



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

LESIÓN POR PRESIÓN CATEGORÍA IV SECUNDARIA A VALORACIÓN
INADECUADA DE ENFERMERÍA

BUSTAMANTE OVIEDO JOHANA LISSETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LARA PACHECO BRITHANY YOKASTA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

LESIÓN POR PRESIÓN CATEGORÍA IV SECUNDARIA A
VALORACIÓN INADECUADA DE ENFERMERÍA

BUSTAMANTE OVIEDO JOHANA LISSETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LARA PACHECO BRITHANY YOKASTA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

LESIÓN POR PRESIÓN CATEGORÍA IV SECUNDARIA A VALORACIÓN
INADECUADA DE ENFERMERÍA

BUSTAMANTE OVIEDO JOHANA LISSETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LARA PACHECO BRITHANY YOKASTA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SOTOMAYOR PRECIADO ANITA MAGGIE

MACHALA, 05 DE SEPTIEMBRE DE 2019

MACHALA
2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado LESIÓN POR PRESIÓN CATEGORÍA IV SECUNDARIA A VALORACIÓN INADECUADA DE ENFERMERÍA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



SOTOMAYOR PRECIADO ANITA MAGGIE
0702041518
TUTOR - ESPECIALISTA 1



MALDONADO ERREYES KATTY MARIBELL
0704182690
ESPECIALISTA 2



SOLORZANO SOLORZANO STALIN LORENZO
0703360123
ESPECIALISTA 3

Machala, 05 de septiembre de 2019

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TRABAJO-DE-TITULACIÓN-URKUND.docx (D54821212)
Submitted: 8/14/2019 11:51:00 PM
Submitted By: jlbustamante_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, BUSTAMANTE OVIEDO JOHANA LISSETTE y LARA PACHECO BRITHANY YOKASTA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado LESIÓN POR PRESIÓN CATEGORÍA IV SECUNDARIA A VALORACIÓN INADECUADA DE ENFERMERÍA, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de septiembre de 2019



BUSTAMANTE OVIEDO JOHANA LISSETTE
0707081477



LARA PACHECO BRITHANY YOKASTA
0707013918

DEDICATORIA

A nuestros padres, porque creyeron en nosotros y nos dieron ejemplos dignos de entrega y superación, porque gracias a ellos, hoy podemos ver alcanzada nuestra meta, ya que siempre estuvieron impulsándonos en los momentos más difíciles de nuestra carrera. Esto es por ellos, porque admiramos su fortaleza y por ser los mejores padres.

Gracias por haber fomentado en nosotros el anhelo de triunfar en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo sincero e incondicional, su comprensión y sus consejos que nos ayudaron a tomar las mejores decisiones durante estos años de estudio.

Los autores

RESUMEN

Introducción: Las lesiones por presión son heridas que se presentan en la piel causando deterioro de su integridad; según la OMS, estas lesiones afectan a 9 de cada 100 personas hospitalizadas, independientemente de la edad o patología, su prevalencia es del 5 al 12% en todo el mundo y del 7% en Latinoamérica. **Objetivo:** Valorar el riesgo de presencia de lesiones por presión recurrentes mediante las escalas de Norton y Braden para el manejo adecuado de enfermería. **Metodología:** El presente análisis de caso se basa en un paciente adulto mayor de sexo femenino con dependencia moderada, antecedentes de hipertensión arterial y artrosis hace 20 años, quien fue hospitalizada durante varios días con diagnóstico de bronquitis aguda y debido a la valoración inadecuada de enfermería presentó lesiones por presión a nivel de talones y región sacra. Se utilizó la investigación descriptiva-explicativa y como técnica la observación y la entrevista no estructurada. **Resultados:** Se realizó una valoración geriátrica integral, por lo cual se aplicó la escala de Barthel, se obtuvo un puntaje de 65/100, clasificándose como dependencia moderada; se empleó esta escala debido a su utilidad en investigaciones realizadas para valorar el nivel de dependencia en adultos mayores: México con 116 adultos mayores y Perú con 183 adultos mayores. Para evaluar el riesgo de presentar lesiones por presión se aplicó la escala de Norton, se obtuvo un puntaje de 17/20; además, se utilizó la escala de Braden, se obtuvo un puntaje de 18/23, ya que evalúa otros ítems importantes como la nutrición y la fricción, aquellos que no se valoran en Norton; cabe destacar que según estudios, Braden presenta mayor nivel de calidad, predictibilidad y confiabilidad en comparación con Norton; al aplicar estas escalas, se demostró que la paciente tenía dependencia moderada y un riesgo leve de desarrollar lesiones por presión, se confirmó que la causa de las lesiones que presentó fue la valoración inadecuada de enfermería; como una de las principales intervenciones en la atención primaria de salud, desde el enfoque de enfermería basado en las teorías de Dorothea Orem y Nola Pender, se brindó educación a los familiares acerca de los cuidados que deben ofrecer. Las lesiones por presión evolucionaron de manera favorable y se obtuvo como resultado la completa regeneración de los tejidos. **Conclusiones:** La evidencia indica que la presencia de las lesiones por presión se debe principalmente a las intervenciones inadecuadas que efectúa el personal de enfermería, que pueden deberse a diferentes factores como falta de profesionales, excesiva carga laboral y conocimiento insuficiente; en este estudio se demostró que la paciente tenía un riesgo leve de desarrollar lesiones por presión, sin embargo, presentó dos lesiones de categoría II y IV.

Para brindar cuidados de enfermería de calidad es adecuado realizar el proceso de atención de enfermería apoyándose en instrumentos que permitan la valoración integral del paciente, además, basarse en las teorías de enfermería que permitan fundamentar el enfoque de las intervenciones; en este estudio se aplicaron escalas que permitieron valorar la dependencia y el riesgo de adquirir lesiones por presión.

PALABRAS CLAVES: Lesiones por presión, escala de Norton, escala de Barthel, atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Pressure injuries are wounds that occur on the skin causing deterioration of its integrity; According to the WHO, these injuries affect 9 out of 100 people hospitalized, regardless of age or pathology, their prevalence is 5 to 12% worldwide and 7% in Latin America. **Objective:** Assess the risk of the presence of recurrent pressure injuries using the Norton and Braden scales for proper nursing management. **Methodology:** The present case analysis is based on an elderly female patient with moderate dependence, a history of arterial hypertension and osteoarthritis 20 years ago, who was hospitalized for several days with a diagnosis of acute bronchitis and due to an inadequate assessment of nursing He presented pressure injuries at the heel and sacral region. Descriptive-explanatory research was used and as an observation and unstructured interview technique. **Results:** A comprehensive geriatric assessment was performed, for which the Barthel scale was applied, a score of 65/100 was obtained, classified as a moderate dependence; This scale was used due to its usefulness in research carried out to assess the level of dependency in older adults: Mexico with 116 older adults and Peru with 183 older adults. To assess the risk of presenting pressure injuries, the Norton scale was applied, a score of 17/20 was obtained; In addition, the Braden scale was used, a score of 18/23 was obtained, since it evaluates other important items such as nutrition and friction, those that are not valued in Norton; It should be noted that according to studies, Braden has a higher level of quality, predictability and reliability compared to Norton; when applying these scales, it was demonstrated that the patient had moderate dependence and a slight risk of developing pressure injuries, it was confirmed that the cause of the injuries presented was the inadequate assessment of nursing; As one of the main interventions in primary health care, from the nursing approach based on the theories of Dorothea Orem and Nola Pender, family members were educated about the care they should offer. The pressure lesions evolved favorably and the complete regeneration of the tissues was obtained. **Conclusions:** The evidence indicates that the presence of pressure injuries is mainly due to inappropriate interventions carried out by nurses, which may be due to different factors such as lack of professionals, excessive workload and insufficient knowledge; In this study it was shown that the patient had a slight risk of developing pressure injuries, however, she presented two category II and IV lesions. In order to provide quality nursing care, it is appropriate to carry out the nursing care process based on instruments that allow the integral assessment of the patient, in addition, based on nursing theories that allow the intervention approach to

be based; In this study scales were applied that allowed assessing dependence and the risk of acquiring pressure injuries.

KEYWORDS: Pressure injuries, Norton scale, Barthel scale, nursing care.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	1
RESUMEN.....	2
PALABRAS CLAVES.....	3
ABSTRACT.....	4
KEYWORDS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	8
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	9
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.....	9
1.2 Hechos de interés.....	10
1.3 Objetivo de la investigación.....	11
1.3.1 Objetivo general.....	11
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.....	12
2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.....	12
2.1.1 Lesiones por presión en relación con la historia natural de la enfermedad.....	12
2.2 Bases teóricas de la investigación.....	12
2.2.1 Definición.....	12
2.2.2 Fisiopatología.....	13
2.2.3 Causas.....	13
2.2.4 Factores de riesgo.....	13
2.2.5 Localización.....	14
2.2.6 Clasificación.....	14
2.2.7 Complicaciones.....	15
2.2.8 Tratamiento.....	16
2.2.9 Prevención.....	16
2.2.10 Proceso de atención de enfermería en base a la teoría de Dorothea Orem y Nola Pender.....	17
3. PROCESO METODOLÓGICO.....	19
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.....	19
3.1.1 Área de estudio.....	19
3.1.2 Población de estudio.....	19
3.1.3 Tipos de investigación.....	19
3.1.4 Métodos de investigación.....	19
3.1.5 Técnicas de investigación.....	19
3.1.6 Instrumentos de investigación.....	20

3.1.7 Categorías.....	20
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación	20
3.2.1 Aspectos ético-legales	20
3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica	21
3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos	21
3.3.1 Signos vitales.....	21
3.3.2 Anamnesis	21
3.3.3 Examen físico.....	21
3.3.4 Antecedentes patológicos	21
3.3.5 Diagnóstico médico.....	21
3.3.6 Tratamiento	21
3.3.7 Evolución	21
3.3.8 Diagnóstico de enfermería	21
3.3.9 Intervenciones de enfermería	22
3.3.10 Resultados de enfermería	22
4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados.....	23
4.2 Conclusiones	25
4.3 Recomendaciones	26
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
6. ANEXOS	34
Tabla 1. (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad m/p destrucción tisular	34
Tabla 2. (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c complejidad de las tareas de cuidados y falta de experiencia con los cuidados.....	35
Tabla 3. (00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la condición física m/p dificultad para girarse, disminución de la amplitud de movimientos y enlentecimiento del movimiento	36
Figura 1. Escala de Norton	37
Figura 2. Escala de Braden	38
Figura 3. Escala de Barthel	38
Figura 4. Lesión por presión categoría IV	39
Figura 5. Lesión por presión en proceso de cicatrización.....	39
Figura 6. Oficio de petición de acceso a la Historia Clínica.....	40
Figura 7. Consentimiento informado	41

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por presión son heridas que se presentan en la piel causando deterioro de su integridad, que se producen cuando se ejerce presión en prominencias óseas durante un largo periodo de tiempo, ocasionando isquemia y posterior hipoxia tisular, afectando las capas de la piel y el tejido subyacente que puede llegar a los músculos, incluso a los tendones y huesos, produciendo necrosis de toda la zona afectada (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, las lesiones por presión afectan a 9 de cada 100 personas hospitalizadas independientemente de la edad o patología, su prevalencia es del 5 al 12% en todo el mundo y del 7% en Latinoamérica (2); un estudio realizado en Colombia indica que hay mayor predominio en el sexo masculino y en pacientes de 75 a 85 años (3); la incidencia y prevalencia sobre esta condición se desconoce a nivel nacional (Ecuador), pero un estudio realizado en el año 2012 en el Hospital Provincial Docente Ambato destaca que de un total de 203 pacientes, un promedio de 8% presentaron lesiones por presión, principalmente los adultos mayores (4).

Estas lesiones son consideradas un problema de salud pública, debido a que han contribuido al incremento de la morbilidad y mortalidad de los pacientes, la estancia hospitalaria y el costo en la atención de salud (5), por lo que un aspecto fundamental en su prevención es la valoración integral del paciente por parte del profesional de enfermería, con el propósito de realizar un plan de cuidados eficaz y brindar calidad en la entrega de servicios.

El presente análisis de caso se basa en un paciente adulto mayor de sexo femenino con dependencia moderada, antecedentes de hipertensión arterial y artrosis hace 20 años, quien fue hospitalizada durante varios días con diagnóstico de bronquitis aguda, y debido a la valoración inadecuada de enfermería presentó lesiones por presión a nivel de talones y región sacra (categoría IV).

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

La problemática del presente caso clínico son las lesiones por presión debido a que no existió una adecuada valoración por parte del personal de enfermería, esto se manifestó en una paciente de sexo femenino de 97 años de edad con dependencia moderada, quien fue hospitalizada por varios días en una institución de salud particular del Cantón Pasaje durante el mes de enero del año 2019.

Las lesiones por presión, también conocidas como úlceras por presión o de decúbito, se definen como la destrucción de las capas de la piel y el tejido subyacente, lo cual ocurre cuando disminuye la circulación de la sangre hacia una prominencia ósea, debido a la presión prolongada del cuerpo sobre esta zona; según el procedimiento y los insumos utilizados durante su cuidado o curación, estas lesiones pueden evolucionar de manera favorable o progresar hacia una herida crónica compleja, la cual puede tener poca o ninguna probabilidad de cicatrizar (6).

Esta situación es considerada un gran problema de salud, social y económico, ya que en el paciente aumenta el riesgo de contraer infecciones o presentar complicaciones, deteriorando su condición de vida y la de sus familiares, agudizando su pronóstico y conllevando a más días de hospitalización; por lo tanto, la prevención de las lesiones por presión es uno de los roles más importantes dentro del campo de la enfermería, sobre todo al brindar cuidados a pacientes dependientes. Además, los establecimientos de salud aspiran disminuir su incidencia, debido a que es un indicador de la calidad de la atención de enfermería, pero cabe recalcar que su manejo debe ser dado por todos los profesionales que conforman el equipo de salud (7), (8).

Diversos estudios concuerdan en que estas lesiones se pueden evitar en el 95% de los casos, mientras que el 5% sobrante se atribuye a los factores de riesgo inmodificables o propios del estado del paciente (1), (2), (7); por lo tanto, es necesario mencionar que en varias instituciones de salud de nuestro país se han creado protocolos de prevención y atención de úlceras por presión, con el propósito de estandarizar las actividades de enfermería dirigidas hacia la prevención, la valoración y el tratamiento, sobre todo en pacientes hospitalizados (9).

1.2 Hechos de interés

Las lesiones por presión son eventos adversos que se presentan como indicadores de salud, por esta razón, la presencia de estas lesiones demuestran la calidad de los cuidados de enfermería hacia el paciente; según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de las lesiones por presión a nivel mundial varían entre el 5% y 12% y en Latinoamérica el porcentaje es de 7% (2), siendo Brasil el país con mayor cantidad de estudios epidemiológicos de prevalencia en la región, con un porcentaje del 18,8% en referencia a un estudio de úlceras por presión en cuidados paliativos domiciliarios; en México en un estudio realizado en tres hospitales diferentes fue del 17% (10) y en Colombia en un estudio realizado en un Hospital Universitario la prevalencia fue del 14,1%, en la misma investigación se determinó que las áreas hospitalarias de mayor incidencia fueron medicina interna y la unidad de cuidados intensivos, prevaleció el sexo masculino con un 67,5%, se evidenció mayor frecuencia en pacientes con edades entre 75 – 85 años con un 27,5% y en personas de piel blanca con un 67,5%, además, la localización más común fue el talón con 30% (3). En Ecuador a nivel nacional no existe evidencia clara de incidencia o prevalencia de esta problemática.

Es importante destacar que en materia legal el Ecuador cuenta con leyes y normas que regulan el cumplimiento del actuar del profesional de salud, de esta forma, la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 362 indica que: “Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y que garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes” (11); la Ley Orgánica de Salud en su artículo 202 indica que será motivo de infracción aquellos eventos que ocasionen daño al paciente de forma no justificada y sean consecuencia de: “a) inobservancia, en el cumplimiento de las normas; b) impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia, c) imprudencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión del cuidado o diligencia exigible; y, d) negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional” (12); por lo tanto, la presencia de lesiones por presión durante la atención de salud pueden ser causal de juicios legales.

1.3 Objetivo de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Valorar el riesgo de presencia de lesiones por presión recurrentes mediante las escalas de Norton y Braden para el manejo adecuado de enfermería.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPIDEMIOLOGICA DEL ESTUDIO

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia

2.1.1 Lesiones por presión en relación con la historia natural de la enfermedad

En el período prepatogénico se encuentra la presión que reduce el flujo sanguíneo en la dermis y los tejidos subyacentes; la interfaz de presión es el valor máximo que se puede ejercer sobre el tejido capilar, la cual se encuentra en 32 mmHg (13). El periodo patogénico inicia con isquemia, luego se presenta dilatación y obstrucción de los vasos sanguíneos, incremento de la presión intersticial, extravasación de líquidos como plasma, proteínas y sangre hacia el intersticio, desencadenando un daño tisular profundo (1); este período se clasifica en subclínico y clínico.

El periodo subclínico varía en dependencia de factores de riesgo y cuidados hacia el paciente, de esta forma, la evolución de las lesiones suele ser rápida evidenciándose 4 categorías en función de la gravedad y el compromiso tisular, y 3 no especificadas (1), (14). El período clínico inicia en la categoría I con cambios de coloración en la piel, eritema y edema; categoría II, se observa una ampolla; categoría III, se presenta una herida en forma de cráter y categoría IV, se evidencia muerte tisular que puede alcanzar hasta el tejido óseo. Las categorías más avanzadas pueden presentar complicaciones como infección, sepsis y osteomielitis (5).

2.2 Bases teóricas de la investigación

2.2.1 Definición

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano y cumple funciones importantes, como regulación de la temperatura corporal, recepción de estímulos sensoriales, barrera de protección del medio externo e impermeabilidad. Las lesiones por presión son heridas o úlceras que se presentan en la membrana cutánea y tejido subyacente, causadas por la falta de irrigación sanguínea y nutrición tisular, debido a una presión prolongada de una estructura ósea o cartilaginosa sobre una superficie (15).

2.2.2 Fisiopatología

Los factores tiempo y presión juegan un papel muy importante en la formación de las lesiones por presión, según diversos estudios, el valor normal de la presión capilar venosa es de 16 mmHg y de la presión capilar arterial es de 32 mmHg (13). Al producirse presiones mayores a las mencionadas anteriormente sobre la piel, se presenta una obstrucción de los vasos sanguíneos y linfáticos, ocasionando isquemia y esto a su vez desencadena una respuesta fisiológica del organismo: hiperemia reactiva, que se presenta aparentemente como una zona eritematosa, debido a una vasodilatación compensadora, esto conlleva a un exceso de catabolitos (acidosis), extravasación celular y edema, causando un daño irreversible inicialmente al tejido profundo, al presentar muerte celular a nivel tisular y posterior de la membrana cutánea (16), (17).

2.2.3 Causas

En la formación de las lesiones por presión intervienen tres mecanismos: presión, que es el mecanismo más común, se determina como la fuerza que se ejerce sobre una estructura anatómica en contraposición a una superficie externa (cama, silla de ruedas, dispositivos médicos, etc); fricción, se origina por el roce de la piel contra una superficie ocasionando menor resistencia y posterior erosión, desencadenando una formación más acelerada; cizallamiento o pinzamiento vascular, se presenta como una combinación de los mecanismos de presión y fricción, usualmente se evidencia en personas que permanecen en una posición fowler o semifowler incorrecta, donde la piel se encuentra firme sobre la superficie y las estructuras profundas se deslizan ocasionando un estiramiento de los tejidos en un sentido opuesto, de esta forma, los vasos sanguíneos sufren una mayor compresión y originan daño a nivel tisular (18), (19).

2.2.4 Factores de riesgo

Se establece que la presión es la principal causa de las lesiones por presión, sin embargo, existen factores que predisponen o aumentan la susceptibilidad de presentar estas lesiones, que se clasifican como factores intrínsecos, que son propios del individuo o extrínsecos, aquellos que, guardan relación con el medio que rodea al paciente o procedimientos que se le realicen (16).

De esta forma entre los factores intrínsecos se encuentran: la edad, existe mayor probabilidad de presentar estas lesiones si el paciente es adulto mayor (20); pacientes de sexo masculino (21); comorbilidad, en aquellos pacientes que sufrieron traumas o lesiones que dejaron secuelas como discapacidad física y pérdida de la función motora, además de enfermedades como hipertensión arterial o diabetes, debido a que estas patologías afectan la red microvascular; desnutrición, estudios indican que niveles bajos de albúmina influyen de forma significativa debido a la falta de nutrientes esenciales que deteriora los tejidos (22).

En cuanto a los factores extrínsecos se encuentran: tiempo prolongado de hospitalización; pacientes con ventilación mecánica; humedad por sudoración, incontinencia urinaria o fecal; rugosidades en las sábanas de la cama y la ropa del paciente; terapia con sedantes y drogas vasoactivas (16), (20).

2.2.5 Localización

Existe mayor probabilidad de que se presenten lesiones por presión en zonas donde aumenta la exposición del tejido óseo y cartilaginoso, además influye la posición en la que se encuentre el paciente durante varias horas. Las regiones más frecuentes son: sacro, talón, maléolo, crestas iliacas, trocánter mayor, pabellón auricular, omóplato, rótula, región occipital, pliegues cutáneos en pacientes con obesidad; también, se puede presentar en zonas blandas que estén en contacto con dispositivos médicos (5), (23).

2.2.6 Clasificación

La clasificación de las lesiones por presión depende tanto de la gravedad de la pérdida cutánea como de la profundidad de la herida, y según el Panel Consultivo Europeo de Úlceras Por Presión, éstas se clasifican en cuatro categorías conocidas (también llamadas estadios, fases o grados) y tres especiales (1), (3), (19), las cuales se describirán a continuación:

1. Categoría I: la epidermis se encuentra intacta, pero aparecen cambios en su coloración (eritema no blanqueable), textura y temperatura; en personas de piel oscura esta categoría no se puede identificar con facilidad.

2. Categoría II: hay pérdida de la epidermis y afectación superficial de la dermis, se presentan flictenas o lesiones con aspecto de abrasión, además, no es visible el tejido adiposo.

3. Categoría III: hay pérdida completa de la dermis que llega hasta el tejido celular subcutáneo o hipodermis, es visible el tejido adiposo y no hay exposición de la fascia muscular; en esta categoría la profundidad de la lesión va a depender de su localización.

4. Categoría IV: existe destrucción total de las capas de la piel con exposición del músculo, tendón o hueso, hay exudado abundante y se puede presentar tejido necrótico.

5. Lesión por presión indeterminada: hay presencia de tejido necrótico que no permite valorar la profundidad de la lesión; para poder determinar la categoría, es necesario desbridar dicho tejido.

6. Lesión profunda tisular: se estableció para diferenciarla de la categoría I, ya que en ésta existe un cambio de coloración (violáceo) que evidencia que la presión ya generó un daño mayor y que hay formación de una lesión profunda en proceso; la piel puede estar intacta o formar una ampolla llena de sangre.

7. Lesión de mucosa: se refiere a las lesiones por presión en las membranas mucosas.

2.2.7 Complicaciones

La presencia de las lesiones por presión está relacionada directamente con el cuidado que brinda enfermería, es por ello que una valoración adecuada ayudará a planificar intervenciones que estén destinadas a su prevención y a la disminución de sus complicaciones, entre éstas tenemos que las más comunes son: dolor, celulitis, osteomielitis, infección local, sepsis y retraso en la cicatrización (3), (16).

Estas complicaciones pueden presentarse por diversos motivos, como la falta de atención del personal de enfermería o el manejo inadecuado de las lesiones (24); también, es importante mencionar que empeoran el estado de salud de los pacientes y deterioran su calidad de vida, aumentando la dependencia y la probabilidad de morir (3), (25). Además, el manejo de las lesiones por presión también debe ser abordado por el paciente y su familia previo a la educación dada por la enfermera o el médico, ya que ellos ayudarán a que la recuperación sea más rápida (23).

2.2.8 Tratamiento

Existen varias opciones de tratamiento, sin embargo, la importancia radica en que la cura húmeda de la herida favorece el crecimiento del tejido de granulación y la cicatrización (26), (27) en contraste de la utilización de una curación húmeda-seca que posee varias desventajas (28), además en el manejo del tratamiento es importante tomar en consideración factores que pueden afectar la correcta cicatrización como el seguimiento adecuado del tratamiento farmacológico, el estado nutricional del paciente, morbilidades de base descompensadas, características propias de la lesión y apoyo psicológico (5).

De esta forma existen también técnicas que guían las intervenciones, como TIME, cuyas siglas mencionan 4 elementos esenciales en el cuidado de la herida: tejido, donde se menciona la desbridación como técnica importante en la cicatrización que permite reducir la inflamación (6) y que puede ser biológico, enzimático, mecánico o autolítico; infección, que puede controlarse bajo el uso de solución salina o yodada y tratamiento antibiótico; humedad de la herida, que es importante para el proceso de cicatrización, se debe tomar en cuenta que en la fase de granulación la humedad de la herida disminuye, por lo tanto, la utilización de apósitos húmedos lo compensa; y borde de la herida que depende de la granulación de la herida para su reepitelización (26).

La selección y utilización de apósitos, soluciones, pomadas y cremas en el tratamiento de las lesiones por presión se realizará en función de las características y categoría de la misma, es así que, el mercado farmacéutico presenta una extensa variedad de tipos de apósitos, entre los que se mencionan: gasa, plata, fibra mixta, hidrogel, hidropolimérico, ácido hialurónico, hidrofibra con plata, etc. (5), (6), (29).

2.2.9 Prevención

La prevención de las lesiones por presión es atribuida al profesional de enfermería como una función primordial durante el cuidado directo a pacientes con hospitalización extensa, la cual debe basarse en los siguientes principios: identificar los factores predisponentes, valorar el riesgo mediante escalas, planificar y efectuar los cuidados, educar al paciente y cuidador (7). Cabe destacar que estas lesiones son estimadas como eventos adversos, los cuales influyen de manera perjudicial en la seguridad del usuario durante la prestación de servicios de salud (30).

Entre las principales intervenciones dirigidas a la prevención tenemos: valorar el estado de la piel, evitar la humedad de la piel, hidratar la piel seca, cambiar de posición cada 2 horas o al menos cada 4 horas, utilizar sistemas especiales para el manejo de la presión, tender la cama sin arrugas (25), valorar el estado nutricional, evitar la desnutrición, proporcionar suplementos alimenticios, mantener la actividad y fomentar la deambulaci3n (26), (31).

2.2.10 Proceso de atenci3n de enfermería en base a la teoría de Dorothea Orem y Nola Pender

El proceso de atenci3n de enfermería (PAE) es una herramienta que permite al profesional de enfermería realizar el plan de cuidados de una forma ordenada, individualizada (centrado en el individuo como un ser holístico, y no únicamente en su enfermedad) y de calidad, mediante las fases de: valoraci3n, diagn3stico, planificaci3n, ejecuci3n y evaluaci3n, así mismo, el uso estandarizado de las taxonomías: NANDA, NIC Y NOC, contribuyen a desarrollar el proceso de atenci3n de enfermería de manera dinámica y en un lenguaje universal (32). En la práctica diaria, es adecuado que el proceso de atenci3n de enfermería sea aplicado en funci3n de los diferentes modelos y teorías de enfermería, lo cual permite facilitar el enfoque en la entrega de los cuidados.

Los modelos y teorías de enfermería, son conocimientos con base y criterio científico, que fundamenta el actuar del personal de enfermería al realizar sus intervenciones (33), de esta forma, se menciona una de las teorías de mayor relevancia: La Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem formada a su vez por tres teorías: Teoría del autocuidado, que se refiere a las acciones positivas que realiza un individuo en favor de su salud; Teoría del déficit de autocuidado, que habla acerca del estado de una persona, la cual atraviesa una situaci3n que no le permite ejercer su autocuidado; y Teoría de los sistemas de enfermería, que es la forma en la que se va a suplir la necesidades vitales del paciente: sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo (34).

Otra teoría es el Modelo de Promoci3n de la Salud de Nola Pender, que describe el cambio de conducta de salud a trav3s de la educaci3n en promoci3n y prevenci3n de la salud, principalmente en estilos y hábitos de vida saludables (35), de esta forma en este estudio de caso, las intervenciones de enfermería que fueron realizadas se enmarcaron dentro de las teorías de enfermería de Dorothea Orem (Teoría del Déficit de Autocuidado) y Nola Pender (Modelo de Promoci3n de la Salud), a trav3s de la educaci3n hacia los familiares

sobre los cuidados que se deben llevar a cabo, resaltando el hecho de que se trata de un adulto mayor con dependencia moderada, que necesita de un sistema de ayuda moderadamente compensatorio para suplir sus necesidades básicas.

Los planes de cuidado de enfermería elaborados para este estudio de caso se encuentran en los anexos (tabla 1, tabla 2, tabla 3).

3. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1.1 Área de estudio

Centro de Salud “Buenavista”, perteneciente a la parroquia Buenavista del Cantón Pasaje de la Provincia de El Oro, ubicado en las calles Valencia y Río Buenavista; cuenta con 6 consultorios médicos, sala de procedimientos, farmacia, vacunatorio, estación de enfermería y área de estadística; brinda atención en medicina general, odontología, obstetricia, psicología y enfermería; con un horario de 08:00 a 16:30 de lunes a sábado.

3.1.2 Población de estudio

Paciente de sexo femenino de 97 años de edad con dependencia moderada y lesiones por presión a nivel de talones y región sacra.

3.1.3 Tipos de investigación

1. **Investigación descriptiva:** se basa en recolectar datos que describan las características y la situación de la población estudiada tal y como es, de manera sistemática.
2. **Investigación explicativa:** permite conocer las causas o razones que provocan un fenómeno, buscando el por qué y el para qué de éste.

3.1.4 Métodos de investigación

1. **Método descriptivo:** consiste en detallar minuciosamente los hechos reales y su objetivo es evaluar las características de una situación en particular.
2. **Método analítico:** se refiere a la descomposición de las partes de un fenómeno hasta llegar a conocer sus causas y efectos a profundidad, lo cual permite comprender su naturaleza.

3.1.5 Técnicas de investigación

En este estudio se utilizó la observación, la cual se basa en ver y oír atentamente un hecho para captarlo en todas sus formas, y además, los siguientes modelos de observación: no estructurada, participante, en equipo y en la vida real; también se utilizó otra técnica de

investigación como es la entrevista no estructurada, la cual consiste en realizar preguntas sin un orden preestablecido y de acuerdo a las respuestas que se presenten durante la entrevista.

3.1.6 Instrumentos de investigación

En el presente análisis de casos se utilizó como instrumento de investigación el registro de observación, el cual permite registrar los datos reales del problema obtenidos durante la observación, utilizando como medio la historia clínica de la paciente; también se aplicó la ficha familiar y se realizaron visitas domiciliarias; además, otros documentos que permitieron esta investigación fueron: el consentimiento informado y las fuentes bibliográficas.

3.1.7 Categorías

1. Signos vitales
2. Anamnesis
3. Examen físico
4. Antecedentes patológicos
5. Diagnóstico médico
6. Tratamiento
7. Evolución
8. Diagnóstico de enfermería
9. Intervenciones de enfermería
10. Resultados de enfermería

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación

3.2.1 Aspectos ético-legales

Entre los aspectos ético-legales aplicados en este estudio tenemos los siguientes: consentimiento informado y confidencialidad; además, se tomaron en consideración los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica

Se accedió a la historia clínica de la paciente mediante el oficio N° UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0403-OF, emitido por la coordinadora de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala, y dirigido a la directora del Centro de Salud “Buenavista”.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos

3.3.1 Signos vitales: son parámetros que evalúan las variables fisiológicas esenciales y que permiten analizar el estado en el que se encuentra el organismo.

3.3.2 Anamnesis: se refiere a la entrevista entre el personal de salud y el paciente, con la finalidad de obtener información acerca de los signos y síntomas, antecedentes patológicos y hábitos, la cual permitirá establecer un diagnóstico.

3.3.3 Examen físico: es la exploración que se realiza al paciente con el objetivo de encontrar signos que revelen una enfermedad, a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación.

3.3.4 Antecedentes patológicos: consiste en indagar acerca de las patologías que ha padecido el paciente desde la infancia hasta la actualidad y que tengan relación al problema actual de salud; también, se investigan las enfermedades padecidas por familiares, parejas y personas con las que se ha tenido algún tipo de contacto.

3.3.5 Diagnóstico médico: es el juicio clínico que da el médico acerca del estado psicofísico del paciente.

3.3.6 Tratamiento: es el conjunto de medios que tiene como objetivo curar una enfermedad o aliviar sus síntomas.

3.3.7 Evolución: es la respuesta positiva o negativa del paciente, ocasionada al llevarse a cabo un tratamiento.

3.3.8 Diagnóstico de enfermería: es el juicio clínico del profesional de enfermería sobre la respuesta a los problemas reales o potenciales de salud del individuo, familia o comunidad.

3.3.9 Intervenciones de enfermería: son las acciones basadas en el conocimiento científico que realiza enfermería para beneficiar el resultado esperado del paciente.

3.3.10 Resultados de enfermería: es un estado o conducta del individuo, familia y comunidad, que se evalúa continuamente en función a las intervenciones de enfermería.

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados

Paciente de sexo femenino de 97 años, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y artrosis hace aproximadamente 20 años, y antecedentes patológicos familiares de infarto agudo de miocardio (madre), residente del Barrio Central ubicado en la Parroquia Buenavista del Cantón Pasaje.

En el mes de enero del presente año, la paciente presentó la siguiente sintomatología: congestión nasal, tos con flema, dificultad para respirar y para dormir, alza térmica no cuantificada, motivo por el cual fue ingresada en una clínica del Cantón Pasaje con diagnóstico de bronquitis aguda; debido a la edad extrema y disminución de la movilidad se presentaron complicaciones como lumbalgia y lesiones por presión, cabe destacar que en este establecimiento de salud se le brindó atención durante 7 días, la cual no fue de calidad, ya que los familiares indicaron que antes del ingreso no presentaba ninguna lesión y que durante la hospitalización no observaron que se le realizó cambios de posición ni la adecuada higiene, teniendo como consecuencia la aparición de las lesiones por presión a nivel de talones y región sacra.

El día 12 de marzo se realizó la primera visita domiciliaria junto al Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) para evaluar tanto el estado general de salud como el proceso de cicatrización de las lesiones por presión y la calidad de vida que le brindan los familiares a este paciente de riesgo, quien presentó signos vitales estables: T: 36.2 °C, P: 74 x', R: 16 x', TA: 130/80 mm Hg, SPO2: 96 %.

Al examen físico, paciente con escala de Glasgow de 15/15, facies normales, piel normotérmica y seca, cabeza normocefálica, pupilas isocóricas, mucosas orales semihúmedas, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible sin dolor a la palpación, lesión por presión categoría IV en región sacra (más o menos 10 cm de diámetro) y categoría II en talón izquierdo (más o menos 2 cm de diámetro), ambas en proceso de cicatrización, extremidades superiores e inferiores sin alteración.

El tratamiento médico indicado para los problemas de salud actuales y para su patología de base (hipertensión arterial) es el siguiente: cambios de posición cada 2 horas, curación

diaria de lesiones por presión, abundante líquido, aseo bucal y general, exgorfe (amlodipino 5 mg + valsartán 160 mg) 1 tableta diaria, omeprazol 20 mg 1 cápsula diaria, dicloxacilina 500 mg 1 cápsula c/12 horas, ibuprofeno 400 mg 1 tableta c/8 horas, loratadina 10 mg 1 tableta diaria, ungüento iruxol simplex, ungüento mebo.

En las visitas domiciliarias consecuentes se aplicaron las escalas de Barthel y de Norton para evaluar el nivel de dependencia del adulto mayor y el riesgo de presentar lesiones por presión, aquellas que se encuentran estandarizadas en: *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores* (Ministerio de Salud Pública) (36) y *Guía Operativa del Modelo de Atención y Gestión Domiciliaria del Buen Vivir para el Adulto Mayor* (Ministerio de Inclusión Económica y Social) (37).

Desde la atención primaria de salud y como paciente de riesgo, se realizó una valoración geriátrica integral, por lo cual se aplicó la escala de Barthel que permite evaluar la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria para una estimación cuantitativa de su grado de dependencia (38), se obtuvo un puntaje de 65/100, clasificándose como dependencia moderada; se empleó esta escala debido a su utilidad en investigaciones realizadas para medir el nivel de dependencia en adultos mayores: México con 116 adultos mayores (2016) (39) y Perú con 183 adultos mayores (2019) (40).

Para evaluar el riesgo de presentar lesiones por presión se aplicó la escala de Norton, se obtuvo un puntaje de 17/20; además, se utilizó la escala de Braden, se obtuvo un puntaje de 19/23, ya que evalúa otros ítems importantes como la nutrición y la fricción, aquellos que no se valoran en Norton; cabe destacar que según estudios, Braden presenta mayor nivel de calidad, predictibilidad y confiabilidad en comparación con Norton (41), (42).

Al aplicar estas escalas, se demostró que la paciente tenía dependencia moderada y un riesgo leve de desarrollar lesiones por presión, se confirmó que la causa de las lesiones que presentó fue la valoración e intervención inadecuada de enfermería durante el proceso de enfermedad del adulto mayor; por esta razón, como una de las principales intervenciones en la atención primaria de salud, desde el enfoque de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem y Nola Pender, se brindó educación a los familiares acerca de los cuidados que deben ofrecer, tales como cambio de posición cada 2 horas, hidratación de la piel, higiene adecuada, alimentación saludable y hora de administración de los medicamentos; además, se los orientó acerca de cómo realizar la curación de las lesiones, aunque

manifestaron que tenían complejidad y falta de experiencia, alterando el patrón rol/relaciones de la paciente, ya que se evidencia dificultad para desempeñar completamente el rol de cuidador.

Debido al tratamiento médico y a las intervenciones de enfermería, las lesiones por presión evolucionaron de manera favorable, obteniendo como resultado la completa regeneración de los tejidos.

Rodríguez-Renobato R, et al. (43) señalan que el conocimiento acerca de la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión es superior en enfermeras que tienen un grado académico más alto y un tiempo de trabajo de 6 a 10 años, mientras que, Duque-Ruelas P, et al. (44) establecen que la experiencia laboral no es equivalente a adquirir mayor conocimiento, habilidad y actitud.

Un estudio realizado en México demuestra que los factores que impiden que se ejecuten medidas preventivas de las lesiones por presión pueden ser: propios del equipo de salud, del usuario y ambiente; entre los más frecuentes se encuentran: falta de profesionales, exceso de carga laboral, paciente no colaborador, falta de insumos, paciente en estado crítico, conocimiento insuficiente y dificultad en el manejo de las escalas de valoración del riesgo (2).

En España se realizó una investigación acerca de la eficiencia del aceite de oliva extra virgen en comparación con los ácidos grasos hiperoxigenados, obteniendo como resultado que el aceite tiene los mismos beneficios al prevenir la formación de lesiones por presión, además, su uso es totalmente seguro al no evidenciarse efectos secundarios (45).

Diversos estudios afirman que para prevenir la presencia de lesiones por presión se deben realizar los cambios posturales cada 3 o 4 horas en conjunto con el uso de sistemas para el manejo de presiones, asimismo, esto disminuye la carga laboral para enfermería y aumenta la calidad del sueño del paciente (46); además, existe escasa evidencia científica que valide la realización de estos cambios cada 2 horas (13).

4.2 Conclusiones

La evidencia indica que la presencia de las lesiones por presión se debe principalmente a las intervenciones inadecuadas que efectúa el personal de enfermería, que pueden deberse a diferentes factores como falta de profesionales, excesiva carga laboral y conocimiento

insuficiente; en este estudio se demostró que la paciente tenía un riesgo leve de desarrollar lesiones por presión, sin embargo, presentó dos lesiones de categoría II y IV, por lo cual, se confirmó que la formación de las lesiones fue producto del manejo inadecuado de enfermería.

Para brindar cuidados de enfermería de calidad es adecuado realizar el proceso de atención de enfermería apoyándose en instrumentos que permitan la valoración integral del paciente, además, basarse en las teorías de enfermería que permitan fundamentar el enfoque de las intervenciones; en este estudio se aplicaron escalas que permitieron valorar la dependencia (Barthel) y el riesgo de adquirir lesiones por presión (Norton y Braden) y las teorías de enfermería: “Teoría General de la Enfermería” de Dorothea Orem y “Modelo de Promoción de la Salud” de Nola Pender.

4.3 Recomendaciones

Los profesionales de la salud deben guiar los cuidados preventivos de las lesiones por presión en los protocolos que maneja cada unidad hospitalaria, también sería oportuno que el Ministerio de Salud Pública elabore una guía de prevención y tratamiento de lesiones por presión, la cual estandarice las intervenciones que deben llevarse a cabo en todos los establecimientos de salud, ya que la incidencia de las lesiones por presión es un indicador de calidad de la atención de enfermería. Es importante realizar estudios a nivel nacional sobre incidencia y prevalencia de lesiones por presión, con la finalidad de conocer el comportamiento real de esta problemática en Ecuador.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Islas-Pérez J. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo. *Rev Mex Enfermería Cardiológica*. 2014;22(2):60–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=56662>
2. Garza-Hernández R, Meléndez-Méndez MC, Fang-Huerta M de los Á, González-Salinas JF, Castañeda-Hidalgo H, Argumedo-Pérez NE. Conocimiento, actitud y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. *Cienc y Enfermería*. 2017;23(3):47–58. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532017000300047&script=sci_arttext
3. González-Consuegra RV, Roa-Lizcano KT, López-Zuluaga WJ. Estudio de prevalencia de lesiones por presión en un Hospital Universitario, Bogotá-Colombia. *Rev Cienc y Cuid*. 2018;15(2):91–100. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1404>
4. Pesantes-Masabanda VE. Intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Universidad Técnica de Ambato; 2012. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8354>
5. Ortiz-Vargas I, García-Campos ML, Beltrán-Campos V, Gallardo-López F, Sánchez-Espinosa A, Ruiz-Montalvo ME. Cura húmeda de úlceras por presión. Atención en el ámbito domiciliario. *Enfermería Univ*. 2017;14(4):243–50. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1665-70632017000400243
6. Jiménez-García J, Aguilera-Manrique G, Arboledas-Bellón J, Gutiérrez-García M, González-Jiménez F, García-Fernández F. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. *Gerokomos*. 2019;30(1):28–33. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2019000100028
7. Jinete Acendra J, de la Hoz Mercado M, Montes L, Morales R, Pardo A. Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. *Rev Cubana Enferm*. 2016;32(2):151–61. Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864->

- 03192016000200002&script=sci_arttext&tlng=en
8. Martínez-Reyes CR, Álvarez-Reyes F, Garzón-Martínez CA, Rave-Henao IC. Eventos adversos en niños hospitalizados: un desafío para el Cuidado de Enfermería. *Rev Cienc y Cuid.* 2019;16(1):111–23. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1547>
 9. Fernandez W, Londo A, Motoche W. Protocolo de prevención y atención de úlceras por presión. 1st ed. Machala: Hospital General Teófilo Dávila; 2015. 1–39 p. Available from: http://www.htdeloro.gob.ec/files/calidad/protocolo_de_prevenicin_y_atencion_de_ulceras_por_presion.pdf
 10. Sánchez-Cruz LY, Martínez-Villarreal AA, Lozano-Platonoff A, Cárdenas-Sánchez A, Contreras-Ruiz J. Epidemiología de las úlceras cutáneas en Latinoamérica. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 2016;44(3):183–97. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumeni.cgi?idrevista=48&idarticulo=71110&idpublicacion=6872>
 11. Constitución del Ecuador [Internet]. Asamblea Constituyente. Quito; 2008. 1–218 p. Available from: <http://bivicce.corteconstitucional.gob.ec/site/php/level.php?lang=es&component=68>
 12. Asamblea Nacional (Ecuador). Ley Orgánica de Salud (Reforma 2017). Asamblea Nacional. Plataforma Profesional de Investigación Jurídica; 2017. 1–50 p. Available from: <http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2018/07/li-ley-organica-de-salud.pdf>
 13. López-Casanova P, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Soldevilla-Agreda J. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. *Gerokomos.* 2018;29(2):92–9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1134-928x2018000200092&script=sci_arttext&tlng=pt
 14. González-Consuegra RV, Cardona-Mazo DM, Murcia-Trujillo PA, Matiz-Vera GD. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. *Rev la Fac Med.* 2014;62(3):369–77. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43004>
 15. Aprea V, Jorro-Barón F, Meregalli C, Sabatini M. Impacto de una intervención de mejora de calidad de atención para prevenir las úlceras por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Arch Argent Pediatr.* 2018;116(4):529–41.

- Available from:
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a13.pdf>
16. Barón Burgos M, Benítez Ramírez M, Caparrós Cervantes A, Escarvajal López M, Martín Espinosa M, Moh Al-Lal Y, et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2015. 1–86 p. Available from: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadestudios/documpublica/internet/pdf/guia_prevencion_upp.pdf
 17. Blanco Zapata RM, López García E, Quesada Ramos C. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Gneaupp. País Vasco: Osakidetza; 2017. 1–126 p. Available from: <https://gneaupp.info/guia-de-actuacion-para-la-prevencion-y-cuidados-de-las-ulceras-por-presion/>
 18. Adrover-Rigo M, Cardona-Roselló J, Fernández-Méndez J, Fullana-Matas A. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Islas Baleares: Consejería de Salud; 2018. 1–96 p. Available from: <https://gneaupp.info/actualizacion-de-la-guia-de-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-servicio-de-salud-de-las-islas-baleares/>
 19. Sáenz-Jalón M, Sarabia-Cobo C, Santiago-Fernández M, Briz-Casares S, Roscales-Bartolomé E, García-Cobo A. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes sometidos a artrodesis de columna. Gerokomos. 2016;27(3):123–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2016000300008
 20. Lima Serrano M, González Méndez MI, Carrasco Cebollero FM, Lima Rodríguez JS. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática. Med Intensiva [Internet]. 2017;41(6):339–46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569116301887>
 21. Oliveira-Costa A, Sabino-Pinho C, Almeida-dos Santos A, Santos-do Nascimento A. Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Nutr Hosp. 2015;32(5):2242–52. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112015001100046&script=sci_abstract&tlng=en
 22. Chacón-Mejía JP, Del Carpio-Alosilla AE. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. Rev la Fac Med Humana. 2019;19(2):66–74. Available from:

- <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/rfmh/article/view/2067>
23. Gushqui-Carchi E, Pazmiño-López J. Actuación de Enfermería en el manejo de pacientes con úlceras por presión en el área de especialidades clínicas de un hospital de la ciudad de Guayaquil, desde mayo a septiembre de 2016. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/actuaci%3%b3n-de-enfermer%3%ada-en-el-manejo-de-pacientes-a-carchi-1%3%b3pez/8f5835c278a8ecc6b5e52821d6c4b5f10a386964>
 24. Pérez Cajamarca RM, Toapanta-Saragosin LI. Manejo de úlceras por presión por el personal de enfermería en el pabellón “Nuevo Amanecer” del centro de reposo San Juan de Dios en el segundo semestre del 2016. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Las Américas; 2017. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6804>
 25. Mantilla SC, Pérez OP, Sánchez LP. Identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores institucionalizados de Norte de Santander. Rev Mov Científico. 2015;9(1):33–40. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5296181>
 26. González-Consuegra RV, Matiz-Vera GD, Hernández-Martínez JD, Guzmán-Carrillo LX. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. Rev la Fac Med. 2015;63(1):69–80. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/46595>
 27. Farran Farré S. Uso de apósitos con tecnología alveolar gelificante para cura de úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2018;29(4):210–2. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2018000400210
 28. Díaz R, Reyes P-D, Alvarado-Dumas C. Estudio comparativo con membranas multifuncionales y apósitos húmedos a seco, en pacientes con heridas crónicas difíciles de curar. Ensayo clínico aleatorizado. Rev Guatem Cir [Internet]. 2017;23(1):24–35. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884881?lang=es>
 29. Alcaraz Bellver E. Abordaje y manejo de úlcera por presión afectada de celulitis por *Proteus mirabilis* y *Staphylococcus aureus*. Gerokomos [Internet]. 2019;30(1):45–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2019000100045
 30. Torra-Bou JE, Verdú-Soriano J, Sarabia-Lavin R, Paras-Bravo P, Soldevilla-Ágreda

- JJ, García-Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. 2016;27(4):161–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1134-928x2016000400007&script=sci_arttext&tlng=pt
31. González-Consuegra RV, Hernández-Sandoval YT, Matiz-Vera GD. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. *Rev Cubana Enferm*. 2017;33(3):1–19. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/954>
 32. Diaz Zuluaga D, Escobar Manjarrez Y, Gonzalez Castro A, Lidueña Torres A. Proceso de Atención de Enfermería a paciente con deterioro de la integridad cutánea basado en la NANDA. *Rev Salud en Mov*. 2016;8(1):40–52. Available from: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/1620>
 33. León Román CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Rev Cubana Enferm*. 2017;33(4):1–12. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>
 34. Prado Solar 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*. 2014;36(6):835–45. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242014000600004
 35. Cadena Estrada JC, González Ortega Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro*. 2017;19(1):107–21. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145249416008.pdf>
 36. Álvarez Yáñez P, Pazmiño Figueroa L, Villalobos A, Villacís J. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010. 1–100 p. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosdirecciones/dnn/archivos/normas%20y%20protocolos%20de%20atenci%c3%93n%20integral%20de%20salud%20a%20los%20y%20las%20adultos%20mayores.pdf>
 37. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Guía Operativa del Modelo de Atención y Gestión Domiciliaria del Buen Vivir para el Adulto Mayor. Quito: Dirección de Población Adulta Mayor; 2013. 1–122 p. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/guia-pam->

atencion-domiciliaria.pdf

38. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc.* 2015;23(1):9–15. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=55901>
39. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Univ.* 2016;13(3):159–65. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1665-70632016000300159
40. Silva-Fhon JR, Partezani-Rodríguez R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería Univ.* 2019;16(1):31–40. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s1665-70632019000100031&script=sci_arttext&tlng=pt
41. Caniupán J, Rivas E, Bustos L. Capacidad diagnóstica de las escalas Braden Q y Norton para úlceras por presión en pacientes pediátricos de unidades críticas. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2018;7(1):39–47. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s2393-66062018000100017&script=sci_arttext&tlng=pt
42. Roa-Díaz ZM, Parra DI, Camargo-Figuera FA. Validación e índices de calidad de las escalas de Braden y Norton. *Gerokomos.* 2017;28(4):200–4. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1134-928x2017000400200&script=sci_arttext&tlng=en
43. Rodríguez-Renobato R, Esparza-Acosta G del R, González-Flores SP. Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. *Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc.* 2017;25(4):245–56. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=75988>
44. Duque-Ruelas P, Romero-Quechol G, Martínez-Olivares M. Competencias de enfermería para prevenir úlceras por presión. *Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc.* 2015;23(3):163–9. Available from: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/59

45. López Franco MD, Chiquero Valenzuela S, Garrido Miranda JM. Eficacia del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión: revisión sistemática con metaanálisis. *Gerokomos*. 2016;27(3):117–22. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6379145>
46. Martínez Mateo M, García Herrera D. ¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión: cambios posturales o superficies de apoyo? *Gerokomos*. 2018;29(3):138–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2018000300138

6. ANEXOS

Tabla 1. (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad m/p destrucción tisular

Dominio y clase	Categoría diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias	Resultado esperado e intervención
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física	Deterioro de la integridad tisular	Deterioro de la movilidad	Destrucción tisular	NOC: Integridad tisular: piel y membranas NIC: Cuidados de las úlceras por presión

Diagnóstico de enfermería: (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad m/p destrucción tisular

Resultado esperado – NOC: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Integridad tisular (L)

Objetivo de enfermería:	Escala de medición:	Puntuación Diana:	
Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.	1. Gravemente comprometido	Mantener a: 3	Aumentar a: 5
	2. Sustancialmente comprometido	4	5
	3. Moderadamente comprometido	2	4
	4. Levemente comprometido	4	5
	5. No comprometido	3	4

Indicadores

- (110101) Temperatura de la piel
- (110104) Hidratación
- (110113) Integridad de la piel
- (110115) Lesiones cutáneas
- (110117) Tejido cicatricial
- (110121) Eritema
- (110123) Necrosis

Intervención de enfermería – NIC: (3520) Cuidados de las úlceras por presión

Actividades

<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), categoría (I-IV), posición y tejido necrótico. • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante, en cada visita domiciliaria. • Desbridar la úlcera, si es necesario. • Realizar la curación de la úlcera con una solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro hacia la periferia y mantener la úlcera humedecida. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la úlcera. • Indicar a los cuidadores que deben realizar cambios de posición cada 2 horas para evitar la presión prolongada e instruir acerca de la ingesta dietética adecuada. • Educar a los cuidadores en cuanto a los procedimientos de cuidado de la úlcera y el manejo de medidas de bioseguridad.

Tabla 2. (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c complejidad de las tareas de cuidados y falta de experiencia con los cuidados

Dominio y clase	Categoría diagnóstica	Factores relacionados	Resultado esperado e intervención
Dominio 7: Rol/relaciones Clase 1: Roles de cuidador	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	Complejidad de las tareas de cuidados Falta de experiencia con los cuidados	NOC: Resistencia del papel del cuidador NIC: Apoyo al cuidador principal

Diagnóstico de enfermería: (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c complejidad de las tareas de cuidados y falta de experiencia con los cuidados			
Resultado esperado – NOC: (2210) Resistencia del papel del cuidador			
Dominio: Salud familiar (VI)			
Clase: Desempeño del cuidador familiar (W)			
Objetivo de enfermería:	Escala de medición:	Puntuación Diana:	
Factores que fomentan la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo período de tiempo.	1. Inadecuado	Mantener a: 5	Aumentar a: 5
	2. Ligeramente adecuado	2	4
	3. Moderadamente adecuado	2	4
	4. Sustancialmente adecuado	4	5
	5. Completamente adecuado	5	5
Indicadores			
<ul style="list-style-type: none"> • (221001) Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados • (221002) Dominio de las actividades de cuidados directos • (221003) Dominio de las actividades de cuidados indirectos • (221008) Descanso para el cuidador familiar • (221012) Apoyo del profesional sanitario al cuidador 			

Intervención de enfermería – NIC: (7040) Apoyo al cuidador principal	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Identificar las dificultades del rol del cuidador principal. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. • Proporcionar información veraz sobre el estado del paciente. • Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. • Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante cuidados de enfermería comunitaria. 	

Tabla 3. (00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la condición física m/p dificultad para girarse, disminución de la amplitud de movimientos y enlentecimiento del movimiento

Dominio y clase	Categoría diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias	Resultado esperado e intervención
Dominio 4: Actividad/reposo Clase 2: Actividad/ejercicio	Deterioro de la movilidad física	Pérdida de la condición física	Dificultad para girarse Disminución de la amplitud de movimientos Enlentecimiento del movimiento	NOC: Movilidad NIC: Cambio de posición

Diagnóstico de enfermería: (00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la condición física m/p dificultad para girarse, disminución de la amplitud de movimientos y enlentecimiento del movimiento		
Resultado esperado – NOC: (0208) Movilidad		
Dominio: Salud funcional (I)		
Clase: Movilidad (C)		
Objetivo de enfermería: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.	Escala de medición: 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación Diana: Mantener a: 2 Aumentar a: 3 3 4 2 3
Indicadores		
<ul style="list-style-type: none"> • (020801) Mantenimiento del equilibrio • (020802) Mantenimiento de la posición corporal 		

- (020814) Se mueve con facilidad

Intervención de enfermería – NIC: (0840) Cambio de posición
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición. • Animar al paciente a que realice los cambios de posición por sí mismo. • Colocar al paciente en posición de alineación corporal correcta. • Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. • Girar al paciente al menos cada 2 horas y según lo indique el estado de la piel. • Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de las regiones vulnerables a presentar úlceras por presión.

Figura 1. Escala de Norton

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4. ALERTA	4. CAMINANDO	4. TOTAL	4. NINGUNA
3. DEBIL	3. APÁTICO	3 CON AYUDA	3. DISMINUIDA	3. OCASIONAL
2. MALO	2. CONFUSO	2. SENTADO	2. MUY LIMITADA	2. URINARIA
1. MUY MALO	1. ESTUPOROSO	1. EN CAMA	1. INMOVIL	1. DOBLE INCONTINENCIA

Fuente: Fernandez W, Londo A, Motoche W. Protocolo de prevención y atención de úlceras por presión. 1st ed. Machala: Hospital General Teófilo Dávila; 2015. 1–39 p. Available from:

http://www.htdeloro.gob.ec/files/calidad/protocolo_de_prevencion_y_atencion_de_ulceras_por_presion.pdf

Figura 2. Escala de Braden

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	No existe problema

Fuente: Barón Burgos M, Benítez Ramírez M, Caparrós Cervantes A, Escarvajal López M, Martín Espinosa M, Moh Al-Lal Y, et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2015. 1–86 p. Available from:

http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadestudios/documpublica/internet/pdf/guia_prevention_upp.pdf

Figura 3. Escala de Barthel

ÍTEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
Comer	• Totalmente independiente	10
	• Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente	0
Lavarse	• Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	• Dependiente	0
Vestirse	• Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	• Necesita ayuda	5
	• Dependiente	0
Arreglarse	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	• Dependiente	0
Deposiciones*	• Continente	10
	• Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	• Incontinente	0
Micción*	• Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	• Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	• Incontinente	0
Usar el retrete	• Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	• Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo	5
	• Dependiente	0
Trasladarse	• Independiente para ir del sillón a la cama	15
	• Mínima ayuda física o supervisión	10
	• Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Deambular	• Independiente, camino solo 50 m	15
	• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m	10
	• Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Escalones	• Independiente para subir y bajar escaleras	10
	• Necesita ayuda física o supervisión	5
	• Dependiente	0
TOTAL:		

Fuente: Ministerio de Inclusión Económica y Social. Guía Operativa del Modelo de Atención y Gestión Domiciliaria del Buen Vivir para el Adulto Mayor. Quito: Dirección de Población Adulta Mayor; 2013. 1–122 p. Available from:

<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/guia-pam-atencion-domiciliaria.pdf>


Figura 4. Lesión por presión categoría IV



Figura 5. Lesión por presión en proceso de cicatrización



Figura 6. Oficio de petición de acceso a la Historia Clínica


UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969
Calidad, Pertinencia y Calidez
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD,

SECCIÓN/CARRERA: ENFERMERÍA

Oficio nro. UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0403-OF
Machala, 10 de Junio de 2019

Sra. Licenciada.
DANNY DAYANA GUAYGUA LOJAS
Directora
Centro de Salud "Buenavista"
Pasaje.

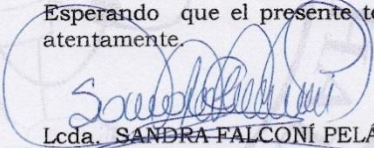
De mi consideración:


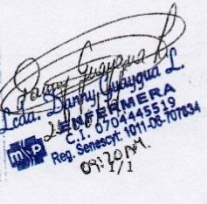
Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N° 2014 de la paciente Valdez Correa Victoria Ibelia, con diagnóstico de Hipertensión Arterial más Úlceras por Presión, a los estudiantes del Décimo Semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el análisis de caso, el mismo que es requerido en la asignatura de Titulación, impartida por la Dra. Elizabeth Miranda Velázquez, Profesora de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala.

El tema del análisis de caso es **"ESCARA ESTADIO IV SECUNDARIA A VALORACIÓN DE ENFERMERÍA INADECUADA"**. Los estudiantes de la Carrera de Enfermería, que acudirán son:

- Bustamante Oviedo Johana Lissette (C.I.0707081477)
- Lara Pacheco Brithany Yokasta (C.I. 0707013918)

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

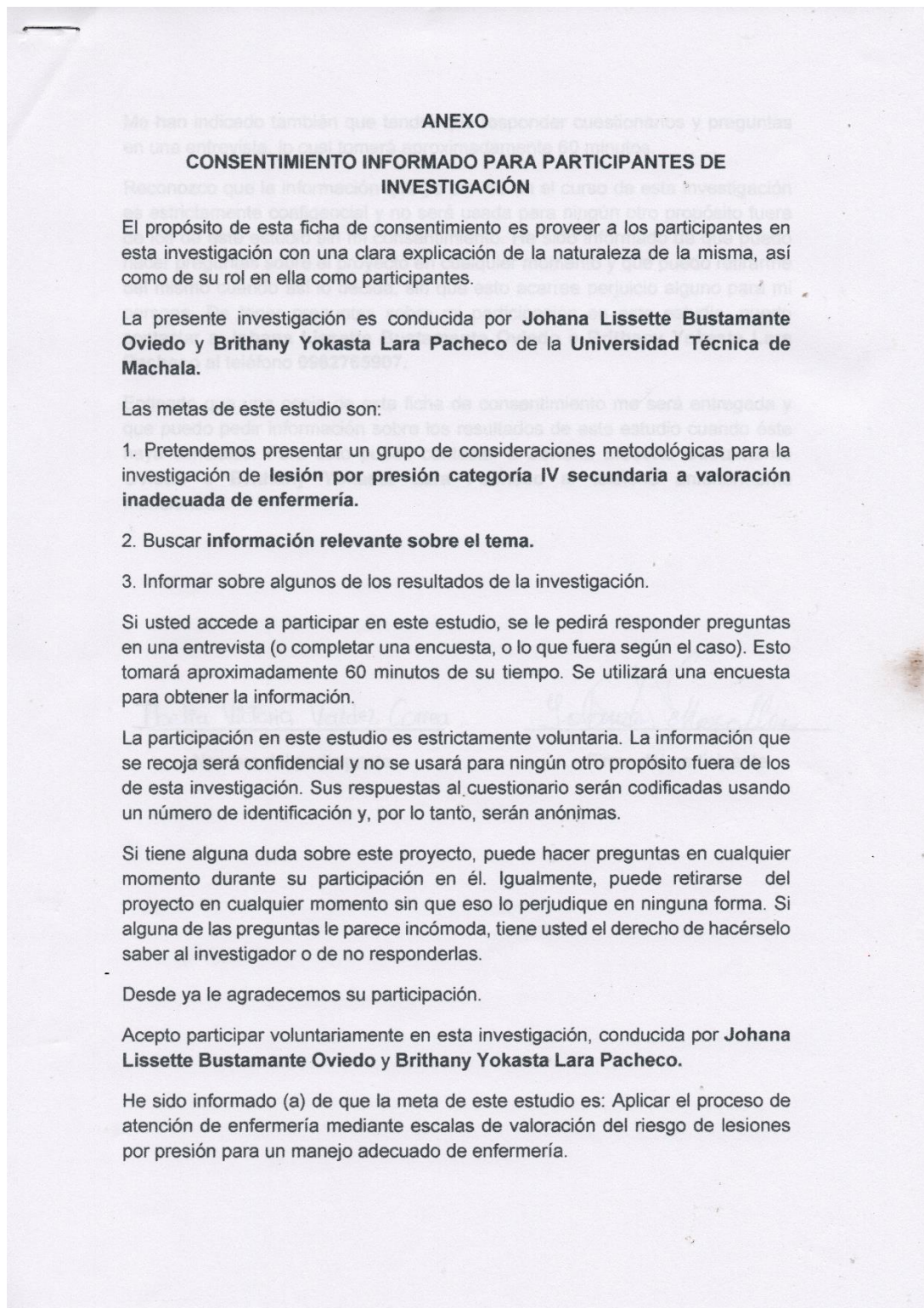

Lcda. **SANDRA FALCONÍ PELÁEZ**
Coordinadora de la Carrera de Enfermería



Reg. Senescyt: 1011-08-707634
05/2019

Dpto. Ap. Postgrado km. 5 1/2 Via Machala Puyo - Tel: 2983367 - 2983365 - 2983363 - 2983364

www.utmachala.edu.ec

Figura 7. Consentimiento informado



Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Johana Lissette Bustamante Oviedo** o **Brithany Yokasta Lara Pacheco** al teléfono **0962765907**.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a **Johana Lissette Bustamante Oviedo** o **Brithany Yokasta Lara Pacheco** al teléfono anteriormente mencionado.

2. Buscar información relevante sobre el tema.

3. Informar sobre algunos de los resultados de la investigación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Se utilizará la encuesta para obtener información sobre el tema de la investigación.

Ibela Victoria Valdez Correa

[Firma manuscrita]

Nombre del participante

Firma del participante

La información que usted proporciona será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacerle saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Johana Lissette Bustamante Oviedo y Brithany Yokasta Lara Pacheco.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Aplicar el proceso de atención de enfermería mediante escalas de valoración del riesgo de lesiones por presión para un manejo adecuado de enfermería.