

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de enfermería



TESIS

**CUIDADOS PREVENTIVOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS
POR PRESIÓN A PACIENTES CON INCAPACIDAD PARA
MOVILIZARSE EN UN HOSPITAL, 2019**

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

**AUTORES: ZANABRIA HOSPINA, MELIZA
ZANABRIA OSPINA, EVELYN**

ASESOR: DRA. PARRAGA MELO ISABEL MARGARITA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud y Gestión de la salud

FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN: 1° JUNIO – 30 NOVIEMBRE

Huancayo-Perú, 2023

DEDICATORIA

Este trabajo le dedico en primer lugar a Dios por permitirme un año más de vida y continuar con mi formación profesional.

A mis padres e hijos por ser lo más importante en mi vida.

Meliza Zanabria Hospina.

A todos mis seres queridos que han sido parte de mi camino profesional y personal; sobre todo a mis padres por su amor incondicional y sus sacrificios constantes. A mi esposo por todo su apoyo que me ha brindado y a mis hijos (Isabela y Adriano) que son el motivo para seguir avanzado en mi vida.

Evelyn Zanabria Ospina

AGRADECIMIENTO

Le Agradecemos profundamente a nuestra asesora Dra. Isabel Margarita Parraga Melo por haber sido una parte importante en este proyecto, por su dedicación, paciencia y su amplio conocimiento para las correcciones respectivas, sin ello no hubiésemos podido lograrlo. Gracias por su guía.

A nuestra familia, por su apoyo incondicional.

Al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, por hacer posible el despliegue de nuestra investigación. Por lo mismo agradecer a nuestra Universidad Peruana de los Andes por haber formado parte de nuestro camino profesional y brindarnos los medios necesarios para culminar nuestra formación.

Evelyn Zanabria Ospina y Meliza Zanabria Hospina

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0066-FCS-2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente,
Que la **Tesis** Titulada:

CUIDADOS PREVENTIVOS DE ENFERMERÍA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN A PACIENTES CON INCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN UN HOSPITAL, 2019

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. ZANABRIA HOSPINA MELIZA**
BACH. ZANABRIA OSPINA EVELYN

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ENFERMERÍA**

Asesor (a) : **DRA. PARRAGA MELO ISABEL MARGARITA**

Fue analizado con fecha **14/02/2024** con **117 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

X
X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **22%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 14 de febrero de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue motivada por la observación realizada a los pacientes hospitalizados con incapacidad para moverse. Durante el tiempo de servicio, trabajando como parte del personal de salud en los diferentes servicios del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en la ciudad de Lima, se aprecia que muchos de ellos llegan con estas lesiones de sus domicilios o las adquieren en los servicios de hospitalización. Por otro lado, el indicador de calidad del cuidado de enfermería se considera, entre otros, la presencia de úlceras por presión. El objetivo planteado fue identificar los cuidados preventivos que realiza la enfermera en los pacientes con incapacidad para moverse en un servicio de Medicina Interna del hospital en mención de junio a diciembre de 2019; el tipo de metodología que se aplicó es la investigación nivel descriptivo, y tipo transversal. Se realizó para la recolección de datos una Hoja de Cotejo donde se plasmaron los cuidados preventivos que se realizan para prevención de las úlceras por presión, de tal manera mejorar si ya están presentes limitando daños mayores.

Este estudio consta de seis capítulos donde el Capítulo I corresponde al planeamiento del problema, Capítulo II al marco teórico, Capítulo III variable, Capítulo IV a la metodología, Capítulo V a los resultados, y el Capítulo VI al análisis y discusión de resultados.

CONTENIDO

DEDICATORIA	
¡Error! Marcador no definido.	
AGRADECIMIENTO	
¡Error! Marcador no definido.	
INTRODUCCIÓN	vi
CONTENIDO	vii
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1 1 Descripción de la realidad problemática	1
1 2 Delimitación del problema	5
1 3 Formulación del problema	6
1 3 1 Problema general:	6
1 4 Justificación	6
1 4 1 Justificación Social	6
1 4 2 Justificación teórica	7
1 4 3 Justificación metodológica	7
1 5 Objetivos	7
1 5 1 Objetivo general	7
1 5 2 Objetivos específicos	8
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	8
2 1 Antecedentes internacionales	8
2 2 Bases teóricas o científicas	15
2 2 1 Úlceras por presión	17
2 2 2 Cuidado enfermero	40
2 3 Marco conceptual de variables y dimensiones	52
CAPÍTULO III VARIABLES	54
3 1 Variable	54
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	56
4 1 Método de investigación	56

4 2 Tipo de investigación	56
4 3 Nivel de investigación	56
4 4 Diseño de la investigación	56
4 5 Población y muestra	57
4 6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	58
4 7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	59
4 8 Aspectos éticos	59
CAPÍTULO V RESULTADOS	61
5 1 Descripción de resultados	61
5 1 1 Datos generales	61
5 1 2 Datos específicos	63
CAPÍTULO VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	82
Anexo 1 – Lista de Cotejo sobre UPP	82
Anexo 2 Matriz de consistencia	85
Anexo 4 Consentimiento Informado	89
Anexo 5 Autoría	93
Anexo 6 Declaración de Confidencialidad	95
Anexo 7 Autorización Institucional	97
Anexo 8 Fiabilidad de la Valoración	98
Anexo 9 Fiabilidad de Escala de Norton	99
Anexo 9.1 Fiabilidad de intervenciones	100
Anexo 10 Base de datos	101
Anexo 11 Fotografías	104

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 Edad	63
Tabla 2 Edad según medidas de tendencia central	61
Tabla 3 Calidad de Cuidados preventivos	61
Tabla 4 Cuidados preventivos en la valoración	64
Tabla 5 Cuidados preventivos en intervenciones	65
Tabla 6 Cuidados preventivos con la Escala de Norton	67
Tabla 7 Educación sanitaria	69
Tabla 8 Promedio de cuidados preventivos	70

CONTENIDO GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad	69
Gráfico 2 Edad según medidas de tendencia central	62
Gráfico 3 Calidad de cuidados preventivos	63
Gráfico 4 Cuidados preventivos en la valoración	64
Gráfico 5 Cuidados preventivos en intervenciones	66
Gráfico 6 Cuidados preventivos con la Escal de Norton	68

RESUMEN

El presente estudio motivado por la observación realizada a los pacientes hospitalizados con incapacidad de movimiento y presentación de úlceras por presión durante los años de experiencia trabajando como parte del personal de enfermería en los diferentes servicios de un hospital en la ciudad de Lima titulado Cuidados preventivos por enfermería en úlceras por presión en pacientes con incapacidad para moverse de un hospital, 2019; obteniendo como objetivo de Identificar cuidados preventivos que realiza la enfermera en los pacientes con incapacidad para moverse. Metodología: estudio cuantitativo descriptivo no experimental de corte transversal. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Resultados: Al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y brindar cuidados preventivos en la fase de valoración se obtuvo en promedio y en la primera oportunidad para la categoría siempre 70%, casi siempre 15%, a veces 17% y nunca 27%; para la segunda oportunidad se obtuvo siempre 42%, casi siempre 43%, a veces 15% y nunca 27%. En la etapa de cuidados preventivos con intervenciones de enfermería se obtuvo en la primera oportunidad un promedio de 46% para la categoría siempre, 34% para casi siempre, 19% para a veces y 0.5% para nunca; en la segunda oportunidad se obtuvo 39%, siempre, 34% casi siempre, 26% a veces y 0.5% nunca. En lo relativo a cuidados preventivos con educación sanitaria se obtuvo en la primera oportunidad siempre 36%, casi siempre 36%, a veces 26% y nunca 3%, en la segunda oportunidad se obtuvo siempre 30%, casi siempre 36%, a veces 29% y nunca 6%. Conclusión: el 73% de los cuidados preventivos fueron buenos y el 27% fueron muy buenos. Recomendaciones: Se presentarán los resultados a las autoridades correspondientes para su difusión y aplicación.

Palabras clave: cuidados preventivos, úlceras por presión, incapacidad para moverse.

ABSTRACT

The present study motivated by the observation made to hospitalized patients with inability to move and presentation of pressure ulcers during the years of experience working as part of the nursing staff in the different services of a hospital in the city of Lima entitled Preventive care of nursing in pressure ulcers to patients with inability to mobilize in a Hospital,2019; with the objective of Identifying the preventive care that the nurse performs in patients with inability to mobilize. Methodology: quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional study. Non-probabilistic convenience sampling was used. Results: By applying the Nursing Care Process and providing preventive care in the assessment phase, an average of 70% was obtained at the first opportunity for the category, almost always 15%, sometimes 17% and never 27%; for the second opportunity, 42% was always obtained, almost always 43%, sometimes 15% and never 27%. In the stage of preventive care with nursing interventions, an average of 46% was obtained at the first opportunity for the category always, 34% for almost always, 19% for sometimes and 0.5% for never; On the second opportunity, 39% were obtained always, 34% almost always, 26% sometimes and 0.5% never. Regarding preventive care with health education, 36% was always obtained on the first opportunity, almost always 36%, sometimes 26% and never 3%, on the second opportunity 30% was always obtained, almost always 36%, sometimes 29% and never 6%. Conclusion: 73% of preventive care was good and 27% was very good. Recommendations: The results will be presented to the corresponding authorities for dissemination and application.

Keywords: preventive care, pressure ulcers, inability to move.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las enfermeras en las instituciones de salud son las administradoras y ejecutoras de todo lo relativo a los requerimientos de salud de los usuarios para lo cual desempeñan funciones independientes, dependientes e interdependientes y roles como agentes de cambio, educadoras, asesoras; todo ello unidas a la función de investigación y dirección de la gestión del cuidado. Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles y con gran contenido multidisciplinario, que exige un pensamiento crítico gran capacidad de análisis y competencias técnicas de muy alto nivel, además de una gran sensibilidad de servicio y compromiso social ⁽¹⁾

En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del servicio de medicina se encontraron pacientes cuyos diagnósticos más frecuentes fueron: Infección respiratoria aguda severa, síndrome hiperosmolar, bloqueo aurículo-ventricular, insuficiencia renal crónica, desorientación y compromiso del sensorio y área cognitiva, shock hipovolémico, accidente cerebrovascular, taquiarritmia supra ventricular, sepsis, shock séptico, hemorragia digestiva alta, pancreatitis severa, síndrome post paro cardio-respiratorio, intoxicación por órganos fosforados, entre otros. El estado de salud de estos pacientes conlleva a un grado de dependencia total que puede ser transitoria o permanente según la evolución del cuadro clínico, lo que determina un factor de riesgo para complicaciones que comprometan aún más su ya disminuido estado de salud; entre muchas de las complicaciones que se presentan hay una que en particular se constituye uno de los indicadores de calidad del cuidado de enfermería y es la exposición de desarrollar úlceras por presión (UPP); en este caso; ya sea por condiciones propias de la enfermedad del paciente y que se desarrollaron en el servicio o porque ingresaron con ellas.

Según datos de Jessica P. Chacón-Mejía, Alex E. Del Carpio-Alosilla en un estudio de investigación: Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima, pacientes del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los años 2016-2017, presentaron 93 pacientes acataron todos los criterios del estudio; el 50,5% fueron varones, con una media de edad de 68 años (+21 años), siendo el 74.19% de la población total adultos mayores. Las zonas más susceptibles de úlceras por presión es a nivel sacro (77%) y talón (12.9%); de la misma forma, los estadios más frecuentes fueron: II (32.3%), IV (31.2%) y III (26.9%). El desarrollo de úlceras por presión grave estuvo asociada a: el adulto mayor (OR: 3.12; IC95%: 1.2-8.2), hipoalbuminemia (OR: 6.23, IC95%: 1.8-21.1), anemia (OR: 4.31, IC95%: 1.2-14.9) y linfopenia (OR: 3.68; IC95%: 1.5-9). Conclusión: Los pacientes adultos mayores que manifiesten hipoalbuminemia, anemia o linfopenia tienen mayor grado de exposición para desarrollar úlceras por presión graves, las cuales obstaculizan de manera real en su calidad de vida (2).

Las úlceras por presión conocidas como úlceras por decúbito se constituyen el origen muy importante de la enfermedades y muerte en los pacientes, se consideran como un grave problema que afecta en todo el mundo a miles de personas, daña la salud, la calidad de vida que conlleva a la discapacidad y consigo su muerte; la cual fomentan altos costos en los sistemas de salud y es prevenir al menos un 95%; suceden primordialmente en pacientes críticos y entre los factores de riesgo se determina la edad, movilidad, medicación y diversos procedimientos terapéuticos, el 65% de las úlceras por presión son de origen de la hospitalización. El número de casos de úlceras por presión en los hospitales de Estados Unidos es del 10%; en Alemania 11%, en Suecia 12%, y 13% en Israel. En España, las úlceras por presión en hospitales se encuentra entre 7% y 8%. En Canadá,

la prevalencia de úlceras por presión es de 25,1%. En Latinoamérica, Brasil tiene una prevalencia general de 16,9% y México 17% ⁽³⁾.

EsSalud alerta que el 95% de úlceras por presión de los pacientes hospitalizados de larga estancia o inmovilizados son prevenibles e indica que con buen cuidado y manejo se pueden evitar las úlceras por presión, en la cual afectan más a los adultos mayores postrados, ya sea en cama o sentados. En el año 2021, el hospital dio de alta a 72,000 pacientes de hospitalización, de los cuales el 20% presentó riesgos de úlceras por presión, en su gran cantidad infectados con Covid-19.

Los pacientes con limitaciones que se encuentran en cama o permanecen en silla de ruedas por un tiempo prolongado pueden presentar úlceras por presión, conocidas también como escaras, pero de tal modo se puede evitar en un 95% con indicado manejo y cuidado, manifestó una enfermera del Seguro Social de Salud.

El Colegio de Enfermeros del Perú institución encargada de velar por el desarrollo profesional aprobó en el año 2008 el documento técnico “Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero” con la finalidad de establecer lineamientos de misión de calidad del cuidado para los diferentes establecimiento de salud en atención que permitan la normalización de los procesos entre ellos, el monitoreo y control de la calidad, así como señalar e indicar los criterios de calidad en la administración de los servicios de enfermería, en las diferentes áreas de ejercer nuestra labor profesional. El documento consigna a los Indicadores de calidad cuidado de enfermería a las úlceras por presión como indicador de resultado⁽⁴⁾

Las úlceras por presión también denominadas Lesiones por presión ,conforman uno de los principales problemas que afrontan los pacientes hospitalizados y con mucha incidencia aquellos que se encuentran en reposo prolongado, con incapacidad para movilizarse transitoria o

permanentemente, pacientes en coma, politraumatizados, pacientes caquéticos, con incontinencia de esfínteres, entre otros; Los servicios de medicina interna de las instituciones de salud no son ajenas a estas complicaciones por lo que se hace necesario la aplicación de medidas preventivas que eviten la presentación de estas lesiones, o que limiten la evolución de aquellas lesiones que ya presenta los pacientes al llegar al servicio de medicina. El conocimiento que la enfermera tenga de los cuidados que debe brindar a estos pacientes para prevenir la presentación de UPP o para controlar el avance de ellas es de suma importancia, ya que su intervención contribuirá a la recuperación del paciente y cumplirá con los estándares de calidad.

Las UPP constituyen un problema de salud de gran relevancia al estimarse que su prevalencia, según la OMS, oscila entre 5 y 12% en los pacientes hospitalizados debido; como se ha dicho; a reposo prolongado especialmente en adultos mayores; lo que genera una alta tasa de morbilidad y un considerable gasto⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe las cifras de incidencia y prevalencia como indicadores de la calidad de los cuidados de enfermería brindados⁽⁶⁾.

Las prevalencias internacionales según estudios realizados a este nivel son: Canadá 23-29%, Australia de 6 -15%, Estados Unidos de 8-15%, Estudio europeo (2007) Bélgica, Suiza e Inglaterra su prevalencia fluctúa entre 21 y 23%, Italia 8%, Portugal 13%; España 8%. Según el Ministerio de Salud (Minsa), en nuestro país, la prevalencia de pacientes se da entre el 3% y el 50% en los servicios de Cuidados Intensivos , Medicina Interna y Neurología ⁽⁷⁾

En el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud ; en el servicio de medicina ingresaron pacientes con diversas patologías que constituyeron la causa de riesgo en la presentación o complicación de lesiones por presión. Según las Normas Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero emitido en el 2008 por el CEP, las úlceras de presión o lesiones por presión forman

parte de los indicadores de calidad del cuidado enfermería y por tanto es responsabilidad de enfermería en la prevención y la limitación del daño de estas lesiones cuyo estándar está fijado en 1%; así mismo se debe tener en cuenta que con la directiva 010 de la resolución 983-2013 de Essalud la prevención debe estar garantizada durante la atención a los pacientes, sin embargo se observó que lo expresado difiere mucho con la realidad, ya que en el servicio hay incidencia de UPP por la alta demanda de atención que existe, dando atención a las situaciones de prioridad y dejando de lado, en algunos casos, la valoración de riesgo de UPP, Se observa también, limitados insumos para la higiene y cambio de ropa de los pacientes con inmovilidad, así como falta de conocimiento para prevención y cuidados de las UPP por parte de los familiares y cuidadores; falta de personal por ausentismo o falta de plazas presupuestales. Con lo anteriormente mencionado el aspecto de evitar la presencia de UPP en los pacientes con inmovilidad temporal o parcial, o de limitar mayor compromiso de las UPP que trae el paciente, fue motivo para investigar en qué medida se aplican los cuidados preventivos en UPP.

1.2 Delimitación del problema

Numerosos factores de riesgo y muy especialmente la incapacidad para moverse en forma transitoria o permanente, promueven la aparición y desarrollo de las úlceras por presión y cierta comorbilidad pueden obstaculizar el tratamiento de curación como diabetes, cáncer, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, cardiovasculares y respiratorias que disminuyen el aporte de oxígeno tisular y complican el estado general del paciente por la necrosis del tejido involucrado en grandes y profundas áreas corporales. Estas afirmaciones permitieron investigar las medidas de prevención que las enfermeras aplican en el desarrollo de sus funciones.

- a) Delimitación espacial; la investigación se desarrolló en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, ubicado en la Avenida. Grau s/n del distrito La Victoria en la ciudad de Lima en Perú.
- b) Delimitación temporal; el tiempo programado para el desarrollo de la presente investigación fue de junio a noviembre 2019.
- c) Delimitación universal, se consideró como unidad de análisis al personal de enfermería que laboran en el servicio de medicina interna.
- d) Delimitación del contenido; En la investigación está circunscrita en recoger información de los cuidados preventivos que aplican las enfermeras a los pacientes hospitalizados con incapacidad para moverse y riesgo a presentar UPP o a evitar daños mayores en las existentes.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general:

¿Cuáles son los cuidados preventivos de enfermería en úlceras por presión que realiza la enfermera en pacientes con incapacidad para moverse en un hospital, 2019?

Problemas específicos

¿La enfermera realiza la valoración de los factores de riesgo de úlceras por presión en los pacientes con incapacidad para moverse utilizando la Escala de Norton en un hospital, 2019?

¿La enfermera realiza educación sanitaria para prevenir úlceras por presión a la familia de los pacientes hospitalizados con incapacidad para moverse en un hospital, 2019?

1.4 Justificación

1.4.1 Justificación Social

La investigación no sólo abordó las úlceras por presión como un problema de salud física sino que su presencia y prevalencia es tan importante que han sido consideradas como un problema de salud pública que afecta a la gran mayoría de pacientes con incapacidad para moverse de forma transitoria o permanente; afectan su rol familiar, laboral y social, generan un gran costo hospitalario por el tiempo que demoran las curaciones, por las complicaciones de infección que incluso llegan a la septicemia y a un desenlace fatal. La instauración y aplicación de medidas preventivas y programas institucionales promueven la calidad de vida de los pacientes y la disminución de los costos hospitalarios ⁽⁸⁾.

1.4.2. Justificación teórica

Los conocimientos y resultados que se obtuvieron de valorar el cuidado enfermero en la atención de los pacientes en riesgo de presentar úlceras por presión o en riesgo de complicar las existentes, permitieron llegar a conclusiones y posteriormente difundirlas en el área de competencia con la finalidad de reflexionar sobre las afirmaciones a las que se llegue y contribuir con el marco teórico para otras investigaciones de enfermería.

1.4.3. Justificación metodológica

La investigación, metodológicamente se justificó porque al incidir en la valoración que la enfermera debe hacer a los pacientes ésta debe convertirse en una estrategia para la atención de los pacientes con riesgo de úlceras por presión ⁽⁹⁾. Los instrumentos serán validados con la prueba piloto y el alfa de Cronbach para ser utilizados en otras investigaciones.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Identificar los cuidados preventivos de enfermería en úlceras por presión en pacientes con incapacidad para moverse en un hospital, 2019.

1.5.2 Objetivos específicos

- Realizar la valoración de los factores de riesgo de úlceras por presión en los pacientes con incapacidad para moverse en un hospital.
- Describir la educación sanitaria que la enfermera realiza para evitar las úlceras por presión en los pacientes con incapacidad para moverse en un hospital.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes internacionales

Chiriguaya O, Rendón M, en el estudio cuidado de enfermería en pacientes adultos que presentan úlceras por presión, en Ecuador 2019 con el objetivo para conocer los cuidados de enfermería a pacientes adultos con úlceras. La metodología empleada es de tipo bibliográfico literario de carácter cualitativo, permitiendo una investigación basada en datos y agilizando el proceso de búsqueda. La investigación de Ramírez-Suárez & Nobillo-Cabello (2018) muestra que el 87% del personal de enfermería utiliza ajustes posturales para prevenir la isquemia tisular y el 69% utiliza la escala de Branden para determinar la probabilidad de desarrollar úlceras por decúbito. La región sacro coccígea es la más comúnmente afectada, según Torres Johanna (2016). En conclusión, los cuidados de enfermería son esenciales para la rehabilitación del paciente. Para prevenir problemas que aumenten las estancias y los costes hospitalarios, los pacientes inmóviles deben realizar ajustes posturales cada dos horas, así como también se aplique las medidas primordiales para el tratamiento de úlceras por presión ⁽¹²⁾.

Paratore M, en su tesis *Úlceras por Presión en Argentina – 2016*; con el objetivo de establecer la relación entre los cuidados enfermeros y la presencia de UPP en pacientes hospitalizados con un diseño cuantitativo no experimental y transversal descriptiva en 26 enfermeros de clínica y cirugía de la Clínica Pelegrina Mendoza, realizó una encuesta mediante un cuestionario con lista de preguntas recogiendo información sobre sexo, edad, y normas de trabajo del personal de salud de enfermería en clínica médica y cirugía; obtuvo como resultados: que 75% del personal encuestado son mujeres; el 25% tiene dos empleos; el 75% ha recibido formación sobre las UPP; el 100% coincide en que la comodidad y la higiene desempeñan un papel importante en la prevención de las UPP; el 46% cree que el cambio de posición de un paciente debe hacerse en función de las necesidades; el 50% necesita ayuda para mover al paciente; y el 46% instruye a los familiares sobre cómo hacerlo. En conclusión, la mayoría de las enfermeras empleadas en los servicios de clínica médica y cirugía de la Clínica Pelegrina son mujeres, y necesitan constantemente ayuda para mover a los pacientes. En cuanto al deber de la enfermera como educadora, el paciente es cambiado cada dos horas, y el acompañante del paciente es informado sobre este procedimiento para que pueda asistir al paciente mientras esté en el hospital y evitar su reingreso por agravamiento después de su alta⁽¹³⁾.

Chasiguano V, su tesis *Evaluación del Protocolo de Atención de Enfermería en Prevención de Úlceras por Presión en pacientes de Medicina Interna y Terapia Intensiva, Hospital San Vicente, Ecuador -2015* con el objetivo; Conocer el grado de conocimiento del protocolo de prevención de úlceras entre el personal de enfermería de los servicios de Medicina Interna y Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paúl. Materiales y procedimientos: Este estudio cuantitativo no experimental permitió la recolección y análisis numérico de los datos, el procesamiento en bases estadísticas y el análisis de los resultados. Los métodos utilizados para la obtención de los datos

fueron la observación y una encuesta basada en formularios. Para el proceso de tabulación se utilizó Microsoft Excel. Resultados: La eficacia del protocolo y la calidad de su aplicación se juzgaron pertinentes, y los procedimientos de intervención de enfermería para prevenir las úlceras por presión se determinaron suficientes. En conclusión, fue factible evaluar la apertura, la comunicación, el conocimiento y la participación para mejorar los cuidados y alcanzar los objetivos propuestos ⁽¹⁴⁾.

García J; en su tesis Estrategias de enfermería para la de prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Ecuador 2019; Los factores predisponentes fueron identificados a través de la revisión de la literatura y de los datos recogidos sobre la ocurrencia de UPP en pacientes hospitalizados, demostrando el impacto personal, familiar y social de esta complicación. El objetivo de este esfuerzo es mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo y, consecuentemente, incentivar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la atención precoz. Este estudio empleó una metodología cualitativa no experimental, recopilando datos e información de diversas fuentes utilizando un enfoque de plataforma. El objetivo era identificar las estrategias del personal de enfermería y de los familiares en el manejo de los pacientes con úlceras por presión ⁽¹⁵⁾.

González R; Roa K; López Z; en el estudio prevalencia de lesiones por presión en un Hospital Universitario, Bogotá-Colombia; 2018; con el objetivo de determinar la prevalencia de las lesiones por presión en pacientes hospitalizados, entre septiembre y noviembre del año 2016, en un Hospital Universitario de Bogotá, Colombia. Materiales y metodología: con un estudio descriptivo, transversal, y permanecer el periodo que utilizó como instrumento un formulario realizado a partir del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas GNEAUPP 2003. Las consultas directas, las valoraciones de las enfermeras y los historiales

médicos fueron las fuentes de los datos recopilados. Resultados: De las 282 camas, 40 pacientes tenían LPP, lo que representa una prevalencia de 14,1%; la mayoría de estos pacientes eran hombres (67,5%); sus edades variaban entre 75 y 85 años. De los hospitalizados por medicina interna, el cuarenta por ciento pertenecía al régimen subsidiado, representando la mayoría (87,5%). Se determinó que la etiología de la lesión era humedad en el 47,5% y presión en el 92,5%, y que el 30% de los casos correspondían a los estadios 1 y 2. El 30% de los pacientes presentaban más de dos LPP, siendo el talón la localización más frecuente. Se destaca lo poco que se sabe sobre la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en superficies únicas para el control de la presión. Llegaron a un resultado: que el estudio sea comparable a investigaciones anteriores realizadas en el país. Asimismo, se considera que la información sobre los rasgos, génesis y medidas preventivas institucionales de la LPP constituye la base para un examen amplio del fenómeno, ya que permite comprender cómo se comporta la LPP en el contexto del país. Además, son insumos que apoyan el desarrollo y ejecución de un plan de atención integral que se sustenta en iniciativas de capacitación que sensibilicen al personal médico sobre la atención segura del paciente⁽¹⁶⁾.

2.2. Antecedentes nacionales

Aguilar N; su tesis, Cuidado de enfermería en pacientes internados con úlceras por presión, servicio de medicina interna 6C, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú 2017, con objetivo explicar los cuidados de enfermería prestados a los pacientes que padecen úlceras por presión; ayudar a prevenir las úlceras por presión y reducir los gastos médicos; mejorar los resultados terapéuticos; evitar las complicaciones; acortar las estancias hospitalarias y las rehospitalizaciones; reducir las enfermedades y muerte; y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Resultados: un riesgo importante de desarrollar úlceras por presión, como lo demuestra el alto porcentaje de pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de Medicina

Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martens de diciembre de 2016 a febrero de 2017 (37,10% en diciembre de 2016, 30,64% en enero y 32,26% en febrero de 2017). 36,24% en diciembre de 2016, 31,5% en enero de 2017 y 32,2% en febrero de 2017. La prevalencia de úlceras por presión entre los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins fue del 33,33% en diciembre de 2016, del 28,57% en enero de 2017 y del 38,10% en febrero de 2017. Conclusiones, Un tercio de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins son pacientes hospitalizados con úlceras por presión; más de la mitad de ellos presentan un alto riesgo de desarrollar una úlcera; cada mes se registran nuevos casos, y sólo una pequeña parte de estos pacientes son derivados. Para proporcionar a los pacientes con úlceras por presión los cuidados de enfermería necesarios, es importante centrarse en la higiene, la integridad de la piel, la nutrición y la hidratación, el movimiento y la evaluación continua ⁽¹⁷⁾.

Hoyos C y Mirez G; en el estudio Intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo-Perú, marzo- abril 2016, con el objetivo de explicar las funciones de enfermería para evitar las úlceras por presión en pacientes internados, desarrollándose como un estudio descriptivo con una población muestral de 23 enfermeras, se utilizó como técnica la observación y el análisis documental, y como instrumento la escala de Norton y una lista de chequeo. Los resultados fueron que el 96% de las enfermeras no realizan el confort ya que el 61% no cambia los pañales mientras está en la cama, el 96% no seca la transpiración de la piel, el 91% no hidrata la piel, el 87% no ajusta la postura, el 78% no utiliza dispositivos de alivio de la presión, el 83% no informa al paciente y a la familia, y sólo el 17% documenta las intervenciones en las notas de enfermería ⁽¹⁸⁾.

Suárez T; su investigación Nivel de cuidado que brinda el profesional de enfermería en las úlceras por presión de pacientes internados en el Hospital II Essalud-Huánuco 2016; con el objetivo de explicar el nivel de cuidado que brinda el personal de salud de Enfermería en las úlceras por presión de pacientes internados en el Hospital II Essalud; utilizó como método un estudio descriptivo simple con una población muestral de 43 profesionales de enfermería y como instrumentos un cuestionario y una guía de entrevista; obtuvo como resultados que el 86% brinda un cuidado de nivel excelente con un impacto estadístico significativo [$\chi^2 = 53,907$; $p=0,000$]. El 55,8% de los cuidados para la integridad de la piel se encuentran en un nivel sobresaliente, mientras que el 69,8% de las dimensiones de evaluación de los cuidados y cuidados de higiene se encuentran en un nivel excelente [$\chi^2 = 28,512$; $p=0,000$]; en cuidados de hidratación el 67.4% es de nivel excelente; en cuidados de movilización el nivel bueno se presenta en el 44.2%; y en el registro de cuidados el 72.1% brinda un adecuado cuidado eficaz. Concluyendo que el personal de enfermería en referencia a los cuidados que brinda a pacientes con UPP sonde nivel excelente ⁽¹⁹⁾.

Mamani N; su tesis Cuidados que brinda el personal de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes internados en un hospital nacional, Lima –Perú 2017 el objetivo era conocer cómo atendían los profesionales de enfermería a los pacientes hospitalizados en un Hospital Nacional en 2016 para prevenir las úlceras por presión." Contenido y Técnica. El estudio utilizó un método descriptivo transversal con nivel aplicativo cuantitativo. La población estuvo compuesta por 36 profesionales de enfermería. Con consentimiento informado, se utilizó como instrumento y procedimiento de encuesta la escala de Likert modificada. Resultados. Del 100% (36), el 66% (24) lo mencionan casi siempre, el 17% (6) lo mencionan constantemente y el 17% (6) lo mencionan nunca en referencia a los cuidados del profesional de enfermería en la prevención de las úlceras por presión. Con relación a la dimensión cuidados de la piel, 69% (25) señalan casi

siempre, 23% (8) siempre y 8% (3) nunca; 75% (27) señalan casi siempre, 8% (3) siempre y 17% (6) nunca; y 72% (27) señalan casi siempre, 17% (6) siempre y 11% (4) nunca en la dimensión higiene y confort. Los factores que se mencionan casi invariablemente son los siguientes: 28% (10) identifican a los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión (UPP); 11% (4) planifican y realizan ejercicios pasivos y/o activos de los miembros superiores e inferiores y/o según requerimiento; y 31% (11) supervisan el baño con esponja que se realiza al paciente; siempre, 22% (8) registran las actividades que se realizan en el paciente; 36% (13) realizan cambios posturales esporádicos o a demanda; y 25% (9) supervisan el baño del paciente; y nunca, 39% (14) protegen áreas vulnerables a lesiones; 89% (32) realizan cambios posturales programados; y 47% (17) masajean áreas propensas a lesiones. Conclusiones. El personal de enfermería de un hospital nacional proporciona cuidados a los pacientes hospitalizados para prevenir las úlceras por presión. Entre estas medidas se encuentran la protección de las zonas propensas a lesiones, los ajustes posturales ocasionales o espontáneos y la aplicación de cremas o lociones hidratantes en la piel. Un subconjunto menor de pacientes nunca planifica y ejecuta ejercicios periódicos de control del peso, planifica y realiza ejercicios pasivos y/o activos de las extremidades superiores e inferiores, y evalúa si las sábanas de la cama están bien estiradas y así evitar pliegues⁽²⁰⁾.

Guerrero E, su tesis Calidad del cuidado y aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión en pacientes postrados, servicio de medicina, Hospital Alberto Sabogal EsSalud, Lima- Perú 2018, determino el presente estudio, realizado en el Departamento de Medicina del Hospital Alberto Sabogal EsSalud 2018, se propuso conocer la relación entre la calidad de la atención y la implementación de medidas preventivas de úlceras por presión en pacientes encamados. El diseño fue transversal correlacional, de naturaleza cuantitativa y el método descriptivo. La muestra estuvo formada por 123 familiares o cuidadores de pacientes hospitalizados que acudían al Servicio de

Medicina. Los datos se recogieron mediante cuestionario, y los resultados mostraron una elevada fiabilidad (0,885 y 0,852). Según los resultados de la encuesta, el 33,33% de los familiares o cuidadores de pacientes hospitalizados cree que la calidad de los cuidados es buena, el 47,15% cree que es regular y el 19,51% cree que es mala. Del mismo modo, en cuanto a la aplicación variable de medidas preventivas de las úlceras por presión, el 52,03% de los familiares o cuidadores de pacientes hospitalizados perciben un nivel regular, el 19,51% un nivel malo y el 28,46% un nivel bueno. En el contexto de la comprobación de hipótesis, el coeficiente de correlación de Spearman de 0,682 indica un resultado moderado con una significación estadística de $p=0,001$, inferior a 0,01, lo que indica una relación directa y positiva entre la variable calidad de la atención y el uso de medidas preventivas. Por lo que se refuta la hipótesis nula y se acepta la hipótesis principal. Se aconsejó que para ofrecer una atención integral y prevenir las úlceras por presión en los pacientes que reciben medicamentos en el Hospital Alberto Sabogal EsSalud 2018, el personal de enfermería debe desarrollar y ejecutar medidas preventivas y mantener una supervisión periódica del servicio a lo largo de la cadena de atención en el hospital 2018⁽²¹⁾.

2.2. Bases teóricas o científicas

Teoría cuidado enfermero

Jean Watson en el año 2009 promueve el pensamiento de la “transformación” por el cual considera que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea; con lo anterior fomenta un compromiso profesional en el proceso del cuidado enfermero basado en la ética y el enfoque humanista e ir restaurando el arte cuidando-sanando que es la base de la acción de la enfermería⁽²³⁾. Watson basa su teoría en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, etc. haciendo énfasis en la coherencia, empatía y afecto. Watson ha estudiado los cuidados de enfermería utilizando enfoques filosóficos (existencial-fenomenológico) y una

base espiritual con la que los cuidados se asimilan como un ideal moral y ético. Walker señala que Watson es una pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias porque cree que el estudio de las humanidades amplía la mente, aumenta la capacidad de pensar y promueve el desarrollo personal, como una relación terapéutica básica entre los seres humanos, éste es un cuidado interpersonal, transpersonal e intersubjetivo con lo cual logra articular sus premisas teóricas con las básicas de la ciencia de enfermería⁽²⁴⁾.

Seguridad del paciente

La seguridad del paciente se basa en el sistema de Gestión de la calidad en salud, la organización mundial de salud describe que la seguridad del paciente es la ausencia de riesgos o daños potenciales asociados a la recepción de atención médica. Se basa en un conjunto de componentes, estructuras, procedimientos, herramientas y técnicas respaldados por pruebas científicas y diseñadas para reducir la probabilidad de que se produzcan acontecimientos desfavorables durante el curso del tratamiento o para atenuar sus efectos; y el Ministerio de salud considera que son todas aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención de la salud ⁽²⁵⁾.

En la 5ava Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002 se obtuvo una resolución que invitaba a los Países miembros a ejecutar medidas diseñadas a acrecentar la Seguridad del Paciente; esto se concretó en el año 2004 y Perú fue parte y pertenece a esta Asamblea y en el año 2006 se promulga el plan nacional por la Seguridad del paciente con la finalidad de disminuir los efectos no deseados en los pacientes del sistema de salud nacional fomentando a hacer de los servicios de salud lugares seguros para la atención de los pacientes⁽²⁶⁾.

2.2.1. Úlceras por presión

Por definición, las lesiones por presión son de origen de la disminución transitoria o permanente del riesgo sanguíneo de una parte del cuerpo, ubicados en la piel y tejidos de membranas, desarrollada generalmente sobre una prominencia ósea, como consecuencia de factores extrínsecos como: presión, fricción, y/o cizallamiento, siendo un determinante el factor tiempo y presión⁽²⁷⁾.

La Organización Mundial de la Salud, determina que las úlceras por presión como un indicador de cuidado de enfermería en la atención de salud como para los pacientes que las desarrollan y para quienes corren el riesgo de presentarlas, la aparición de esta lesiones alteran el bienestar físico, emocional y deterioran la calidad de vida de las personas que las padecen; además son protagonistas de la gran inversión en su curación, es un problema que se le considera un problema de salud pública. Por las razones anteriores la tendencia es disminuir la prevalencia de estas lesiones que se dan en el hogar, en el hospital, en pacientes crónicos o con limitación del movimiento temporal ⁽²⁸⁾.

Etiopatogenia.

La causa es multifactorial y conocida, se presentan por dos formas específicos:

Menor tolerancia de los tejidos a la presión, la fricción o las presiones de cizallamiento provocadas por factores de riesgo intrínsecos o extrínsecos, o por ambos combinados ⁽²⁹⁾.

- Presión. - La fuerza que aplica un cuerpo por unidad de superficie y perpendicular al plano de interés se conoce como presión. La presión comprime y distorsiona las estructuras subyacentes, lo que provoca isquemia: Son cuatro componentes que la influncian:
 - a. Magnitud: una presión exteriorizada sobre el límite de la presión capilar media (17-20mmde Hg) y si la presión se establece por un periodo tiempo extenso.

- b. Dirección: se utiliza para describir el lugar anatómico de aplicación de la presión. Tanto las fuerzas tangenciales (cizallamiento y tensión) como las perpendiculares (existencia) pueden observarse en los tejidos adyacentes a las prominencias óseas.
- c. Tiempo: Tanto los periodos breves de alta presión como los periodos prolongados de baja presión pueden ser perjudiciales.
- d. Microclima: Cambios en la temperatura y la humedad del paciente, que al combinarse reducen la resistencia de la piel.
- Cizalla. – es la fuerza aplicada por unidad de superficie paralela al plano de interés; provoca el desgarro del tejido interno y deforma la piel y los tejidos blandos situados debajo. En este caso, la piel sobre todo el sacro está inamovible, pero el tejido subcutáneo y las venas glúteas están extendidos y tensos, lo que reduce el flujo sanguíneo y provoca rápidamente una isquemia tisular ⁽³⁰⁾.
 - Fricción. - es una fuerza recta inapropiada, en la misma ubicación y sentido opuesto, que se interpone al movimiento del área (cama, silla); se relaciona al rozamiento superficial en la epidermis y la dermis. Se le atribuye que participa en la etiopatogenia produciendo cizallamiento ⁽²⁸⁾. Los estímulos friccionales producen fuerzas paralelas a la superficie epidérmica que traumatizan la piel y que se repiten, comprometiendo así la circulación capilar y formando la cascada isquémica, la necrosis y la maceración tisular. Cuando un paciente sentado se desliza hacia abajo, crea mucha fricción por el movimiento o arrastre, que se intensifica si las sábanas están húmedas. Esta presión y fricción se combinan a nivel del sacro.

Localización de las UPP

- Occipital
- Omóplato-escápula
- Codos
- Dorso lumbar
- Glúteo e interglúteo
- Sacro-coxígea
- Talones oreja temporoauricular
- Brazo-antebrazo-mano
- Parrilla costal
- Cresta iliaca
- Trocánter mayor y menor
- Muslo-pierna-pie
- Rodilla-cóndilos externo e interno
- Maléolo interno y externo
- Úlcera iatrogénica, comisura bucal, fosa nasal, meato urinario
- Mamas

Posiciones susceptibles de desarrollar UPP

- De decúbito dorsal
- De decúbito lateral
- De decúbito ventral
- Sentado
- Semisentado

Estadíos de las UPP ⁽³¹⁾

- Estadío I: enrojecimiento de piel que no palidece con la presión, piel intacta (en pacientes de piel oscura se observa enrojecimiento y calor marcado), el paciente percibe aumento de la sensibilidad y aumento de temperatura en la zona.
- Estadío II: lesión dérmica – piel agrietada. Se observa una lesión superficial en la zona con forma de ampolla o cráter superficial.
- Estadío III: presencia de una ulcera con discontinuidad de la piel, herida con muerte del tejido subcutáneo y puede terminar en el facie subyacente, pero sin atravesarla comprometiendo los tejidos circundantes.
- Estadío IV: pérdida tisular y excavación total de la piel, necrosis tisular y daño musculo esquelético de las estructuras de sostén como tendones, articulaciones.

Fisiopatología ⁽³²⁾

Las úlceras por presión se producen a causa de la compresión tisular entre una prominencia ósea y la zona externa durante un largo período.

La presión capilar más alta se sitúa en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre 16-33 mm Hg. El aumento de la presión aplicada a una región concreta durante un periodo de tiempo prolongado inicia un proceso de isquemia que, si no se detiene a tiempo, provoca necrosis y muerte celular.

Formación de las úlceras por presión.-dado que la piel puede tolerar altas presiones, pero sólo durante breves periodos de tiempo, puede decirse que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales, y la continuidad de la presión parece ser más significativa en la creación de UPP que la intensidad.

Presión. -Es la fuerza aplicada por unidad de superficie perpendicular a la piel; la gravedad induce el aplastamiento del tejido, lo que obstruye el flujo sanguíneo y, si no se controla, provoca hipoxia tisular y necrosis. Representa el componente de riesgo más importante.

Fricción. -es una fuerza tangencial que se ejerce paralelamente a la piel y se genera por arrastre o movimiento. La humedad no sólo macera la piel, sino que también aumenta la fricción.

La presión y la fricción se combinan en el pinzamiento vascular; en el sacro, por ejemplo, como consecuencia de la postura de Fowler.

Se mencionan factores contribuyentes:

Fisiopatológicos. -Originados a causa directa de algún problema de salud o proceso de enfermedad.

Pérdida de masa muscular. -Los músculos tienden a atrofiarse, o encogerse, y se vuelven menos voluminosos cuando están paralizados y se atrofian sobre las zonas óseas, la masa o volumen muscular actúa como barrera natural. Una disminución de la masa muscular sobrecarga más las finas capas de la piel y ofrece menos protección sobre las superficies óseas.

.

Tener sobrepeso o estar por debajo del peso normal. Como hay menos protuberancia natural para cubrir algunas partes del cuerpo cuando se tiene poco peso, incluso una ligera presión podría hacer que la piel se degenerara. Sin embargo, el sobrepeso hace más difícil desplazar el peso y liberar presión, y toda esa grasa extra absorbe nutrientes y oxígeno que podrían mejorar tu piel.

Disminución de circulación.

Como las extremidades paralizadas no pueden activar sus músculos, hay menos flujo sanguíneo hacia ellas, y llegan menos oxígeno y nutrientes a la piel. Si la circulación es insuficiente, la piel no se repara bien.

Edema -es el resultado de la acumulación de líquido en los tejidos, generalmente en manos, pies y piernas, zonas del cuerpo que están por debajo del nivel del corazón y no se mueven con frecuencia. La piel edematosa se vuelve más fina, más pálida y más propensa a las lesiones.

Diabetes, hipertensión y colesterol alto disminuyen la circulación. –En estos problemas de salud, observar a los pies y tobillos. Se encuentran en la zona más distante del corazón y son susceptibles a afectarse primero.

Esto se adiciona a fiebre, infecciones y una inadecuada en la nutrición.

Humedad

Piel húmeda, (debido a orina, heces, sudor, agua) es más propensa de deteriorarse.

Piel seca, escamosa puede agrietarse, inflamarse y producirse una infección.

La edad. –En un adulto mayor la piel es más delgada, seca y más frágil. Por ello su horario de alivio de presión o cambiar el tipo de almohadón a mayor edad.

Abertura de piel. - El tejido cicatrizado es más frágil que la piel normal.

La espasticidad puede ocasionar que sus miembros superiores e inferiores terminen contra un objeto y causar una lesión, o que toque contra una superficie (como la ropa de cama), lo cual produce una úlcera abierta.

Calor o frío extremo.

Las personas que abusan del alcohol u otras drogas suelen pasar por alto sus necesidades de reducción de la presión y otras formas de autocuidado.

Otro factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión es la depresión.

El riesgo elevado de producirse las úlceras por presión es mayor si tienes limitaciones para la movilidad y no realizas cambio de posición adecuadamente mientras estás sentado o en la cama.

Los factores de riesgo son:

Inmovilidad. Las lesiones de la médula espinal, el deterioro de la salud y otros factores pueden ser los culpables.

Incontinencia. La piel se pone más propensa con la exposición a la presencia continua de la orina y las heces.

Disminución o pérdida de la percepción sensorial. La pérdida de sensibilidad puede deberse a enfermedades neurológicas, lesiones medulares y otras dolencias. La incapacidad para sentir el dolor o molestias puede hacer que no se perciban los indicadores de alerta y obligar a cambiar de postura.

Hidratación y nutrición inadecuadas. Para mantener la piel sana y detener el deterioro de los tejidos, las personas deben consumir regularmente en su dieta suficiente agua, calorías, proteínas, vitaminas y minerales.

Enfermedades que dañan el flujo sanguíneo.

La diabetes y las enfermedades vasculares, pueden incrementar el riesgo de lesión en los tejidos, como las úlceras por presión ⁽³³⁾.

Se han identificado diversos factores que influyen en el desarrollo de úlceras por presión como son la inmovilidad, incontinencia y el déficit nutricional los más resaltantes.

Así también contribuyen:

- Edad: Delgadez de la piel
- Lesiones dérmicas: edema, resequedad y pérdida de elasticidad en la piel.
- Trastornos de oxigenación:
- Enfermedades cardiovasculares: trastornos de circulación (isquemia periférica, hipotensión arterial,), problemas vasculares de mayor profundidad (trombosis, arterioesclerosis.).
- Enfermedades hematológicas: anemia.
- Enfermedades respiratorias: EPOC; enfisema.

- Alteraciones de nutrición por defecto, por exceso o metabólicas: delgadez, desnutrición, falta de líquidos, hipoproteinemia, obesidad, diabetes.
- Enfermedades inmunológicas: neoplasias, infecciones.
- Alteraciones de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Alteración en la eliminación: incontinencia urinaria o fecal.

Derivados del tratamiento. –son determinadas terapias o procedimientos diagnósticos

- Tratamiento con causas inmunosupresores: radioterapia, corticoides, citostáticos.
- calmantes: benzodiazepinas.
- operaciones: cirugía prolongada, baja temperatura.
- Dispositivos o aparatos: tracciones, respiradores, sondas.

Situacionales y del entorno. - factores externas que influyen en el paciente.

. Por dolor, agotamiento o estrés, inmovilidad.

- Arrugas en la ropa de cama, pijama, camisón.

- Mala higiene personal.

- Falta de concienciación sobre los factores de riesgo y la prevención.

- Utilización inadecuada de los materiales.

- Falta de criterios coherentes por parte del personal sanitario.

- Falta de conocimientos o formación especializados por parte de los profesionales.

Localizaciones más frecuentes ⁽²⁾

Las úlceras por presión pueden ocasionarse en diferentes zonas del cuerpo dependiendo que lugar esté a mayor presión y la postura del paciente.

Los lugares que se presentan mayormente son las zonas de apoyo con prominencias o más relieve óseo:

- Zona sacra, talones, codos, escápulas, nuca/occipital y cóccix en decúbito supino.
- En decúbito lateral: maléolos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas ilíacas, cara interna de las rodillas.
- En decúbito prono: nariz, orejas, dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas y crestas ilíacas.
- En posición sentada: omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsos.

Complicaciones de úlceras por presión. -Son diversas y variadas las que se pueden presentar las más frecuentes son:

- Bacteriemia e infección: Suele estar formada por *Staphylococcus aureus*, bacilos gramnegativos o *Bacterioides fragilis*. Es necesaria una intervención médica urgente si los pacientes con úlceras por presión presentan indicios clínicos de sepsis, como fiebre, taquicardia, hipotensión, anorexia, desorientación y letargo.

Prestar atención a cualquiera de los siguientes síntomas en un paciente anciano, ya que es posible que no presenten todos los signos y síntomas de la sepsis.

- Celulitis: Se trata de una infección que suele producirse por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes* y afecta a regiones blandas profundas con rápida extensión. El tejido de la celulitis presenta calor localizado, molestias y eritema. También es posible la afectación de los ganglios linfáticos y la linfangitis. Los síntomas incluyen vesículas, pústulas, ulceración y necrosis que afecta a los músculos puede surgir en casos de infección grave.

En el tratamiento de la celulitis son necesarios antibióticos, inmovilización y elevación de la zona afectada, el uso de calor y apósitos húmedos, y un seguimiento continuo de la progresión de los síntomas mencionados.

- Osteomielitis: Es una complicación infecciosa de algunas úlceras por presión que afecta a la parte ósea. Debajo de la lesión hay una variedad de bacterias, entre ellas Salmonella, Proteus, Pseudomonas, Streptococcus y Staphylococcus aureus, pueden causar una infección.

Prevención de UPP ⁽³⁴⁾ .

Se considera que la prevención de las úlceras por presión es una prioridad absoluta, y el personal de enfermería desempeña un papel crucial en este sentido. Una vez determinado el riesgo de UPP, los cuidados de cada paciente deben adaptarse específicamente a él. Incluso si se desarrolla una UPP, hay que continuar con las acciones preventivas para garantizar que no empeore ni dé lugar a nuevas lesiones.

Objetivos generales y específicos para prevenir las úlceras por presión

El objetivo general para evitar es valorar el riesgo de exposición en cada paciente y eliminar o disminuir los factores de riesgo que fomentan la aparición de úlceras.

En objetivos específicos determinamos:

- cuidar y mejorar el estado de la piel.
- brindar cuidado a la piel de los efectos adversos de la presión, fricción y cizallamiento.

Cuidados primordiales en la prevención de úlceras por presión

Deben abordarse todos los procesos respiratorios, circulatorios, metabólicos, etc.- que puedan influir en la aparición de úlceras por presión.

Es de suma importancia establecer a los pacientes y familia en cumplir y llevar a cabo con los cuidados:

- Práctica una buena higiene personal para mantener la piel seca y limpia o Utiliza jabones u otros productos de limpieza que sean neutros.

Utilizar agua tibia para lavar la piel, después aclarar bien y secar con toquesitos sin ejercer presión, sobre todo entre los dedos y en las arrugas.

Evita utilizar colonias o productos que contengan alcohol (romero, tanino, etc.) sobre la piel, ya que la irritan.

Después de masajear con aceite de almendras o crema hidratante, asegúrate de que se absorbe completamente y sin forzar.

- Examen de la piel: En la inspección del estado de la piel resulta importante al menos una vez al día (en el momento de la higiene).

Se debe observar sobre todo: Prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos, etc.) y lugares de apoyo de acuerdo a la posición del paciente.

Lugares de riesgo a humedad.

Asegúrate de que la crema hidratante o el aceite de almendras se absorben completamente sin hacer fuerza después de amasarlos.

- Alimentación e hidratación

Una de las variables más importantes que influyen en el desarrollo de úlceras por presión en los pacientes es su estado dietético.

Por lo tanto, para prevenir el desarrollo de úlceras por presión es fundamental reconocer y tratar las diversas deficiencias dietéticas, así como los factores desencadenantes de las mismas.

Una dieta equilibrada que aporte todos los nutrientes necesarios y se adapte a las necesidades del paciente en función de su edad, sexo, actividad física, patología y preferencias es crucial para la prevención de las úlceras por presión.

En el momento del ingreso, se realiza una evaluación del estado nutricional del paciente, que se repite a intervalos regulares a lo largo de la estancia hospitalaria, en función del nivel de riesgo nutricional. Al cabo de siete días, los pacientes clasificados como de riesgo "bajo" y "moderado" se someten a otra evaluación, y los clasificados como de riesgo "alto" reciben un plan de cuidados que incluye una intervención nutricional.

La revisión de la historia clínica del paciente con respecto a la nutrición, la evaluación de la información antropométrica y los parámetros bioquímicos del estado nutricional, la revisión del estado clínico del paciente y la realización de un examen físico centrado en el estado nutricional del paciente se incluyen en la evaluación del estado nutricional.

Se establece en forma general una ingesta de:

Calorías: 30-35 kcal/kg/día

Proteínas: 1,25-1,50 g/kg/día

Aporte hídrico: 30-35 cc/kg/día

- Prevención en la presión

Para disminuir el efecto de la presión como causa de la úlceras por presión hay que considerar cuatro situaciones a ejecutar: movilización, cambios posturales cada 2 horas, el uso de superficies especiales de apoyo y la protección local de la zona ante la presión.

Movilización. Se indica:

A medida de sus posibilidades incentivar el movimiento del paciente.

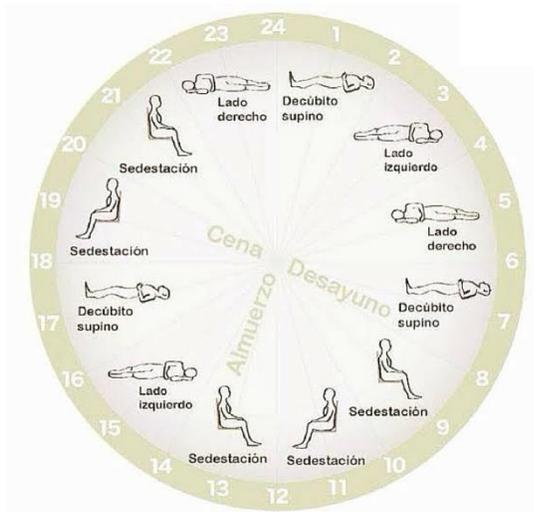
Implementar dispositivos de ayuda según la condición del paciente, como barandillas, trapecio, andador y bastones.

Realizar movilizaciones pasivas y/o pasivas/asistidas tres o cuatro veces al día, sin sobrepasar el punto de inicio de las molestias, si el estado del paciente lo impide.

Se realizarán movilizaciones cada hora durante todo el tiempo que permanezca sentado. Si el paciente es capaz de hacerlo de forma autónoma, se le movilizará cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).

Cambios posturales. – Se basan en las necesidades únicas de cada paciente, así como en el riesgo de úlceras por presión. Los ajustes posturales deben realizarse si no hay contraindicación, ya que permiten evitar o aliviar la presión prolongada.

Los cambios deben realizarse en pacientes encamados cada dos o tres horas, según una rotación predeterminada y personalizada. Se recomienda realizarlos cada cuatro horas durante la noche.



Los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión no deben permanecer sentados más de 2 horas seguidas.

En los cambios de posición es importante tener en cuenta:

- Evite en la medida de lo posible que el paciente se agache en las zonas de alto riesgo.
- Tanto si el paciente está sentado o semisentado, mantenga la alineación de su cuerpo, el equilibrio y la distribución del peso.
- Utilice cojines, almohadas u otras superficies blandas para evitar que las prominencias óseas entren en contacto directo entre sí
- Usar cojines blandos para eliminar la presión en los talones.
- Prevenir el arrastre. Ejecutar las movilizaciones disminuyendo las fuerzas tangenciales y la fricción implementando para ello elementos como sábanas, soleras.

- En posición lateral, no pasar el límite de los 30° de giro para tratar de no apoyar directamente sobre el trocánter.

Cambios posturales:

Decúbito supino

- Coloque un cojín o una toalla enrollada debajo de la parte baja de la espalda.
- Coloque una almohada debajo de la cabeza, el cuello y la parte superior de los hombros.
- En lugar de apoyar los talones en la cama, coloque un cojín debajo de las piernas, la cual deben estar un poco separadas.
- Para prevenir el equino, mantenga los pies en ángulos correctos intercalando un cojín entre las plantas y los pies de la cama.
- Coloque cojines entre los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo para evitar la rotación externa de la cadera.

Posición lateral

- Colocar al paciente en posición lateral.
- la cabeza y cuello del paciente debe estar bajo la almohada.
- Ambos brazos ligeramente doblados.
- Implementar una almohada en dirección a la espalda y rotando al paciente apoyarlo sobre ella; retirar el hombro en el que se apoya.

- Desde la ingle hasta los pies, colocar una almohada entre las piernas. Para intentar evitar la presión sobre el hueso de la cadera que se apoya en la cama, se establece así una posición de decúbito oblicuo o lateral parcial de 30°.

Posicion prono

- Coloque la cabeza del paciente de lado sobre una almohada pequeña y colóquelo en decúbito prono.
- Coloque un segundo cojín más pequeño sobre el abdomen.
- Con los pies en ángulo recto, coloque una almohada debajo de la parte inferior de las piernas.
- Mantener los brazos en flexión.
- Colocar libre de presión los dedos del pie, rodillas, genitales y mamas.

Sentado

Utilizar un sillón adecuado, cómodo, con el respaldo inclinado.

Implementar un cojín o almohada diminuta en la zona cervical, lumbar y bajo las piernas.

En ángulo recto mantener los pies.

Inspeccionar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo, y la posición de sondas y bolsa colectoras o superficies especiales de apoyo

Las superficies especiales del manejo de la presión (SEMP).- son aquellas superficies creadas especialmente para controlar la presión, ya sea disminuyéndola o liberándola. Se trata de cojines viscoelásticos, colchones de aire, colchones de plumas y cojines de aire especiales.

Valoración de la exposición de riesgo de úlceras por presión

Es más fácil identificar las variables de riesgo y el riesgo total del paciente cuando se utiliza una escala de evaluación del riesgo en el momento del ingreso.

El personal de enfermería es el responsable de ejecutar la valoración del riesgo dentro de las primeras 24 horas del ingreso. Los resultados de esta valoración nos orientan a realizar los cuidados.

-Se trata de un cuestionario heteroadministrado u hoja de cotejo que tiene de 6 ítems.

-Cada ítem tiene punto de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), menos el ítem “Fricción y rozamiento” que tiene punto de 1 a 3.

-El rango de puntos oscila entre 6 y 23: = <16 mayor riesgo de úlceras por presión.

Se hará evaluando los diferentes factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos del paciente definido en la Escala de Norton:

Escala de Norton

Variables		Fecha de evaluación			
		Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Condición física	Buena	4	4	4	4
	Regular	3	3	3	3
	Pobre	2	2	2	2
	Muy mala	1	1	1	1
Estado mental	lucido	4	4	4	4
	Apático	3	3	3	3
	Confuso	2	2	2	2
	Inconsciente	1	1	1	1
Actividad	Deambula	4	4	4	4
	Deambula con ayuda	3	3	3	3
	Cama / silla	2	2	2	2
	Encamado	1	1	1	1
Movilidad	Total	4	4	4	4
	Disminuida	3	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1	1
Incontinencia	Control	4	4	4	4
	Incontinencia ocasional	3	3	3	3
	Urinaria	2	2	2	2
	Urinaria - Fecal	1	1	1	1
Puntaje obtenido					
Firma y sello de la enfermera					

Interpretación del Puntaje del nivel de riesgo de UPP

1	Elevado riesgo	5 - 11
2	Resaltante riesgo de úlceras en posible formación o riesgo medio	12 - 14
3	Riesgo bajo	15 - 20

La Escala tiene un instructivo que permite una evaluación correcta y que debe ser conocida y aplicada en cada paciente con actores de riesgo evidentes⁽³⁵⁾.

Además, se debe evaluar a cada momento que se produzca un cambio relevante en la situación del paciente, como, por ejemplo:

- Presencia de isquemia
- Procedimiento quirúrgico superior a 2-3 horas
- Ausencia de sensibilidad y/o movilidad
- Episodios de hipotensión prolongada.

Momentos que necesiten reposo en cama por más de 24 horas

- Episodios de alza térmica prolongada

Desacuerdo al riesgo del paciente se indica:

Riesgo Moderado/Alto: las superficies dinámicas de las células pequeñas, medianas y grandes.

Los niveles de presión en las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo varían continuamente.

En riesgo moderado se puede usar una superficie estática como el colchón de visco elástica.

Riesgo Bajo: Superficies estáticas. Al ampliar su área de contacto con el paciente, disminuyen la presión en esos lugares. Se utilizan en pacientes que se automueven. Ejemplo: colchón de poliuretano y viscoelástico, espuma de alta densidad, esterilla de fibra siliconada, etc. o protección local contra la presión.

En zonas de alto riesgo para el desarrollo de úlceras por presión, la protección local es lo más importante.

Se encomienda:

Deben aplicarse ácidos grasos hiperoxigenados (HFOA) en las zonas de riesgo con piel no dañada para prevenir las UPP. También aplicarse un ligero masaje.

Protección frente a la humedad con el uso de películas cutáneas de barrera sobre la piel sana en riesgo (PCBNI).

Cuidado local de la zona:

- Codos y talones: AGHO y apósitos hidrocelulares no adhesivos.

- colocación de sujetadores con venda de malla de red, valoración continua

Evitar Apoyar los talones en la cama.

- zona occipital: aplicar apósito hidrocelular e inspeccionar diariamente.

- zona sacra y de fricción o roce: aplicar apósitos hidrocelulares teniendo en cuenta el riesgo de maceración. Es necesario valorar diariamente.

- Deben utilizarse apósitos hidrocelulares no adhesivos y AGHO si el paciente utiliza alguno de los siguientes equipos: sondas, mascarillas, tubos orotraqueales, gafas nasales, mascarillas de presión positiva, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y restricción.

Educación sanitaria

Para obtener conocimientos y habilidades que ayuden a prevenir el inicio o el avance de las úlceras por presión, es imprescindible que los pacientes y sus familias se impliquen en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

La necesidad de educación se evalúa tanto en el momento del ingreso como durante la estancia del paciente en el hospital, teniendo en cuenta las predisposiciones del paciente y su familia, así como los obstáculos para el aprendizaje.

La orientación se ejecuta en forma verbal y consiste en un programa ajustado a las características para cada paciente en el que se incluyen los siguientes aspectos:

- Deben evitarse o reducirse los factores de riesgo que influyen en la probabilidad de aparición de úlceras por presión.
- Las acciones preventivas incluyen la observación de los signos de alarma, la dieta del paciente, el examen y mantenimiento de la piel, las técnicas de alivio y reducción de la presión, etc.
- Tratamiento de úlceras por presión si se presentara.

Continuamente se revisa la capacidad del paciente y su familia (conocimientos, actitudes y habilidades) tras la orientación recibida.

A ello se realiza las notas de enfermería en el sistema de información: historia clínica y Hoja de seguimiento.

La salida del paciente se brinda un informe de enfermería con las indicaciones y recomendaciones óptimas.

Tratamiento de UPP

Dependiendo de su estadio y las características clínicas de la lesión se empleara el enfoque terapeutico.

Los fines principales en el tratamiento de las úlceras por presión son, por un lado, conseguir que la lesión no se complique a una etapa mayor y, por otro, la cicatrización se logre en el menor tiempo.

Antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una evaluación exhaustiva y específica que tenga en cuenta la lesión, el estado de salud general del paciente y el entorno asistencial. Debe recordarse que un paciente que ya tiene una UPP puede adquirir más UPP, por lo que deben

Aliviar de la presión, evitar la anoxia y la falta de oxígeno tisular, elevando de esa forma la viabilidad de tejidos blandos y manteniendo la lesión en condiciones óptimas para su curación. Cada actuación debe estar dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento mediante la utilización de técnicas de posición (encamado y sentado) y la elección de una superficie de apoyo adecuada.

- ✓ Formas de apoyo, para evitar el rozamiento y el cizallamiento, la mejor forma es la utilización de dispositivos (grúas, trapecios etc.) o personas para que los pacientes realicen la menor fuerza posible

Pacientes postrados

Los pacientes postrados no deben inclinarse encima de las úlceras por presión.

Los cambios de posición en pacientes con úlceras por presión deben realizarse (cada 2-3 horas).

Evitar que el paciente permanezca en una postura o sobre las úlceras por presión, y de tal manera aumentar la frecuencia de los cambios de posición.

Las superficies de apoyo, que se presentan en forma de dispositivos de espuma, aire o líquido como almohadas, colchones y cojines, ayudan a aliviar los puntos de presión al proporcionar

más superficie y mantener al paciente en la postura adecuada. No obstante, aunque las superficies de apoyo reducen la presión, nunca deben sustituir a los ajustes posturales.

El uso de superficies específicas de gestión de la presión (SEMP) dependen en función del grado de úlceras por presión o colchones de espuma viscoelástica, fibra, silicona aumentar las superficies de apoyo.

En la fase II, colchones de aire de presión continua y alterna de celdas grandes que producen una alternancia de presión y descenso del nivel de presión en los tejidos blandos. A partir de las fases III y IV, se aconsejan. Existen diversas variedades de colchones de aire, y lo que los diferencia es la amplitud de las celdas o bandas donde cambia la presión. Para una úlcera por presión en fase IV es necesario un colchón con una célula más grande.

Cuidados primordiales

- Alimentación

La alimentación influye de manera importante en el tratamiento de las úlceras por presión.

Una estrategia de cuidado nutricional tiene en cuenta:

- Objetivos alimenticios inmediatos y a largo plazo
- Tipo de alimentación
- Tiempo previsto de la terapia
- Seguimiento de la alimentación
- Importancia en la educación
- Cuidados en la salida o en la retirada del soporte alimenticio.

- Es de importancia recibir, educación y entrenamiento del paciente en la nutrición domiciliaria.

2.2.2. Cuidado enfermero

Los Cuidados y tratamiento de las úlceras por presión según estadio

El tratamiento va a depender del estadio y características de la lesión.

➤ **Estadio I**

- El cuidado de la zona ulcerada en estadio I se basa en:
- Inspeccionar la lesión una vez por turno.
- Mantener la zona lesiona, seca e hidratada.
- Agregar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) cada 8 horas en las lesiones.
- Disminuir la presión en la zona afectada mediante:

La movilización o realización de cambios posturales cada 4 horas mínima.

La utilización de SEMP. En el Área de Críticos se recomienda la cama TOTAL CARE.

En caso de necesitar que el paciente se apoye sobre la lesión, se recomienda utilizar un apósito hidrocélular (apósito efectivo en el manejo de la presión, que reduzca la fricción, que no dañe la piel sana y que sea compatible con la utilización de productos tópicos para el cuidado de la piel) que se mantendrá sin levantar 3 –7 días.

➤ **Estadio II**

El cuidado de una úlcera en estadio II se basa en cuidados preventivos:

- Examinar la piel y la lesión una vez cada turno.
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- Aplicar tópicamente AGHO (SÓLO en la zona perilesional) una vez cada ocho horas.

- Aliviar la presión en la zona lesionada por medio : cambios posturales cada 2-3 horas y la movilización
- El uso de SEMP. En el Área de Críticos se debe utilizar la cama TOTAL CARE.
- Curación de la lesión
- Limpiar la zona con suero fisiológico limpiar la zona.
- Implementar la mínima fuerza mecánica para la curación de la úlcera.
- En presencia de flictenas, punzar y aspirar contenido.
- Mantener seca la zona.
- Aplicar apósito hidrocoloide, que se mantendrá sin retirar 3 –7 días.

➤ **Estadio III y IV**

- En la protección de las úlceras por presión de grado III y IV debe contemplar:
- Los cuidados preventivos para la zona perilesional,
- La curación del lecho de la herida y
- La mejora de la misma.
- Aliviar la presión en la zona lesionada mediante la movilidad o los cambios de posición cada 2-3 horas.

Preparación del lecho de la herida:

Para limpiar la úlcera, utilice la menor fuerza mecánica posible. Para evitar dañar el tejido sano y facilitar la eliminación de residuos, bacterias y restos de apósitos, utilice una presión de lavado eficaz. La presión de lavado producida por la gravedad o, por ejemplo, una jeringa de 20 cc provista de una aguja 19 x 1/5 "G (aguja de petaca) es la más eficaz.

Hasta que la lesión esté limpia, irríguela en espiral empezando por el centro y avanzando hacia el exterior. No deben utilizarse antisépticos locales como povidona yodada, clorhexidina, peróxido

de hidrógeno, ácido acético, solución de hipoclorito, etc. para limpiar la herida. El yodo mata al neutrófilo (célula básica en el proceso de cicatrización). Las sustancias restantes son citotóxicas para el tejido en crecimiento y, si se utilizan de forma continuada, su absorción en el organismo puede provocar ocasionalmente problemas sistémicos. Los antisépticos sólo deben utilizarse para la antisepsia antes y después del desbridamiento quirúrgico.

Productos genéricos para la curación de úlceras por presión y heridas complicadas

En comparación con la cura tradicional, la información científica disponible destaca la eficacia clínica y la eficiencia de la técnica de cura húmeda (espaciamiento de las curas, menor manipulación de las lesiones, etc.).

El apósito indicado debe ser biocompatible, para la protección de la herida de factores externos físicas, químicas y bacterianas, establecer el lecho de la úlcera siempre húmeda y la piel circundante seca, descartar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de restos en la lesión, mantener la piel perilesional y ser de fácil aplicación y retirada.

Bases del Cuidado enfermero ⁽³⁶⁾

Sobre el cuidado enfermero se escribe y se seguirá escribiendo y describiendo con el paso de los años y la evolución de la ciencia, El Colegio de Enfermeros del Perú en el año 2008 difundió para todas las enfermeras del país la conceptualización de cuidado de enfermería al conjunto de estrategias que implementa la enfermera en la atención al paciente mediante interrelación con dominio y experticia en aspectos técnico-científicos dirigidas a comprender al individuo, familia, comunidad y el lugar en el que se encuentra, desarrollando acciones para evitar, recuperación y rehabilitar a la persona en la situación salud-enfermedad. En tal sentido enfermería debe tener

presente conceptos fundamentales que guíen el cuidado que brindará a los pacientes, uno de estos conceptos fundamentales está relacionado con el proceso salud enfermedad, este proceso tiene una amplia trayectoria antes de formularse como tal, ya que son muchos los estudiosos y dentro de ellos los antropólogos los que más incidieron en la búsqueda de causas de las enfermedad y consideraron que los formas de vivir en la sociedad pueden ocasionarse problemas biológicos; más adelante por los años 70 y inicios de los 80 se presentan una gran cantidad de teoría, estrategias y metodológicas que evidencian un gran desarrollo académico en las ciencias sociales, es así que Fábrega (37) incorpora la idea de la multicausalidad de la enfermedad y la atención al sentir de la persona con respecto a su percepción del cuadro clínico, su sentir de los signos y síntomas. Se concibe al proceso salud-enfermedad no como un proceso estático, sino que involucra a factores psicológicos, sociales y culturales que influyen los malestares o padecimientos y sus manifestaciones incluyendo las subjetividades⁽³⁸⁾. Es un proceso complejo porque integra no sólo diversos factores, sino que también incluye las interacciones que se dan entre dichos factores que son parte de la actividad humana y que atribuye la estabilidad o inestabilidad, la presencia o inexistencia del hombre y su sistema de interrelación y en donde las situaciones sociales desempeñan un papel de determinación, pero no remplazan a los psicológicos o biológicos⁽³⁹⁾. Sintetizando se afirma que, Las adaptaciones y desadaptaciones físicas, mentales y sociales de una persona o un grupo social a su entorno conforman el proceso salud-enfermedad. Estos procesos son bidireccionales y continuos, y pueden influir positiva o negativamente en la calidad de vida y la esperanza de vida de una persona; Es decir que las diferentes interrelaciones de las personas con, los entornos en los que se establecen, con los que mantiene estrecha relación (condiciones económicas, culturales y sociales)⁽⁴⁰⁾.

Otro concepto fundamental en el cuidado enfermero es la historia natural de la enfermedad que fue desarrollado por los médicos Leavell, catedrático Clark de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa de la Facultad de Medicina de Columbia y catedrático emérito de Salud Pública de Harvard, afirmaba que cualquier proceso patológico evoluciona de forma natural desde su inicio hasta su resolución sin intervención humana; respaldaban esta afirmación con postulados principios ⁽⁴¹⁾:

- En diferente enfermedad o condición caótica en el humano y resulta de un proceso dinámico
- En esta situación incluye una cantidad de causas que intervienen la interacción entre agentes y huéspedes individuales, y tales efectos se hacen presente en forma expansiva en la población. Para interrumpir este proceso se requiere de medidas preventivas lo antes posible.

La enfermera al brindar el cuidado enfermero tiene entonces un gran compromiso con la población puesto que debe dominar los conceptos descritos anteriormente para aplicarlos en la realización de sus funciones. El relato natural de la enfermedad nos describe dos etapas muy delimitadas referidas una a la etapa pre patogénico y la otra a la etapa patogénica, en ambas existe el nivel de Prevención en el que se definen medidas para anticiparse al desarrollo de una enfermedad reduciendo factores de riesgo, detener su avance o atenuar sus consecuencias.

El período pre patogénico, involucra a las personas que están en equilibrio con su medio ambiente, es decir están sanas, en este período interactúa el agente, huésped y medio ambiente necesarios para producir enfermedad, si falta uno de ellos no se produce tal situación, estos elementos conforman la triada ecológica, este período corresponde a la Prevención Primaria e

involucra a fomento en la salud y protección. En el período patogénico inicia cuando se presenta el desequilibrio entre los factores de la triada ecológica y se presenta la enfermedad que inicia con una etapa subclínica o etapa de incubación, las personas están asintomáticas, y una etapa clínica en la que las personas presentan las primeras manifestaciones de enfermedad, ésta puede pasar a ser crónica, complicarse, dejar secuelas, causar la muerte o desaparecer y la persona queda curada y en el período pre patológico. El período patogénico refiere a la Prevención Secundaria que promueve el diagnóstico precoz y la limitación del daño y, la Prevención Terciaria que incluye a la Rehabilitación ⁽²³⁾.

El cuidado enfermero basando su atención en los dos fenómenos mencionados anteriormente, promueve en la dimensión asistencial la protección específica y la limitación del daño en cuanto a úlceras por presión se referirá la presente investigación.

Define el cuidado enfermero como una actividad orientada satisfacer necesidades determinadas; Dorothea orem. Para mejorar o disminuir las circunstancias de la vida humana, Leninger se refiere a actos de apoyo, ayuda o facilitación destinados a otro individuo o grupo que pueda tener necesidades en el futuro o en el presente.

Atributos del cuidado enfermero ⁽³⁵⁾.

- Constituye la esencia de la profesión y un medio para lograr la salud de las personas.
- Es intencional, personalizado, planificado y con una dirección específica
- Se brinda en etapas por ser un proceso y dentro de un contexto
- Establece relaciones interpersonales e interacción profesional
- Requiere de una sólida formación profesional

- Se aplica en un continuum salud – enfermedad

El cuidado enfermero no puede darse alejado de la calidad y exige al profesional tener

Presente permanentemente los valores, actitudes, aptitudes y normas que implementan las estrategias de “cuidar con calidad”⁽⁴²⁾.

Cuidado enfermero según grados de dependencia del usuario

La enfermera para brindar atención a las personas sanas o enfermas categorizó la atención basada en la valoración de las necesidades que permitan determinar el tiempo necesario para brindar sus cuidados en un tiempo establecido; el CEP consideró la gestión del cuidado dentro las normas los siguientes grados:

- Grado I o poca asistencia, el individuo que puede cuidar de sí mismo, que presenta poco riesgo, que es ambulatorio, que necesita educación sanitaria, que tiene prediagnóstico, cuidados preoperatorios y que necesita supervisión de enfermería.
- Grado II o una persona capaz de valerse por sí misma pero con ciertas limitaciones necesita asistencia parcial. Esta persona suele tener una enfermedad crónica compensada, requiere asistencia durante las fases preoperatoria y postoperatoria inmediata de la cirugía de baja complejidad y puede utilizar equipos de rehabilitación y confort. La medicación oral y/o parenteral no debe administrarse con más frecuencia que cada seis horas.
- Grado III o cuidados intermedios se refieren a un paciente con factores de riesgo más prioritarios que no participa en sus propios cuidados, es agudamente inestable y

crónicamente inestable, necesita evaluación y monitorización constantes, presenta alteraciones sustanciales de las constantes vitales y recibe medicación parenteral permanente con o sin cirugía de complejidad media. posiblemente con equipo de soporte vital especializado, posiblemente no.

- Grado IV o cuidados críticos se refiere a un individuo que se encuentra en un estado de inestabilidad extrema, que sufre un compromiso multiorgánico grave, con riesgo de complicaciones importantes o de muerte, inconsciente, que requiere sedación o relajación, intervención terapéutica no convencional, tratamiento quirúrgico especializado, cuidados de enfermería altamente cualificados, evaluación, monitorización y cuidados a largo plazo.

Grado V o cuidados extremadamente específicos, los pacientes que reciben trasplantes de órganos -como los de corazón, hígado, riñón, médula ósea o pulmón- necesitan cuidados extremadamente especializados, en unidades especializadas con tecnología avanzada.

Tipificación en prioridades que establece en acuerdo al daño o compromiso del estado de salud y por ende al requerimiento de atención inmediata, así se tiene:

- Prioridad I: gravedad súbita extrema
- Prioridad II: urgencia mayor
- Prioridad III: urgencia menor
- Prioridad IV: patología aguda común

Existen muchos factores que conllevan a la situación de inmovilidad y que pueden estar agrupados de la manera siguiente ⁽⁴³⁾:

- Fisiopatológicos: trastornos neuromusculares, osteomusculares, cardiovasculares, respiratorios y personas en etapa terminal.
- Iatrogénicos: Causas asociados con el tratamiento médico y la estancia hospitalaria.
- Situacionales: trastornos emocionales que pueden presentar dolor, astenia, adinamia y debilidad.
- De maduración: por lo general en pacientes o adulto mayor sedentario relacionado con el proceso de envejecimiento y la poca función de los sistemas y órganos como el de los sentidos, osteoporosis, atrofas, etc.

Sistemas corporales y psicosociales: Efectos no deseado de la Inmovilidad⁽³⁴⁾

Cardiaco: Bajo rendimiento miocárdico, bradicardia

Circulatorio: reducción del retorno venoso, edema dependiente y trombosis venosa.

Respiratorio: estancamiento de secreciones y respiración superficial y lenta.

Músculo esquelético: disminución de la masa muscular, ruptura de la fibra muscular (contractura), disminución del tono muscular y la fuerza; como enfermedades degenerativas.

Endocrino: Ausencia de calcio en la sangre, sobrepeso.

Gastrointestinal: dificultad para evacuar sus necesidades

Genitourinario: Estancamiento urinario, cálculos y retención urinaria.

Piel: poca circulación capilar.

Neurosensorial: Problema nerviosa (presión y bajo aporte sanguíneo).

Psicológicos: Inestabilidad emocional, negación en el concepto de sí mismo, miedo, molestia.

Aprendizaje: Poca motivación, de la necesidad, de relación, atención y transferir un mensaje.

Relación Social: aislamiento social y cambio de roles.

Para la investigación que se desarrollará interesa muy particularmente los efectos en la piel, en el sistema circulatorio y en el músculo esquelético, que como se menciona existe un elevado riesgo de integridad de la piel generando las úlceras por presión, sumando otros factores como disminución de la masa muscular, y del flujo capilar ⁽³⁴⁾.

Las instituciones en salud en nuestro país han elaborado normas que mejoren los indicadores de calidad en la atención de los pacientes, es así que Essalud, en año 2013 emite la Cinco instructivos han sido aprobados por Resolución de Gerencia General N°983-GG-ESSALUD-2013. N077 Procedimientos seguros y control de riesgos para la adecuada dispensación de medicamentos. N008: Gestión de riesgos y métodos seguros para prevenir caídas de pacientes. N° 009 Gestión de riesgos y prácticas seguras para la identificación precisa del paciente. N° 010 Prácticas seguras para la reducción de riesgos y prevención de úlceras por presión, encargando a la Defensoría del Asegurado a través de la Oficina de seguridad y calidad en el Paciente la difusión, monitoreo y asistencia técnica para su implementación y cumplimiento a nivel nacional.

Destaca dentro de esta directiva el término Seguridad del Paciente que exige la disminución y moderar las acciones inseguras en el sistema de salud por medio de prácticas que aseguren la obtención de resultados óptimos. La Agencia de Salud e Investigación de los EE UU define esta frase como el conjunto de disposiciones o procedimientos administrativos que disminuyen la posibilidad de resultados desfavorables derivados de la exposición al sistema sanitario a través

de enfermedades y tratamientos. Otro término es Buenas prácticas de atención, que son intervenciones que conllevan a la reducción de amenaza y presentar efectos adversos en relación a la atención en salud sobre las que hay que observarla. La Directiva en mención 010, también define riesgo de úlceras por presión y tiene en cuenta el hecho de que la propia presión provoca la contracción de los capilares, reduciendo así el acceso de los tejidos al oxígeno. En su caso, existen algunas circunstancias o factores de riesgo que aumentan la posibilidad de contraer úlceras.

La Directiva 010 incluye como instrumento para valorar el riesgo de úlceras por presión a la Escala de Norton que hace una valoración en una escala de 1 a 4, donde 1 significa el estado menos favorable y 4 el más favorable; los puntajes varían de 5 a 20 y la calificación es: Alto riesgo: 5 a 11 puntos, Riesgo medio: de 12 a 14, y Bajo riesgo: de 15 a 20 puntos.

La Directiva 010 de Essalud, considera como prácticas seguras para la prevenir y reducir el riesgo de ulceras por presión a:

- La educación al paciente y a la familia dentro del desarrollo de un plan de educación sanitaria, tener en cuenta el grado de conocimientos y el criterio del cuidador para ejecutar las acciones inherentes.
- Hacer uso de insumos y equipos necesarios como: colchón antiescaras para prevenir del contacto (aire, agua, poliuretano, látex) y dispositivos de protección (crema hidratante, taloneras, piel de cordero, cojines).
- En presencia de UPP, está debe ser valorada, diagnosticada e informada al médico tratante y a la coordinadora de enfermería.

- La enfermera realiza la notificación en un formato específico para hacer un consolidado mensual y determinar los indicadores de UPP mensualmente.
- Aplicará la guía de intervención inicial y cuidado de úlceras por presión.
- Aplicará las guías para la prevención del incremento del grado de la UPP.

Cuidados por enfermería en la sala de Medicina Interna ⁽³⁴⁾.

- Valoración: inspección, observación y escala de Norton
- Diagnóstico: El reposo prolongado en cama está relacionado al riesgo de alteración en la integridad de la piel.
- Meta: Prever el deterioro de la integridad de la piel fomentando la perfusión tisular en las áreas de elevado riesgo.
- Resultado: En seis horas no se evidenciará signos de eritema en zonas de riesgo o no se evidenciará mayor compromiso tisular
- Intervención: De acuerdo al estado del paciente, se delega actividades al técnico de enfermería y se supervisa los cuidados.
 - Mantener la piel limpia y seca
 - Realizar cambios de postura protegiendo las áreas óseas
 - Eludir el uso de talco en pliegues cutáneos
 - Con crema humectante realizar masajes en espalda y glúteos
 - Observar las áreas de riesgo

- Observar cambios en el color de piel
- Ubicar soportes en las protuberancias óseas como almohadas
- Mantener la piel húmeda
- La utilización de colchones anti escaras está recomendado siempre que haya una inspección y observación responsable.

2.3. Marco conceptual de variables y dimensiones

Variable Cuidado preventivo por enfermería

Conjunto de estrategias que presenta la enfermera(o) en la atención que brinda a los fenómenos abstractos y concretos relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación al usuario, dirigida a comprender a éste en el espacio en el que se apoyae; se fundamenta en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico en el ámbito de la prevención, recuperación y rehabilitación al servicio de la persona ⁽¹⁹⁾⁽⁴⁴⁾.

Niveles de Prevención: Acciones o medidas destinadas a fomentar y promover la salud; a recuperar la salud disminuyendo los factores de riesgo y minimizando o eliminando el impacto de la enfermedad y la discapacidad; además de rehabilitar a la persona para la reincorporación a su entorno⁽⁴⁵⁾.

Prevención Primaria. - acciones emprendidas para detener el desarrollo de una enfermedad u otro problema de salud reduciendo las variables causales, predisponentes y condicionantes ⁽³⁴⁾.

Prevención secundaria. -Medidas diseñadas a la determinación en un diagnóstico previsto y tratamiento de la enfermedad en pacientes aparentemente sanos, incluye acciones para limitar el daño, es decir disminuir las secuelas o ⁽³⁴⁾.

Prevención terciaria. - Son acciones dirigidas a la recuperación de la enfermedad Mediante el diagnóstico correcto, tratamiento adecuado y la rehabilitación física, psicológica,

Y social según el caso ⁽³⁴⁾.

Identificación del riesgo

Conjunto de acciones que permiten en forma concreta brindar cuidados específicos que evitan la presentación de úlceras por presión o disminuir la complicación de las mismas, para lo cual se considera la observación de la piel, la presencia de humedad, los puntos de apoyo de las prominencias óseas, la presencia y cuidados en casos de sondas, catéteres y otros accesorios, así como presencia de edemas y el grado de movilidad ⁽⁴⁴⁾, entre otros.

Educación sanitaria

Es el proceso de enseñanza y difusión de acciones de salud tendientes a mejorar o prevenir la presentación de úlceras por presión a pacientes que se encuentran hospitalizados, esta enseñanza está dirigida al paciente si está en condiciones de recibir la educación, a los familiares y a los cuidadores e incluyen conocimientos, habilidades y destrezas para comprender la importancia de su participación para mejorar su salud, promueve estilos de vida saludables a partir de necesidades específicas de cada paciente⁽⁴⁶⁾.

CAPÍTULO III VARIABLES

3.1. Variable

- **Cuidados preventivos por enfermería en Úlceras por Presión**

Conjunto en intervenciones de la enfermera dirigidas a evitar la presentación de lesiones por presión o a controlar la posibilidad de un daño mayor en el caso de que ya exista, en pacientes con incapacidad para moverse y difundir las medidas correctivas a través de la educación sanitaria⁽³⁴⁾.

Operacionalización de variables cuidados preventivos de enfermería

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala medición	Rango		
Cuidados preventivos en UPP	Conjunto de conceptos de intervenciones de enfermería dirigida a evitar la presentación de UPP o a limitar el daño, por medio de la medición del riesgo que tiene un paciente a padecerlas.	La variable: cuidado de enfermería tiene 3 dimensiones y será medida en el instrumento lista de cotejo donde se considerará indicador, ítems y rango.	Identificación del riesgo (factores de riesgo)	Valoración general	1.1,1.2,1.3,	Ordinal: Siempre casi siempre A veces nunca	≤ 46: muy malo De 47 a 81 malo		
				Valoración con Escala de Norton	1.4,1.5,1.6, 1.7,1.8				
				-Cuidado de la piel	2.3,2.9			Ordinal: Siempre casi siempre A veces nunca	De 82 a 115 regular De 116 a 150 bueno
				-Manejo de la humedad	2.6,				
				-Manejo de la presión	2.5,2.7,				
			Cuidados preventivos	-Cambios posturales ---	2.4,	Ordinal: Siempre casi siempre A veces nunca	De 151 a 184 muy bueno		
				Uso de soportes y accesorios	2.8,2.10,				
				-Atención a dolor localizado	2.11,2.12				
				Educación sanitaria	-Paciente			3.1	
					-Familiares			3.2	
-Cuidadores	3.3								

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación ⁽⁴⁶⁾.

La investigación se basa en el método científico y utilizó como método de investigación el método cuantitativo descriptivo a través de la observación directa de los fenómenos y objeto de la investigación, por medio de la cual se estudiaron los datos tal cual se encontraron en la realidad y el alcance de los resultados serán aplicados a la población de estudio y similares.

4.2. Tipo de investigación

Cuantitativo no experimental: porque los datos de la investigación son susceptibles de medición y análisis estadístico. Interpreta lo que es⁽³⁸⁾ ⁽⁴⁷⁾.

4.3. Nivel de investigación

La investigación fue de nivel descriptivo de corte transversal porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, con el fin de establecer su estructura o comportamiento, según Arias, 2006; y Hernández-Sampieri, 2014. “Describe tendencias de un grupo o población” ⁽⁴³⁾.

4.4. Diseño de la investigación

El diseño de investigación fue no experimental, ya que es un estudio que se realizó sin manipulación de las variables, en el que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural, fue observacional de base individual y prospectivo: porque las variables se midieron mientras se desarrolló la investigación.

El diseño de esta investigación se plasmó en el siguiente cuadro

M —————→ **O**

Dónde:

M= Muestra de la población

O= Variable: UPP (Ulceras por presión)

4.5. Población y muestra

La población en una investigación es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado se debe tener en cuenta algunas características esenciales al seleccionarla; esta investigación estuvo conformada por 30 enfermeras de las salas de hospitalización que cubren todos los turnos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara-EsSalud.

Técnica de muestreo: las 30 profesionales o unidades de análisis, se constituyeron en un muestreo no probalístico por conveniencia⁽⁴⁸⁾.

Criterios de Inclusión

Enfermeras del área de hospitalización consideradas en la programación mensual.

Enfermeras de reemplazo que estén en la programación mensual.

Criterios de exclusión

Enfermeras de vacaciones o con descanso médico.

Enfermera jefa

Enfermera coordinadora

Internas de enfermería

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para realizar la presente investigación se contó con la colaboración voluntaria de 3 compañeras de trabajo a quienes se les capacitó y orientó para realizar la observación en los sujetos de investigación, de modo que se puedan medir las variables. Para la técnica de auscultación se observó si la enfermera usó o no el estetoscopio.

Entre las técnicas para hacer la recolección de datos se describen la observación, la entrevista, la encuesta, el fichaje, y el test. El instrumento de investigación es una herramienta utilizada para recolectar la información de una muestra seleccionada y poder resolver el problema de investigación, éstos están compuestos por escala de medición⁽⁴⁹⁾.

En la investigación se aplicó como técnica la observación y como instrumento una Lista de Cotejo estructurada por las investigadoras (Anexo 1), estuvo dirigida a observar la aplicación de medidas preventivas en úlceras por presión, identificar factores de riesgo y educación sanitaria que brindan las enfermeras en un servicio de medicina. Consta de 2 oportunidades para observar a la enfermera en el cumplimiento de las acciones de prevención, cada oportunidad tiene 4 alternativas: siempre 4 puntos, casi siempre 3 puntos, a veces 2 puntos, nunca 1 punto. El rango establecido es el siguiente: “muy bueno” de 151 a 184, “bueno” de 116 a 150, “regular” de 82 a 115, “malo” de 47 a 81, y “muy malo” menor de 46.

La confiabilidad y validez del instrumento se obtuvo por la prueba piloto que se aplicó a 3 compañeras del servicio de cirugía del mismo hospital; en el juicio de expertos participaron 3

enfermeras investigadoras de diferentes servicios del Hospital Almenara, y se aplicó el alpha de Cronbach al instrumento.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En la investigación, el procesamiento de los datos se inició con la codificación, conteo, y utilización del programa SPSS 21, luego se procedió al análisis estadístico con tablas de frecuencias, datos centrales y de dispersión, así como de tablas cruzadas en las que se presentó la variable y sus dimensiones tal cual se observaron en la realidad.

4.8. Los aspectos éticos

Las apreciaciones éticas que tomaron en la presente investigación fueron:

- Consentimiento informado.

Todas las enfermeras que participaron en la investigación fueron informadas de su finalidad y participaron voluntariamente.

- Confidencialidad. Se respetaron la confidencialidad, la privacidad y el anonimato de la información.

- Veracidad. Se ejecutaron los contenidos de los resultados de forma seria sin modificarlos.

Asimismo, la Universidad Peruana Los Andes cumplió con el Art. 27 de sus normas generales de investigación, que establece que todo estudio debe seguir estas directrices:

- **- Protección del individuo y de los diversos grupos étnicos y socioculturales:** Se garantizó a los participantes en la investigación la confidencialidad y privacidad de la información que enviaron, ya que se respetó su dignidad humana, identidad y variedad.
- **Consentimiento informado,** Para garantizar su consentimiento libre e informado, se informó a los participantes de la naturaleza del estudio y del uso previsto de los datos que enviaron en el momento de confirmar su participación voluntaria.

- **Beneficencia y no maleficencia,** Se protegió la integridad de todos los participantes en este estudio, evitando que se produjeran daños corporales o psicológicos.
- **Responsabilidad,** Los investigadores se comportaron éticamente y comprendieron la importancia de la amplitud del estudio y sus implicaciones para las personas, las instituciones y la sociedad en su conjunto.
- **Veracidad,** La exactitud de los datos recogidos durante el trabajo de campo y la información facilitada están garantizadas por los investigadores del estudio.

En el Art.28° del reglamento referido a las normas de comportamiento ético, por parte de las coautoras, se cumplió en todos sus extremos, ésta es una investigación original, es descriptiva porque será base para otras investigaciones de manera que se pueda enriquecer la información para mejorar los cuidados por enfermería en relación a las lesiones por presión. Se ajustó a los lineamientos, fases y exigencias del método científico, asumiendo con responsabilidad el proceso que demandó este estudio.

Se reportará los hallazgos del estudio una vez concluido el mismo, en todo momento se tuvo prudencia con el recojo de datos y con los resultados que se obtuvieron, así como también se cumplieron con todas las exigencias administrativas de la institución.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

5.1.1. Datos generales

TABLA 1

Edad

Grupo etáreo	N	%
39 - 43	7	23
44 - 48	9	30
49 - 53	3	10
54 - 57	3	10
58 - 62	8	26
Total	30	100

Fuente: Datos recolectados de la Lista de Cotejo en la presente investigación

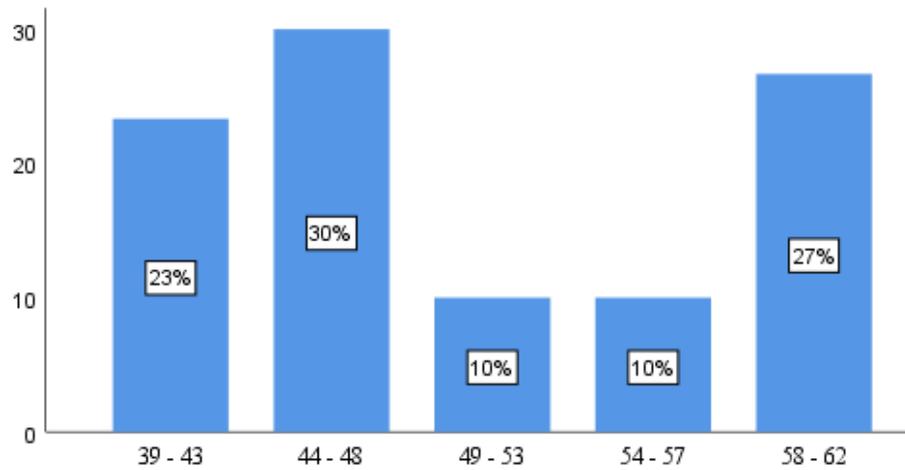
TABLA 2

Edad según Medidas de tendencia central

N	30
Media	49,67
Moda	45
Desv. Desviación	7,721

La moda es 45 años y el promedio bordea los 50

Gráfico 1 Edad



Se aprecia que el 30% de la población se encuentra el grupo etáreo de 44 a 48 años de edad y un 27 % al grupo comprendido entre 58 y 62 años

5.1.2. Datos específicos

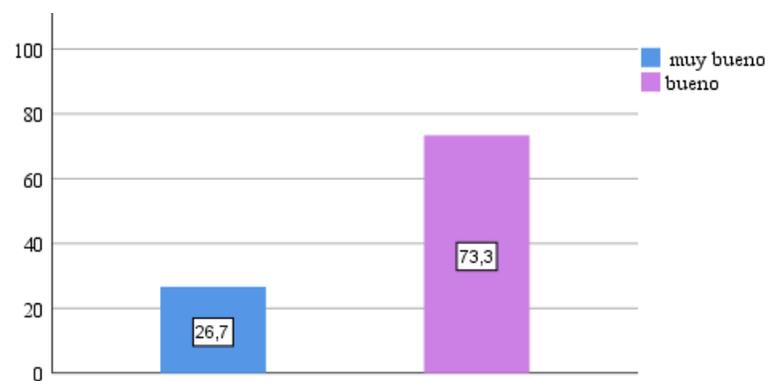
TABLA 3

Calidad de cuidados preventivos en úlceras por presión

Categorías	N	%
muy bueno	8	26,7
bueno	22	73,3
Total	30	100,0

Fuente: Revisión de Lista de Cotejo de esta investigación

Gráfico 2 Calidad de cuidados preventivos



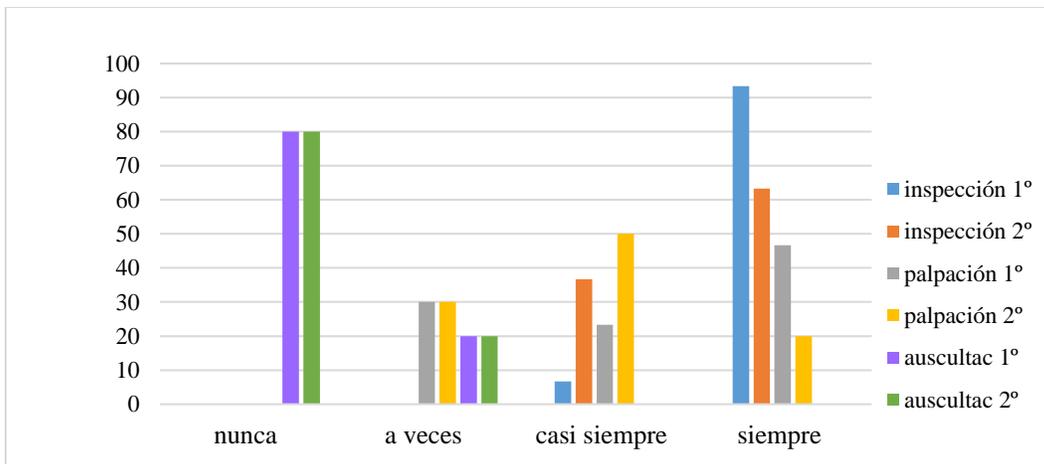
Se aprecia que el 27% de enfermeros brinda cuidados preventivos “muy buenos” y el 73% “buenos”.

TABLA 4
Cuidados preventivos en UPP - Valoración

Oportunidades	nunca		a veces		casi siempre		siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Inspección 1°	0	0	0	0	2	7	28	93	30	100
Inspección 2°	0	0	0	0	11	37	19	63	30	100
Palpación 1°	0	0	9	30	7	23	14	47	30	100
Palpación 2°	0	0	9	30	15	50	6	20	30	100
Auscultación 1°	24	80	6	20	0	0	0	0	30	100
Auscultación 2°	24	80	6	20	0	0	0	0	30	100

Fuente: Revisión de Lista de Cotejo de esta investigación

Gráfico 3



Se aprecia que las enfermeras durante la valoración, en un 80%, no auscultaron a los pacientes, un 37% inspecciona en la 2° oportunidad, un 47% realiza la palpación en la 1° oportunidad y un 93% inspecciona en la 1° oportunidad.

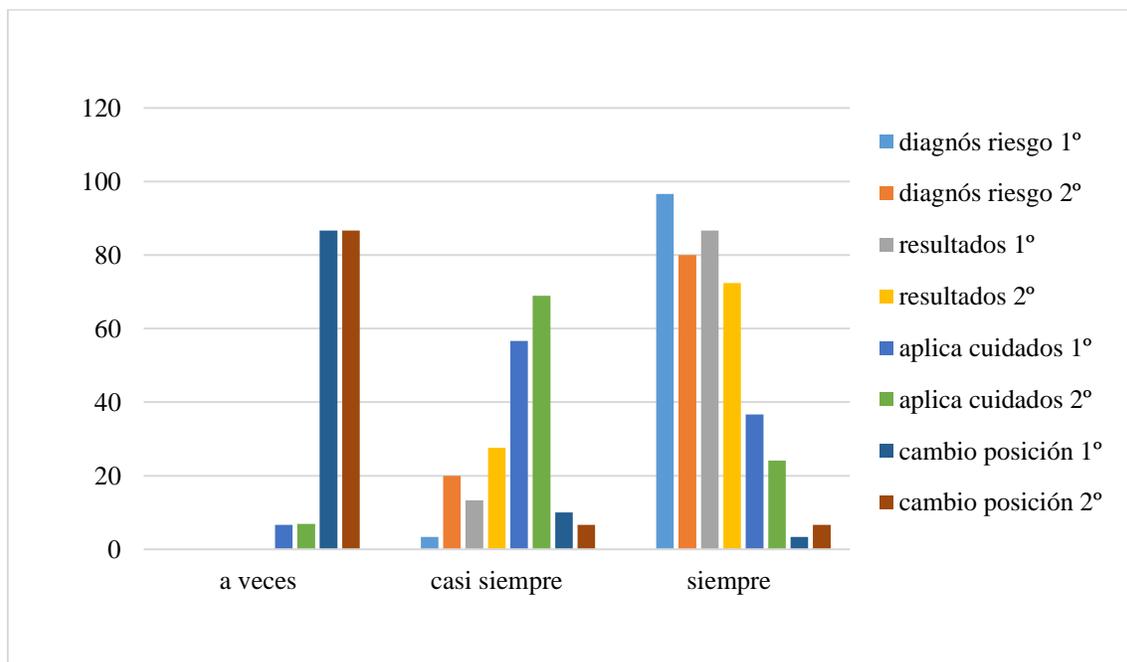
TABLA 5

Cuidados preventivos intervenciones de enfermería

	nunca		a veces		casi siempre		siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
establece dx riesgo 1°	0	0	0	0	1	3	29	97	30	100
establece dx riesgo 2°	0	0	0	0	6	20	24	80	30	100
establece resultados 1°	0	0	0	0	4	13	26	87	30	100
establece resultados 2°	0	0	0	0	8	28	21	72	29	100
aplica cuidados piel 1°	0	0	2	7	17	57	11	37	30	100
aplica cuidados piel 2°	0	0	2	7	20	69	7	24	29	100
cambio posición 1°	0	0	26	87	3	10	1	3	30	100
cambio posición 2°	0	0	26	87	2	7	2	7	30	100
protección prominencia 1°	0	0	11	37	14	47	5	17	30	100
protección prominencia 2°	0	0	11	37	12	40	7	23	30	100
no usa talco 1°	0	0	0	0	1	3	29	97	30	100
no usa talco 2°	0	0	0	0	1	3	29	97	30	100
realiza masajes 1°	0	0	4	13	14	47	12	40	30	100
realiza masajes 2°	0	0	8	27	11	37	11	37	30	100
utiliza cremas 1°	0	0	9	30	13	43	8	27	30	100
utiliza cremas 2°	0	0	15	50	8	27	7	23	30	100
registra cambios piel 1°	0	0	2	7	12	40	16	53	30	100
registra cambios piel 2°	0	0	5	17	16	53	9	30	30	100
accesorios protección 1°	0	0	2	7	17	57	11	37	30	100
accesorios protección 2°	0	0	7	23	14	47	9	30	30	100
atención del dolor 1°	1	3	3	10	14	47	12	40	30	100
atención del dolor 2°	1	3	6	20	11	37	12	40	30	100
delega al técnico 1°	1	3	10	33	13	43	6	20	30	100
delega al técnico 2°	1	3	14	47	13	43	2	7	30	100

Fuente: Datos recolectados en la Lista de Cotejo de la presente investigación

Gráfico 4 Intervenciones de enfermería



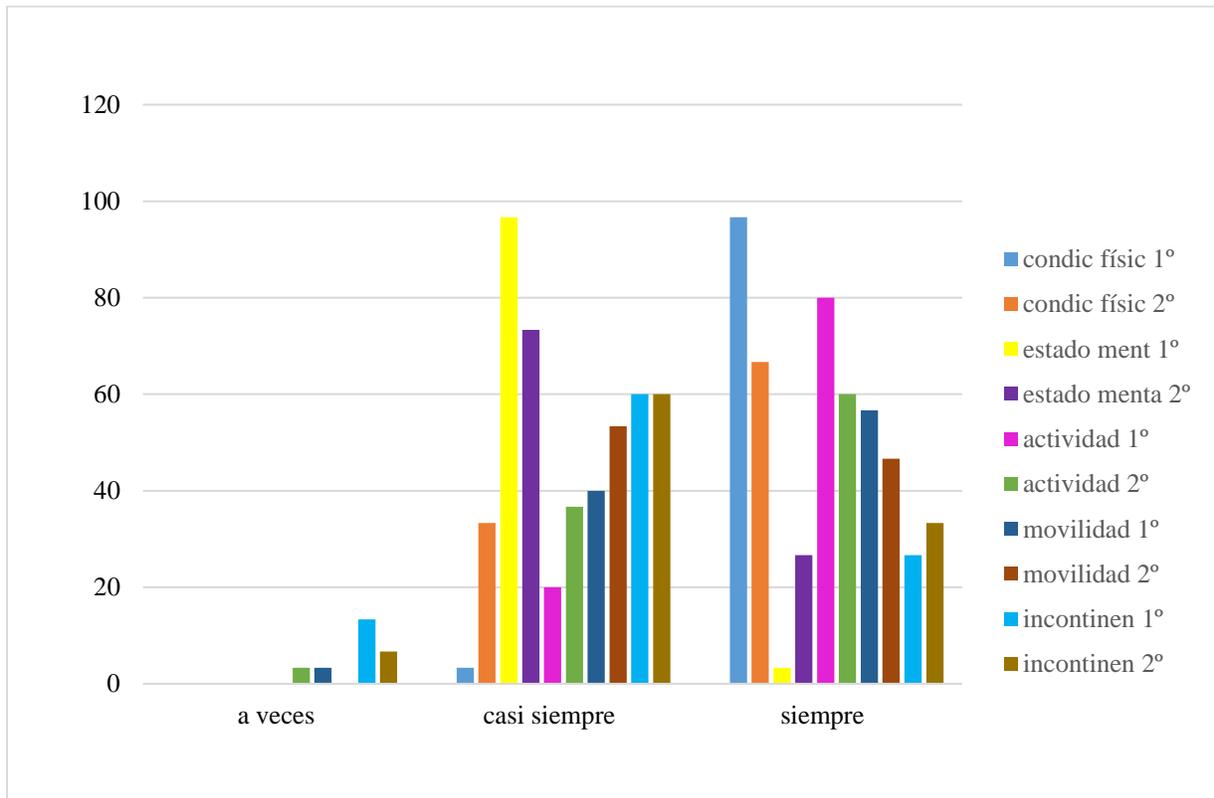
Se aprecia un 3% de enfermeras que “nunca” atienden el dolor oportunamente, en ambas oportunidades; se observa que el 30% y 50% “a veces” utiliza cremas hidratantes en la 1º y en la 2º oportunidad respectivamente; un 37% en ambas oportunidades que “a veces” protege las prominencias óseas; 87% en ambas oportunidades que “a veces” realiza el cambio de posición cada 2 horas; 57% y 69% para la 1º y 2º oportunidad respectivamente que “casi siempre” aplican cuidados para la piel; un 57% y 47% en la 1º y 2º oportunidad respectivamente que “casi siempre” utilizan accesorios de protección; 97% y 80% para la 1º y 2º oportunidad respectivamente que “siempre” establecen diagnóstico de riesgo, y un 87% y 72% que “siempre” establecen resultados en la 1º y 2º oportunidad.

TABLA 6
Cuidados preventivos en UPP - Escala de Norton

Valoración E. N.	nunca		a veces		casi siempre		siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Condición física 1°	0	0	0	0	1	3	29	97	30	100
Condición física 2°	0	0	0	0	10	33	20	67	30	100
Estado mental 1°	0	0	29	97	1	3	0	0	30	100
Estado mental 2°	0	0	25	83	0	0	5	17	30	100
Actividad 1°	0	0	0	0	6	20	24	80	30	100
Actividad 2°	0	0	1	3	11	37	18	60	30	100
Movilidad 1°	0	0	1	3	12	40	17	57	30	100
Movilidad 2°	0	0	0	0	16	53	14	47	30	100
Incontinencia 1°	0	0	4	13	18	60	8	27	30	100
Incontinencia 2°	0	0	2	7	18	60	10	33	30	100

Fuente: Datos recolectados de la Lista de Cotejo en la presente investigación

Gráfico 5 Escala de Norton



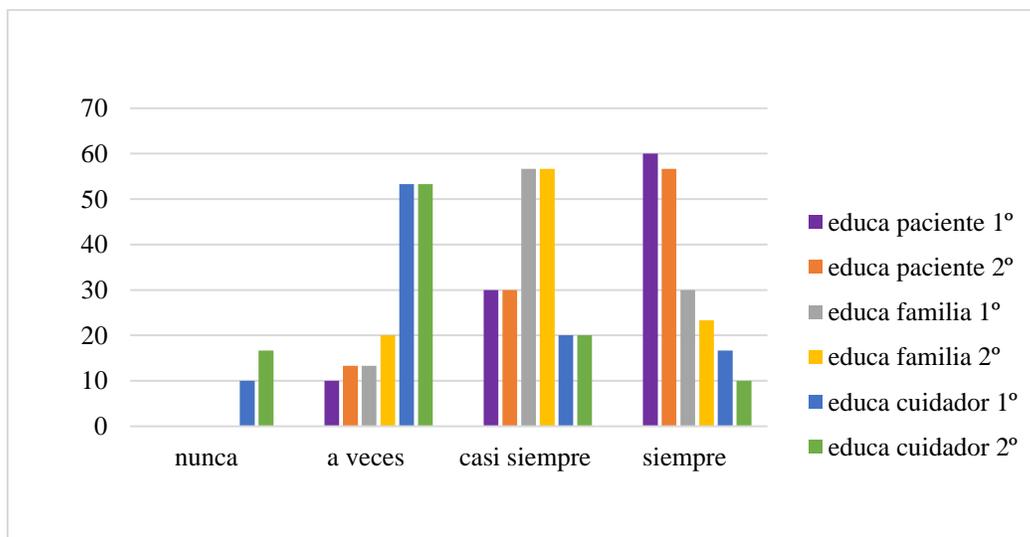
Se aprecia que en la valoración con la Escala de Norton en la 1° y 2° oportunidad obtuvieron un alto porcentaje en la categoría “siempre” la condición física y la actividad, en la categoría “casi siempre” el mayor porcentaje lo obtuvo la valoración de la incontinencia, y la movilidad sólo en la 2° oportunidad; la valoración del estado mental obtuvo un muy alto porcentaje en la categoría “a veces” tanto en la 1° como en la 2° oportunidad.

TABLA 7
Educación sanitaria

	nunca		a veces		casi siempre		siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Educa paciente 1°	0	0	3	10	9	30	18	60	30	100
Educa paciente 2°	0	0	4	13	9	30	17	57	30	100
Educa familia 1°	0	0	4	13	17	57	9	30	30	100
Educa familia 2°	0	0	6	20	17	57	7	23	30	100
Educa cuidadores 1°	3	10	16	53	6	20	5	17	30	100
Educa cuidadores 2°	5	17	16	53	6	20	3	10	30	100

Fuente: Datos recolectados de la Lista de Cotejo en la presente investigación

Gráfico 6 Educación Sanitaria



Se aprecia que el 60% y 57% en la 1° y 2° oportunidad respectivamente “siempre” educa al paciente; el 57% en ambas oportunidades “casi siempre” educa a la familia; y el 53% en ambas oportunidades “a veces” educa a los cuidadores.

TABLA 8**Promedio de cuidados preventivos**

	nunca		a veces		casi siempre		siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
establece dx riesgo 1°	0	0	0	0	1	3	29	97	30	100
establece dx riesgo 2°	0	0	0	0	6	20	24	80	30	100
establece resultados 1°	0	0	0	0	4	13	26	87	30	100
establece resultados 2°	0	0	0	0	8	28	21	72	29	100
aplica cuidados piel 1°	0	0	2	7	17	57	11	37	30	100
aplica cuidados piel 2°	0	0	2	7	20	69	7	24	29	100
cambio posición 1°	0	0	26	87	3	10	1	3	30	100
cambio posición 2°	0	0	26	87	2	7	2	7	30	100
protección promin 1°	0	0	11	37	14	47	5	17	30	100
protección promin 2°	0	0	11	37	12	40	7	23	30	100
no usa talco 1°	0	0	0	0	1	3	29	97	30	100
no usa talco 2°	0	0	0	0	1	3	29	97	30	100
realiza masajes 1°	0	0	4	13	14	47	12	40	30	100
realiza masajes 2°	0	0	8	27	11	37	11	37	30	100
utiliza cremas 1°	0	0	9	30	13	43	8	27	30	100
utiliza cremas 2°	0	0	15	50	8	27	7	23	30	100
registra cambios piel 1°	0	0	2	7	12	40	16	53	30	100
registra cambios piel 2°	0	0	5	17	16	53	9	30	30	100
accesorios protección 1°	0	0	2	7	17	57	11	37	30	100
accesorios protección 2°	0	0	7	23	14	47	9	30	30	100
atención del dolor 1°	1	3	3	10	14	47	12	40	30	100
atención del dolor 2°	1	3	6	20	11	37	12	40	30	100
delega al técnico 1°	1	3	10	33	13	43	6	20	30	100
delega al técnico 2°	1	3	14	47	13	43	2	7	30	100
educapac1r	0	0	3	10	9	30	18	60	30	100
educaalpac	0	0	4	13	9	30	17	57	30	100
educfamilia1r	0	0	4	13	17	57	9	30	30	100
educafamilia2	0	0	6	20	17	57	7	23	30	100
educacuidadore1r	3	10	16	53	6	20	5	17	30	100
educacuidadore2	5	17	16	53	6	20	3	10	30	100
Promedio	1.29		23.64		34.48		40.72		100	

En promedio los cuidados preventivos para UPP se realizan “siempre” en un 42.7%, “casi siempre” en un 34.2%, y “a veces” en un 22.7%.

Tabla 1, Los datos obtenidos en la hoja de cotejo de la presente investigación demostró que los cuidados preventivos; para úlceras por presión en pacientes con incapacidad para moverse; que brindan las enfermeras en un servicio de medicina interna son en su mayoría buenos, coincidiendo con lo planteado en la hipótesis general; por lo consiguiente se acepta la hipótesis general puesto que la categoría “buenos” obtuvo 73.3% y la categoría muy buenos el 26.7%.

Tabla 2, En esta tabla se presentan los datos relacionados a la fase de valoración que la enfermera realiza al aplicar Proceso de Atención de Enfermería (PAE) durante el cuidado al paciente. Se obtuvo un alto porcentaje a la inspección (93%), siguiendo la palpación (47%) y en menor porcentaje la auscultación (20%) en ambas oportunidades evaluadas en la hoja de cotejo. Las formas de recolección y valoración de datos en el PAE son de suma importancia para la continuidad con acierto, de la atención a los pacientes y muy especialmente para aquellos que presentan grado de dependencia III y IV. Con esta información demostramos que la valoración en el PAE para los cuidados preventivos que las enfermeras brindan en el servicio de medicina contribuye a limitar el daño en las úlceras por presión, por tanto, aceptamos la primera hipótesis específica.

Tabla 3, muestra que la atención planificada en el PAE para la atención preventiva de úlceras por decúbito en pacientes con incapacidad para moverse quedó registrada en las historias clínicas y en las hojas de cotejo de esta investigación, donde el mayor porcentaje de intervenciones realizadas para brindar cuidados preventivos en úlceras por decúbito están distribuidas en las categorías “siempre” y “casi siempre”; lo que complementa la información de la tabla 2 y por tanto, se corrobora la primera hipótesis.

Tabla 4, muestra que la enfermera brinda cuidados preventivos específicos para las lesiones por presión con la utilización de Escala de Norton, se obtuvo la categoría “siempre” ítems relacionados a la condición física, actividad y movilidad altos porcentajes en la 1ra. y 2da.

oportunidad de la hoja de cotejo, quedando el ítem relativo a la incontinencia en un “casi siempre” y el ítem de estado mental en la categoría “a veces”. Con esto se acepta la segunda hipótesis específica.

Tabla 5, muestra que, como parte de lo planificado en el PAE, la enfermera brinda cuidados preventivos para úlceras por presión con educación sanitaria distribuyendo el porcentaje, mayoritariamente en las categorías “siempre” y “casi siempre”, por tanto, se acepta la tercera hipótesis específica.

Tabla 6 y Tabla 7, muestra al grupo de enfermeras que brindan atención en el servicio de medicina mayoritariamente en el grupo etáreo de 44 a 48 años de edad y en el de 58 a 62 años de edad sumando un 56%, variable que garantiza la atención de los pacientes por cuanto ya tienen desempeño profesional de larga data. Los estadísticos de tendencia central son 45 años para la moda y 49,67 para el promedio. Así mismo se recogió datos relativos al tiempo de servicio obteniendo un 26.6% de enfermeras con menos de 5 años de ejercicio profesional.

Tabla 8, muestra que los cuidados preventivos para las úlceras por presión en promedio se cumplen “siempre” en un 40.72%, “casi siempre” 34.48%, “a veces” 23.64% y “nunca” un 1.29%.

CAPÍTULO VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La metodología del cuidado enfermero tiene sus bases en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el cual permite al profesional de enfermería, recoger información,

valorar datos, analizarlos, llegar a conclusiones diagnósticas, planificar la atención prioritaria que incluyen proponer resultados a corto, mediano y largo plazo, realizar las intervenciones preestablecidas y evaluar la atención. La etapa de valoración del PAE constituye la primera etapa y por tanto es insustituible y de gran importancia, recoge evidencias a través de los métodos como la entrevista y técnicas como la observación, inspección, auscultación y percusión⁽⁵⁰⁾. La hoja de cotejo recogió importante información que reafirma la importancia de esta etapa al considerar altos porcentajes en los resultados y en ambas oportunidades. Así mismo se obtuvieron alentadores resultados en las etapas de diagnóstico, planificación ejecución y evaluación con un promedio de 41% en la categoría “siempre” y un 35% en la categoría “casi siempre” dando un total de 76%.

Los datos que el servicio de medicina interna mantuvo como indicadores de UPP en los meses de octubre 2/83 y noviembre 2/104 del año 2021 son positivos pues la norma del cuidado enfermero dado por el Colegio de Enfermeros del Perú es de $\leq 1 /100$.

Los estudios de referencia como el de Aguilar Egoavil concluye que los cuidados requeridos para prevenir las úlceras por presión o limitar el daño dan preferencia la higiene, la integridad de la piel, atender el soporte nutricional e hidratación, y de mayor importancia el cuidado en la movilidad y supervisión constante, lo que coincide con lo encontrado en el presente estudio ya que las enfermeras en un alto porcentaje aplican el PAE teniendo en cuenta los cuidados preventivos. En el estudio Hoyos, los resultados se contraponen con lo encontrado en éste ya que los porcentajes de desatención para cuidados preventivos están casi ausentes. En el estudio de Suárez Tello se encuentra similitud ya que los resultados que obtuvieron fueron excelentes; y en esta investigación se encontraron resultados buenos.

En el estudio de Mamani Maldonado la similitud es más cercana a lo encontrado en este estudio ya que las categorías para cuidados preventivos fueron siempre, casi siempre, a veces y

nunca, y los resultados son siempre y casi siempre en alto porcentaje para las diferentes dimensiones. El estudio de Paratore encontró que la educación sanitaria se hace presente en la atención a los pacientes con úlceras por presión.

Datos de la calidad de los cuidados preventivos resultaron ser buenos en un 73% y muy buenos en 27%, esto posterior a la categorización del puntaje que se obtuvo de la hoja de cotejo. La atención con cuidados preventivos en las lesiones por presión en pacientes con incapacidad en moverse requiere de un desempeño profesional holístico que redunde en beneficio del paciente y familia, con destrezas y para brindar cuidados oportunos, limitar el daño y lograr su pronta recuperación.

CONCLUSIONES

1. Los cuidados preventivos que la enfermera brinda para evitar las UPP en pacientes con incapacidad para moverse en la sala de medicina interna son en un 73% buenos y un 27% muy buenos.

2. Al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y brindar cuidados preventivos en la fase de valoración se obtuvo en promedio y en la primera oportunidad para la categoría siempre 70%, casi siempre 15%, a veces 17% y nunca 27%; para la segunda oportunidad se obtuvo siempre 42%, casi siempre 43%, a veces 15% y nunca 27%.

3. En la etapa de cuidados preventivos con intervenciones de enfermería se obtuvo en la primera oportunidad un promedio de 46% para la categoría siempre, 34% para casi siempre, 19% para a veces y 0.5% para nunca; en la segunda oportunidad se obtuvo 39% siempre, 34% casi siempre, 26% a veces y 0.5% nunca.

4. En lo relativo a cuidados preventivos con educación sanitaria se obtuvo en la primera oportunidad siempre 36%, casi siempre 36%, a veces 26% y nunca 3%, en la segunda oportunidad se obtuvo siempre 30%, casi siempre 36%, a veces 29% y nunca 6%.

RECOMENDACIONES

1. Presentar los resultados de esta investigación al Departamento, Jefatura y Servicio de Enfermería, sugiriendo la revisión de los resultados y llevar a cabo un proceso de retroalimentación para mejorar y asegurar los cuidados preventivos a pacientes con incapacidad para movilizarse en el servicio de medicina interna.

2. Sugerir a la Jefatura del Servicio que realice una investigación correlacional sobre calidad de los cuidados y atención de enfermería en las lesiones por presión.

3. Sugerir programación de capacitaciones en el servicio, sobre estrategias de prevención de las úlceras por presión y Escala de Norton.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarate G; RA. La gestión del cuidado de enfermería. Index de enfermería. 2004;13(44-45):42-6.
2. Chacón J, Carpio D, Alex E. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2019;19(2):66-74.

3. Cervantes S, Fajardo G, Ramirez J, Rojas J, Vizarrata V, Tuse R. Úlceras por presión en pacientes del servicio de emergencia de un Hospital del Callao. *Revista Peruana de Salud Pública y Comunitaria*. 2019;1(2):56-60.
4. Del Perú CDE. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. Lima, Perú. 2008.
5. Pérez G, Bosch A, Agustín C, Manzano M, Torra J. Prevalencia de lesiones por presión, incontinencia, dermatitis asociada a la incontinencia y factores de riesgo para el desarrollo de lesiones por presión en un hospital materno-infantil de tercer nivel. *Gerokomos*. 2018;29(2):83-91.
6. Valle L. Prevalencia de úlceras por presión en la población mayor de 75 años de fuenterrobles. *Enfermería Dermatológica*. 2017;11(31):26-35.
7. Minsalud. Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" 2012 [Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>.
8. Gonzalez-R, Cardona D, Murcia P, Martiz G. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2014;62(3):369-77.
9. Sampieri R, Collado C, Lucio P, Pérez M. *Metodología de la investigación*: Mcgraw-hill México; 2004.
10. Aguilar N; Cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con úlceras por presión, servicio de medicina interna 6C, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Diciembre-Febrero, 2017. 2018.

11. Hoyos K, Mírez E. Intervenciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo-Perú, marzo-abril. 2016.
12. Suárez D; NIVEL DE CUIDADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL II ESSALUD–HUÁNUCO 2016.
13. 24829 LN. 24829. Ley de creación de la Superintendencia Nacional de Aduanas Lima, Perú. 1988;31.
14. Baldeón R ip. Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín-Villa María del Triunfo, 2006. 2007.
15. pg17 I. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2011;57:15-22.
16. Mamani N. Cuidados que brinda el profesional de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en un hospital nacional. 2017.
17. Guerrero E. Calidad del cuidado y aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión en pacientes postrados, servicio de medicina, hospital Alberto Sabogal essalud 2018.
18. Chiriguaya L, Rendón M . Cuidados de enfermería en pacientes adultos que presentan úlceras por presión 2019.
19. Paratore D, Elisa M. Úlceras por presión: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de ...; 2016.

20. Chasiguano V. Evaluación del Protocolo de Atención de Enfermería en Prevención de Úlceras por Presión en pacientes de Medicina Interna y Terapia Intensiva, Hospital San Vicente de Paúl, Septiembre 2015-Febrero 2016 .
21. Garcia J. Estrategias de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados 2019.
22. Consuegra R, Lizcano K, Zuluaga W. Estudio de prevalencia de lesiones por presión en un Hospital Universitario, Bogotá-Colombia. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2018;15(2):91-100.
23. Guerrero R, Meneses M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. 2016.
24. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;24(5):988-96.
25. Salud Md. Gestión del riesgo en la seguridad del paciente 2018 [Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/Presentacion_2.pdf].
26. Salud Md. Seguridad del Paciente 2006 [Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/EventoSeguridadPaciente-BsAires11-12ago/SegPaciente-DraChaw.pdf>].
27. Jiménez E. Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre las úlceras por presión antes y después de una capacitación. instituto nacional de enfermedades neoplásicas. Perú, 2014. 2016:26.
28. Ramos A, Ribeiro A, Martín A, Vázquez M, Blanco B, Corrales J, et al. Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario de media-larga estancia. *Gerokomos*. 2013;24(1):36-40.

29. Torra J, Verdú J, López P, Soldevilla J. 3. er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011;22(2):77-90.
30. Suárez D. Nivel del cuidado que brinda el profesional de enfermería en las úlceras por presión de pacientes hospitalizados en el Hospital de Huánuco Essalud 2016: Universidad de Huánuco; 2016.
31. Ibid p. Nivel del cuidado que brinda el profesional de enfermería en las úlceras por presión de pacientes hospitalizados en el Hospital de Huánuco Essalud 2016: Universidad de Huánuco; 2016.
32. Porto S, Arias R, Chavarro D, Heredia R. Úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Universitas Médica. 2015;56(3):341-55.
33. Úlceras de decúbito (úlceras por presión) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>.
34. Mayo HNDD. Guía Técnica: Guía de intervención de enfermería para la prevención de úlceras por presión 2017 [Available from: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2017/marzo/RD_0054_2017_D_HNDM_guia.pdf.
35. EsSalud. Directiva N° 010 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión. In: General G, editor. 2013. p. 204.
36. Del Perú CDE. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero 2008 [8].
37. Medicina ANd. Bases para la implementación de un Programa de

- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión 2017 [Available from: <http://www.acamedbai.org.ar/PriCUPP.pdf>].
38. Pasarin L. Proceso salud/enfermedad/atención de niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires: UNIV. NAC. DE LANUS/DTO. DE SALUD COMUNITARIA; 2011.
 39. Aguirre R, Macías M. Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Humanidades Médicas. 2002;2(1):0-.
 40. Carmen M. Historia Natural de la Enfermedad 2010 [Available from: <https://es.slideshare.net/nekochocolat/historia-natural-de-la-enfermedad-3423132>].
 41. Evelyn G. Proceso Salud Enfermedad 2011 [Available from: <https://es.slideshare.net/EvelynGoicochea/historia-natural-de-la-enfermedad-6670277>].
 42. Del Perú CDE. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero 2008 [11].
 43. L; GJ. Implicancias del síndrome de desuso en el paciente crítico. Facultad de ciencias médicas: Universidad Nacional de Córdoba; 2016.
 44. Hernández C, Frutos M. El modelo de Virginia Henderson en la practica enfermera. Universidad de Valladolid. 2016.
 45. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina interna. 2011;33(1):7-11.
 46. Marroquín R. Metodología de la Investigación. Lima, Perú Obtenido de http://www.une.edu.pe/Sesion04-Metodologia_de_la_investigacion.pdf. 2012.
 47. Del Carmen G. Apuntes para apoyo a los alumnos de la metodología y técnicas de investigación rei.
 48. López L. Población muestra y muestreo. Punto cero. 2004;9(08):69-74.

49. Caro L. 7 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos. 2019.
50. Potter P, Perry A, Stockert PA. Fundamentos de enfermería: Elsevier Health Sciences; 2019.
51. [essalud.gob.pe](http://noticias.essalud.gob.pe), Lima, Essalud, 2021, <http://noticias.essalud.gob.pe> › inno-noticia=essalud

ANEXOS

Anexo 1 – Lista de Cotejo sobre UPP

I.- Datos generales:

Edad Sexo Estudios de Post grado:
 Tiempo de servicio: Tiempo de servicio en el Servicio de Medicina
 Interna.....

Nº	Aspectos	1ºOportunidad				2ºOportunidad			
1	Identificación del riesgo:								
	a.Valoración general:	S	cs	av	N	S	cs	av	N
	1.1 Inspección								
	1.2 Palpación								
	1.3 Auscultación								
	b.Valoración con Escala de Norton:	S	cs	av	N	S	cs	av	N
	1.4 Condición física								
	1.5 Estado mental								
	1.6 Actividad								
	1.7 Movilidad								
	1.8 Incontinencia								
2	Cuidados preventivos								
	Intervenciones	S	cs	av	N	S	cs	av	N
	2.1 Establece diagnóstico de riesgo de UPP								
	2.2 Establece resultados								
	2.3 Intervenciones: aplica cuidados a la piel								
	2.4 Realiza cambios de posición cada 2 horas								
	2.5 Protege las prominencias óseas								
	2.6 No usa talco en pliegues cutáneos								
	2.7 Realiza masajes en espalda glúteos y zonas susceptibles								
	2.8 Utiliza cremas humectantes								
	2.9 Observa y registra cambios de coloración de la piel								
	2.10Hace uso de accesorios de protección								
	2.11Toma atención a la referencia de dolor								
	2.12Delega al técnico de enfermería								

3	Educación sanitaria								
	Intervenciones	S	cs	av	N	S	cs	av	N
	3.1 Educa al paciente si está en condiciones sobre UPP								
	3.2 Educa a la familia								
	3.3 Educa a los cuidadores								

“S”:

siempre, “cs”: casi siempre, “av”: a veces, “N”: nunca

Anexo 2 Matriz de consistencia

Matriz de consistencia				
Título: Cuidados preventivos de enfermería en úlceras por presión a pacientes con incapacidad para moverse en un hospital, 2019				
Autor: Bachiller: Meliza Zanabria Hospina; Bachiller Evelyn Zanabria Ospina				
Problema	Objetivos	Técnicas e instrumentos	Variables e indicadores	
			Cuidados preventivos en UPP	
			Dimensiones	Indicadores
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuáles son los cuidados preventivos de enfermería en úlceras por presión que realiza la enfermera en pacientes con incapacidad para moverse en un hospital de junio a noviembre, 2019?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿La enfermera, realiza la valoración de los factores de riesgo de úlceras por presión en los pacientes con incapacidad para moverse utilizando la Escala de Norton en un hospital?</p> <p>¿La enfermera realiza educación sanitaria de úlceras por presión en la familia de los pacientes con incapacidad para moverse en un hospital?</p> <p>Tipo y diseño de investigación Enfoque cuantitativo, Tipo de investigación. Observacional Nivel. Descriptivo Diseño. no experimental, De corte transversal</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Identificar los cuidados preventivos que realiza la enfermera para prevenir úlceras por presión en los pacientes con incapacidad para moverse en un hospital de junio a noviembre 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>-Realizar la valoración de los factores de riesgo de úlceras por presión en los pacientes con incapacidad para moverse en un hospital.</p> <p style="padding-left: 40px;">- Describir la educación sanitaria que la enfermera realiza para evitar las úlceras por presión en los pacientes con incapacidad para moverse en un hospital.</p> <p>Población y muestra</p> <p>La muestra se constituirá por enfermeras de las salas de hospitalización del Servicio de Medicina Interna de un hospital.</p>	<p>Técnicas e instrumentos</p> <p>Técnicas e instrumentos: 1 1º Técnica: observación Instrumento 1: Lista de cotejo de aplicación de medidas preventivas en UPP.</p> <p>Estadística descriptiva e inferencial La validez de constructo se hará con Juicio de expertos Confiabilidad. – se aplicará Prueba Piloto Para la parte descriptiva, se presentarán las tablas y figuras, de donde se interpretaron las frecuencias y porcentajes.</p>	<p>Cuidados preventivos</p> <p>Valoración general Valoración con Escala de Norton</p> <p>Identificación del riesgo (factores de riesgo)</p> <p>-Cuidado de la piel -Manejo de la humedad -Manejo de la presión -Cambios posturales --- Uso de soportes y accesorios -Atención a dolor localizado</p> <p>-Educación sanitaria</p> <p>-Paciente -Familiares</p>	

Anexo 3 Juicio de expertos

Juicio de Expertos

Nombre y cargo:

MAGISTER DEYSI REVILLA MUNAYCO

Conocedoras de su calidad y capacidad profesional, acudimos a usted a fin de que participe dando su opinión respecto a la Lista de Cotejo que a continuación le presentamos como parte del procedimiento para realizar la investigación: Cuidados preventivos de enfermería en Úlceras Por Presión a pacientes con incapacidad para movilizarse.

Instrucciones:

A continuación, usted tiene columnas signadas con SI y No para evaluar la variable de estudio, solicitamos marque en el espacio en blanco con un Check si no le encuentra ninguna objeción o una X si debe modificarse la preposición presentada. La modificación que tenga que realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones o sugerencias.

Ficha para Juicio de Expertos			
Cuidados preventivos en UPP	SI	NO	Recomendaciones
1 Esta variable permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio	✓		
2 La variable está formulada en forma clara	✓		
3 El orden de esta variable es el adecuado	✓		
4 La redacción es entendible o coherente	✓		NO COLOCAR ACRONIMOS .
5 El contenido corresponde con el objetivo del estudio	✓		
6 El vocabulario de esta variable es el adecuado	✓		
Sugerencias : EN DATOS GENERALES LA EDAO Y SEXO NO ME PARECEN DATOS RELEVANTES EN LISTA DE COTEJOS.			

MAG. DEYSI REVILLA MUNAYCO

Experto

 LIC. DEYSI REVILLA MUNAYCO
 Especialista en Oncología
 C.E.P. 2003 H.N.E. (11005)
 HOSPITAL SAIS ALMENDRA HAA


Juicio de Expertos

Nombre y cargo:

Lic. Milusca Lopez Lavado

Conocedoras de su calidad y capacidad profesional, acudimos a usted a fin de que participe dando su opinión respecto a la Lista de Cotejo que a continuación le presentamos como parte del procedimiento para realizar la investigación: Cuidados preventivos de enfermería en Úlceras Por Presión a pacientes con incapacidad para moverse.

Instrucciones:

A continuación, usted tiene columnas signadas con SI y No para evaluar la variable de estudio, solicitamos marque en el espacio en blanco con un Check si no le encuentra ninguna objeción o una X si debe modificarse la preposición presentada. La modificación que tenga que realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones o sugerencias.

Ficha para Juicio de Expertos				
Cuidados preventivos en UPP		SI	NO	Recomendaciones
1	Esta variable permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio	✓		
2	La variable está formulada en forma clara	✓		
3	El orden de esta variable es el adecuado	✓		
4	La redacción es entendible o coherente	✓		
5	El contenido corresponde con el objetivo del estudio	✓		
6	El vocabulario de esta variable es el adecuado	✓		
Sugerencias				



Experto

Milusca M. Lopez Lavado
Lic. Enfermería
CEP 27493 EEO 8517
EsSalud

Juicio de Expertos

Nombre y cargo:

Lic. Enfermería : JUSTINA LÓPEZ CARLOS

Concedoras de su calidad y capacidad profesional, acudimos a usted a fin de que participe dando su opinión respecto a la Lista de Cotejo que a continuación le presentamos como parte del procedimiento para realizar la investigación: Cuidados preventivos de enfermería en Úlceras Por Presión a pacientes con incapacidad para moverse.

Instrucciones:

A continuación, usted tiene columnas signadas con SI y No para evaluar la variable de estudio, solicitamos marque en el espacio en blanco con un Check si no le encuentra ninguna objeción o una X si debe modificarse la preposición presentada. La modificación que tenga que realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones o sugerencias.

Ficha para Juicio de Expertos				
	Cuidados preventivos en UPP	SI	NO	Recomendaciones
1	Esta variable permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio	✓		
2	La variable está formulada en forma clara	✓		
3	El orden de esta variable es el adecuado	✓		
4	La redacción es entendible o coherente	✓		
5	El contenido corresponde con el objetivo del estudio	✓		
6	El vocabulario de esta variable es el adecuado	✓		
Sugerencias				


JUSTINA LÓPEZ CARLOS
ENFERMERA P.A.
C.E.P. N° 77040
R.N. N° 23219

Experto

Anexo 4 Consentimiento Informado



Anexo 4 Consentimiento Informado
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "CUIDADOS PREVENTIVOS DE ENFERMERIA EN ULCERAS POR PRESION A PACIENTES CON INCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN UN HOSPITAL-2019", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: "ZANABRIA HOSPINA MELIZA, ZANABRIA OSPINA EVELIN"

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Lima, 30 de Setiembre de 2022



Apellidos y nombres: Zanabria Hospina Meliza
Responsable de investigación

Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Machacuzay Arrebindo Elsa
D.N.I. N° ... 1.007.5898
N° de teléfono/celular: 960617124
Email: Elsamachacuzay@hotmail.com
Firma: 

Responsable de investigación
Apellidos y nombres: Zambra Hospina Helga
D.N.I. N° ... 44933810
N° de teléfono/celular: 947236255
Email: Zambra - 1987@hotmail.com
Firma: 

Asesor(a) de investigación
Apellidos y nombres: Dra Paruga Melo Isabel M.
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular: 969321373
Email: d.paruga@upla.edu.pe
Firma:



Anexo 4 Consentimiento Informado
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

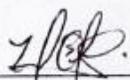
Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "CUIDADOS PREVENTIVOS DE ENFERMERIA EN ULCERAS POR PRESION A PACIENTES CON INCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN UN HOSPITAL-2019", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: "ZANABRIA HOSPINA MELIZA, ZANABRIA OSPINA EVELIN"

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Lima, 30 de Septiembre de 2022




Apellidos y nombres: Zanabria Ospina Evelyn
Responsable de investigación

Responsable de investigación

Apellidos y nombres: *Vargas Peralta Victoria*
D.N.I. N° ... *41857832*
N° de teléfono/celular: *96102216*
Email: *Vicky.163-2@hotmail.com*
Firma: *[Signature]*

Responsable de investigación
Apellidos y nombres: *Zandria Espino Evelyn*
D.N.I. N° ... *48269589*
N° de teléfono/celular: *966764038*
Email: *Zandria1973-Evelyn@hotmail.com*
Firma: *[Signature]*

Asesor(a) de investigación
Apellidos y nombres: *Dra Paraga Holo Isobel M.*
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular: *964321373*
Email: *d.iparaga@upla.pe*
Firma:
.....

Anexo 5 Autoría

En la fecha, yo

Zunabria Hospina Hilyza

....., identificada con DNI N° 44933810....., domiciliada en

Andres D. Caceres MZ A TE 8 Huayrona S.J.L Lima......,

estudiante de la Facultad de Enfermería...... de la

Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas

y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada

" Cuidados Preventivos de Enfermería en úlceras por presión a

pacientes con incapacidad para moverse en un hospital - 2019 ".....

..... se haya considerado datos falsos,

falsificación, plagio, autoplagio, etc. y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de

mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y

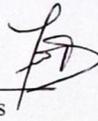
referencias de las fuentes consultadas

Huancayo, 20 de Octubre 2022

Zunabria Hospina Hilyza

Apellidos y Nombres

DNI N° 44933810



En la fecha, yo

Zunabria Ospina Evelyn

....., identificada con DNI N° 48269589....., domiciliada en

Andros A. Caceres M2 LTE B Huayrona S.J.L - Lima.....,

estudiante de la Facultad de Enfermería..... de la

Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas

y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada

"Cuidados Preventivos de Enfermería en úlceras por presión a

Pacientes con incapacidad para movilizarse en un hospital - 2019".....

..... se haya considerado datos falsos,

falsificación, plagio, autoplagio, etc. y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de

mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y

referencias de las fuentes consultadas

Huancayo, 20 de Octubre 2022

Zunabria Ospina Evelyn

Apellidos y Nombres

DNI N° 48269589



Anexo 6 Declaración de Confidencialidad



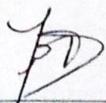
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo... Zunabria Hospina Meliza....., identificado (a) con DNI N°
... 44933810..... estudiante/docente/egresado la escuela profesional
de... Enfermería....., (vengo/habiendo) implementando/implementado el
proyecto de investigación titulado "CUIDADOS PREVENTIVOS DE ENFERMERIA EN ULCERAS POR
PRESION A PACIENTES CON INCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN UN HOSPITAL-2019", en ese contexto
declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como
la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de
investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de
Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la
Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de
ellos.

Huancayo, 20..... de Octubre 2022.




Apellidos y nombres: Zunabria Hospina Meliza
Responsable de investigación 108



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

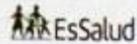
Yo Zorobina Ospina Evelyn....., identificado (a) con DNI N°
48269589..... estudiante/docente/egresado la escuela profesional
de Enfermería....., (vengo/habiendo) implementando/implementado el
proyecto de investigación titulado "CUIDADOS PREVENTIVOS DE ENFERMERIA EN ULCERAS POR
PRESION A PACIENTES CON INCAPACIDAD PARA MOVILIZARSE EN UN HOSPITAL-2019", en ese contexto
declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como
la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de
investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de
Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la
Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de
ellos.

Huancayo, 20 de Octubre 2022.



Zorobina Ospina Evelyn
Apellidos y nombres: Zorobina Ospina Evelyn
Responsable de investigación 108

Anexo 7 Autorización Institucional



ANEXO 06

CARTA DE ACEPTACION PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO/ SERVICIO [AREA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR

Doctor:

VICTOR HUGO TORRES CUEVA

Gerente

Red Prestacional Almenara - EsSalud Presente.

De mi consideración:

El Jefe del Departamento/Servicio/Área de Medicina Interna del Establecimiento de Salud "Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen" de la Red Prestacional Almenara, donde se ejecutará el estudio titulado " **Cuidados Preventivos de Enfermería en Ulceras por Presión a Pacientes con Incapacidad para Movilizarse en un Hospital-2019**" , cuyo investigador principal/coinvestigador responsable es Zorobina Hospina Meliga, tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para que el proyecto señalado previamente se ejecute en el Departamento/Servicio/Área.

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del Comité institucional de Ética en Investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente

Dr. Víctor Hugo Torres Cueva
C.E.P. 81068
R.D.S. MAC. GUILLERMO ALMENARA I.
EsSalud

Firma, sella, nombre del Jefe de Departamento/Servicio/Área

Directiva N° 003-1ETSI-ESSALUD-2019 "Directiva que regula el desarrollo de la investigación en salud" V. 1

Anexo 8 Fiabilidad de la Valoración

Fiabilidad en la valoración	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,602	6

Estadísticas de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Inspección 1º oportunidad	,461	,559
Inspección 2º oportunidad	-,022	,676
Palpación 1º oportunidad	,513	,475
Palpación 2º oportunidad	,714	,335
Auscultación 1º oportunidad	,282	,580
Auscultación 2º oportunidad	,282	,580

Anexo 9 Fiabilidad de Escala de Norton

Fiabilidad en Escala de Norton	
Alfa de Cronbach	N ° de elementos
,560	10

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Condic física 1° op	32,10	4,645	,009	,571
Condic física 2° op	32,40	3,628	,453	,476
Estado mental 1° op	32,10	4,645	,009	,571
Estado mental 2° op	32,37	3,620	,478	,471
Actividad 1° oport	32,27	4,271	,148	,557
Actividad 2° oport	32,50	3,431	,442	,470
Movilidad 1° oport	32,53	3,844	,230	,541
Movilidad 2° oport	32,60	3,697	,375	,497
Incontinencia 1° op	32,93	4,133	,061	,601
Incontinencia 2° op	32,80	3,890	,198	,552

Anexo 9.1 Fiabilidad de intervenciones

Fiabilidad de intervenciones	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,626	18

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Establece dx riesgo	52,93	18,823	,041	,628
Establece resultados	53,03	19,413	-,201	,646
Aplica cuidados piel	53,60	17,283	,259	,609
Cambios posición c/2h	54,73	19,168	-,114	,646
Protege prominencias óseas	54,10	19,266	-,136	,664
No usa talco pliegues cután	52,93	19,030	-,089	,633
Realiza masajes zonas susc	53,63	16,861	,279	,606
Utiliza crema humectante	53,93	19,030	-,104	,664
Observa cambios en piel	53,43	17,357	,223	,614
Uso accesorios protección	53,60	17,628	,187	,618
Atención al dolor	53,67	15,885	,395	,586
Delega técnico enfermería	54,10	17,197	,161	,625
Educa al paciente	53,40	15,972	,455	,579
Educa al familiar	53,73	15,789	,527	,571
Educa a cuidadores	54,47	15,085	,435	,575

Anexo 10 Base de datos

Variables Melisa.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 53 de 53 variables

	edad	grupo	sexo	insp	insp	palp	palp	aus	aus	con	cor	est	est	activ	activ	mov	mov	inc	inc	est	est	est	est	apl	apl	car	car	pro	pro	nou	nou	rea	rea	util	util	obs	obs	usi	usi	ate	ate	del	del	edu	edu		
	d	oetá	o	ecc	ecc	ac1	ac2	cul	cul	dicf	dic	dor	dor	idad	idad	lida	lida	nti	nti	bdx	bdx	bre	bre	ca	ca	bip	bio	ecp	ecp	sata	sata	zar	zar	zac	zcr	egis	egi	ac	ac	ció	ció	gat	gat	ca	ca		
1	45	2	1	4	4	3	3	2	2	4	4	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3	3	4	4	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
2	55	4	1	4	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3	2	2	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4
3	58	5	1	4	4	2	2	1	1	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
4	60	5	1	4	4	3	3	1	1	4	4	2	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	
5	61	5	1	3	3	2	2	1	1	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3		
6	61	5	1	3	3	2	2	1	1	4	3	2	2	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	4	4	4	2	3	2	4	2	3	2	4	2	4	2	4	2		
7	58	5	1	4	3	4	3	1	1	4	4	2	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2	2	4	4	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	2	
8	62	5	1	4	4	2	2	1	1	4	4	2	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	3	2	4	3	4	2	4	4	3	3	4	4		
9	61	5	1	4	4	2	2	1	1	4	3	2	2	4	4	3	4	2	2	4	4	4	4	3	4	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	3	3	4	4	1	1	4	4	3	3		
10	52	3	1	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	3	3	2	2	4	4	4	4	3	3	2	2	4	3	3	2	3	2	1	1	4	3		
11	52	3	1	4	3	2	2	1	1	4	3	2	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	4	4	4	4	3	2	4	3	4	4	3	3	2	2	2	2			
12	51	3	1	4	4	3	3	1	1	4	4	2	2	4	4	3	3	2	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	



Visible: 53 de 53 variab

	eda	grup	sex	insp	insp	palp	palp	aus	aus	con	cor	est	est	activ	activ	mov	mov	inc	inc	est	est	est	est	apl	apl	car	car	pro	pro	nou	nou	rea	rea	util	util	obs	obs	usi	usi	ate	ate	del	del	edu	edu		
	d	o	o	1ra	ón2	a	n2	ac1	ac1	s1ra	sica	ent1	enta	1ra	2d	d1ra	d2d	en1	enc	iesg	iesg	bre	bre	ca	ca	bip	bio	ecp	ecp	sata	sata	zar	zar	zac	zcr	egis	egi	ac	ac	ció	ció	gat	gat	ca	caal		
13	58	5	1	4	4	2	2	1	1	4	4	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	56	4	1	4	4	3	3	1	1	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4
15	46	2	1	4	4	2	2	1	1	4	3	2	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	
16	45	2	1	4	4	4	4	1	1	4	4	2	2	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2	4	4		
17	39	1	1	4	3	4	3	1	1	4	4	2	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3		
18	41	1	1	4	4	4	4	1	1	4	4	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	4	4	4	4	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2	4	4		
19	55	4	1	4	3	4	3	1	1	4	4	2	2	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	2	2	3	3	4	4	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2		
20	45	2	1	4	4	4	4	1	1	4	3	2	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3		
21	43	1	1	4	4	3	3	1	1	4	3	2	2	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	
22	40	1	1	4	4	4	4	1	1	4	4	2	2	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	
23	45	2	1	4	4	4	3	1	1	4	3	2	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3		
24	44	2	1	4	4	3	3	1	1	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	2	2	4	4	4	4	3	2	3	2	4	2	3	3	4	4	3	3	4	4			
25	39	1	1	4	3	4	3	2	2	4	3	2	2	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4	4		
26	42	1	1	4	3	4	3	1	1	4	3	2	2	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	4	4	
27	45	2	1	4	4	4	4	1	1	4	3	3	2	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	3	4	4	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	
28	42	1	1	4	3	4	3	2	2	3	4	2	2	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2	4	2	4	2	3	2	3	3	4	3	4	4			
29	45	2	1	4	3	4	3	1	1	4	4	2	2	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	2	2	2	2	4	4	3	3	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2	4	4			
30	44	2	1	4	3	3	3	2	2	4	4	2	2	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	2	4	4	

--	--

edu cfa mili.	edu cfa mili.	edu ca uida	edu ca uida	Pun taje 1op	Pun taje 2op	punt ajet otal	cat gor unto	edu cfa mili.	edu cfa mili.	edu ca uida	edu ca uida	Pun taje 1op	Pun taje 2op	punt ajet otal	cat gor unto
3	3	3	3	76	76	142	2								
3	3	2	2	77	77	154	1	4	4	4	4	78	77	155	1
3	3	3	3	76	71	147	2	4	4	4	4	79	76	155	1
3	3	3	3	75	75	150	2	4	4	4	4	79	79	158	1
3	3	2	2	71	71	142	2	4	4	4	4	79	79	158	1
4	4	2	2	72	71	143	2	4	3	4	3	78	74	152	1
2	2	1	1	73	62	135	2	3	3	3	3	68	66	134	2
3	3	2	2	77	69	146	2	4	3	4	1	77	61	137	2
3	3	2	2	75	77	152	1	3	2	2	2	77	68	145	2
4	4	2	2	75	75	150	2	3	3	2	2	78	66	144	2
3	3	1	1	71	69	140	2	2	2	2	2	72	72	144	2
3	3	2	2	79	71	150	2	3	2	3	1	75	75	150	2
3	3	2	2	71	66	137	2	2	2	2	2	71	64	135	2
3	3	1	1	76	70	140	2	3	3	3	3	74	74	148	2
4	4	2	2	78	72	150	2								
3	3	2	2	77	74	151	1								
4	4	2	2	74	71	145	2								
2	2	2	2	76	75	151	1								

