVICIO DEL PUEBLO  
UNIDAD ACADÉMICA DE  
SALUD Y BIENESTAR



DIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERIA

**Manuel Vega y Pío Bravo**  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

Anexo # 8



**IESS**  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN**

**ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN  
PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

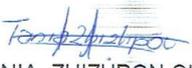
En la ciudad de Cuenca, con fecha 11 de diciembre del presente año, recibo Documento.

FECHA DE RECEPCION	11/12/2017
FECHA DE ACEPTACION	
REVISADO POR:	
TITULO	EVALUACION DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION EN EL AREA DE CLINICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSE CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017-FEBRERO 2018
CONTENIDO	PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	FEBRERO 2018
AUTORES	TANIA CATALINA ZHIZHPON QUINDE CI. 0105926380
CORREO ELECTRONICO	catigaty16@hotmail.com
DIRECCIÓN	RICAUARTE BARRIO LA ASUNCION
TELEFONO	4136970
CELULAR	0980032901

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

  
CLAUDIA CABRERA TORAL

**SECRETARIA**

  
TANIA ZHIZHPON QUINDE

**U. CATÓLICA DE CUENCA**

Av. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino Conmutador: 07 2861500 Ext. 2053 P.O. Box 0101045 Cuenca – Ecuador, Investigación telf: 07 2864898 E-mail: idocenciahjca@hotmail.com

190



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

**ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN  
PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

En la ciudad de Cuenca, con fecha 11 de diciembre del presente año, recibo Documento.

FECHA DE RECEPCION	11/12/2017
FECHA DE ACEPTACION	03/01/2018
REVISADO POR:	<i>h: U. Pinarat</i>
TITULO	EVALUACION DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION EN EL AREA DE CLINICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSE CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017-FEBRERO 2018
CONTENIDO	PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	FEBRERO 2018
AUTORES	TANIA CATALINA ZHIZHPON QUINDE Ci. 0105926380
CORREO ELECTRONICO	catigaty16@hotmail.com
DIRECCIÓN	RICAURTE BARRIO LA ASUNCION
TELEFONO	4136970
CELULAR	0980032901

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

CLAUDIA CABRERA TORAL  
SECRETARIA

TANIA ZHIZHPON QUINDE  
U. CATÓLICA DE CUENCA

Av. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino Conmutador: 07 2861500 Ext. 2053 P.O. Box 0101045 Cuenca – Ecuador, Investigación telf: 07 2864898 E-mail: idocenciahja@hotmail.com

## Anexo # 10



Memorando Nro. IESS-HJCA-CGI-2018-0004-M

Cuenca, 03 de enero de 2018

**PARA:** Sra. Lcda. Sara Argentina Salamea Bravo  
Enfermera Hospital de Especialidades - José Carrasco Arteaga

Sra. Lcda. Oliva Inés Zhunio Wazhima  
Enfermera Hospital de Especialidades - José Carrasco Arteaga

**ASUNTO:** Dar las facilidades a Tania Catalina Zhizhpon Quinde, estudiante de la Universidad Católica de Cuenca

De mi consideración:

La Coordinación General de Investigación, informa a usted, haber autorizado a Tania Catalina Zhizhpon Quinde, estudiante de la Universidad Católica de Cuenca, con el fin de que pueda desarrollar su Investigación, sobre el tema: **EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN EN EL AREA DE CLINICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSE CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017- FEBRERO 2018**, recomiendo dar las facilidades necesarias en su departamento para la ejecución de dicha investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Marco Vinicio Rivera Ullauri  
**COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**

Cuenca, 24 de Noviembre del 2017

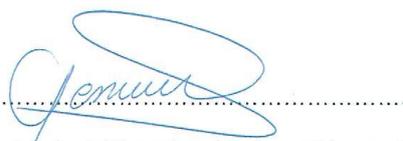
Lcda. Lucía del Lourdes Cárdenas Vargas MG's

Docente de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, en mi calidad de Directora de trabajo de Titulación

**CERTIFICO:**

Que el protocolo: **EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018.**

Presentado por la estudiante: **TANIA CATALINA ZHIZHPON QUINDE**, ha sido revisado por mi persona por tanto queda autorizado para su presentación y aprobación en el departamento de Titulación y Bioética de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca Para el trámite pertinente.



Lcda. Lucía del Lourdes Cárdenas Vargas MG's

Directora de trabajo de Titulación

Unidad Académica de Salud y Bienestar

Universidad Católica de Cuenca

## Anexo # 12

Cuenca, 24 de Noviembre del 2017

Q.F Johnny Fabián Vizuela Carpio MgS.

Docente de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, en mi calidad de Asesor Metodológico del trabajo de Titulación

### CERTIFICO:

Que el protocolo: **EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018.**

Presentado por la estudiante: **TANIA CATALINA ZHIZHPON QUINDE**, ha sido revisado por mi persona por tanto queda autorizado para su presentación y aprobación en el departamento de Titulación y Bioética de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca para el trámite pertinente.



Q.F Johnny Fabián Vizuela Carpio MgS.

Asesor Metodológico del trabajo de Titulación

Unidad Académica de Salud y Bienestar

Universidad Católica de Cuenca

Anexo # 13



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA

PARA: UNIDAD DE TITULACION

DE: TUTOR TRABAJO TITULACIÓN

ASESOR METODOLOGICO

ASUNTO: ENTREGA BORRADOR TRABAJO TITULACIÓN

FECHA: 21 febrero 2018

Quienes suscribimos, en calidad de Tutor y Asesor Metodológico del trabajo de Titulación de la alumna/o:

Tania Catalina Zhizhpó Quinde

Tema:

Evaluación del cuidado aplicado por el profesional de Enfermería en  
pacientes con úlceras por presión en el área de clínica 2 y 3 del  
Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el periodo  
septiembre 2017 - febrero 2018.

Dejamos constancia de la entrega-recepción del borrador del mencionado trabajo.

Lucía Cárdenas Vargas TEG

NOMBRE Y FIRMA TUTOR

Johnny Fabián Uuedo Carpio

NOMBRE Y FIRMA ASESOR METODOLOGICO

Tania Catalina Zhizhpó Quinde

NOMBRE Y FIRMA ESTUDIANTE

Tania Zhizhpó

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA**

Yo TANIA CATALINA ZHIZHPON QUINDE, autora del proyecto de investigación titulado: **“EVALUACIÓN DEL CUIDADO APLICADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁREA DE CLÍNICA 2 Y 3 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018”**; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Enfermera. El uso que la Universidad hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

**Atentamente**



**TANIA CATALINA ZHIZHPON QUINDE**

**0105926380**

## Anexo # 15

### ULCERAS POR PRESION

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>es.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>cybertesis.uach.cl</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>190.95.221.137</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>4</b>	<b>uvadoc.uva.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>ri.uaemex.mx</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>eprints.uanl.mx</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>www.mundosanitario.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>

9	<a href="http://scielo.isciii.es">scielo.isciii.es</a> Fuente de Internet	<1 %
10	<a href="http://masrenace-k3.wikispaces.com">masrenace-k3.wikispaces.com</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="http://e-spacio.uned.es">e-spacio.uned.es</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="http://www.scielo.br">www.scielo.br</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://www.buenastareas.com">www.buenastareas.com</a> Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Universidad Alfonso X el Sabio Trabajo del estudiante	<1 %
16	<a href="http://www.enfermero.cl">www.enfermero.cl</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://dehesa.unex.es">dehesa.unex.es</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://eprints.ucm.es">eprints.ucm.es</a> Fuente de Internet	<1 %
20	<a href="http://uaeh.redalyc.org">uaeh.redalyc.org</a> Fuente de Internet	<1 %

---

21 Submitted to Universidad Carlos III de Madrid <1%  
Trabajo del estudiante

---

22 Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote <1%  
Trabajo del estudiante

---

23 wwwisis.ufg.edu.sv <1%  
Fuente de Internet

---

24 docs.com <1%  
Fuente de Internet

---

25 ri.ues.edu.sv <1%  
Fuente de Internet

---

26 sefap.optyma.com <1%  
Fuente de Internet

---

27 dbpedia.org <1%  
Fuente de Internet

---

28 www.listindiario.com.do <1%  
Fuente de Internet

---

29 www.slideshare.net <1%  
Fuente de Internet

---

30 www.prnewswire.com <1%  
Fuente de Internet

---

www.theibfr.com

31	Fuente de Internet	<1 %
32	<a href="http://www.hospital-macarena.com">www.hospital-macarena.com</a> Fuente de Internet	<1 %
33	Submitted to Universidad Santo Tomas Trabajo del estudiante	<1 %
34	<a href="http://www2.alasbimnjournal.cl">www2.alasbimnjournal.cl</a> Fuente de Internet	<1 %
35	<a href="http://contenidos.usco.edu.co">contenidos.usco.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
36	<a href="http://mad.es">mad.es</a> Fuente de Internet	<1 %
37	<a href="http://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	<1 %
38	<a href="http://www.bdigital.unal.edu.co">www.bdigital.unal.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
39	<a href="http://www.preciosderemedios.cl">www.preciosderemedios.cl</a> Fuente de Internet	<1 %
40	Submitted to 65035 Trabajo del estudiante	<1 %
41	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1 %

[dspace.unach.edu.ec](http://dspace.unach.edu.ec)

42	Fuente de Internet	<1%
43	ruc.udc.es Fuente de Internet	<1%
44	www.amsamexico.com.mx Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

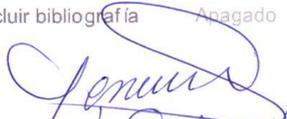
Apagado

Excluir coincidencias

< 12 words

Excluir bibliografía

Apagado

  
Lidueig Cardenas r6's

  
Johnny Vizuela C.

~~Tania Zhizhpón~~  
Tania Catalina Zhizhpón

Entregado: 11 de Abril de 2018

### Anexo # 16: Registro de las úlceras por presión

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  
COORDINACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA

Objetivo: Registrar la incidencia de Úlceras de Presión en pacientes hospitalizados  
Servicio: Coordinación General de Enfermería - 2018

Responsable: \_\_\_\_\_

Datos generales					Sexo		Valoración de úlcera de presión		Ingresos con úlcera desde:				Úlcera de Presión según Estado				Valoración de Riesgo de úlcera			Aplica medidas de prevención de úlcera	Localización de la Úlcera				
N°	Servicio	Fecha	Historia Clínica	Edad	Femenino	Masculino	Ingresos con úlcera en ICA	Duración úlcera en ICA	Otra área del hospital	Domicilio	Centro hospitalario	Geriatrico	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Nivel de riesgo			Registra la Valoración en la Historia Clínica Física y digital	Registra la evolución de la Úlcera en el formato correspondiente	Aplica medidas de prevención de úlcera	Localización de la Úlcera		
																	Bajo	Medio	Alto						
1	Neurolog	12/12/18	539	85	X		X		X				X							Bajo	X	NO	SI	SI	Buel Socie

Fuente: Hospital José Carrasco Arteaga

### Anexo # 17: Registro de las úlceras por presión

Responsable: Dr. Ricardo Rojas

Datos generales		Sexo		Caidas anteriores registradas en HC		LUGAR DE CAIDA				Factores Intrínsecos relacionados con:			Factores Extrínsecos relacionados con:							Lesiones producidas por el accidente			Observaciones	
Historia Clínica	Edad	Femenino	Masculino	Primera Vez	Subsecuente	Habitación	Baño	Pasillo	Escaleras	Otras	Medicación	Deficit Sensorial	Estado Mental	Suelo húmedo	Timbre/lampara defectuosos	Presencia de obstáculos	Pato/Videz no disponibles	Cama/Camilla	Demora en la atención de Enf.	Sin lesiones	Contusión/Hematoma	Fractura	Hernia/Traumatismo	Observaciones
526006	65		X	✓		✓																		NO presenta caídas
13006	75	X		✓		✓																		NO presenta caídas
750000	75	X		✓		✓																		NO presenta caídas
7778622	80			✓	✓	✓																		NO presenta caídas
77765186	80			✓	✓	✓																		NO presenta caídas
490882	62			✓	✓	✓																		NO presenta caídas

Fuente: Hospital José Carrasco Arteaga

### Anexo # 18: Valoración de Riesgo de las Úlceras

CÓDIGO:  
REVISIÓN: PRIMERA  
FECHA: 2016/10/07  
PÁGINA: 46 de 49

**PROTOCOLO DE ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE BOMBA DE INFUSION**

ANEXO 7.1  
TABLA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION

	NIVEL DE CONSCIENCIA	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICION	ACTIVIDAD
0	DESPIERTO Y ORIENTADO	CONTINENTE	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	INCONTINENCIA OCASIONAL	LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETARGICO	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL	LIMITACION IMPORTANTE	INCOMPLETA	SIEMPRE NECESITA AYUDA
3	INCONSCIENTE COMATOSO	INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL	INMOVIL	NO INGESTA ORAL	INMOVIL

PUNTOS    2    2    2    2    2

Puntuación Nova 6 Riesgo de úlceras por presión

0 = Sin riesgo     1-4 = Riesgo bajo     5-8 = Riesgo medio     9-15 = Riesgo alto

Responsable de la valoración al ingreso: Lcda. Castro Tenesaca

Fuente: Hospital José Carrasco Arteaga

### Anexo # 19: Valoración de riesgo de las Úlceras

CÓDIGO: (PR)PROCESO:  
(ASIGNAR CODIGO)-001  
REVISIÓN: PRIMERA  
FECHA: 2016-08-15  
PÁGINA: 5 de 6

**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN**

TABLA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION

	NIVEL DE CONSCIENCIA	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICION	ACTIVIDAD
0	DESPIERTO Y ORIENTADO	CONTINENTE	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	INCONTINENCIA OCASIONAL	LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETARGICO	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL	LIMITACION IMPORTANTE	INCOMPLETA	SIEMPRE NECESITA AYUDA
3	INCONSCIENTE COMATOSO	INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL	INMOVIL	NO INGESTA ORAL	INMOVIL

PUNTOS    0    3    1    0    2

Puntuación Nova 5 Riesgo de úlceras por presión

0 = Sin riesgo     1-4 = Riesgo bajo     5-8 = Riesgo medio     9-15 = Riesgo alto

Responsable de la valoración al ingreso: Maica Elizabeth Zúñiga Pealto

Fuente: Hospital José Carrasco Arteaga

