



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**TÍTULO:**

**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA (O) EN LA PREVENCIÓN DE LA ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL, 1 DE MAYO AL 31 DE AGOSTO DEL 2014.**

**AUTORA:**

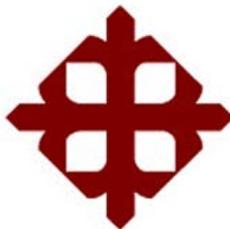
**LOURDES BEATRIZ BONI QUITO**

**TRABAJO DE TÍTULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

**TUTORA:**

**LCDA. ROSARIO MERCEDES ERAZO FREIRE (Mgs)**

**Guayaquil, Ecuador  
2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **LOURDES BEATRIZ BONI QUITO**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**.

**TUTORA**

---

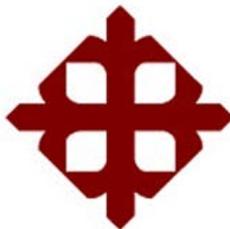
**Lcda. Rosario Mercedes Erazo Freire (Mgs)**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

---

**LCDA. ANGELA MENDOZA VINCES**

**Guayaquil, a los 1 del mes de Septiembre del año 2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **LOURDES BEATRIZ BONI QUITO**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **Participación de la Enfermera (o) En la Prevención de la úlcera por Presión en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, 1 de Mayo al 31 de Agosto del 2014** previa a la obtención del Título de **Licenciada de Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

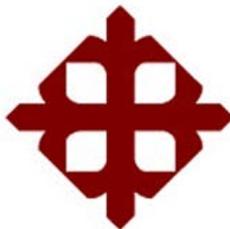
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**EL AUTORA**

---

**LOURDES BEATRIZ BONI QUITO**

**Guayaquil, a los 1 del mes de Septiembre del año 2014**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **LOURDES BEATRIZ BONI QUITO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Participación de la enfermera (o) en la prevención de la úlceras por presión en la unidad de cuidados paliativos del instituto de neurociencias de Guayaquil, 1 De Mayo al 31 de Agosto del 2014** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**LA AUTORA:**

---

**LOURDES BEATRIZ BONI QUITO**

**Guayaquil, a los 1 del mes de Septiembre del año 2014**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme dado salud, sabiduría, inteligencia y la fortaleza en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi padre Manuel Boni a mis hermanos Walter Boni, Wilson Boni, Juan Boni, que con sus sabios consejos me incentivaron a seguir adelante para poder terminar esta etapa de mi carrera, Agradezco a mi tutora Lcda. Rosario Erazo Freire por corregirme y seguirme enseñando en esta ardua tarea para conseguir esta preciada meta.

Lourdes Beatriz Boni Quito

## **DEDICATORIA**

Con infinita gratitud dedico este trabajo a Dios ante todo por darme su bendición todos los días, para cumplir este sueño que se ha hecho realidad. A mi padre por creer en mí, por su apoyo incondicional, moral, a mi abuela y madre por ser mis ángeles, por guiarme, cuidarme, por su apoyo espiritual que a pesar que ya no están conmigo, me mandan sus bendiciones para seguir adelante. A mis hermanos por su apoyo moral.

Lourdes Beatriz Boni Quito



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**CALIFICACIÓN**

---

**Lcda. Rosario Mercedes Erazo Freire (Mgs)**

## ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA .....	VI
CALIFICACIÓN .....	VII
ÍNDICE GENERAL .....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	6
OBJETIVO.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
VARIABLES.....	8
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9
DISEÑO METODOLOGÍCO .....	12
INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA .....	12
UNIVERSO Y MUESTRA .....	12
TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	12
CAPÍTULO II.....	14
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	14
1.Úlcera por Presión .....	14
1.1 Definición.....	14

1.2. ETIOLOGÍA .....	15
1.3. FACTORES DE RIESGOS .....	15
1.3.2. FACTORES DE RIESGOS EXTRÍNSECOS.....	16
1.4. FACTORES FISIOPATOLÓGICOS. ....	17
1.4.2. FACTORES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO .....	19
1.4.3. FACTORES SITUACIONALES.....	20
1.4.4. FACTORES DEL DESARROLLO. ....	20
1.4.5. FACTORES DEL ENTORNO.....	20
1.5 LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	21
1.6 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	22
1.7 SÍNTOMAS.....	23
a.- Subjetivos:.....	23
b.- Objetivo: .....	23
1.8 COMPLICACIONES .....	23
1.9 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	23
1.10 VALORACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE.....	24
1.11 ESTADO DE LA LESIÓN.....	25
1.12 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	26
1.12.1 TRATAMIENTO GENERAL .....	26
1.12.2 TRATAMIENTO LOCAL.....	26
1.13 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC).....	27
Prevencción de úlceras por presión (NIC) .....	27
DEFINICIÓN:.....	27
PATRONES FUNCIONALES.....	28
1.14 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	30
Capítulo Segundo: De la Profesión.....	30
EL DERECHO A LA SALUD.....	31
LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR .....	32
CAPITULO III.....	35

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	35
ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA.....	35
CONCLUSIONES .....	52
RECOMENDACIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
GLOSARIO.....	58
ANEXO.....	59

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

			Pág.
Gráfico N°	1	Localización frecuente de una úlcera por presión	35
Gráfico N°	2	Aplicación de la escala de Braden	36
Gráfico N°	3	Clases de úlcera por presión	37
Gráfico N°	4	Frecuencia de pacientes con úlcera por presión	38
Gráfico N°	5	Una buena nutrición previene las úlceras por presión	39
Gráfico N°	6	Tipo de dieta que ingiere el usuario	40
Gráfico N°	7	Intervenciones de enfermería ante la presencia de úlcera por presión	41
Gráfico N°	8	Es importante hidratar la piel en la prevención de úlcera por presión	42
Gráfico N°	9	Materiales que se deben utilizar para curar una úlcera por presión	43
Gráfico N°	10	Aplica el proceso de atención de enfermería en los usuarios con úlcera por presión	44
Gráfico N°	11	Personal de enfermería realiza los cambios de posición cada dos horas	45
Gráfico N°	12	Personal de enfermería realiza el cambio del pañal	46
Gráfico N°	13	Realiza usted la curación de úlcera por presión	47

Gráfico N°	14	En caso de ausentismo cuenta con personal para reemplazo	48
Gráfico N°	15	Ha recibido capacitación sobre la prevención de úlcera por presión en estos dos últimos años	49
Gráfico N°	16	Guías de observación en el área de cuidados paliativos	50
Gráfico N°	17	Guías de observación en el área de cuidados paliativos	51

## RESUMEN

La presente investigación con el tema Participación de la enfermera en la prevención de la Úlceras por Presión, en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencia. Se realiza con la finalidad de identificar los problemas que existe en el área en relación al tema de estudio, encontrando que el personal auxiliar de enfermería no realiza oportunamente los cuidados que necesita un paciente de edad avanzada, los cambios posturales no se realizan oportunamente. En la misma se planteo como **Objetivo General** describir las intervenciones de enfermería en los pacientes para prevenir la úlcera por presión, la **metodología** el tipo de estudio es Descriptivo , **el enfoque metodológico** Cuantitativo, el **universo** está constituido por 3 profesionales de enfermería, 14 auxiliares y 10 ayudantes de enfermería; los **instrumentos** fue la encuesta y una guía de observación dirigida al personal auxiliar y profesional de enfermería, los **resultados** encontrados está: el personal no está capacitado, no hay suficiente material de trabajo para realizar una adecuada intervención de enfermería, la dotación del personal de enfermería no es el adecuado para cubrir las necesidades del usuario, por tal motivo se sobrecarga el trabajo al personal auxiliar; lo que evidencia la importancia de la intervención de enfermería para prevenir la úlcera por Presión.

**Palabras Claves:** prevención, calidad de servicio, úlcera por presión, satisfacción del usuario, tratamiento, discapacitados.

## **ABSTRACT**

This research theme Participation of nurses in the prevention of pressure ulcers in the Palliative Care Unit of the Institute of Neuroscience. It is performed in order to identify problems that exist in the area in relation to the topic of study, finding that the staff does not perform timely nursing care needs of elderly patient, postural changes are not made timely. In the same I was raised as a General Purpose describe nursing interventions for patients to prevent pressure ulcers, methodology type of study is descriptive, Quantitative methodological approach, the universe consists of 3 nurses, 14 auxiliary and 10 nursing assistants; instruments was the survey and an observation guide addressed to assistant nurse staff, the results found are: the staff is not qualified, there is not enough work for proper nursing intervention, staffing nursing is not adequate to meet the needs of the user, as such work to support staff is overloaded; which demonstrates the importance of nursing intervention to prevent pressure ulcer.

**Keywords:**

Safety, Quality of Service, pressure ulcer, User Satisfaction, Treatment, Handicapped

.

# INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos se calcula que aproximadamente un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias son diagnosticadas con úlceras por presión estas son lesiones de la piel y de los tejidos adyacentes producidos cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea lo que provoca un colapso sanguíneo en esta zona que si se mantiene, puede provocar una isquemia y por lo tanto, la muerte de los tejidos, constituye un problema de salud mundial y aún más cuando se observa en pacientes hospitalizados por más de 12 horas por lo general con más frecuencia en el servicio de cuidados intensivos, en pacientes con dificultad de movilidad, deterioro sensorial y enfermedades crónicas.<sup>1</sup>

Las úlceras por presión son un problema que tienen que enfrentar el paciente y el personal de enfermería, ya que constituye un desafío para la atención de salud del usuario. Son el resultado de una interacción entre factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos como: malnutrición, la edad, humedad, falta de higiene y la inmovilidad que es un factor predisponente para que se desarrolle una úlcera por presión.

Los riesgos de padecer úlcera por presión se presentan en pacientes discapacitados y hospitalizados, con larga estadía generalmente adultos mayores, quienes requieren de una atención personalizada permanente, que involucre considerar en el desempeño de intervenciones de enfermería, una serie de circunstancias que dependen no solo de la enfermedad sino también del estado mental del paciente, como es el caso de los pacientes objeto del presente estudio, ya que son pacientes desorientados, letárgicos e

---

<sup>1</sup> (Guachi, Guano, & Pilco, 2012)

inconsciente, otra causa de la úlcera por presión son los aspectos relacionados a la incontinencia que puede ser ocasional, urinaria o fecal. También depende del grado de movilidad del paciente, tales como: movilidad completa, limitaciones ligera, limitación importante, o móvil las 24 horas.<sup>2</sup>

Las úlceras por presión se convierten en un tema de interés para los profesionales de enfermería porque determina la efectividad del cuidado de la piel, el paciente y su seguridad se convierte en prioridad de sus cuidados, lo cual es de suma importancia en la prestación de cuidados en el sistema de garantía de calidad de atención, en la cual nos habla sobre las acciones que se desarrollan las cuales están orientadas al mejoramiento de la atención de salud. A lo expuesto se añade el tratamiento, de la enfermedad y las medidas preventivas como es el caso de cambios posturales del cuerpo y aseo oportuno.

Por lo tanto la presente investigación se ha desarrollado con el propósito de analizar la participación de la enfermera en la prevención de úlceras por presión que se presentan en pacientes con larga estancia hospitalaria en el Instituto de Neurociencias para dar respuestas a problemas relacionados con la actuación que desempeña el personal de enfermería en el cuidado diario, como por ejemplo, la higiene de la piel, el cambio de posición, entre otros; es de suma importancia definir la atención de Enfermería no solo en el tratamiento de las úlceras, sino en la prevención de úlceras para evitar incrementar las dolencias y mejorar la calidad de vida de los pacientes de UCP.

La diversidad de circunstancias de cuidados que se debe aplicar a los pacientes pertenecientes a la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias la cual es un área donde existen pacientes de la tercera edad, encamados, con dificultad de movilidad, lo cual es un alto riesgo para presentar

---

<sup>2</sup> (Boni, breve análisis de úlcera por presión, 2014)

úlceras por presión como consecuencia de estar tanto tiempo en la misma posición o porque su cuerpo está haciendo presión contra algo duro, rígido. En pacientes con estas condiciones es cuando la labor de enfermería se convierte en una profesión , rigurosa, sacrificada y altruista, y más aún si los pacientes tienen problemas psiquiátricos y se encuentran postrados en una silla de ruedas, lo que los hace propensos a padecer de úlceras por presión, esto involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo para todo el personal de enfermería, porque los descuidos u omisiones de enfermería conlleva un gran perjuicio al paciente, porque dificulta e incrementa la demanda de cuidados, al tener que dedicar y ampliar el tiempo de cuidados al paciente desatendido.

Por lo expuesto, las razones que me motivaron a realizar este estudio, se deriva de una gran responsabilidad y comprensión humanística, sobre participación de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión ya que esto es un gran riesgo que existe en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias ya que en esa área los pacientes debido a su condición psiquiátrica y de inmovilidad no pueden satisfacer sus requerimientos personales y esperan del servicio de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente evitando las complicaciones y contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente hospitalizado.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> (Boni, Razones que motivaron el estudio, 2014)

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La úlcera se produce por una presión externa prolongada y constante, de los tejidos blandos entre una prominencia ósea y un plano duro. <sup>4</sup> Es cierto que las úlceras por presión aparecen con mayor frecuencia en pacientes que tienen limitada, total o parcialmente la posibilidad de moverse por si solos, pero no solamente aparecen debido a ello podemos encontrarla en pacientes que se encuentran sentados en una misma posición durante un largo espacio de tiempo o incluso en pacientes que no pueden caminar. <sup>5</sup>

Esta enfermedad representa un problema económico para la Institución ya que son pacientes abandonados por sus familiares y el Instituto de Neurociencias que los acoge, se hace cargo de su atención, brindándoles protección, amor, para una mejor calidad de vida para así evitar mayores problemas de salud, por tal motivo su mejor tratamiento es la prevención para evitar su aparición cuando el paciente ha quedado en circunstancia en la que ha perdido su movilidad, a fin de prevenir que aparezcan las úlceras o que la enfermedad avance lo cual se persigue principalmente si se aplica una adecuada participación del personal de enfermería. Por lo expuesto la calidad asistencial de la salud debe ser desinteresada, generosa, humanística, cuidadosa y principalmente de prevención, para así no poner en riesgo la vida del paciente. <sup>6</sup>

Con la finalidad de identificar el problema se realizó la observación a los pacientes y al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Paliativos del

---

<sup>4</sup> (Martinez, 2006)

<sup>5</sup> (Martinez Lopez, 2008 )

<sup>6</sup> (Boni, La calidad de paciente que tiene la institución, 2014)

Instituto de Neurociencias encontrando lo siguiente:

- Los cambios posturales no se realizan oportunamente.
- No se realizan los cambios de pañales en el momento indicado, cuando el paciente necesita el cambio de pañal y aseo inmediato.
- El personal auxiliar de enfermería, no realiza oportunamente los cuidados que necesita un paciente para prevenir una úlcera por presión.
- Representa un riesgo de padecer Úlceras por presión los pacientes con edad avanzada por la dificultad que tienen para moverse ya que la mayoría son discapacitados.

Por lo tanto el personal de enfermería debe aplicar y acatar disciplinariamente los estándares aceptados sobre los cuidados de enfermería, en el tratamiento de úlceras por presión, como es importante controlar los factores de riesgos como: cambios de posición cada dos horas. Colchones anti escaras, prevenir la piel de la humedad, y charlas educativas para favorecer el restablecimiento de la integridad de la piel del paciente en el menor tiempo y costo posible, y evitar posibles retardos o progresos de la enfermedad, establecidos en cuatro estadios que podrían ser imputables a la responsabilidad del personal de enfermería, al no cumplir con cuidados específicos que requiere el tratamiento.

En la Unidad de Cuidados Paliativos, una enfermera atiende a 42 pacientes, mientras que auxiliares asignadas hay de 6 a 8 personas, para el área de UCP, lo cual representa un problema para la calidad de servicio, ya que impide brindar un eficiente cuidado de atención, directamente por el personal de enfermería, y motiva como medida de apoyo desarrollar el auto cuidado de los pacientes, de modo que, por sí mismo sea capaz de satisfacer parte de sus requerimientos asistenciales. Razón por la cual el cuidado asistencial directo es realizado mayormente por auxiliares de enfermería. El personal debe atender al usuario en: baño diario, ayudarlo con su vestimenta, darle alimentación asistida,

cortarle las uñas, afeitarlo, cortarle el cabello, traslado del paciente a una silla de ruedas, cuidado del cabello de pediculosis, etc. sin olvidarnos que son pacientes psiquiátricos, por tal motivo el personal tiene una sobrecarga de trabajo, porque son pacientes que amerita mayor cuidado, no solo por su edad, si no por su problema psiquiátrico. <sup>7</sup>

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la participación de la enfermera en la prevención de úlceras por presión de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias de la Ciudad de Guayaquil?

---

<sup>7</sup> (Boni, Descripción del problema, 2014)

# **OBJETIVO**

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir la participación de enfermería para prevenir la úlcera por presión, en el área de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias de la Ciudad de Guayaquil.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las intervenciones del personal de enfermería, en el manejo de cuidados en pacientes con úlcera por presión.
- Identificar factores de riesgo en la aparición de úlceras por presión en pacientes del área de Cuidados Paliativos.
- Determinar las medidas de prevención que debe aplicar el personal de enfermería para prevenir la úlcera por presión.

## **VARIABLES**

- Participación del personal de enfermería.
- Unidad de Cuidados Paliativos.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE N° 1.- PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	FUENTE
Intervención del personal de enfermería en la satisfacción de necesidades básicas del paciente.	Valoración General	Localización más frecuentes UPP	Coxis Cara Brazo	Encuesta
		Aplicación de Escala de Braden	Si No A veces	
	Conocimientos	Clases de úlcera por presión	1er grado 2do grado 3er grado 4to grado	
		Frecuencia de pacientes con Úlceras	Siempre A veces	
		Una buena Nutrición previene la UPP	Si No No sabe	
		Tipo de dieta	General Blanda Hiperproteica	
		Intervenciones de enfermería	Cambios posturales Curaciones Colchones Todas Ninguna	
Actividades Cuidados directos	Es importante hidratar la piel	Si No A veces		

		Materiales para curaciones de UPP	Solución salina Instrumental Solución Antiséptica	
		Aplicación del PAE	Si No A veces	
		Cambios de posición cada 2 horas	Si No A veces	
		Cambio del pañal	PRN De vez en cuando Frecuentemente	
	Gestión en servicio	Curación UPP	Cada turno Nunca Cada día Cada dos días	
		Disponibilidad de reemplazo inmediato	Si No	
		Capacitación sobre prevención de UPP	Si No A veces	

### VARIABLE N°2.- UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	FUENTE
Estructura física que forma parte de una de los servicios de atención medica al usuario	Recursos	Cuenta con suficiente materiales para prevenir una UPP	Siempre Casi siempre Nunca	Matriz guía de observación
		Existen equipos para realizar curaciones para la UPP	Siempre Casi siempre Nunca	
	Sistema de control	Registro de curaciones	Siempre Casi siempre Nunca	
		Registro de Escala de Braden	Siempre Casi siempre Nunca	
	Protocolo	Previene la aparición de UPP	Siempre Casi siempre Nunca	
		Lavado de manos antes y después de cada procedimiento	Siempre Casi siempre Nunca	
		Realizan las curaciones con la medida de bioseguridad	Siempre Casi siempre Nunca	

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

El presente proyecto investigativo se realizó en el área de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias. Según su finalidad está basado en un enfoque descriptivo – cualitativo no experimental, como se detalla a continuación:

**INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA.-** Implica un estudio observacional y recolección de datos acerca de la eficacia y calidad de los procesos de intervención de enfermería para prevenir la úlcera de presión.

Se utilizarán fuentes de información primaria mediante la aplicación de encuestas a las licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería, con respuestas específicas a preguntas concretas, Guía de observación al personal. Adicionalmente, se analizará fuentes secundarias como lo son: la historia clínica del paciente, libros relacionados con el tema de investigación.

### **UNIVERSO Y MUESTRA**

La población está constituida por 3 profesionales de enfermería, 14 Auxiliares y 10 ayudantes de enfermería en total 27, para la calidad de cuidado que da enfermería.

### **TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Fuente primaria.-** Encuestas a las licenciadas, auxiliares y ayudantes de enfermería, guía de observación al personal.

**Fuente secundaria.-** Historia clínica del paciente, libros relacionados con el tema de investigación.

**Encuestas.-** Para lo cual, se aplicará de forma directa y personal a las licenciadas de enfermería, auxiliares y ayudantes de enfermería de la Unidad

de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias de la Ciudad de Guayaquil, mediante el empleo de un cuestionario con preguntas estructuradas, de opción múltiple.

Se utilizara como herramienta informática la Hoja de Cálculo Excel, con la finalidad de agilizar el procesamiento de la información, tabulación de los datos obtenidos, mediante la aplicación de tablas dinámicas, cuyos resultados serán presentados en los cuadros respectivos con el cálculo de porcentaje. Adicionalmente se elaboraran gráficos de pasteles, cuyos resultados serán para facilitar el análisis e interpretación de datos correspondientes.

## **CAPÍTULO II**

### **FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL**

#### **1.Úlcera por Presión**

##### **1.1 Definición**

La úlcera por presión es una lesión de origen isquémico que afecta a una zona localizada de tejidos. Se origina como consecuencia de la compresión prolongada de los tejidos blandos entre dos planos duros el hueso, por una parte, y la cama o silla, por otra. La presión ejercida sobre una zona de forma continua hace que disminuya el flujo sanguíneo de los capilares de dicha zona y, consiguientemente, el riego sanguíneo. Se genera entonces una isquemia localizada, con alteraciones de la red vascular de capilares y salida de líquidos del interior de los vasos (extravasación) hacia los tejidos que los rodean (infiltración). En ese momento aparecen los síntomas: inflamación localizada por el exceso de líquidos fuera de su sitio (edema), picor y sensación de escozor (prurito), enrojecimiento de la piel y aumento de la temperatura en la zona.

Si persiste la presión, produce una falta de oxigenación de los tejidos o anoxia, con la extravasación de plasma, catabólicos, sustancias tóxicas hacia los tejidos circundantes. Aparece entonces la flictena y necrosis de la zona, que puede llegar a afectar al hueso; hay pérdida de tejidos y se forma la escara o costra dura de color oscuro y mal olor, que se diferencia del tejido vivo que la rodea (de color rosado), dando lugar a infecciones locales o incluso generales, en las que intervienen factores internos, como las secreciones, la disminución de las defensas, la desnutrición o la herida abierta y, sobre todo, externos como una higiene incompleta.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> (Sánchez, 2003)

## **1.2. ETIOLOGÍA**

El factor más determinante es sin duda la presión mantenida. En posición de decúbito supino mantenida. En posición de decúbito supino, el sacro, los glúteos, los talones y el occipuo están sometidas a las mayores presiones entre 40 y 60 mmhg. Por su parte en decúbito prono las rodillas y la cara anterior del tórax soportan 50 mmhg de presión. El estado nutricional del paciente desempeña un papel de la cronificación de las úlceras de las úlceras de presión. El estado nutricional del paciente desempeña un papel de la cronificación de las úlceras a presión. Pero para el desarrollo inicial de las mismas no es preciso un deterioro nutricional pueden aparecer en jóvenes sanos y fuertes encamados prolongadamente.<sup>9</sup>

## **1.3. FACTORES DE RIESGOS**

Hay dos tipos de factores que contribuyen a la formación de úlcera por presión y lo más importante es que estos factores facilitan su aparición y al mismo tiempo dificultan su curación y cicatrización.

### **1.3.1. FACTORES DE RIESGOS INTRÍNSECOS**

Son característicos o propios del usuario, por lo que no pueden ser evitados fácilmente, como consecuencia de ellos se producen:

- Pérdida de la función sensitiva y motora: por parálisis, debido a lesiones cerebrales o modulares. Estos usuarios, dada su pérdida de sensibilidad, no perciben el dolor ni las molestias que ocasionan una postura permanente y además, debido a su lesión, no pueden cambiar de posición voluntariamente.

---

<sup>9</sup> (Arias, 2001)

- Disminución de la percepción: por estar inconscientes o por tener la consciencia disminuida, debido a una sedación intensa, estos usuarios no se percatan de la incomodidad o del dolor.
- Riesgo de destrucción de la integridad de la piel: causada por el envejecimiento, las deficiencias nutricionales, por Hipoproteinemia, deshidratación o la diabetes (que afecta el flujo sanguíneo).
- Sobrepeso: generalmente las personas con obesidad mórbida tienen dificultades para la movilidad o para deambular.
- Delgadez: las úlceras aparecen en zonas prominentes y son más comunes en personas delgadas o caquéticas.
- Personas de edad avanzada: envejecimiento de la piel, dificultad para la movilidad, debilidad, incontinencia, etc.
- Permanencia en cama o en silla de ruedas durante largos periodos de tiempo: por ejemplo tras sufrir una fractura grave.
- Hipoproteinemia: disminución de la cantidad de proteínas en la sangre.
- Deshidratación: pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el sodio, potasio y cloro.
- Diabetes: enfermedad caracterizada por la emisión de gran cantidad de orina, adelgazamiento, sed intensa y otros trastornos generales.
- Caquexia: es el adelgazamiento extremo debido, en ocasiones, a una enfermedad terminal. La persona que padecen esta enfermedad se caracterizan por la palidez de la piel y por los rasgos óseos muy marcados, así como la expresión en el rostro de cansancio y tristeza, unido a un tono de piel pardo-grisáceo.

### **1.3.2. FACTORES DE RIESGOS EXTRÍNSECOS**

Es cuando algún tipo de organismos del paciente desde el exterior puede ser evitado: Aquí tenemos algunos de ellos:

- Presión: como consecuencia del apoyo del cuerpo sobre una superficie dura.
- Fricción: debido al roce continuo de la superficie y otro objeto.
- Cizallamiento: cuando el usuario es movilizadoinadecuadamente, por ejemplo de la cama al sillón, o si se deja que resbale en la cama, la piel sufre estas fuerzas de cizallamiento.
- Humedad: predispone a la maceración de los tejidos. Puede ser consecuencia del propio sudor, humedad de sus vendajes, de la orina y heces (por sus sustancias irritantes) de un usuario incontinente o de un secado que no ha sido bien realizado durante el aseo.
- Hipotermias: cuando el usuario necesita la aplicación de frío para bajar la temperatura y el tiempo de exposición al frío es prolongada se produce una vasoconstricción, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos.<sup>10</sup>

#### **1.4. FACTORES FISIOPATOLÓGICOS.**

Como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Lesiones Cutáneas:
  - Edema.
  - Sequedad de piel.
  - Falta de elasticidad de la piel.

Trastorno en el Transporte de Oxígeno:

- Trastornos vasculares periféricos.
- Estasis venosa.
- Trastornos cardiopulmonares.
- Hipotensión.

---

<sup>10</sup> (Muñoz, 2013)

Deficiencias Nutricionales por defecto o por exceso: los estados nutricionales alterados van a dar lugar a que el paciente realice una mala cicatrización:<sup>11</sup>

- Delgadez extrema.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Hipoproteinemia.
- Deshidratación.
- Diabetes.

**Trastornos Inmunológicos:**

- Cáncer.
- Infección.

**Alteración del nivel de conciencia:**

- Estupor.
- Confusión.
- Coma.

**Deficiencias Motoras:**

- Parálisis.
- Parecía.

**Deficiencias Sensoriales:**

- Pérdida de la sensación dolorosa.

**Alteración de la Eliminación Urinaria/ Intestinal:**

---

<sup>11</sup> (Guachi, Guano, & Pilco, 2012)

- Incontinencia urinaria e intestinal.<sup>12</sup>
- Cualquier proceso que dé lugar a una sudoración excesiva.

#### **1.4.2. FACTORES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO**

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.
- Sedantes, disminuyen el estado de consciencia del paciente el cual permanecerá inmóvil en la misma postura durante más tiempo.
- Tratamiento o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos:<sup>13</sup>Estos tubos deben permanecer durante largos periodos de tiempo colocados ejerciendo presión sobre una misma zona, pudiendo lesionar, si no se toman precauciones: mascarillas de oxígeno, gafas nasales, intubaciones oro traqueales, drenajes rígidos de heridas. Sondaje vesical, sonda nasogástrico, etc.

---

<sup>12</sup> (Guachi, Guano, & Pilco, 2012)

<sup>13</sup> (Mangana, 2008)

### **1.4.3. FACTORES SITUACIONALES**

Dependerá de las condiciones personales, ambientales, hábitos del paciente, etc.

- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camión, pijama, objetos de roce, etc.

### **1.4.4. FACTORES DEL DESARROLLO.**

Relacionados con el proceso de maduración de las personas, afectando sobre todo a personas en edades extremas:

- Niños: fragilidad de la piel, pañal, incapacidad para realizar cambios posturales (neonatos).
- Ancianos: pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, etc.

### **1.4.5. FACTORES DEL ENTORNO.**

Relacionados con terceras personas además del paciente:

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- La falta de educación sanitaria a los pacientes.
- La falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.
- La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- La desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- La sobrecarga de trabajo del profesional.
- Intervenciones quirúrgicas, con duración superior a tres horas, pueden provocar UPP.
- Ingresos prolongados en UCI.

- Inmovilizaciones postoperatorias.<sup>1415</sup>

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

Generalmente las úlceras por presión se producen en los puntos de apoyo del cuerpo, que coinciden con las prominencias y rebordes óseos. Así los puntos más susceptibles de aparición de úlceras, en función de la postura adoptada por el paciente son:

En decúbito supino (boca arriba)

- Sacro
- Talones
- Codos
- Omoplatos
- Occipucio
- Coxis

En decúbito prono (boca abajo)

- Dedos de los pies
- Rodillas
- Genitales masculinos
- Mamas
- Mejillas
- Orejas
- Nariz
- Codos
- Cara

---

<sup>14</sup> (Mangana, 2008)

<sup>15</sup> (López, Prevención y tratamiento de úlceras y escaras, 2006)

En decúbito lateral (de lado)

- Maléolos
- Trocánteres
- Hombros
- Orejas
- Codos
- Cresta iliacas

En sedestación (sentado)

- Omoplatos
- Trocánteres
- Isquion
- Coxis talones<sup>16</sup>

## 1.6 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

**GRADO I** Enrojecimiento de la piel, que no cede en los 30 segundos siguientes al alivio de la presión; esta lesión afecta a la epidermis.

**GRADO II** Pérdida del grosor de la piel que afecta a la epidermis y a la dermis o ambas.

**GRADO III** Pérdida de tejido en profundidad, lesión en epidermis, dermis e incluso hipodermis, formado por tejido **necrosado**.

**GRADO IV** La lesión llega al tejido muscular y óseo; aparecen cavernas con varios trayectos.

---

<sup>16</sup> (López J. F., 2006)

## **1.7 SÍNTOMAS.**

Los síntomas pueden ser de 2 tipos:

### **a.- Subjetivos:**

- Sensación de ardor o irritación localizada.
- Prurito y dolor, que desaparecen.

### **b.- Objetivo:**

- Enrojecimiento localizado de la piel o eritema.
- Piel caliente o hiperemia
- Edema
- Flictena
- Escara negra o azulada, maloliente.<sup>17</sup>

## **1.8 COMPLICACIONES**

Las complicaciones primarias más frecuentes son dolor, anemia e infección (local o sistémica).

Las complicaciones secundarias son: se aumenta el tiempo de cuidado, se incrementa el gasto farmacéutico directo en la lesión e indirecto en las complicaciones, se prolongan las estancias hospitalarias y se multiplican las demandas por este motivo, que un 95% de las úlceras por presión se pueden prevenir.

## **1.9 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

---

<sup>17</sup> (Sánchez, Técnicas básicas de enfermería, 2003)

La prevención es la máxima prioridad, casi siempre pueden prevenirse con una intensiva atención al usuario. Y estas son:

- Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro.
- El usuario refiere molestias por humedad, ropa de vestir o cama húmedas.
- Al realizar la higiene: eliminar pomadas y polvos
- Observar la integridad de la piel diariamente
- Secar bien la piel, entre dedos y pliegues
- Hidratar la piel, en zonas de riesgo
- No masajear áreas rojas/eritemas
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas
- Si el paciente presenta incontinencia:
  - proteger con pañal absorbente
  - cambiar inmediatamente el pañal húmedo
- Prevenir y aliviar la presión y el rozamiento con los materiales que cuenta el hospital, almohadas, colchones, etc.
- Vigilar sondas, vías centrales, drenajes y vendajes, evitando la presión constante en una zona que puede provocar úlcera
- Cambiar de postura, con una rotación programada cada 2 horas en el día y 4 horas en la noche.
- Observar la ingesta de alimentos y líquidos, y registrar las cantidades y la clase de alimentos que el usuario ingiere
- Asegurar una hidratación adecuada 1,5 litros cada día de agua.<sup>18</sup>

### **1.10 VALORACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE**

El personal de enfermería es responsable de identificar el problema cuando

---

<sup>18</sup> (Milla, Lulu.com)

esta instaurado y lo más importante identificar los usuarios con riesgo de sufrir una úlcera por presión, con la finalidad de evitar su aparición, este tipo de lesiones es frecuente en usuarios cuya curación se verá seriamente dificultada por la situación en que se encuentran (inmovilidad, incontinencia urinaria o fecal, edad avanzada, etc.).

Por tal motivo debe de identificarse a los usuarios que con alto riesgo de padecerlas, de esta manera se pone en marcha las medidas y dispositivos de prevención inmediato.

### **1.11 ESTADO DE LA LESIÓN**

Se refiere a la lesión que presenta el paciente

- Localización
- Clasificación
- Extensión – tamaño
- Tipo de tejido en el lecho de la lesión:
  - Tejido necrótico
  - Esfacelos
  - Tejido de granulación
- Profundidad
- Coloración
- Exudado (cantidad y características del mismo)
  - Seroso
  - Hemático
  - Purulento
  - Fétido
  - Escaso

- Abundante<sup>19</sup>

## **1.12 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

El tratamiento de las úlceras por presión debe ser general y local.

### **1.12.1 Tratamiento General**

El tratamiento de las úlceras por presión incluye los cuidados de la piel, la nutrición y evitar la presión en zonas vulnerables.

- Un régimen de nutrición en proteínas, vitaminas c y vitaminas b y abundante ingesta de líquidos.
- Realizar ejercicios pasivos para mejorar la actividad y movilidad del paciente
- Realizar examen de la piel 1 vez al día
- La piel debe de estar seca y limpia en todo momento
- Hidratar las zonas secas para disminuir las lesiones por fricción
- Cambios de pañal, cuando amerite
- Cambios posturales cada 2 horas en el día y cada 4 horas en la noche

### **1.12.2 Tratamiento Local**

Es cuando la úlcera por presión se presenta

- Identificación de la úlcera
- Cura estéril mediante:
  - Limpieza con solución salina
  - Secado
  - Aplicación del tratamiento específico según el estadio de las úlceras
- Registro de lo realizado, evolución de la úlcera y frecuencia de las curas<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> (López J. F., Prevención y tratamiento de úlceras y escaras, 2006)

<sup>20</sup> (Castillo, 2006)

- Quirúrgico, es la forma más rápida de eliminar las escaras o tejido necrótico. Es un procedimiento cruento, ha de realizarse en diferentes sesiones y por planos. Las complicaciones que nos podemos encontrar son de hemorragia y de infección.
- Infección, realizaremos cultivo y antibiograma, desbridamiento y antibioterapia sistémica.<sup>21</sup>

### **1.13 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)**

#### Prevención de úlceras por presión (NIC)

Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

- Utilizar la escala de Braden para vigilar los factores de riesgos del usuario.
- Vigilar cualquier zona enrojecida<sup>22</sup>
- Girar al usuario cada dos horas de acuerdo al programa específico
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca y sin arrugas
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
- Humedecer la piel seca
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, si amerita.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> (Luis Fernando Rodriguez, 2005)

<sup>22</sup> (Angulo, 2008 )

<sup>23</sup> (Bulechek, 2009)

## **PATRONES FUNCIONALES**

La autora de los 11 patrones funcionales de salud corresponde a la teórica Marjory Gordon quien los escribía en el año 1970 y en los mismos indica lo que se debe de observar para realizar la valoración a un paciente. Lo que permite tener una información amplia del estado de salud y a la vez los cuidados que debemos de prodigarle. Por tanto el plan de cuidados se basa en:

### **1. Patrón de percepción y manejo de la salud**

Mediante este patrón conocemos como el paciente percibe su salud y bienestar, y como asimila su problema, hemos de auscultar sus hábitos alimenticios y sus costumbres, a la vez los cuidados que tiene sobre sí mismo, es decir, si respeta dietas o controles que se le pide durante su restablecimiento

### **2. Patrón nutricional - metabólico**

A través de este patrón nos informamos sobre los costumbres relacionadas con la nutrición, y los niveles de actividad que tenga muy importante para observar el desgaste lo cual se relaciona con las calorías que pierde y si la hidratación es la apropiada.

### **3. Patrón de eliminación**

Sirve para valorar las funciones corporales de la eliminación de los desechos, y las características de los mismos, lo cual es a nivel intestinal, urinario y por los poros o sudor. .

### **4. Patrón de actividad - ejercicio**

Observa el nivel de movilidad y las actividades que realiza a la vez el consumo de energía en las mismas. Se observa sus costumbres, si es sedentario o activo, el nivel de limitación de movimientos.

#### **5. Patrón de sueño - descanso**

Este patrón valora si su descanso es adecuado, si no tiene problemas en conciliar el sueño.

#### **6. Patrón cognitivo - perceptual**

Mediante este patrón se valora la esfera de las cogniciones y percepciones sensoriales, y sus capacidades (memoria, lenguaje, organización de los pensamientos). Sensorial: si tiene dolores, problemas auditivos, de visión o de tactilidad.

#### **7. Patrón de auto percepción y auto concepto**

Valora su imagen corporal, su autoestima.

#### **8. Patrón de rol y relaciones**

Atiende al paciente y se interrelaciona con su entorno tanto familiar, laboral o donde quiera que se encuentre, así mismo las responsabilidades que cumple.

#### **9. Patrón sexual - reproductivo**

Valora su comportamiento y hábitos sexuales vivencias, y grado de satisfacción en este ámbito.

#### **10. Patrón de adaptación y tolerancia al estrés**

Como maneja su salud frente a las distintas obligaciones y roles que cumple, su nivel de tolerancia a la sobrecarga de actividades.

#### **11. Patrón de valores y creencias**

Mediante este patrón se atiende el grado de valores del paciente y el respeto a sus creencias (religiosas, espirituales) Valora el grado de importancia que tiene sobre la vida y la influencia en sus decisiones u opciones vitales.

## **1.14 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El marco legal está basado en la ley del ejercicio del profesional de enfermería del Ecuador, profesión reconocida por el estado mediante la Ley N° 57 como consta en el siguiente apartado:

### **Capítulo Segundo: De la Profesión**

**Art. 6.-** Para ejercer la profesión de enfermería, deberán poseer título profesional, pertenecer a su respectivo colegio profesional y cumplir con las disposiciones de los artículos 174, 175 y 178 del Código de la Salud.

El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador, asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; que deberá ejecutarse con los criterios y normas de educación que establezca la Asociación Ecuatoriana de Facultades y Escuelas de Enfermería ASEDEFE y las escuelas de enfermería universitarias y las políticas, dirección, lineamientos y normas del Ministerio de Salud Pública y de la Federación de Enfermeras y Enfermeros.

Nota: El Código de la Salud fue derogado por la Ley Orgánica de Salud (Ley 2006-67, R.O. 423-S, 22-XII-2006).

**Art. 7.-** Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros:  
a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional;

- b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería;
- c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local;
- d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios;
- e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno;
- f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud;
- y,
- g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad.

## **EL DERECHO A LA SALUD**

La Declaración Universal de Derechos Humanos recoge el derecho a la salud en el art. 25: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

## LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

En el Art. 32, señala que: [Derecho a la salud]. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. Este derecho se explicita para las personas adultas mayores. La Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud, establece en el art. 7 los derechos de las personas sobre la salud:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;

- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública;
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;
- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida”.

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente en el capítulo sobre los derechos del paciente (art. 2-7) señala los derechos de los pacientes: atención digna, a no ser discriminado, derecho a la confidencialidad, a la información, a decidir.

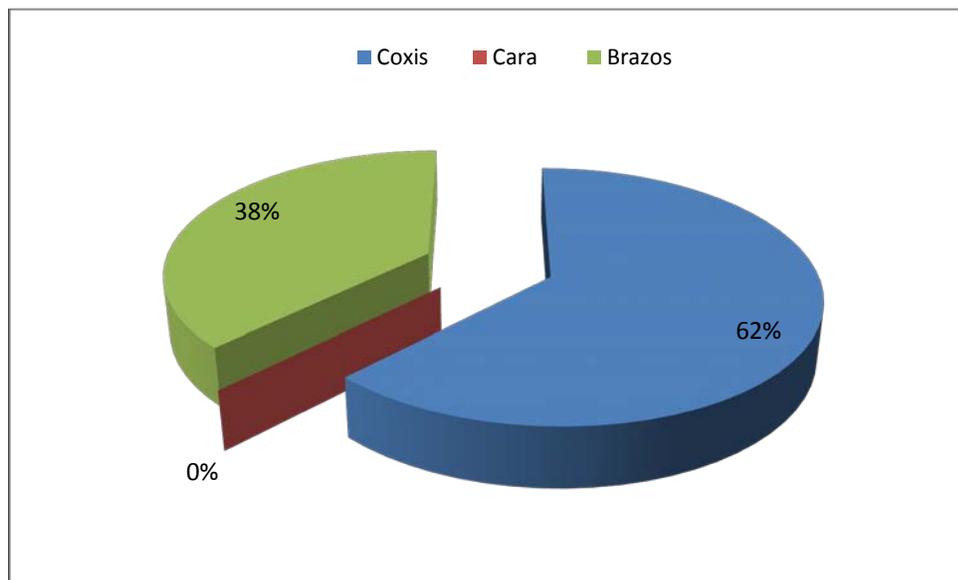
Tal como lo estipula la Constitución de la República del Ecuador, todos los ecuatorianos y ecuatorianas sin distinción de ninguna clase tenemos derecho a una atención digna y gratuita en todo momento y en el lugar que lo exija nuestra necesidad de atención de salud.

Como enfermeras profesionales y del equipo de salud debemos de hacer conciencia sobre estas necesidades del paciente y atenderlo acorde a sus necesidades, brindar atención de calidad y con calidez, siendo muy profesionales con nuestras responsabilidades y en cumplimiento a las leyes constitucionales.

**CAPITULO III**  
**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**  
**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA**

**1. ¿LOCALIZACIÓN FRECUENTE DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN?**

**Gráfico N° 1**



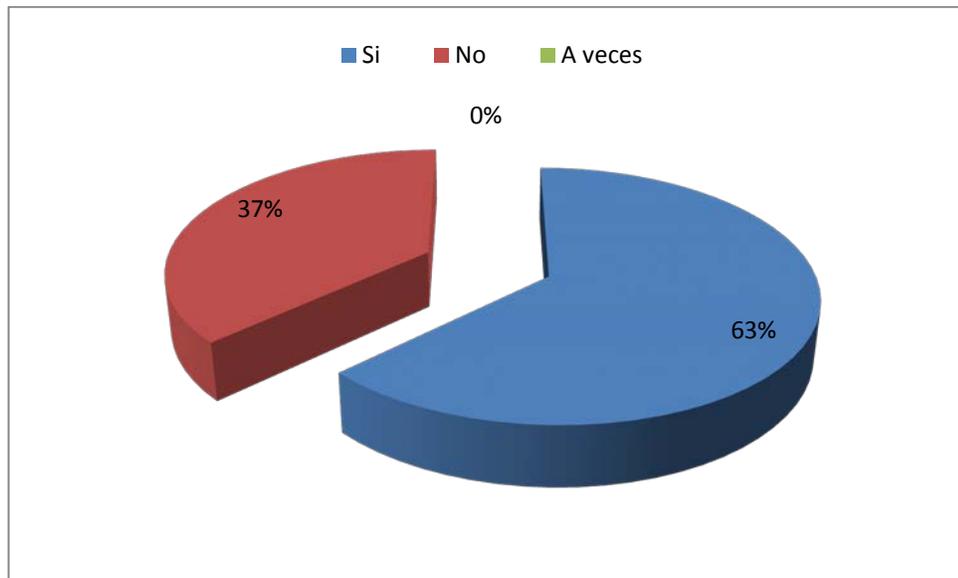
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

**Análisis:**

Según los encuestados respondieron que la localización más frecuente de una úlcera por presión es el coxis, en razón de la presión que hace con el asiento o mueble en el que encuentre. .

## 2.- ¿APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN?

Gráfico N° 2



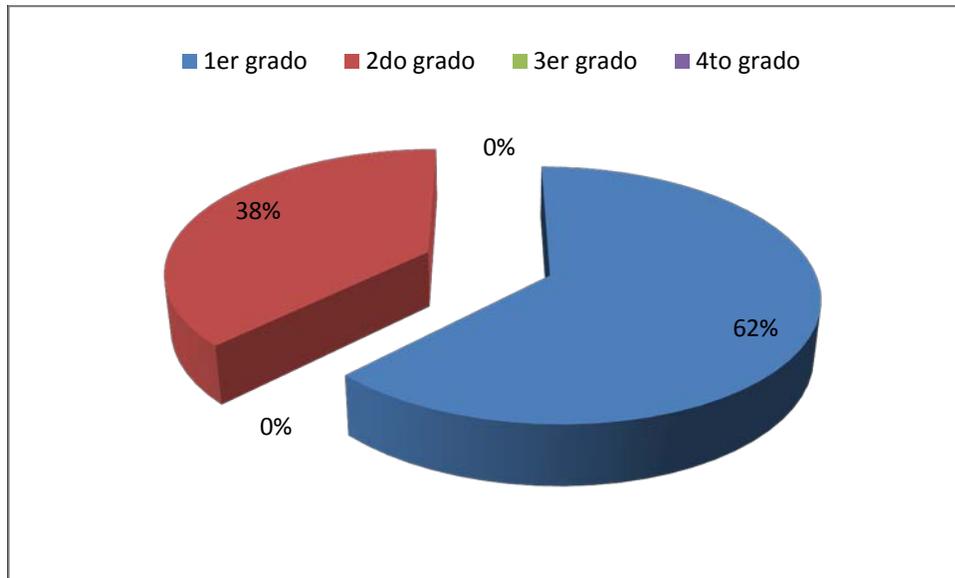
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

Ante esta interrogante la mayoría de los consultados respondieron la escala de Braden, Esta escala es muy importante porque mediante ella se puede identificar la aparición de úlceras que se forman en las partes del cuerpo que está mucho tiempo en presión, Por tanto esto debe de ser atendido y darle movimientos y masajes en las partes presionadas para evitar su ulceración.

### 3.- ¿CLASES DE ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráfico N° 3



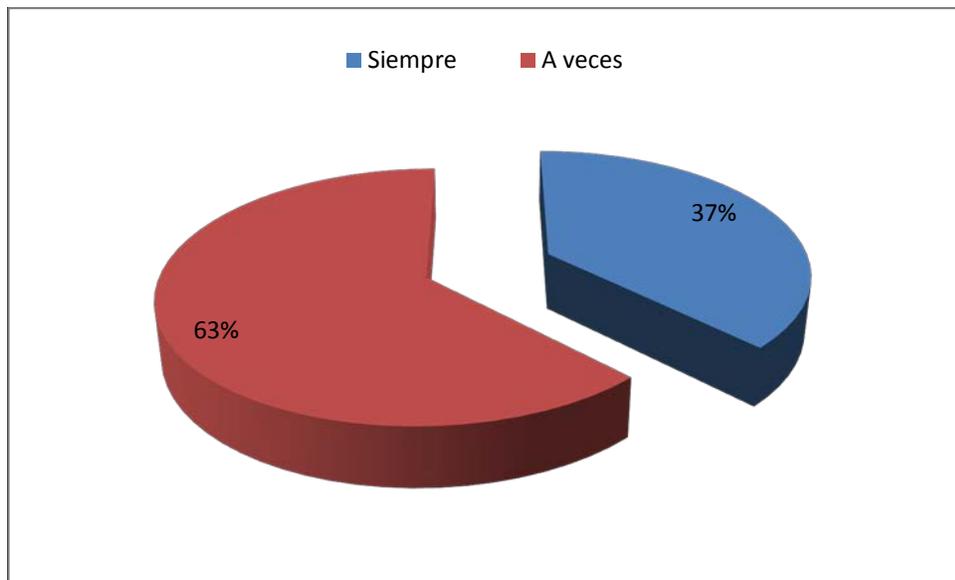
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

#### Análisis:

Según el personal de enfermería el porcentaje más alto de una úlcera por presión es de 1er grado debido a la presión del cuerpo sobre una superficie dura, ya que el paciente se mantiene más de 6 horas en una silla de rueda. En segundo nivel se dan las úlceras por presión de 2do grado debido a la presión y fricción del paciente por permanecer más de 6 horas en una misma posición.

#### 4.- ¿FRECUENCIA DE PACIENTES CON ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráfico N° 4



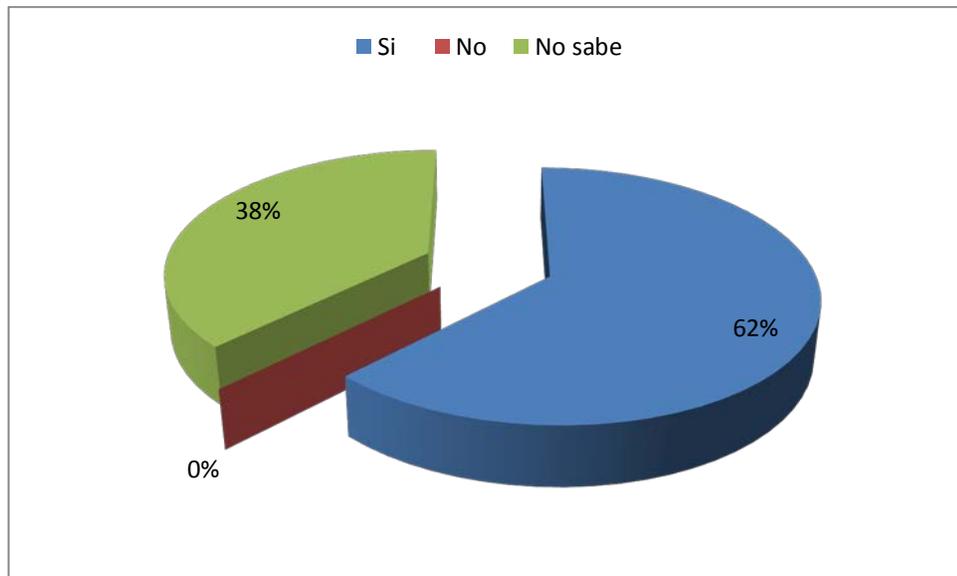
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

#### Análisis:

Ante esta interrogante los encuestados respondieron que la frecuencia de úlceras por presión es frecuente. Los pacientes con patologías prolongadas o que están obligados a permanecer en sillas de ruedas o en una misma posición son y si no tienen los cuidados y atenciones oportunas pueden sufrir las úlceras por presión.

## 5.- ¿UNA BUENA NUTRICIÓN PREVIENE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN?

Gráfico N° 5



**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería

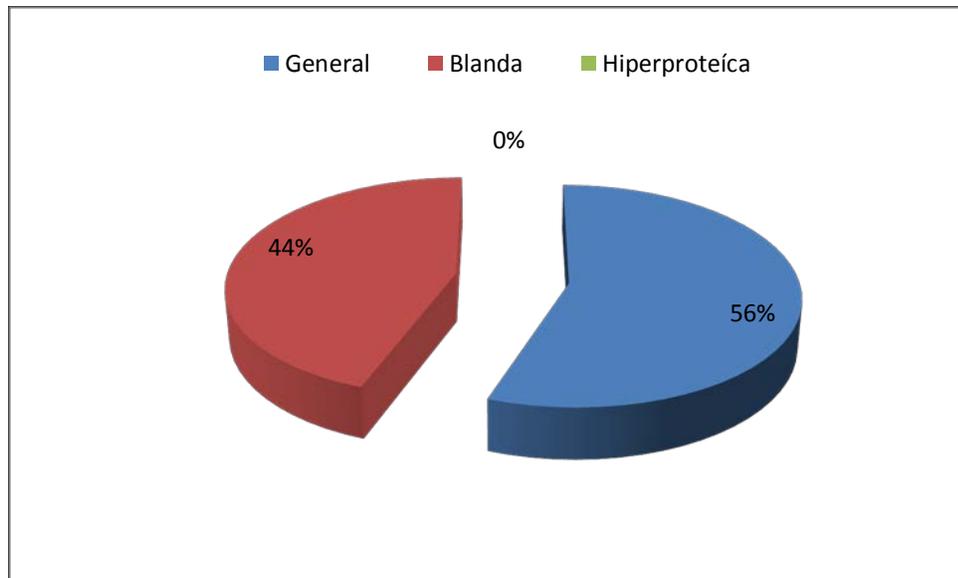
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

Se les consultó a los encuestados si una buena nutrición previene las úlceras por presión, ante lo que respondieron SI, En efecto una buena nutrición disminuye la incidencia de aparición de úlceras por presión, tal como lo indican muchos nutricionistas que una buena nutrición, proteínas, vitaminas y abundante ingesta de líquidos previene la úlceras por presión.

## 6.- ¿TIPO DE DIETA QUE INGIERE EL USUARIO?

Gráfico N° 6



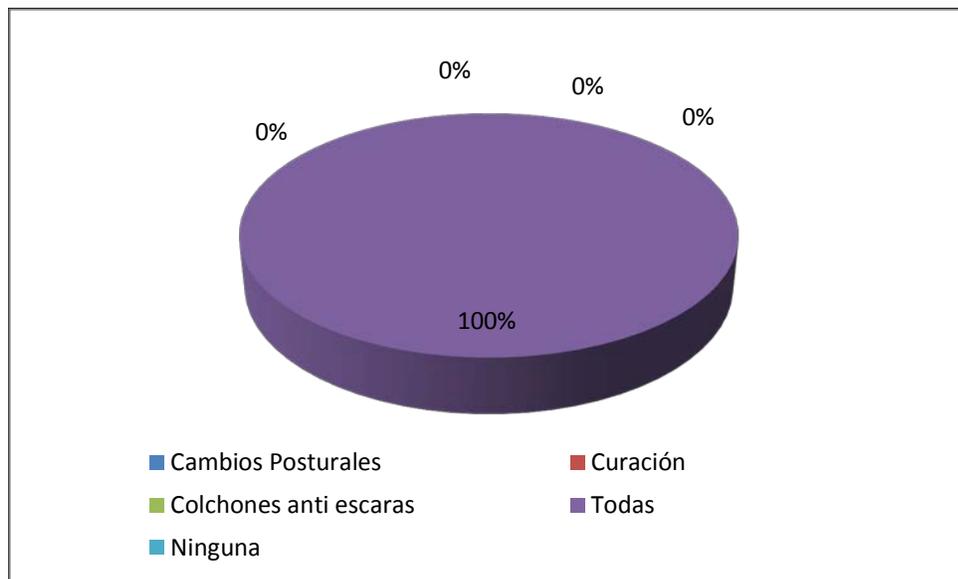
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

Se les consultó a los encuestados sobre el tipo de dieta que ingerían los usuarios. Respondiendo en mayor proporción que eran las dietas en general, y otros señalaron dieta blanda, considerando que muchos tienen úlceras por presión, la dieta blanda es necesaria, además de que se les proporciona cremas, por la facilidad de deglutir.

## 7.- ¿INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA PRESENCIA DE ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráfico N° 7



**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería

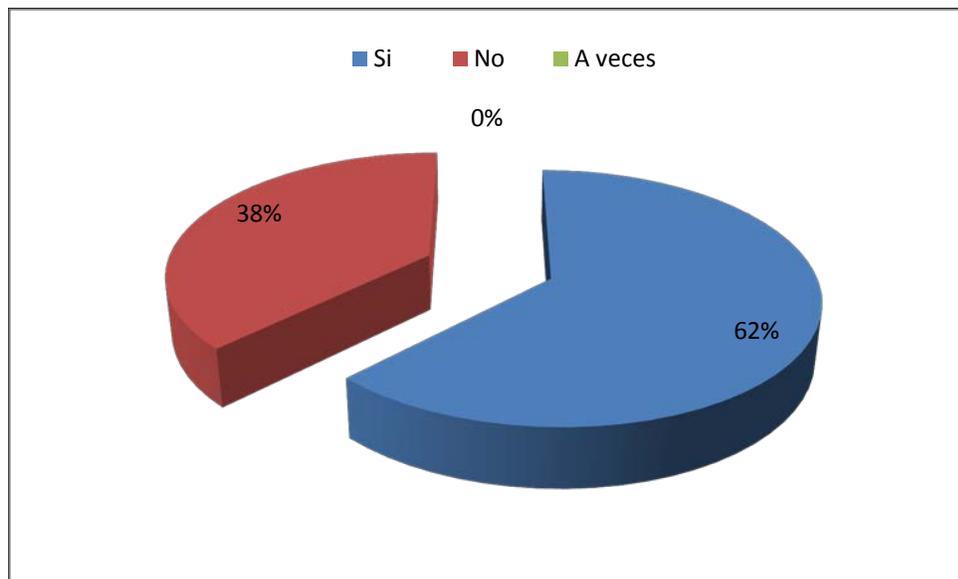
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

El personal consultado respondió todas, en efecto realizan todas las intervenciones que requiere un paciente con las condiciones que estos presentan. El realizar los cambios posturales, el aseo, la asepsia frecuente contribuye en su recuperación.

## 8.- ¿ES IMPORTANTE HIDRATAR LA PIEL EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráfico N° 8



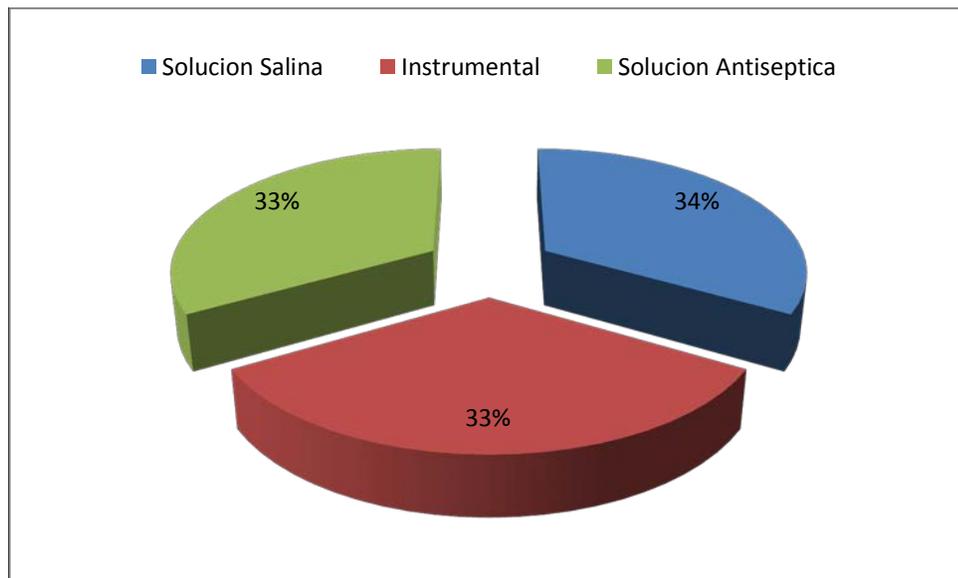
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

El personal de enfermería en su mayoría refirió SI, de donde se refleja que conocen que la hidratación en esas condiciones es necesaria, tal como indica el, Dr. Arturo Prado quien refiere que se debe hidratar la piel porque la relaja, libera la tensión y estimula la circulación de los músculos.

## 9.- ¿MATERIALES QUE SE DEBEN UTILIZAR PARA CURAR UNA ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráfico N° 9



**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería

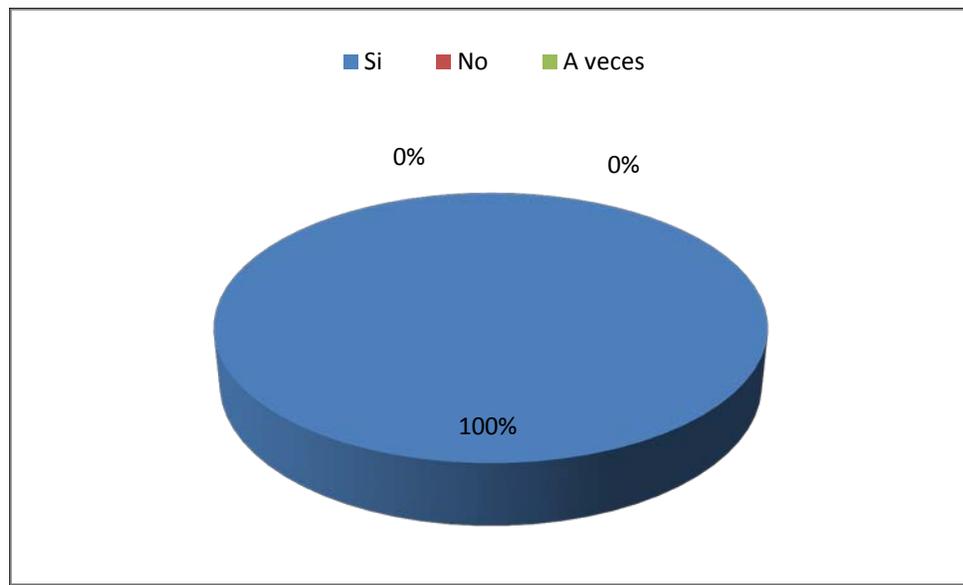
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

Un índice aproximado a la tercera parte de los consultados indicaron la solución salina. Este es el mejor producto para curaciones de este tipo de úlceras producidas por la presión. En tanto que otros indicaron instrumental y solución antiséptica.

## 10.- ¿APLICA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS USUARIOS CON ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráfico N° 10



**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería

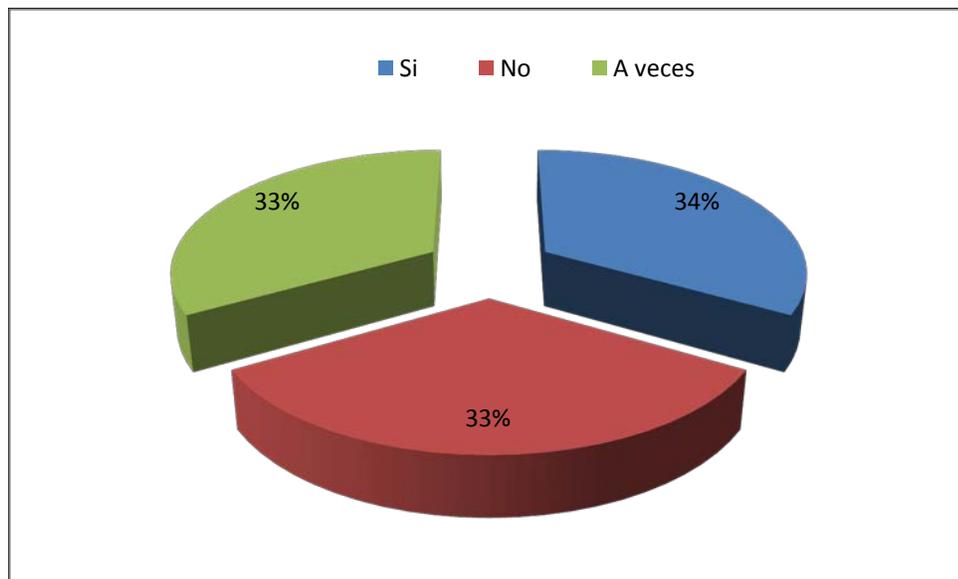
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

Todo el personal consultado respondió que si aplica el proceso de atención de enfermería en los usuarios con úlcera por presión. Los cuales son: cambios posturales, vigilancia de la zona enrojecida, la escala de Braden se mantiene la ropa de cama limpia y sin arrugas, se evita dar masajes en los puntos de presión.

## 11.- ¿PERSONAL DE ENFERMERÍA REALIZA LOS CAMBIOS DE POSICIÓN CADA DOS HORAS?

Gráfico N° 11



**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería

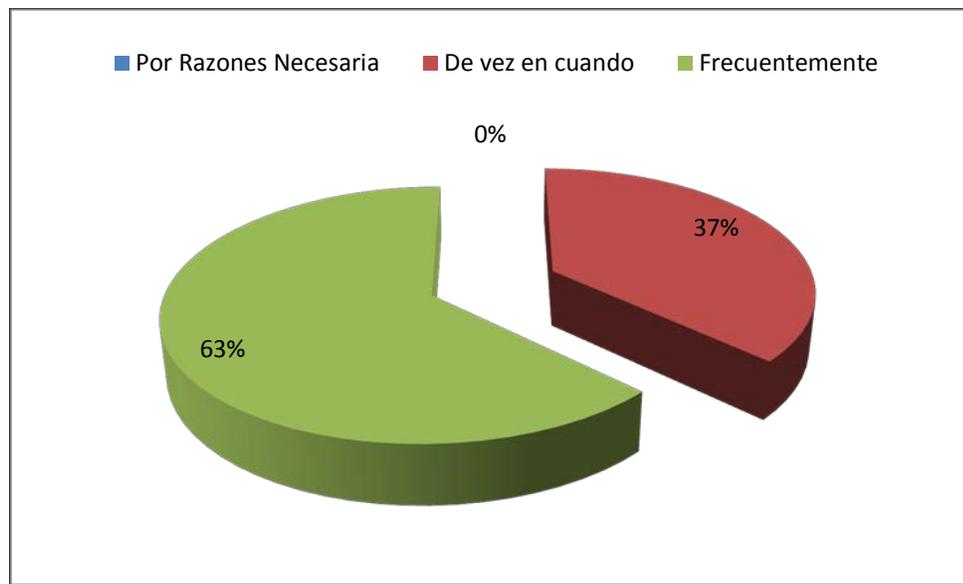
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

Ante esta interrogante por las respuestas obtenidas pocos realizan los cambios de posición cada dos horas, lo que es contraproducente al restablecimiento de la salud del paciente, recordando que la misma posición o la presión es la causante de la formación de las úlceras.

## 12.- ¿PERSONAL DE ENFERMERÍA REALIZA EL CAMBIO DEL PAÑAL?

Gráfico N° 12



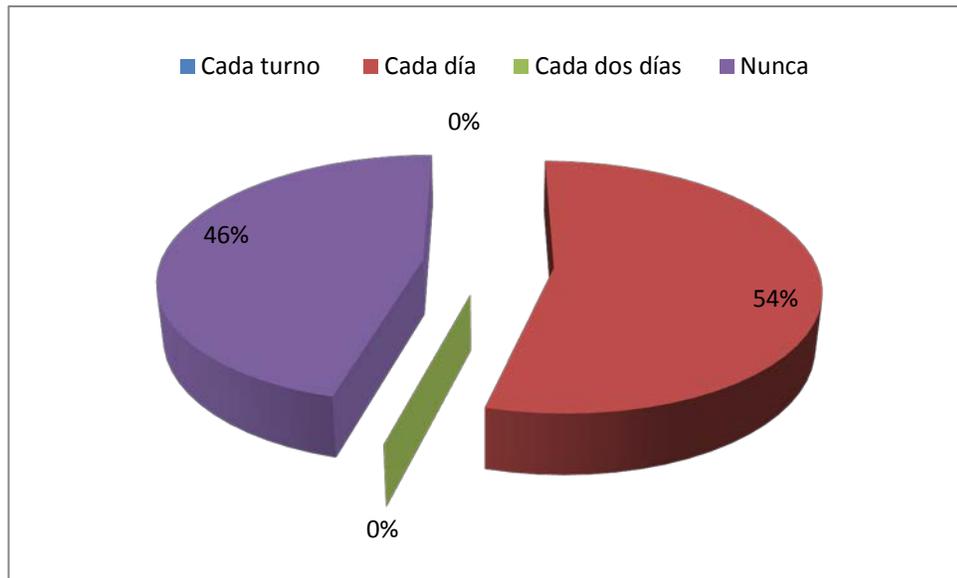
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

### Análisis:

Ante esta consulta respondieron los encuestados que realizan el cambio de pañal frecuentemente. Los cambios de pañales deben de hacerse inmediatamente después de hacerse las necesidades, el paciente por que el tener esos desechos le produce infección y otros problemas a su salud.

### 13.- ¿REALIZA USTED LA CURACIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráfico N° 13



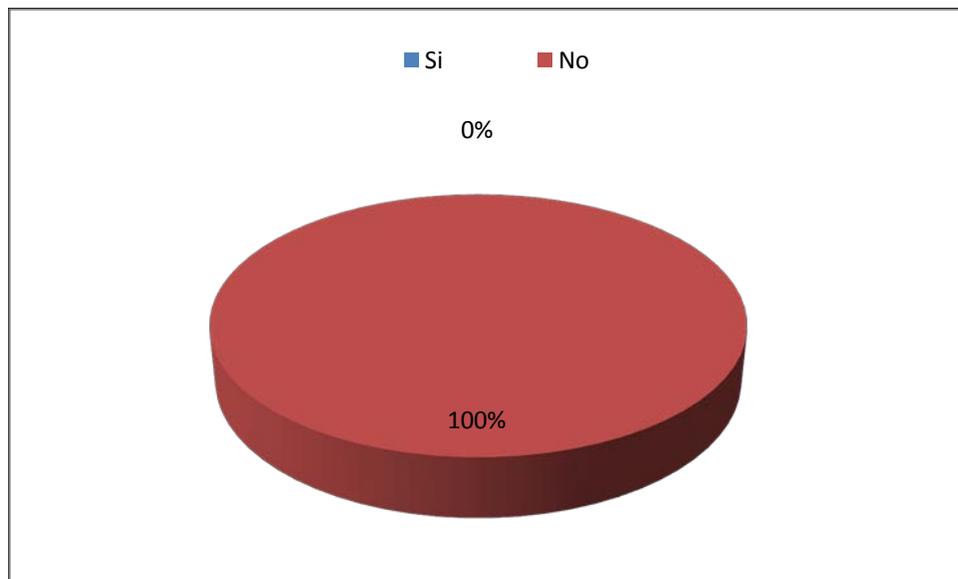
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

#### Análisis:

El personal de enfermería responde que las curaciones lo realizan cada día que es en el primer turno mientras que el 2do y 3er turno no realizan curaciones por úlcera por presión. De donde se refleja que se les da atención a los pacientes y los cuidados que necesita.

**14.- ¿EN CASO DE AUSENTISMO CUENTA CON PERSONAL PARA REEMPLAZO?**

**Gráfico N° 14**



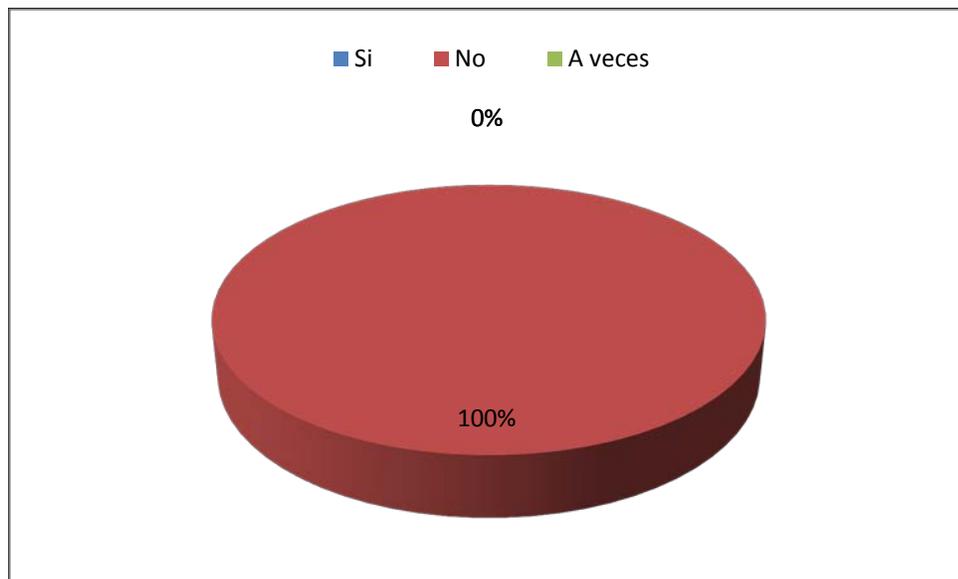
**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

**Análisis:**

El 100% del personal respondieron que no disponen de reemplazo cuando requieren ausentarse del trabajo como: calamidad doméstica, vacaciones, permisos médicos etc.

**15.- ¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN ESTOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?**

**Gráfico N° 15**



**Fuente:** Encuesta al personal de Enfermería  
**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

**Análisis:**

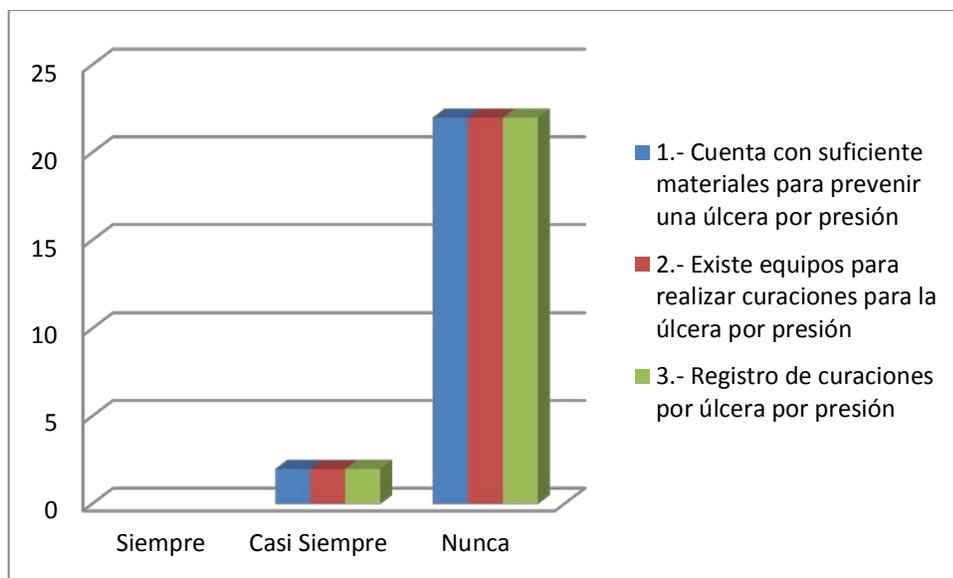
El personal de enfermería contestó que no han recibido este tipo de capacitación. Son importante los talleres o cursos de capacitación sobre este tema, con la finalidad de actualizar los conocimientos y tener conocimientos certeros para brindar este tipo de atenciones a los pacientes y a la vez adquirir conocimientos sobre estudios científicos y nuevas formas para realizar las curaciones de las úlceras.

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### GUÍAS DE OBSERVACIÓN EN EL ÁREA DE CUIDADOS PALIATIVOS

#### 1.- ¿CUENTA CON SUFICIENTE MATERIALES PARA PREVENIR UNA ÚLCERA POR PRESIÓN?

Gráficos N°16



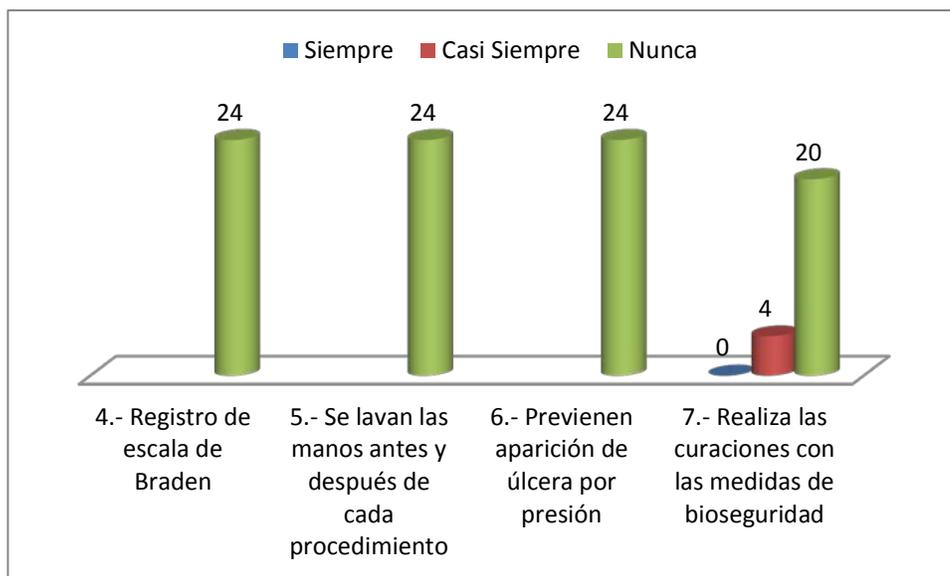
**Fuente:** Guías de observación

**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

#### Análisis:

Mediante la guía de observación se pudo verificar lo siguiente: no hay materiales para prevenir las úlceras en los pacientes, también se visualizó ausencia de equipos, por lo que el personal de enfermería no pueden realizar los cuidados y atenciones que requieren los pacientes. En la unidad carecen de registro de las curaciones que hacen a los pacientes, por tal motivo, no se sabe a la hora que el paciente fue curado o si se las hicieron en el día.

**Gráficos N°17**



**Fuente:** Guías de observación

**Elaborado por:** Lourdes Beatriz Boni Quito

**Análisis:**

De la misma forma, mediante la guía de observación no se utiliza la escala de Braden para valorar el estado de la úlcera. Cuando el personal de enfermería realiza las curaciones no cumple con las medidas sobre el lavado de manos antes y después de cada procedimiento como tampoco se cumple con las actividades de prevención de la aparición de úlceras por presión.

## CONCLUSIONES

Al llegar a la finalización de este tema investigativo y en base a los resultados obtenidos se pudo concluir lo siguiente:

Que el personal que labora en el Área de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias tiene conocimientos sobre lo que son las úlceras por presión, como también, las intervenciones para evitar que estas aparezcan. Identifican los materiales y productos con que deben de realizar las curaciones, manifiestan cumplir con todas las intervenciones, como son cambios posturales, curaciones, utilización de colchones antiescaras,

Reconocen los consultados la importancia de hidratar la piel para disminuir los riesgos de aparición de úlceras y NO todos realizan los cambios posturales, lo que perjudica la salud del paciente. No realizan el cambio de pañal dentro del tiempo necesario, situación perjudicial al paciente. En cuanto a la curación de las úlceras, únicamente las realiza el turno de la mañana.

Al ser consultados sobre la participación en cursos o seminarios de actualización de conocimientos indicaron que NO han asistido a ninguno desde hace dos años y menos relacionados con úlceras por presión.

En cuanto a la guía de observación se logró los siguientes resultados:

En el Instituto de Neurociencias no se cuenta con los suficientes insumos para prevenir úlceras en los pacientes; las almohadas y colchones anti escaras son pocos y no abastecen para dar comodidad al número de pacientes que hay en el Área, sobre todo para darles mayor comodidad en los cambios posturales.

En referencia a las medidas de bioseguridad no se cumplen, ni la elemental medida como es, el lavado de manos antes y después de cada procedimiento. En conclusión y en base a los objetivos propuestos que es: Describir la participación de enfermería para prevenir la úlcera por presión, en el área de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencias de la Ciudad de Guayaquil, se puede decir que:

La participación del personal de enfermería en el Área para prevenir las úlceras es pésimo o no se da,, afirmación que la hago en base a los resultados de la guía de observación y a las observaciones realizadas durante mi pasantía en el Instituto. Me permito indicar a la vez que los factores de riesgo de aparición además de la falta de atenciones por parte del personal de enfermería entre auxiliares y ayudantes son la falta de equipo y elementos necesarios para brindar la comodidad que requiere el paciente asilado en la Unidad de cuidados Paliativos.

Por tanto se sugiere la implementación de equipos y todos los materiales que se necesiten para dar una atención óptima a los pacientes y hacer un llamado al personal que labora en la unidad para pedirles que cumplan con los lineamientos de la profesión exige, el cual es, atender a los pacientes con calidad y calidez.

## RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas se hacen las siguientes recomendaciones:

Al personal de enfermería:

- Por la condición del paciente es necesario que apliquen sus conocimientos en beneficio de la recuperación de estos.
- Que la actualización de conocimientos es indispensable en toda función que desempeñemos, por cuanto los conocimientos evolucionan y más aún con el desarrollo de la tecnología e información.

A los Directivos del Hospital:

- Proveer a la Unidad de todos los implementos que se necesitan a fin de que no haya justificación para no atender a los pacientes apegados a los derechos del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Angulo, J. M. (2008 ). Guia de la prevencion , diagnostico y tratamiento de las úlceras por presion. Obtenido de [http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/52\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/52_pdf.pdf)
2. Arias, J. (2001). Generalidades medico quirurgica.
3. Bulechek, G. M. (2009). Clasificacion de Intervencion de Enfermeria (NIC).
4. Castillo, L. D. (2006). Cuerpo Técnico.Escala Diplomadas de Salud Publica.
5. Guachi, R., Guano, L., & Pilco, P. (2012). Tesis de grado. Obtenido de Evaluacion de la calidad de los cuidados de enfermeria en pacientes con úlceras por presion en el area de cuidados intensivos del Hospital General Luis Vernaza: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/1447/1/TESIS%20DE%20ULCERA%20POR%20%20PRESION.pdf>
6. Guachi, R., Guano, L., & Pilco, P. (2012). Tesis de grado. Obtenido de Evaluacion de la calidad de los cuidados de enfermeria en pacientes con úlceras por presion en el area de cuidados intensivos del Hospital General Luis Vernaza: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/1447/1/TESIS%20DE%20ULCERA%20POR%20%20PRESION.pdf>
7. Guachi, R., Guano, L., & Pilco, P. (2012). Tesis de grado. Obtenido de Evaluacion de la calidad de los cuidados de enfermeria en pacientes con úlceras por presion en el area de cuidados intensivos del Hospital General Luis Vernaza: <http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/1447/1/TESIS%20DE%20ULCERA%20POR%20%20PRESION.pdf>
8. López, J. F. (2006). Prevención y tratamiento de úlcera por presión.

9. Luis Fernando Rodriguez, J. M. (2005). Diplomado de enfermería/ATS \_due del Principado de Asturias.
10. Mangana, N. R. (2008). Úlceras por presion. Obtenido de <http://noeliarodriguez-ulceras.blogspot.com/2008/01/definicin-de-lceras-por-presin.html>
11. Martinez Lopez, J. (2008 ). Prevención y tratamiento de úlceras y escaras.
12. Milla, V. M. (Lulu.com). Cuidados de Úlceras por presion parte 1.
13. Muñoz, M. d.-I. (2013). Intervención en la atención higiénico-alimentario en Instituciones.
14. Sánchez, M. S. (2003). Técnicas básicas de enfermeria.
15. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
16. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
17. González Ruiz JM, González Carrero AA, Heredero Blázquez MT, De Vera Vera R, González Ortiz B, Pulido M, Santamaría C et al. Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos. *Enferm Clínica* 2001; 11 (5): 184-190.
18. Grupo Associativo de Investigaçãõ em Feridas (GAIF). "Validaçaõ da escala de avaliaçaõ do risco de desenvolvimento de úlceras de pressãõ em populaçaõ pediátrica- Baby Braden- em dois hospitais pediátricos do país" [en linea]. En: GAIF (Portugal). Gaif: quem somos: projectos futuros. Portugal:2004. <http://www.gaif.net/quem-proj.html>
19. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.

20. Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Arán R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. *Enferm Clínica* 2001; 11 (5): 179-183.

## GLOSARIO

**Tuberosidad:** Elevación o protuberancia ósea.

**Isquiática:** Pertenece a la cadera.

**Isquemia:** Disminución del aporte de sangre a un órgano o a una zona del organismo.

**Plurito:** Malestar o sensación de picor en una zona de la piel que hace desear rascarse o que puede estar cocinada por una dermatitis, una picadura de mosquito o una reacción alérgica.

**Anoxia:** Carencia casi absoluta de oxígeno en los tejidos del cuerpo o incluso en la sangre.

**Aponeurosis:** Fuerte membrana de tejido conjuntivo fibroso que actúa como un tendón fijando los músculos al esqueleto.

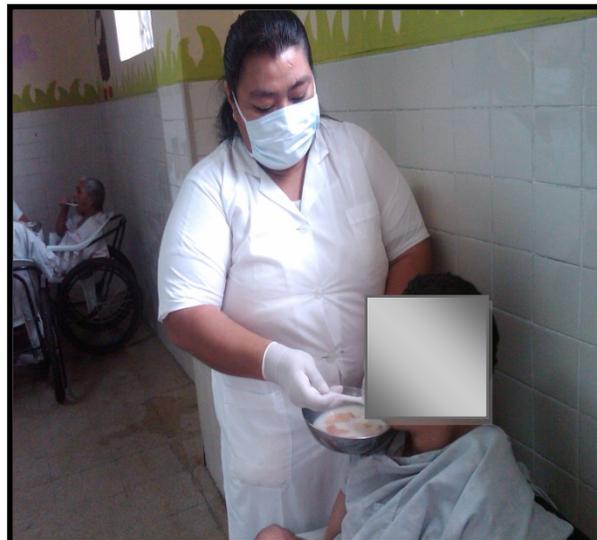
**Flictena:** Acumulación de líquido bajo la piel, asociada habitualmente con lesiones de menor tamaño que las ampollas normales.

**Caquéticas:** es un estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad y anorexia en personas que no están tratando de perder peso activamente. Puede ser síntoma de algunas enfermedades; cuando un paciente presenta caquexia, los médicos generalmente consideran la posibilidad de cáncer.

**ANEXO**

**ANEXOS**

**ANEXOS**  
**UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**  
**ÁREA DE MUJERES Y HOMBRES**





## CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEBERÁ REALIZAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON LA FINALIDAD DE PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (ESCARAS), EN EL SIGUIENTE HORARIO:

HORARIO	POSICIÓN	IMAGEN
08H00	DECÚBITO DERECHO	
10H00	DECÚBITO DORSAL	
12H00	DECÚBITO IZQUIERDO	
14H00	DECÚBITO DERECHO	
16H00	DECÚBITO DORSAL	
18H00	DECÚBITO IZQUIERDO	
20H00	DECÚBITO DERECHO	
22H00	DECÚBITO DORSAL	
24H00	DECÚBITO IZQUIERDO	
02H00	DECÚBITO DERECHO	
06H00	DECÚBITO DORSAL	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**ENCUESTA DIRIGIDAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA**

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA (O) EN PACIENTES CON ÚLCERA DE PRESIÓN EN  
LA UNIDAD DE CUIDADOS DE PALIATIVOS DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE  
GUAYAQUIL, 1 DE MAYO HASTA 31 DE AGOSTO DEL 2014

---

**1.- ¿Localización frecuente de una úlcera por presión?**

- Coxis ( )  
Cara ( )  
Brazos ( )

**2.- ¿Aplicación de la escala de Braden?**

- Si ( )  
No ( )  
A veces ( )

**3.- ¿Clases de úlcera por presión?**

- 1er grado ( )  
2do grado ( )  
3er grado ( )  
4to grado ( )

**4.- ¿Frecuencia de pacientes con úlcera por presión?**

Siempre ( )

A veces ( )

**5.- ¿Una buena nutrición previene las úlceras por presión?**

Si ( )

No ( )

No sabe ( )

**6.- ¿Tipo de dieta que ingiere el usuario?**

General ( )

Blanda ( )

Hiperproteica ( )

**7.- ¿Intervenciones de enfermería ante la presencia de úlcera por presión?**

Cambios Posturales ( )

Curación ( )

Colchones anti escaras ( )

Todas ( )

Ninguna ( )

**8.- ¿Es importante hidratar la piel en la prevención de úlcera por presión?**

Si ( )

No ( )

A veces ( )

**9.- ¿Materiales que se deben utilizar para curar una úlcera por presión?**

Solución salina ( )

Instrumental ( )

Solución antiséptica ( )

**10.- ¿Aplica el proceso de atención de enfermería en los usuarios con úlcera por presión?**

Si ( )

No ( )

A veces ( )

**11.- ¿Personal de enfermería realiza los cambios de posición cada dos horas?**

Si ( )

No ( )

A veces ( )

**12.- ¿Personal de enfermería realiza el cambio del pañal?**

Por razones necesarias ( )

De vez en cuando ( )

Frecuentemente ( )

**13.- ¿Realiza usted la curación de úlcera por presión?**

Cada turno ( )

Cada día ( )

Cada dos días ( )

Nunca ( )

**14.- ¿En caso de ausentismo cuenta con personal para reemplazo?**

Si ( )

No ( )

**15.- ¿Ha recibido capacitación sobre la prevención de úlcera por presión en estos dos últimos años?**

Si ( )

No ( )

A veces ( )



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA (O) EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERA POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL, 1 DE MAYO HASTA 31 DE AGOSTO 2014

---

	Alternativas		
	Siempre	Casi Siempre	Nunca
1.- Cuenta con suficiente materiales para prevenir una úlcera por presión			
2.- Existe equipos para realizar curaciones para la úlcera por presión			
3.- Registro de curaciones por úlcera por presión			
4.- Registro de escala de Braden			
5.- Se lavan las manos antes y después de cada procedimiento			
6.- Previenen aparición de úlcera por presión			
7.- Realiza las curaciones con las medidas de bioseguridad			

## ESCALA DE BRADEN: PREDICE EL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN

<b>SENSIBILIDAD</b> Sensación dolorosa, auditiva o táctil	<b>1.LIMITACIÓN COMPLETA</b> No responde al estímulo doloroso incluye a pacientes bajo sedación o inconscientes.	<b>2.MUY LIMITADA</b> Responden al estímulo doloroso pero no al comando verbal. La falta de sueño puede ser tomado como respuesta.	<b>3.LIMITACIÓN LEVE</b> Responde al estímulo de la voz, pero no puede comunicarse. Ej.: al sentir dolor o molestias en 1 o 2 extremidades.	<b>4.NO LIMITACIONES</b> Responde a la voz y puede comunicar molestias o dolor
<b>MOVILIDAD</b> Habilidad para el control y cambios de posición del cuerpo.	<b>1.INMÓVIL</b> No se inmoviliza sin asistencia	<b>2.MOVILIDAD ESCASA</b> Moviliza alguna extremidad sin cambios significativos o frecuentes.	<b>3.CON LIMITACIONES</b> Hace frecuentes cambios de posición sin ayuda.	<b>4.MOVILIDAD NORMAL</b> No necesita asistencia para realizar cualquier movimiento.
<b>ACTIVIDAD</b> Grado de actividad física	<b>1.LIMITACIÓN COMPLETA</b> Confinado a la cama	<b>2.UTILIZA SILLA DE RUEDA</b> No tiene habilidad para caminar pero puede utilizar la silla de rueda.	<b>3.CAMINA OCASIONALMENTE</b> Camina durante el día distancias cortas sin asistencia (dentro de su habitación)	<b>4.CAMINA FRECUENTEMENTE</b> Por lo menos dos veces al día fuera de habitación.
<b>HUMEDAD</b> Grado de exposición de la piel a la humedad.	<b>1.CONSTANTE</b> La piel está en contacto con sudor y orina en forma frecuente, es decir, encontramos al paciente mojado en cada revisión	<b>2.CONTINUA</b> El paciente es cambiado de sabana frecuentemente	<b>3.OCASIONAL</b> En alguna ocasión durante el día se debe cambiar de sabanas aparte de lo habitual.	<b>4.RARA VEZ</b> Piel permanece seca, las sabanas son cambiadas solo por rutina.
<b>NUTRICIÓN</b> Se refiere a la ingesta alimenticia	<b>1.MUY POBRE</b> No hay ingesta de alimentos o toma poco líquido, ingiere pocas proteínas y su nivel de Albumina es 25 mg/dl	<b>2.INADECUADA</b> Come en forma incompleta. No ingiere las 3 comidas diarias, no recibe suplementos alimenticios. Nivel de albumina 3 mg/dl	<b>3.ADECUADA</b> Recibe una cantidad adecuada de calorías y proteínas, ingiere 3 comidas diarias.	<b>4.EXCELENTE</b> Dieta normal, come constantemente hasta más de 3 veces y no requiere suplementos alimenticios.
<b>FRICCIÓN Y TRACCIÓN</b> La fricción se produce cuando dos superficies se rozan al moverse. La tracción es el movimiento de los tejidos más profundos que se mueven en direcciones opuestas	<b>1.PROBLEMAS SIGNIFICATIVO</b> El paciente esta espástico y contracturado lo cual produce fricción constante. Requiere máxima asistencia al paciente para evitar el roce de sus superficies.	<b>2.PROBLEMA POTENCIAL</b> Requiere mínima asistencia al movimiento en cama o en silla de rueda. La posición que adopta el paciente es buena.	<b>3.NO HAY PROBLEMA</b> Se moviliza solo ya que tiene fuerza muscular adecuada.	

19-23 No tiene riesgo

15-18 Riesgo leve

13-14 Riesgo moderado

10-12 Alto riesgo

0-9 Muy alto riesgo

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Julio 18



Certificado No. 1 CR-1497



CARRERA  
DE  
ENFERMERIA

[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 - 2200286  
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

**DOCTOR**  
**Fabrizio Delgado**  
**DIRECTOR TÉCNICO**  
**INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS**  
En su despacho.-

*Docencia*  
014  
*[Signature]*  
JUNTA DE BENEFICENCIA  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS  
Dr. Fabrizio Delgado Campaña  
DIRECTOR TÉCNICO

*Dr. Escobar*  
*Investigación*

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que la Srta. BONI QUITO LOURDES BEATRIZ quien se encuentra realizando su trabajo de titulación sobre: "PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS" Tutora: Lda. Rosario Erazo, realice la encuesta en la institución que usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"  
Lda. Angela Mendoza Vences  
Directora (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

23 JUL 2014

*Maura 14h25*  
RECIBIDO  
DIRECCIÓN TÉCNICA

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS  
*[Signature]*  
RECIBIDO  
DOCENCIA - INVESTIGACION



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAÚL"

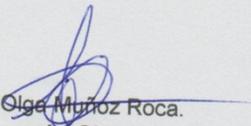
Guayaquil, 12 de Septiembre del 2014

Licenciada  
Ángela Mendoza Vincés  
Directora (E)  
Carrera de Enfermería  
Presente.

**De mis consideraciones:**

Por medio de la presente, informo a usted que he revisado el Trabajo de Titulación de la estudiante: **Lourdes Beatriz Boni Quito**, en el sistema URKUND, al inicio presenta una similitud del 26% que está comprendida en la sección Protocolaria y el uso de software informático que es aplicado en toda tabulación de datos y diseño metodológico de la Carrera de Enfermería. Al desactivar las celdas de comparación o similitud queda un 0%, además el Trabajo de Titulación es convertido en Pdf. El tema de Titulación es **"Participación de la enfermera en la prevención de la Úlcera por Presión, en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Neurociencia"**

Atentamente

  
Lcda. Olga Muñoz Roca.  
Revisora del Sistema Urkund.