

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES DE RIESGO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA -
OCTUBRE 2018**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
FARFÁN SIMÓN ELIZABETH**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

ICA – PERÚ

2020

ASESORA: LIC. VICTORIA PONCE DE FLORES

AGRADECIMIENTO

- **A DIOS** por bendecirme para llegar al final de la investigación.

- **A la Universidad** Privada San Juan Bautista por acogerme durante mis años de estudios y brindarme la oportunidad de ser una profesional.

- **Al Hospital** IV Augusto Hernández Mendoza de Essalud por aceptar la realización del estudio de investigación en las instalaciones del nosocomio.

- **A mi asesora** por sus aportes y sugerencias a labor de realizar el estudio.

DEDICATORIA

A los miembros de mi familia quienes siempre estuvieron a mi lado durante todos mis años de estudio, apoyándome en los momentos más difíciles que pasé, por todo lo que significan para mí es que les dedico esta investigación.

RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión es un problema de salud que afecta a gran parte de la población de pacientes adultos mayores que por efectos de su enfermedad están expuestos a sufrir. En la actualidad se considera que el control de las mismas son indicadores que son tomados en cuenta en las gestiones hospitalarias para valorar resultados sobre el cuidado que se brinda a todo tipo de pacientes. **Objetivo:** El estudio tuvo como objetivo Determinar los factores de riesgo y cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina del hospital IV Augusto Hernández Mendoza Essalud, Ica – octubre 2018. Se justifica porque es un problema de salud con repercusión socio económico, donde la enfermera debe cumplir con los cuidados establecidos en pacientes que no pueden movilizarse, o por su estado de gravedad, y que al paso del tiempo causa complicaciones muchas veces con resultados funestos. **Metodología:** La muestra estuvo conformada por 40 pacientes adultos mayores y por 15 licenciadas en enfermería que laboran en el servicio de medicina. **Resultados:** Respecto a la primera variable en la dimensión factores intrínsecos el 60%(24) presenta alto riesgo y el 40%(16) presentó riesgo moderado, según factores extrínsecos el 90%(36) presenta alto riesgo y el 10%(4) presentó riesgo moderado. Respecto a los cuidados de enfermería global en el 66.7%(10) fue adecuado y el 33.3%(5) fue inadecuado. **Conclusiones:** Los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos son de alto riesgo y los cuidados de enfermería según cuidado de integridad de la piel y movilización son inadecuados y en planificación de los cuidados, cuidados de la úlcera, hidratación y evaluación de los cuidados son adecuados en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina del hospital IV Augusto Hernández Mendoza Essalud, Ica – octubre 2018.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, ÚLCERAS POR PRESIÓN, ADULTOS MAYORES.

ABSTRACT

Introduction: Pressure ulcers is a health problem that affects a large part of the population of elderly patients who are exposed to suffering due to the effects of their disease. Currently, it is considered that the control of these are indicators that are taken into account in hospital procedures to assess results on the care provided to all types of patients. **Objective:** The objective of the study was to determine risk factors and nursing care in hospitalized patients with pressure ulcers in the medicine service of the IV Augusto Hernández Mendoza Essalud hospital, Ica - October 2018. It is justified because it is a health problem. with socio-economic repercussion, where the nurse must comply with the established care in patients who cannot move, or due to their serious condition, and which over time causes complications, often with dire results. **Methodology:** The sample consisted of 40 elderly patients and 15 nursing graduates who work in the medical service. **Results:** Regarding the first variable in the intrinsic factors dimension, 60% (24) presented high risk and 40% (16) presented moderate risk, according to extrinsic factors 90% (36) presented high risk and 10% (4) presented moderate risk. Regarding global nursing care, 66.7% (10) was adequate and 33.3% (5) was inadequate. **Conclusions:** Intrinsic and extrinsic risk factors are high risk and nursing care according to skin integrity and mobilization care is inadequate and in care planning, ulcer care, hydration and care evaluation are adequate in patients. hospitalized with pressure ulcers in the medicine service of the IV Augusto Hernández Mendoza Essalud hospital, Ica - October 2018.

KEY WORDS: RISK FACTORS, PRESSURE ULCERS, OLDER ADULTS

PRESENTACIÓN

La identificación del riesgo de desarrollar ulceraciones en zonas de prominencia ósea es fundamental en su prevención es por ello imprescindible que los profesionales de la salud deben de realizar una valoración adecuada de integridad cutánea y plantear intervenciones adecuadas para evitar complicaciones. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo y cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina del hospital IV Augusto Hernández Mendoza Essalud, Ica – octubre 2018. La finalidad del trabajo conforma un importante problema en la salud de los pacientes con riesgo, especialmente por sus complicaciones. Es habitual que el paciente suele presentar estancias largas por su estado de gravedad, generando un costo para la familia y las instituciones de salud. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes adultos mayores y por 15 licenciadas en enfermería que laboran en el servicio de medicina.

La investigación está organizada en V Capítulos: El capítulo I comprende, el problema, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación del problema y el propósito de estudio. “En el capítulo II: Marco teórico, antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, variables, definición operacional de términos. En el capítulo III, la metodología de la investigación: Tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV: Resultados y discusión. En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones”. Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE	Pág.
CARÁTULA	
ASESORA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA:	
I. a. Planteamiento del problema.	15
I. b. Formulación del problema.	16
I. c. Objetivos	16
I.c.1. Objetivo General	16
I.c.2. Objetivos Específicos	16
I. d. Justificación	17
I.e. Propósito.	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:	
II. a. Antecedentes del estudio	19
II. b. Base teórica	22
II. c. Hipótesis	33
II. d. Identificación de variables	33
II. e. Definición operacional de términos	34
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:	
III. a. Tipo de estudio.	35

III. b. Área de estudio.	35
III. c. Población y muestra.	35
III. d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	35
III. e. Diseño de recolección de datos.	35
III. f. Procesamiento y análisis de datos.	36
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS:	
IV. a. Resultados.	38
IV. b. Discusión.	49
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	
V. a. Conclusiones.	54
V. b. Recomendaciones.	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

	TÍTULO	Pág.
TABLA 1	DATOS GENERALES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA – OCTUBRE 2018	38
TABLA 2	DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA – OCTUBRE 2018.	39
TABLA 3	FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	89
TABLA 4	FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	89
TABLA 5	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	90
TABLA 6	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE LA ÚLCERA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV	

	AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	90
TABLA 7	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE INTEGRIDAD DE LA PIEL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	91
TABLA 8	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE HIDRATACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	91
TABLA 9	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	92
TABLA 10	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	92
TABLA 11	CUIDADOS DE ENFERMERÍA GLOBAL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	93

LISTA DE GRÁFICOS

	TÍTULO	Pág.
GRÁFICO 1	FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	40
GRÁFICO 2	FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	41
GRÁFICO 3	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	42
GRÁFICO 4	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE LA ÚLCERA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	43
GRÁFICO 5	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE INTEGRIDAD DE LA PIEL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS	

	POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	44
GRÁFICO 6	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE HIDRATACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	45
GRÁFICO 7	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	46
GRÁFICO 8	CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	47
GRÁFICO 9	CUIDADOS DE ENFERMERÍA GLOBAL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018.	48

LISTA DE ANEXOS

	TÍTULO	Pág.
ANEXO 1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64
ANEXO 2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
ANEXO 3	TABLAS DE CÓDIGOS	74
ANEXO 4	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA PRUEBA BINOMIAL – JUECES DE EXPERTOS	79
ANEXO 5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO TRAVÉS DEL COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH	80
ANEXO 6	TABLA MATRÍZ DE VARIABLES	81
ANEXO 7	TABLAS DE FRECUENCIA	89
ANEXO 8	CONSENTIMIENTO INFORMADO	94

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las úlceras por presión (UPP) representan un problema grave de salud pública “no reconocido como tal, en la mayoría de los países, siendo la prevalencia mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), oscila entre 5 y 12%.¹ En Etiopía en el año 2016 respecto a la problemática se obtuvo una prevalencia de 14.9% y como factores de riesgo importantes se identificaron la falta de movilización y actividades regulares, las fuerzas de fricción, cizallamiento y la hospitalización prolongada”²

Según el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), ente rector en Estados Unidos, “se estima que 2.5 millones de pacientes presentan úlceras por presión al año y a nivel hospitalario la incidencia es de 2.5% por año, llegando a ocasionar 60 mil muertes al año.³ La prevalencia por úlceras por presión en Turquía fue de 12.7%, en el 2017 el estadio más frecuente fue el estadio I (48.3%) y la localización más frecuente fue la región sacra (37.3%). En relación a los factores de riesgo, fueron estadísticamente significativos: la edad, duración de la estancia hospitalaria”, problemas de nivel de albúmina e incontinencia urinaria.⁴

“En relación a localización más frecuente fueron los talones, sacro y glúteos como reporta Barrera, en México DF., identificando 167 UPP, de las cuales los estadios más frecuentes fueron el I y II.⁵ Los pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en los años 2016 y 2017, fueron 2907 y 2919; con un promedio de 8% de adultos mayores que presentaban múltiples patologías en los cuales, la presencia de UPP podrían entorpecer los efectos del tratamiento, generando complicaciones”.⁶

La UPP puede ser prevenible en un 95% y su manifestación está relacionada “con la calidad del cuidado, según información estadística de Essalud, en el primer trimestre del 2017, se registra las áreas del cuerpo como las caderas, costillas, codos, rodillas, hombros, que si no se trata a tiempo el alcance será de III y IV grado, incrementando la posibilidad de muerte. ⁷ En el 2015 en el Hospital Augusto Hernández Mendoza han sido dados de alta 52 pacientes con diagnóstico de úlceras por presión”: 31 del servicio de medicina, 4 del servicio de cirugía, 8 del servicio de emergencia, 7 del servicio de medicina y 2 del área de traumatología, así también en la primera semana de abril del 2016 en el servicio de medicina el 60% presentaron úlcera por presión.⁸

Lo antes expuesto, motiva a realizar la investigación formulándose la pregunta de estudio:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores de riesgo y cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina del hospital IV Augusto Hernández Mendoza Essalud, Ica – octubre 2018?

I.c. OBJETIVOS

I.c.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo y cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina del hospital IV Augusto Hernández Mendoza Essalud, Ica – octubre 2018.

I.c.2. Objetivos específicos

Identificar los factores de riesgo en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina, según sea:

- Intrínsecos
- Extrínsecos

I.c.2.2. Objetivo específico

Identificar los cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina, según sea:

- Planificación de los cuidados
- Cuidados de la úlcera.
- Cuidado de integridad de la piel
- Cuidados de hidratación
- Cuidados de movilización
- Evaluación de los cuidados

I.d. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las úlceras por presión conforman un importante problema en la salud de los pacientes con riesgos, especialmente por sus complicaciones, es habitual que el paciente hospitalizado suele presentar estancias largas por su estado de gravedad, generando un costo para la familia y las instituciones de salud. Diversas investigaciones demuestran presencia de úlceras por presión en las unidades de hospitalización larga en los servicios de medicina que pudiera dar lugar a una sepsis en el paciente. Por tanto esta investigación tiene gran importancia para poner en evidencia los factores de riesgo y ejecutar los cuidados con la finalidad de mejorar los cuidados desde el punto de vista del profesional para mejorar el cuidado de estos pacientes, con conocimientos actualizados.

I.e. PROPÓSITO

El estudio tiene por finalidad dar a conocer la situación actual de los pacientes adultos mayores y las intervenciones que el profesional de enfermería realiza para controlar su avance y propiciar su curación, es primordial verificar las capacidades que tienen las enfermeras para el cuidado de la piel ya que al ser el ente fundamental en la curación de este tipo de lesiones se necesita conocer si se realiza adecuadamente propiciando estrategias de mejora esto para evitar la presencia de UPP, además el estudio es de utilidad para disminuir gastos ocasionados por las complicaciones que eleva los costos por la estancia hospitalaria, y los costos de los productos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

Barba P, López R, Lucero T. En el 2015 plantearon una investigación descriptiva y transversal con la finalidad de evidenciar la **PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR CRISTO REY, CUENCA-ECUADOR**. “Estuvo conformado por 100 adultos mayores. Resultados: El 64% fueron de sexo femenino y 36% fueron varones, fluctuaron entre los 76 y los 95 años, siendo un total de 69%, el 43% tuvo una estancia mayor a 5 días, según la Escala de Braden los factores de riesgo fueron en un 59% la movilidad limitada, el 51% la actividad motora disminuida, un 49% por la exposición a la humedad. Además se evidenció bajo riesgo con un 27%, riesgo moderado con un 8% y de alto riesgo con un 4%, así también con la escala de Barthel un 81% de los pacientes presentaron algún grado de dependencia. Conclusión: Los factores de riesgo predominantes fueron la movilidad, la actividad y la humedad”⁹

Huamán E. En el 2018 trabaja una investigación cuantitativa con la finalidad de determinar la **ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES DE UCI DE UN HOSPITAL LIMA**. “La población estuvo conformada por 150 profesionales de Enfermería. Resultados: Con respecto a la variable nivel atención de enfermería, se halló que el 58% de las enfermeras presentaron una atención de enfermería media, seguido de 24.70% de baja y un 17.30% alta. Según sus dimensiones, se obtuvo para medidas preventivas en lesión por presión que el 41.30% fue medio; seguido de 29.30% alto; igual a 29.30% bajo. En la dimensión atención de enfermería en lesión por presión, el 60.60% fue medio; seguido de 28.70% bajo; y 10.70% alto. Conclusión: El nivel de

atención de enfermería en la prevención de lesión por presión fue medio, lo que refleja que los enfermeros no realizan una adecuada atención de enfermería”.¹⁰

Hoyos K, Mírez E. En el transcurso del 2016 hizo un trabajo cuantitativo con la finalidad de identificar las **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. CHICLAYO – PERÚ.** “La población fue de 23 enfermeras, que se encontraron laborando. De los resultados más relevantes se obtuvo que las intervenciones de enfermería para la prevención de UPP, el 96% de ellas no hacen la cama con pliegue para los dedos de los pies, el 61% no realizan el cambio de pañal, así como también el 96% no seca la piel sudorosa, el 91 % no humecta la piel, el 87% no realiza cambios posturales, el 78 % no usa mecanismos para eliminación de presión, y el 83% no educa al paciente y familiar, respecto al tipo de registro solo el 17% de enfermeras registra las intervenciones en las notas de enfermería” .¹¹

Cervantes E. En el 2016 publicó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico y de diseño correlacional con la finalidad de determinar el **RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN RELACIONADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ESTANCIA PROLONGADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO. HUÁNUCO.** “La muestra fue de 70 pacientes, se obtuvieron los datos a través de una guía de entrevista, la escala de Norton y una ficha de valoración nutricional. Resultados: Las variables evidenciaron que existe riesgo moderado de UPP y alto en un 56%, de estos el 44% tuvo desnutrición, sobrepeso u obesidad. Conclusiones: Los resultados encontraron que existió una relación entre las variables riesgo de úlcera por presión y estado nutricional”.¹²

Suárez D. En el 2016 realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y cuantitativo con la finalidad de determinar el **NIVEL DE CUIDADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL II ESSALUD. HUÁNUCO**. “La muestra fue de 43 profesionales, para lo cual se aplicó como instrumentos de recolección de datos la guía de entrevista y un cuestionario. Resultados: El 86% de los profesionales de enfermería brindaron nivel excelente en el cuidado de las úlceras por presión, el 69.8% brindó cuidados excelentes en los cuidados de higiene, el 55.8% tuvo cuidados excelentes en el cuidado de la piel, el 67.4% fueron excelentes en los cuidados de hidratación, el 44.2% presentó cuidados buenos en los cuidados de movilización, en forma global el 72.1% brindó cuidados excelentes a los pacientes. Conclusiones: Los profesionales de enfermería brindaron cuidados excelentes en relación a las úlceras por presión de los pacientes hospitalizados”.¹³

Bravo J. Durante el año 2015 trabajó un estudio cuantitativo con el objetivo de identificar los **FACTORES DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA**. “La población fue de 30 pacientes; 11 enfermeras del servicio de medicina. Resultados: En la dimensión enfermedades agudas y crónica fueron los trastornos de origen cardiovascular en 80.00%, trastornos reumáticos en 70.00%, trastornos neurológicos 46.67%, respecto a dimensión inmovilidad; debilidad en un 63.33%, dolor en un 50%, alteración del equilibrio en un 60% y en condiciones psicológicas en un 46.67%; en la dimensión incontinencia urinaria un 73.33%; dimensión deterioro de la percepción sensorial; paciente desorientado un 46.67%; dimensión deficiencias nutricionales; presentan malnutrición 20% y

presentan desnutrición 10% y según la dimensión cuidados de la piel. Respecto a las medidas preventivas son medianamente adecuadas en un 60%, inadecuadas 30%, adecuadas 10%; dimensión protección de zonas vulnerables, las medidas preventivas son medianamente adecuadas en un 50%, inadecuadas 40%, adecuadas 10%. Se concluye respecto a la primera variable; que predomina las deficiencias nutricionales en un 90%; en las medidas preventivas son medianamente adecuadas en un 60%, inadecuadas 20% y adecuadas 20%”.¹⁴

Los antecedentes empleados en la investigación muestran la realidad actual respecto a las variables estudiadas en la población de estudio en relación a las variables de estudio, así también el personal de salud que labora en el servicio de medicina. Asimismo los antecedentes presentados tanto a nivel internacional, nacional y local sirvieron para la discusión de los resultados y como guía metodológica de la investigación.

II.b. BASE TEÓRICA:

2.2.1. FACTORES DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN

Factores de riesgo

“Son aquellos rasgos, cualidades, características o exposiciones que un individuo o grupo de individuos tienen y que aumenta la probabilidad de padecer alguna patología o lesión.”¹⁵

Úlceras por presión (UPP)

“Son lesiones que alteran la continuidad de los tejidos y que tiene un origen isquémico, ubicada en las capas de la piel, iniciando en la epidermis y llegando a la endodermis y que se produce por la pérdida de continuidad cutánea generado por una presión prolongada o una existencia de fricción entre la piel y una superficie rugosa o dura, y

pueden ocasionar una lesión grave en el paciente, especialmente a las personas de edad avanzada, además son más propensas cuando existe factores como la inmovilidad o humedad en la ropa de cama”, ¹⁶ afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23 % de los ingresados en instituciones geriátricas. ¹⁷

Fisiopatología

Son producidas cuando existe un aplastamiento o roce en los tejidos, exactamente “en las zonas de prominencia ósea durante un lapso prolongado generalmente durante las estancias hospitalarias en pacientes postrados, las presiones que sufren los tejidos tiene como máximo los 20 mmHg, pero las presiones mayores que ocasionan las úlceras tienen una media de 16 a 33 mmHg, esto desencadena un proceso isquémico que si no es detenido o revertido a tiempo origina la muerte de las células presionadas y su posterior necrosis, además se considera que para la aparición de las úlceras debe existir una prevalencia entre la continuidad o prolongación de la presión que en la intensidad de la misma, ya que la piel está preparada para aguantar presiones elevadas pero solo en cortos periodos de tiempo, por lo que se afirma que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales”. ¹⁸

“Las UPP presentan diversos factores que favorecen su aparición o formación, son factores determinantes la edad, la dificultad de movilidad, la deficiencia nutricional, la fricción, las enfermedades como la diabetes, el estado psicológico y la humedad; principalmente se evidencia que los pacientes adultos mayores con frecuencia la presentan por la poca resistencia y elasticidad de la piel, además los pacientes inmovilizados y en hospitalización prolongada también son candidatos a su aparición. Por otro lado un factor durante la hospitalización es la ropa de cama que puede estar mucho tiempo húmeda o arrugada, así también la atención por el encargado de realizar la verificación y movilización del paciente”.

Para este estudio se toma en cuenta:

Factores de riesgo intrínsecos: Son aquellos que son propios del individuo y se dividen en:

- **“Estado físico general:** Tiene influencia directa en la aparición de las UPP, el organismo con alteraciones tiene relación con la presencia de enfermedades que alteran la motricidad o cognitivos. El paciente en reposo prolongado sufre daño o alteración en la piel, altera la turgencia o elasticidad de la piel.
- **Movilidad:** El mismo caso sucede en la disminución de la movilidad, ya que un paciente postrado que no recibe movilización esta propenso a desarrollar úlceras por presión.”
- **“Estado nutricional:** Se relacionan con el estado de la piel ya que el hecho de tener delgadez u obesidad extrema hacen que la piel tenga una presión directa en las zonas de mayor presión, produciendo heridas. Los tejidos son constantemente regenerados y eso depende de las proteínas, la ausencia o deficiente alimentación repercute en la regeneración de los tejidos o debilitamiento ocasionando riesgo de ulceración por presión.
- **Edad:** En el adulto mayor disminuye la presencia de elastina que es la proteína de la piel, lo cual produce una carga mecánica en el cuerpo de las células y fluidos intersticiales pudiéndose romper la membrana celular producto de la presión y el posterior desarrollo de la UPP”
- **“El estado de la piel:** La humedad tiene un rol fundamental en los tejidos, el aumento de la humedad producida por problemas en la contención de la orina o heces, además de la sudoración y de presencia de heridas exudativas hace que la piel sea macerada y se ablande, produciendo una disminución de la resistencia natural y aumenta hasta en 5 veces el riesgo de padecerla”.¹⁹

Estos factores están íntimamente relacionados con el paciente y se miden dentro de la Escala de Braden, se mencionan dentro de ellos los siguientes:

Factores de riesgo extrínsecos

Tienen que ver con el contacto de la piel con objetos como la ropa de cama, los colchones, etc.

- **“Roce y peligro de lesiones:** Está definida como la carga o fuerza que se ejerce de forma perpendicular sobre la piel evidenciándose deformaciones en los tejidos y a menudo aparecen preferentemente sobre las prominencias de los huesos y además propicia isquemia y necrosis tisular en las zonas afectadas. Además aquellas fuerzas que se encuentran en contacto de forma paralela a la piel durante los movimientos, la fricción entre la piel y la superficie de contacto que al ser frecuente puede producir lesiones en las diversas capas de la piel”.
- **“Exposición a la humedad:** Está relacionada con las condiciones ambientales un factor altamente de riesgo, donde la humedad y la temperatura de los tejidos alteran el funcionamiento de la piel más aún si se considera, las superficies con las cuales mantiene contacto, dentro de ellas se tienen: El calor porque el aumento de la temperatura propicia que la actividad metabólica aumente y facilite el aumento de la sudoración y la presencia del sudor aumenta el nivel de humedad que aumenta el debilitamiento de los tejidos de la piel y aumenta el riesgo de maceración, por tanto disminuye la fortaleza de la piel incrementándose la erosión e incrementa el riesgo de fricción. Además de aumentar la adhesión a la superficie, propicia la abrasión, la descamación y la ulceración, aumentando el pH de la piel acercándose a la alcalinidad”²⁰

Clasificación de las úlceras por presión (UPP)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se clasifica en 4 estadios:

Estadio I: “Se presenta la aparición de eritemas en la piel intacta y que no blanquea, luego de que la presión que la ocasiona cesa, la piel presenta calor, edema o endurecimiento, esos pueden ser indicadores de una futura aparición de la úlcera.

Estadio II: Existe una pérdida parcial de la continuidad de la piel, surge un compromiso de la epidermis, dermis o en algunos casos de ambas. La herida es superficial y se presenta como una leve abrasión, una burbuja tipo ampolla o un pequeño cráter”.

Estadio III: “Se presenta una pérdida de la continuidad de la piel en su espesura o grosor total, surge compromiso de los tejidos, apareciendo necrosis de tejido celular subcutáneo que puede profundizarse sin llegar a la fascia, la excoriación clínicamente se presenta como un cráter profundo.

Estadio IV: Es la pérdida de la piel en su totalidad con respecto al grosor y espesura, además de una extensa distribución de la lesión, existe necrosis de los tejidos o daños musculares, huesos o estructuras de soporte como los tendones o articulaciones”.²¹

Escala de Braden

“Desarrollada en Estados Unidos en un contexto de una investigación realizado por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom, en el año 1985, consideraron 6 subescalas: Percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición y el roce y peligro de lesiones (fricción y cizallamiento). Los tres primeros miden factores relacionados a la presencia intensa y prolongada, los últimos tres tienen relación con la tolerancia de los tejidos en sí, ya valorados cada uno de los ítems tiene una puntuación, se considera las siguientes puntuaciones

Alto Riesgo : Puntuación total < 12
Riesgo Moderado : Puntuación total < 13 – 14 puntos.
Riesgo Bajo : Puntuación total < 15 – 16 si es menor de 75 años o de 15 – 18 si es mayor o igual a 75 años”.²²

Cada indicador se explica así:

“Percepción sensorial: Es toda aquella reacción natural que surge al percibir la presión sobre la piel, dentro de su escala lo consideran:

- Completamente limitada: Se presenta cuando el paciente no responde ante los estímulos dolorosos, puede ser por una disminución en los niveles de la conciencia, sedación o parestesia.
- Muy limitada: Se presenta cuando el paciente solo responde al dolor, no verbaliza su falta de confort, a excepción de quejidos o gemidos.
- Limitación leve: Responde ante la palabra, pero no es capaz de expresar su disconfort o la necesidad de ser movilizado por falta de sensibilidad en sus extremidades.
- No alterada: El paciente es capaz de mantener una respuesta activa ante la interrogación, no existe deficiencia en el sensorio para expresar sus dolencias”.

Humedad: Valora la presencia de humedad en su ropa de cama o vestimenta, “los que pueden ser: constantemente húmeda; en este caso la presencia de humedad es constante generalmente sucede por sudoración, orina o líquidos corpóreos, el que se expande cada vez que es movilizado o cambiado de posición.

- Muy húmeda; en este caso la piel está frecuentemente húmeda, la ropa de cama debe ser cambiada por lo menos una vez cada turno.
- Ocasionalmente húmeda: la piel del paciente presenta humedad ocasionalmente, requiere de cambio de sábanas por lo menos cada 24 horas.

- Rara vez húmeda: Generalmente existe presencia de piel seca, el cambio de las sábanas y colchas debe cambiarse por intervalos rutinarios, generalmente cada día”.

Actividad: Valora el nivel de actividad física. Engloba aspectos como:

- “Postrado en cama: El paciente no puede realizar actividades, se encuentra confinado a su cama, puede pasarse a una silla, no existe capacidad para movilizarse por sí solo, no es capaz de mantener su propio peso y debe ser ayudado, se pasa casi todo el tiempo sentado o echado.
- Camina ocasionalmente: El usuario puede realizar caminatas a distancias cortas pudiendo necesitar o no de apoyo, la mayoría del tiempo se encuentra sentado o echado.
- Camina con frecuencia: El paciente puede deambular fuera de su habitación por lo menos 2 veces por turno y en su ambiente cada 2 o 3 horas”.

Movilidad: Es la capacidad que tiene el individuo para moverse o deambular manteniendo un equilibrio adecuado. Está determinado en la escala como:

- “Completamente inmóvil: No puede realizar ni ligeros cambios de postura o de sus extremidades sin ayuda.
- Muy limitado: El paciente puede realizar cambios mínimos de postura ocasionalmente, pero es capaz de realizarlos independientemente.
- Ligeramente limitada: Realiza cambios de posición ligeros de forma frecuente en forma independiente.
- Sin limitaciones: El paciente realiza cambios posturales frecuentes sin apoyo”.

Nutrición: Se determina así a las prácticas relacionadas a ingestión de alimentos, dentro de ellos se menciona que puede ser: muy pobre, es

cuando nunca come comida completa. Aquellos que comen rara vez o sea come un tercio de cualquier comida, y generalmente consumen 2 o menos raciones de carne o leche al día, consumo mínimo de agua, no ingiere suplementos alimenticios.

Roce y peligro de lesiones.

“Es un problema potencial debido a que el paciente realiza movimientos torpes, y requiere de una ayuda mínima, la piel puede sufrir roces en algún grado, durante la posición en la cama o en la silla y se desliza ocasionalmente hacia abajo, se puede encontrar sin problema aparente; en este caso realiza movimientos en la cama o silla con suficiente fuerza en los músculos para sostenerse durante su movimiento”.²³

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.

“El cuidado debe ser entendido en la línea de la esencia humana y está presente en cada etapa debido a que el cuidar a través de los tiempos pasó de apenas un comportamiento de apenas sobrevivir, a acciones más racionales y sofisticadas,²⁴ se estima que un 95% de las excoriaciones se pueden prevenir, por lo que la incidencia se ha convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros;²⁵ por otro lado, en el diagnóstico de riesgo de alteración de la integridad de la piel tiene relación con el confort que presenta el individuo, prevenir los dolores y las consecuencias como las infecciones que pueden extender el tiempo de hospitalización”.²⁶

Planificación de cuidados

“Constituye una fase importante en el proceso de enfermería porque ayuda a la toma de decisiones y la resolución de problemas que presenta durante la planificación del cuidado, el profesional de enfermería consulta los resultados de valoración y los diagnósticos del paciente, para

orientarse y seleccionar las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente las actividades de cuidados de la siguiente manera: Reportar sobre el estado de la piel al inicio del turno, realizar el examen físico completo, identificando y registrando en la historia clínica los factores de riesgo para la aparición de la solución de continuidad, registrar el estado de la piel al inicio y cómo evoluciona, grado o estadio y educar al paciente y familiares sobre las formas de prevención”.²⁷

Cuidado de la úlcera.

El tejido tisular es la primera barrera que tiene el cuerpo para evitar el ingreso “de microorganismos patógenos, además fomenta una mejor regulación de la temperatura del cuerpo, existen glándulas que eliminan grasa y tejidos muertos de la piel, cuya función es mantener permeable y humectar la piel, el lavado se realiza con agua y jabón neutro y el secado es suave sin arrastre, se realiza el cambio de los pañales húmedos a los pacientes que lo requieran; priorizando el uso de pañales absorbentes, limpiando las lesiones y eligiendo un apósito para el respectivo desbridamiento”.²⁸

Cuidado de integridad de la piel

Para un cuidado de la piel se deben de mantener el aseo, la enfermera debe de plasmar una planificación de actividades específicas sobre los cuidados de la piel, “la piel es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes: cualquier situación que altere la integridad cutánea del estado de salud del paciente, dado que se considera dentro de los cuidados de la integridad de la piel en los siguientes aspectos: utilizar los elementos disponibles y necesarios (almohadas, guantes de agua, cojines, cobertores, etc.) para el cuidado del paciente que se encuentra postrado; no masajear áreas enrojecidas de la piel ya que se podría producir una lesión profunda, realizar adecuadamente el tendido de la cama, aplicar una crema

hidratante en zonas del cuerpo salientes, como talones, codos, caderas”.

29

Cuidado de la hidratación

Constituye un procedimiento mediante el cual se administra líquidos al organismo “por diferentes vías, soluciones ideales para mantener la homeostasis, es fundamental para el desarrollo de procesos fisiológicos básicos y además de evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración drenajes y exudado de heridas. Los cuidados deben estar dirigidos al paciente en brindar la ayuda necesaria, para que los pacientes postrados en cama ingieran sus alimentos y líquidos propiciando el equilibrio de ingresos y egresos, supervisando la piel, las pérdidas por sudoración, mantenimiento de la mucosa oral húmeda y aplicación de cremas hidratantes”.³⁰

Cuidado de movilización.

Movimiento que se realiza sobre una superficie implicando cambios de posición, “dado que son técnicas destinadas para el desplazamiento del paciente sin que ello suponga un agravamiento de sus lesiones, dentro de los objetivos de la movilización en los pacientes se mencionan lo siguiente: Para minimizar el efecto de la presión se tiene que considerar la movilización, cambios postural, uso de superficie de apoyo y protección local de la piel ante la presión, realizando los cambios posturales con más frecuencia es decir cada 2 o 3 horas a los pacientes encamados; realizar ejercicios pasivos en los miembros superiores e inferiores de los pacientes postrados en cama y en pacientes de riesgo medio se debe utilizar superficies dinámicas como colchonetas alternativas de aire”.³¹

Evaluación de cuidados:

Es la última del proceso de enfermería en donde se puede comprobar si se lograron los objetivos de las intervenciones realizadas, si la evaluación

es negativa, se debe de replantear los objetivos y las acciones, por otro lado si es positivo, es necesario implementar protocolos de acciones para futuros pacientes. “Es importante la evaluación de los cuidados por ello en la evaluación de los cuidados se debe considerar la realización de las anotaciones en las historias sobre el estado en el que se observa al paciente, valorar el estado integral; reportar el estado de los tejidos del paciente al final de turno y clasificar las úlceras por presión en estadios y grados utilizando escala de identificación”.³²

Teoría del Modelo de Sistemas de Betty Neuman

“En su modelo expresa la importancia el uso del método científico para el planeamiento e intervención de enfermería teniendo en cuenta los aspectos individuales como los externos; los sistemas están conformados por fenómenos que lo complementan y que se deben de tratar de forma individual y posteriormente grupal como un sistema único. El profesional de enfermería debe de identificar los aspectos dañinos del paciente postrado y logre identificar sus causas para poder plantear posibles soluciones; se menciona un concepto de interacción entre el medio ambiente y las características del individuo, por ello se debe proporcionar un equilibrio entre los fenómenos existentes y la consecución o mantenimiento de la salud, evitando así la formación de heridas en las zonas de presión.”³³

Teoría del autocuidado según Dorothea Orem

La teoría del déficit del autocuidado describe y explica las causas que puede provocar “dicho déficit, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud que no pueden asumir el autocuidado, determina cuando y porque se necesita la intervención de la enfermera, donde la enfermera supe al individuo proporcionando los autocuidados, compensando las limitaciones y ayudando al paciente que no podría hacer sin la ayuda de la enfermera. Orem propone los métodos de asistencia de enfermería que se basan en la relación de ayuda y/o

suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son: actuar en lugar de la persona ayudando a la persona enferma en el aspecto físico y psicológico, promoviendo un entorno favorable al desarrollo personal. La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico en cada sistema de enfermeros”, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, basándose en una relación efectiva relacionada con la salud y recuperación del paciente.³⁴

II.c. HIPÓTESIS GLOBAL

Los factores de riesgo son de alto riesgo y los cuidados de enfermería son inadecuados en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina del hospital IV Augusto Hernández Mendoza Essalud, Ica –octubre 2018.

H.E. 1: Los factores de riesgo en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina según factores intrínsecos y extrínsecos son de alto riesgo.

H.E.2: Los cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina según planificación de los cuidados, cuidados de la úlcera, integridad de la piel, hidratación, movilización y evaluación de los cuidados son inadecuados.

II.d. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

Variable 1

Factores de riesgo de úlceras por presión.

Variable 2

Cuidados de enfermería

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Factores de riesgo:** Son aquellas características que favorecen las probabilidades que se presente daño en la salud.
- **Úlcera por presión:** Son lesiones que ocasionan discontinuidad en la integridad de los tejidos de la piel.
- **Adulto mayor:** Son todas aquellas personas que tienen de 60 años a más.
- **Cuidados de enfermería:** Llamadas así a aquellas actividades que realiza el Licenciado en Enfermería con el propósito de prevenir lesiones o daño en su estado de salud.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación realizada fue descriptiva, porque se presentaron las variables en su real comportamiento sin presentar alteraciones, cuantitativo porque la presentación de los resultados es con frecuencias y porcentajes, transversal ya que el instrumento fue aplicado en un momento específico haciendo un corte en el tiempo.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio fue realizado en el Hospital del Augusto Hernández Mendoza de la ciudad de Ica, ubicado en la Av. José Matías Manzanilla 652. El servicio de medicina se divide en medicina Interna y especialidades con un total de 34 camas.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población-muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores quienes se encontraban hospitalizados con diagnóstico de úlceras por presión y 15 licenciadas de enfermería que laboran en el servicio de Medicina.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica utilizada fue la observación para ambas variables con su instrumento la guía de observación. Para la primera variable se utilizó la Escala de Braden modificada con 22 reactivos y el instrumento de la segunda variable con 24 items. Ambos instrumentos pasaron control de calidad a través de los jueces expertos con la prueba binomial y la confiabilidad a través del coeficiente del Alfa de Cronbach.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El estudio fue diseñado a través del cumplimiento de pasos, en el cual se solicitó la autorización por parte de la Directora del Hospital y luego se procedió a informar al jefe del servicio, posteriormente a los participantes del estudio, luego se aplicaron los instrumentos recolectando los datos durante un periodo de tres meses acorde a los objetivos del estudio. Así también se tuvo en cuenta las consideraciones éticas; respecto a la autonomía en la cual se decidió la libre participación o retirarse del estudio, así también se aplicó el consentimiento informado. Respecto a beneficencia donde se persiguió el bien de los sujetos en estudio, y la justicia porque no se hizo discriminación con ningún participante.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez recolectado los datos, se codificó considerando las alternativas y se procedió a vaciar a la tabla matriz en el programa Excel, resultados que permitieron la elaboración de las tablas y gráficos. Para el análisis de los resultados se tuvo en cuenta los resultados finales.

Para obtener los rangos de medida se utilizó la sumatoria simple elaborando promedios y formar los rangos.

VARIABLE: FACTORES DE RIESGO DE UPP

Factores de riesgo intrínsecos

- Alto riesgo : 4 – 7
- Riesgo moderado : 8 – 11
- Bajo riesgo : 12 – 15

Factores de riesgo extrínsecos

- Alto riesgo : 2 – 3
- Riesgo moderado : 4 – 5
- Bajo riesgo : 6 – 7

VARIABLE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Planificación de los cuidados

- Adecuado : 7 – 8
- Inadecuado : 4 – 6

Cuidados de la úlcera

- Adecuado : 7 – 8
- Inadecuado : 4 – 6

Cuidados de integridad de la piel

- Adecuado : 7 – 8
- Inadecuado : 4 – 6

Cuidados de hidratación

- Adecuado : 7 – 8
- Inadecuado : 4 – 6

Cuidados de movilización

- Adecuado : 7 – 8
- Inadecuado : 4 – 6

Evaluación de los cuidados

- Adecuado : 7 – 8
- Inadecuado : 4 – 6

Global de la variable.

- Adecuado : 37 – 48
- Inadecuado : 24 – 36

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV. a. RESULTADOS:

TABLA 1

**DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	Fr	%
SEXO	Masculino	24	60
	Femenino	16	40
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	4	10
	Casada (o)	17	42.5
	Conviviente	8	20
	Viuda (o)	11	27.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	14	35
	Secundaria	20	50
	Superior	6	15
OCUPACIÓN	Jubilado	40	100
	Menos de 5 días	3	7.5
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	De 5 a 9 días	16	40
	De 10 a 14 días	20	50
	De 15 a más días	1	2.5
TOTAL		40	100

Se aprecia que el 60%(24) son de sexo masculino, 42.5%(17) son casadas (os), el 50%(20) tienen secundaria, el 100%(40) son jubilados y el 50%(20) tuvieron de 10 a 14 días hospitalizados.

TABLA 2

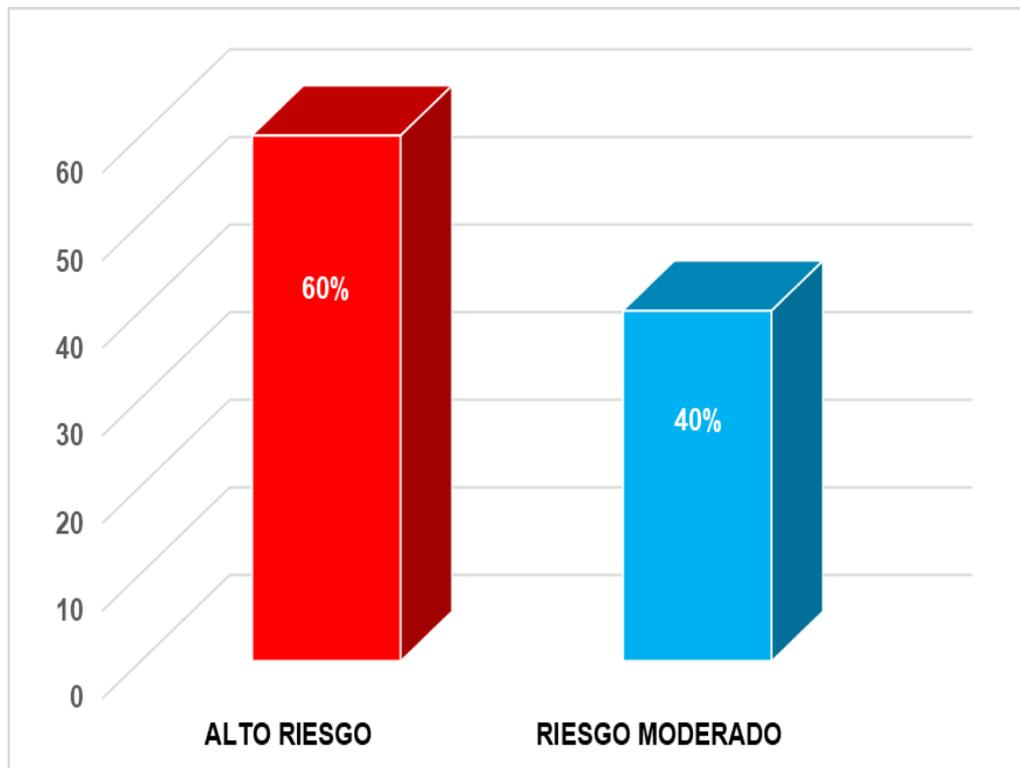
**DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN
EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ESSALUD, ICA –
OCTUBRE 2018**

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	Fr	%
EDAD	De 23 a 32 años	2	13.3
	De 33 a 42 años	6	40
	De 43 a 52 años	4	26.7
	Más de 52 años	3	20
TIEMPO DE TRABAJO EN EL SERVICIO	Menor de 1 año	3	20
	De 1 a 5 años	4	26.7
	De 6 a 10 años	4	26.7
	De 11 a 15 años	2	13.3
	De 16 a más años	2	13.3
GRADOS Y SEGUNDA ESPECIALIDAD	Especialidad	12	80
	Maestría	2	13.3
	Doctorado	1	6.7
TOTAL		15	100

El 80%(12) tienen especialidad, 40%(6) de las enfermeras tienen de 33 a 42 años y el 26.7%(4) tienen de 1 a 5 años laborando.

GRÁFICO 1

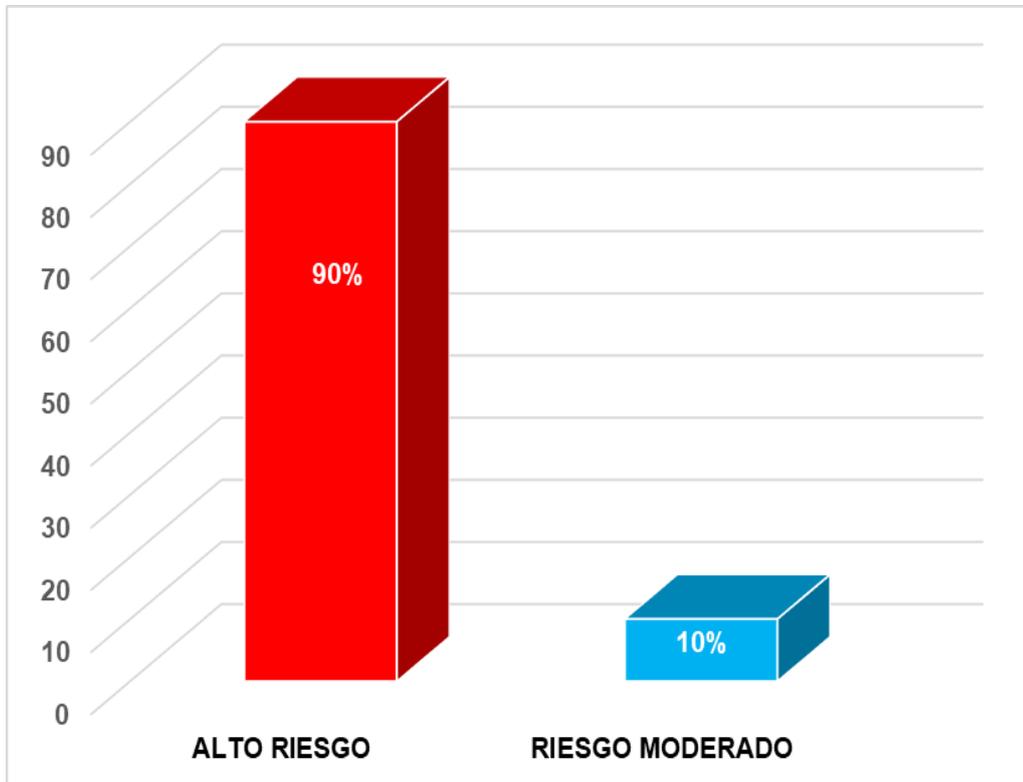
**FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS EN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ESSALUD, ICA –
OCTUBRE 2018**



En relación a los factores de riesgo intrínsecos, se observa que el 60%(24) presenta alto riesgo y el 40%(16) riesgo moderado.

GRÁFICO 2

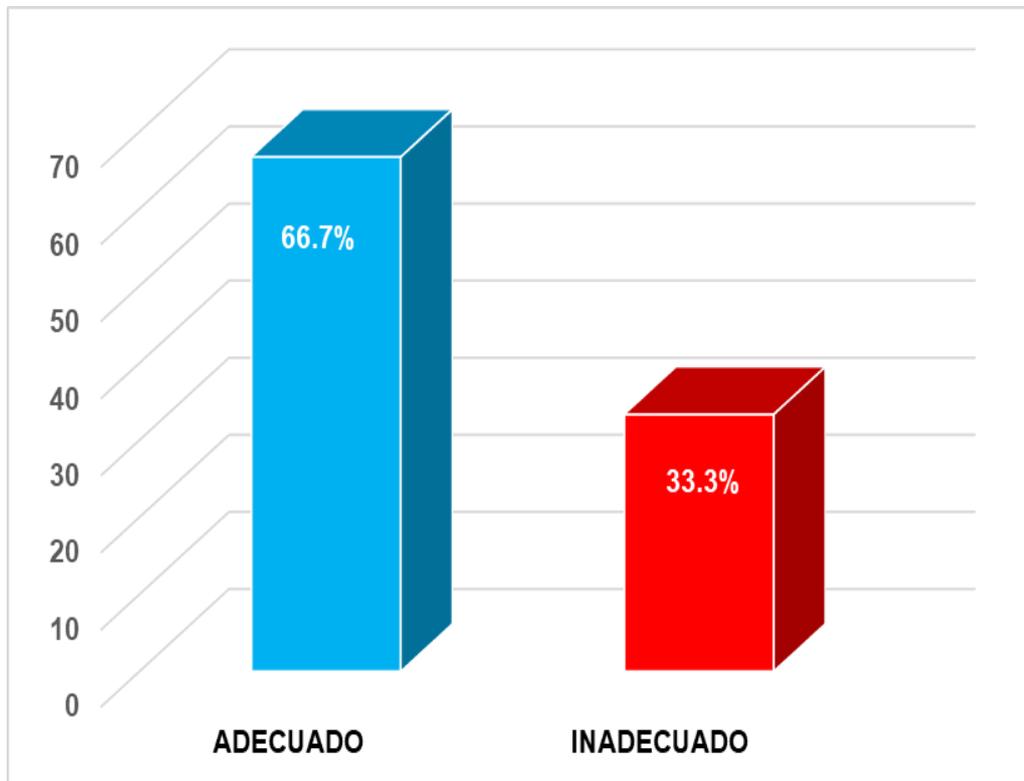
**FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS EN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ESSALUD, ICA –
OCTUBRE 2018**



En relación a los factores extrínsecos el 90%(36) presenta alto riesgo y el 10%(4) riesgo moderado.

GRÁFICO 3

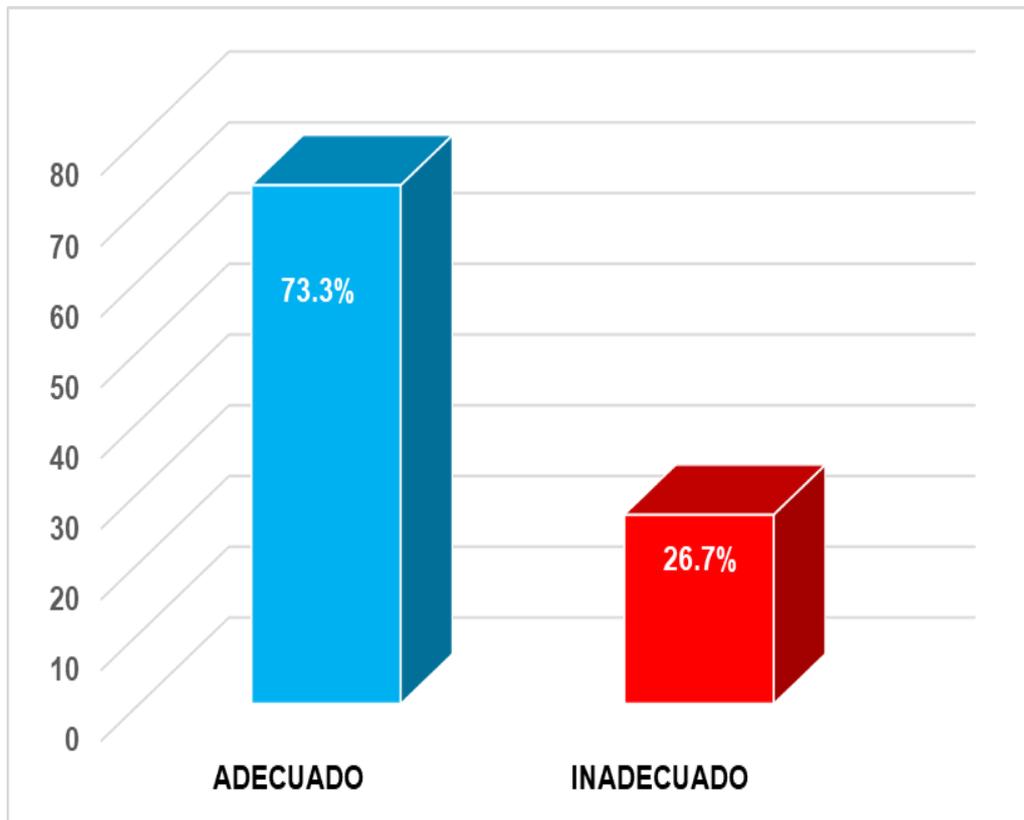
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN PLANIFICACIÓN DE LOS
CUIDADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA –
OCTUBRE 2018**



Se aprecia que los cuidados de enfermería según planificación de los cuidados, en el 66.7%(10) fue adecuado y el 33.3%(5) fue inadecuado.

GRÁFICO 4

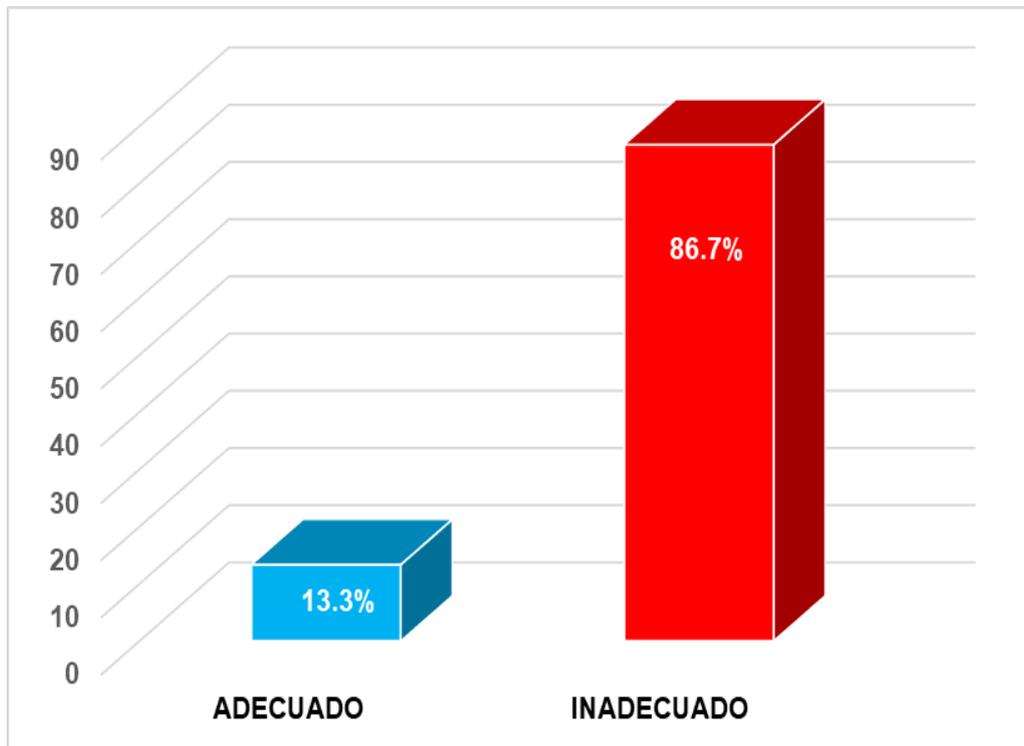
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE LA ÚLCERA EN
LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR
PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**



Se evidencia resultados respecto a los cuidados de enfermería según cuidados de la úlcera donde el 73.3%(11) fue adecuado y el 26.7%(4) fue inadecuado.

GRÁFICO 5

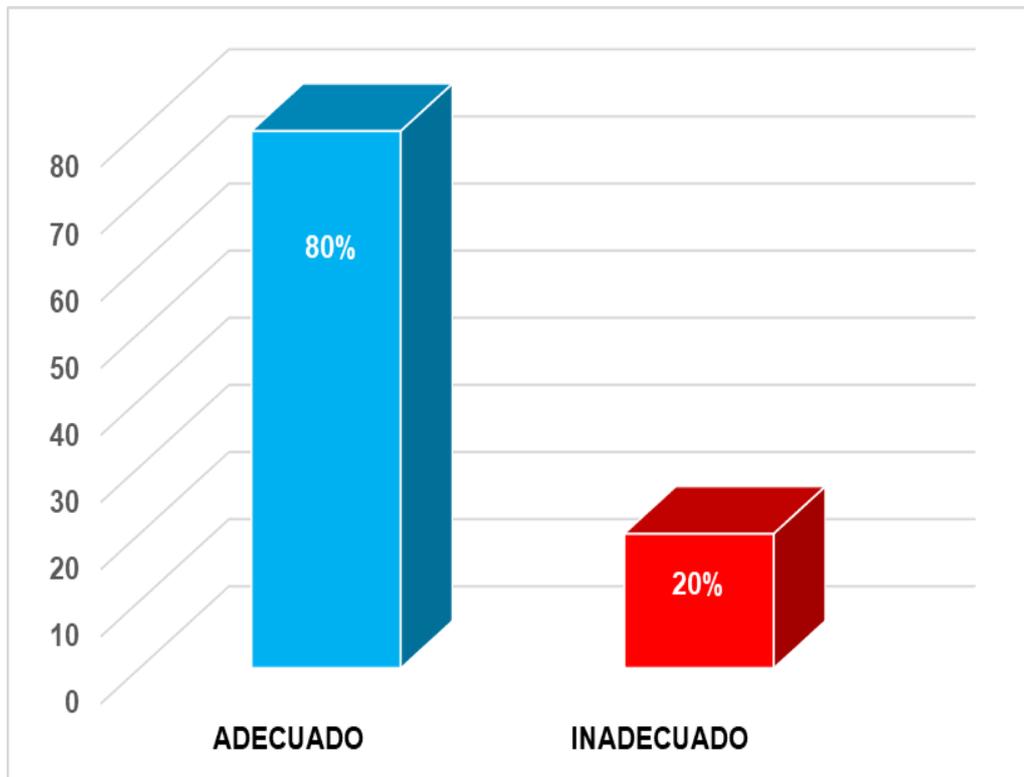
CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADO DE INTEGRIDAD DE LA PIEL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE 2018



Respecto a los cuidados de enfermería según cuidado de integridad de la piel; el 86.7%(13) fue inadecuado y el 13.3%(2) fue adecuado.

GRÁFICO 6

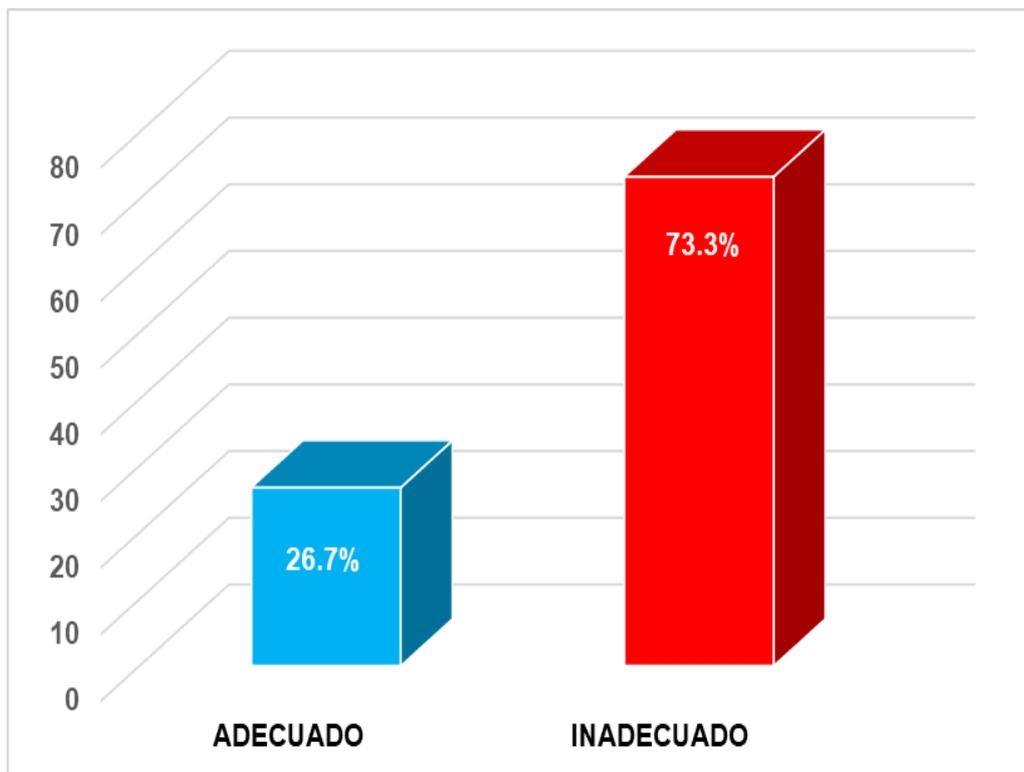
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE HIDRATACIÓN
EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS
POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**



Con respecto a los cuidados de enfermería según cuidados de hidratación el 80%(12) fue adecuado y el 20%(3) fue inadecuado.

GRÁFICO 7

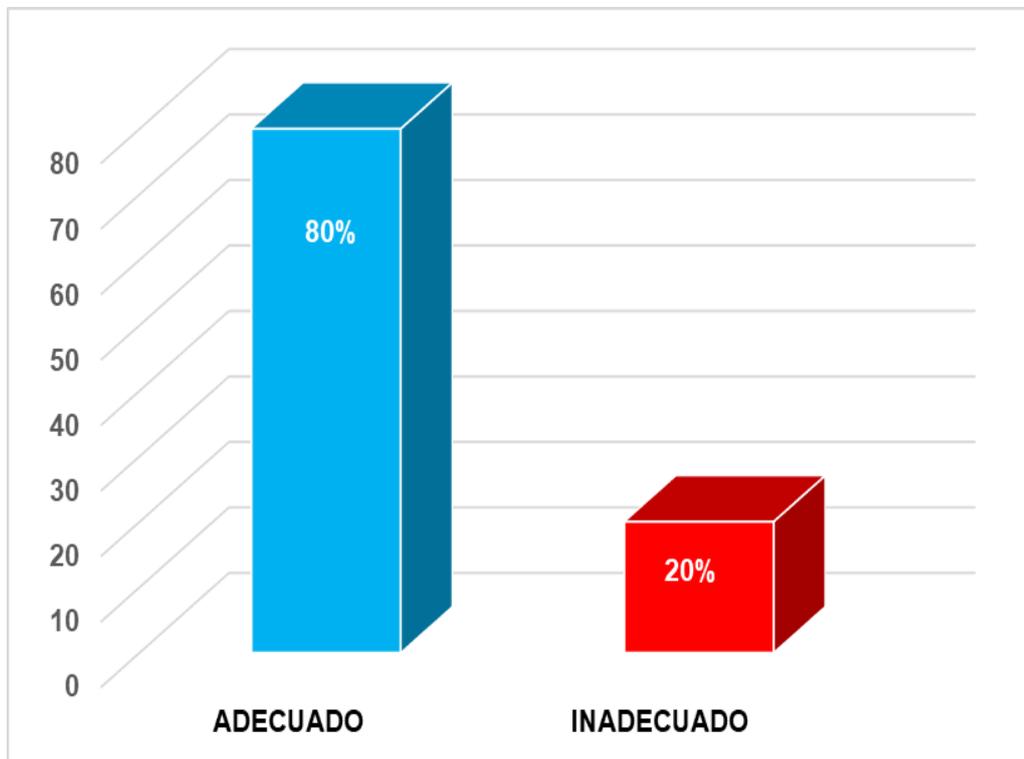
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE
MOVILIZACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**



Con respecto a los cuidados de enfermería según cuidados de movilización en el 73.3%(11) fue inadecuado y el 26.7%(4) fue adecuado.

GRÁFICO 8

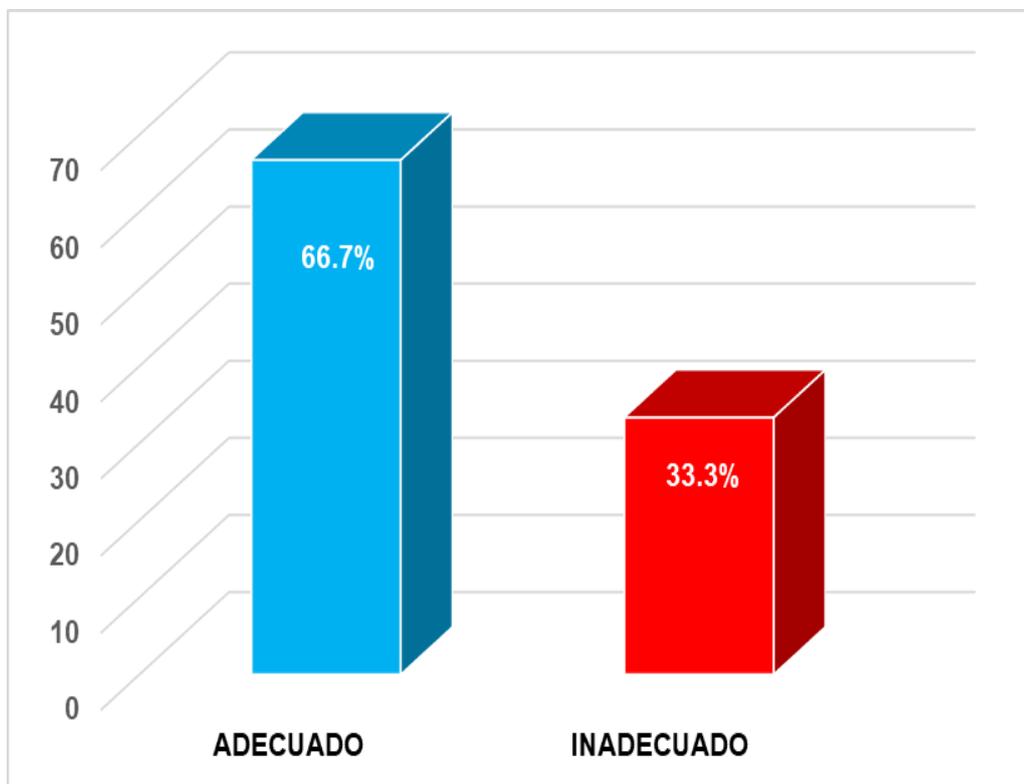
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN EVALUACIÓN DE LOS
CUIDADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL I V AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**



Se evidencia respecto a los cuidados de enfermería según evaluación de los cuidados en el 80%(11) fue adecuado y el 20%(4) fue inadecuado.

GRÁFICO 9

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA GLOBAL EN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN
EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**



Con respecto a los cuidados de enfermería global el 66.7%(10) fue adecuado y el 33.3%(5) fue inadecuado.

V. b. DISCUSIÓN:

Tabla 1: El 60% son de sexo masculino, 42.5% son casadas(os), el 50% tienen secundaria, el 100% son jubilados y el 50% tuvieron de 10 a 14 días hospitalizados, resultados diferentes a los obtenidos por Barba P, López R, Lucero T. ⁹ El 64% fueron de sexo femenino y 36% fueron varones, el 43% tuvo una estancia mayor a 5 días.

Respecto a los datos generales son adultos mayores y de sexo masculino lo cual se confirma de acuerdo a las estimaciones y proyecciones de población donde dan cuenta que la expectativa de vida es mayor en mujeres que varones hallándose resultados opuestos; siendo en su totalidad los pacientes en estudio de condición jubilados que es la etapa final de la vida activa protagonizada probablemente por la disminución de la economía y la propia salud; la estancia prolongada y el reposo en cama puede producir deterioro de la integridad tisular condicionando al desarrollo de ulceraciones en la piel.

Tabla 2: El 80% tienen especialidad, 40% de las enfermeras tienen de 33 a 42 años y el 26.7% tienen de 1 a 5 años laborando.

Estos hallazgos confirman que se establece una estrecha relación con el paciente y familia con mayor demanda en cantidad de horas de dedicación por parte del/la enfermera (o) y han desarrollado capacidades relacionadas a herramientas y habilidades frente al trabajo reforzado con los años de experiencia laboral promoviendo la mejora de la gestión del cuidado.

Gráfico 1: En relación a los factores de riesgo intrínsecos, el 60% presenta alto riesgo y el 40% riesgo moderado, datos que se pueden contrastar con los hallados por Barba P, López R, Lucero T. ⁹ donde las edades fluctuaron entre los 76 y los 95 años, un 59% la movilidad

limitada, el 51% la actividad motora disminuida; Cervantes E. ¹² se evidencia que el 44% tuvo desnutrición.

Los resultados encontrados ponen de manifiesto la relevancia de valorar los signos que indican que el paciente está en riesgo de desarrollar una úlcera por presión, hay que tener en cuenta la edad, su estado de nutrición pues muchos de los ancianos cuentan con varias enfermedades en su mayoría crónicas que le produce limitaciones en la movilidad favoreciendo la aparición de ulceraciones en la piel, esto implica que los pacientes permanecieron en cama debido a diversas patologías.

Gráfico 2: En relación a los factores extrínsecos el 90% presenta alto riesgo y el 10% riesgo moderado, hallazgos similares con Barba P, López R, Lucero T. ⁹ un 49% por la exposición a la humedad, Cervantes E. ¹² concluye un factor de riesgo de úlcera se relaciona con el estado nutricional, Bravo J. ¹⁴ predomina las deficiencias nutricionales en un 90%.

De acuerdo a los resultados encontrados se puede inferir que estos se encuentran íntimamente relacionados con el paciente desde el exterior y pueden provocar la aparición de úlceras por presión donde la humedad en la piel cambia el desempeño de la piel propiciando el peligro de reblandecimiento y el desarrollo de rozamiento con la superficie provocando la descamación y posterior ulceración.

Gráfico 3: Se aprecia que los cuidados de enfermería según planificación de los cuidados, en el 66.7% fue adecuado y el 33.3% fue inadecuado, resultados parecidos con Huamán E. ¹⁰ obtuvo para medidas preventivas en lesión por presión que el 41.30% fue medio; Bravo J. ¹⁴ en la dimensión protección de zonas vulnerables, son medianamente adecuadas en un 50%, inadecuadas 40%, adecuadas 10%.

Los resultados hallados son alentadores puesto que el trabajo de la profesional de enfermería debe conducir al establecimiento de cuidados eficientes y de calidad, elaborando y planificando planes de los cuidados de enfermería que garanticen la seguridad del usuario a través del protocolo de las actuaciones de enfermería que faciliten la labor asistencial con cuidados de calidad.

Gráfico 4: Según cuidados de la úlcera donde el 73.3% fue adecuado y el 26.7% fue inadecuado, resultados casi similares con Suárez D.¹³ 86% de los profesionales de enfermería brindaron nivel excelente en el cuidado de las úlceras por presión.

Por lo encontrado se deduce que el profesional de enfermería crea un campo estéril para la limpieza de la herida limpiando con solución salina teniendo presente la limpieza adecuada eligiendo el apósito elegido según el grado de lesión de la piel para ocluir la úlcera evitando presiones en la piel, esto requiere de conocimientos, destreza y una técnica y material estéril.

Gráfico 5: Respecto a los cuidados de enfermería según cuidado de integridad de la piel; el 86.7% fue inadecuado y el 13.3% fue adecuado, hallazgos que guardan similitud con Hoyos K, Mírez E.¹¹ el 96% de ellas no hacen la cama con pliegue para los dedos de los pies, el 91 % no humecta la piel.

Resulta imprescindible el mantenimiento de una correcta integridad cutánea por ello la higiene debe realizarse en forma diaria y limpiando con especial atención los pliegues corporales, pies, axilas y zonas íntimas; los cambios de pañal deben ser frecuentes porque es importante mantener la piel limpia y seca inspeccionando la ingle, nalgas y región sacra.

Gráfico 6: Según cuidados de hidratación el 80% fue adecuado y el 20% fue inadecuado y que se pueden comparar con Suárez D.¹³ el 67.4% fueron excelentes en los cuidados de hidratación.

En base a los datos obtenidos respecto a los cuidados de enfermería en su mayoría son realizados por el enfermero (a) para evitar su aparición, se debe tener en cuenta la importancia de la higiene y confort según la necesidad de cada paciente; se evidencia en la mayoría de los licenciados mantiene una buena hidratación del paciente poniendo en consideración que aún existe un mínimo porcentaje donde los cuidados fueron inadecuados; estos indicativos aceleran el proceso de ulceración y dificultan su recuperación por lo que se debe revertir esta situación presentada.

Gráfico 7: Según cuidados de movilización en el 73.3% fue inadecuado y el 26.7% fue adecuado, resultados opuestos con Suárez D.¹³ en el 44.2% presentó cuidados buenos en los cuidados de movilización.

Cuando una persona en este caso el paciente pasa mucho tiempo en cama se debe extremar los cuidados para evitar las posibles complicaciones, teniendo presente que puede llevar a la muerte por lo que se debe garantizar los cuidados necesarios; en esta dimensión los resultados no son alentadores resaltando que se trata de pacientes ancianos considerados como población vulnerable que por la estancia hospitalaria en cama supone un deterioro funcional significativo.

Gráfico 8: Se evidencia respecto a los cuidados de enfermería según evaluación de los cuidados en el 80% fue adecuado y el 20% fue inadecuado, hallazgos contrarios con Hoyos K, Mírez E.¹¹ solo el 17% de enfermeras registra las intervenciones en las notas de enfermería.

Actualmente existe preocupación por realizar la evaluación de los procesos de los cuidados, en dicho servicio ya cuenta por lo menos en un turno con una responsable para valorar los avances de los cuidados, sin embargo todavía se encuentra omisión en algunos turnos, concernientes a la valoración y registro respecto a úlceras por presión ya que la priorización de otras alteraciones o necesidades del paciente son más importantes para ella en la recuperación.

Gráfico 9: Con respecto a los cuidados de enfermería global el 66.7% fue adecuado y el 33.3% fue inadecuado y que guardan similitud con Suárez D. ¹³ en forma global el 72.1% brindó cuidados excelentes a los pacientes.

Por lo encontrado se debe concientizar al personal de enfermería como elemento clave en la prevención de las úlceras por presión mediante la valoración al anciano acerca de la identificación oportuna de presencia de factores de riesgo o el grado de lesión para realizar su tratamiento en base a sus guías clínicas estandarizadas; se sabe que la educación en servicio es un factor de impacto positivo para realizar una adecuada identificación y clasificación de las úlceras basadas en la evidencia científica y que debe ser de conocimiento de todo el equipo del salud.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES:

1. Los factores de riesgo según factores intrínsecos y extrínsecos son de alto riesgo en los pacientes hospitalizados por lo que se acepta la hipótesis planteada para esta variable.
2. Los cuidados de enfermería según integridad de la piel y movilización son inadecuados aceptándose la hipótesis para estas dimensiones y en planificación, cuidados de la úlcera, hidratación y evaluación de los cuidados son adecuados rechazándose la hipótesis planteada para estas dimensiones.

V. b. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a los jefes de servicio ceñirse a los estándares y protocolos de atención específicos en el cuidado de las úlceras por presión en donde participen los profesionales en su totalidad así como los familiares de los pacientes quienes son de mucha ayuda, por otro lado, el profesional de enfermería debe realizar una valoración adecuada del grado en que se encuentran y de la elaboración idónea en las anotaciones de enfermería, en donde debe existir los planes a seguir en el cuidado de las lesiones en los pacientes, quienes son una población vulnerable y que presentan alto riesgo de padecer este tipo de heridas.
- Se debe evaluar los cuidados que los profesionales de enfermería realizan y además identificar sus limitaciones para plantear estrategias de mejora relacionadas a los cuidados y que estos sean cumplidos a cabalidad, es recomendable enseñar a los familiares sobre la importancia de los cambios posturales, hidratación de la piel, alimentación e higiene que deben de realizarse de forma diaria en el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Primer consenso de úlceras por presión. Bases para la implementación de un programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión Año 2014 – 2017 1° edición. Ciudad de Buenos Aires, República Argentina Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2016 254 páginas. ISBN 978-950-629-022-1
2. Bereded D, Hassen M, Eredie A. Prevalencia y factores de riesgo de úlcera por presión en pacientes adultos hospitalizados; Estudio de un solo centro de Etiopía. BMC Res Notes (2018) 11: 847
3. Benaim F, Neira J. Primer consenso de úlceras por presión (PriCUPP). Bases para la implementación de un programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2017. [Citado 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.acamedbai.org.ar/PriCUPP.pdf>
4. Kaşıkçı M, Aksoy M. Investigación de la prevalencia de úlceras por presión y factores de riesgo relacionados con el paciente en hospitales de la provincia de Erzurum: un estudio transversal. Turquía. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29776817/>
5. Barrera J, Pedraza M, Pérez G, Hernández P, Reyes J, Padilla M. Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF. Gerokomos. 2016 Dic; 27(4): 176-181. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400009&lng=es [citado 25 enero 2019]
6. Hospital Nacional Hipólito Unanue – Oficina de epidemiología y salud ambiental. Análisis situacional de salud. 2017 – 2018. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/oficina-de-epidemiologia-y-saludambiental/documentos-asis/>

7. EsSalud advierte que las úlceras por presión son lesiones simples, pero pueden causar la muerte. [sede web]. Lima - Perú: EsSalud; 2017 [Acceso 28 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-advier-te-que-las-ulceras-porpresion-son-lesiones-simples-pero-pueden-causar-la-muerte/>
8. Araujo N. Proyecto de formación de la unidad de úlceras por presión. Lima Perú. 2016. Hospital Augusto Hernández Mendoza Departamento de Enfermería.
9. Barba P, López R, Tania L. Prevalencia de factores de riesgo asociados a úlceras por presión en adultos mayores del Hogar Cristo Rey. [Tesis licenciatura]. Cuenca. 2015. [Fecha de acceso el 15 de agosto del 2018]. Disponibilidad en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23001>
10. Huamán E. Atención de enfermería en la prevención de lesiones por presión en pacientes de UCI de un hospital, Lima. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2999/TESIS%20Huam%C3%A1n%20Eloy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
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. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3346/tesis%20hoyos%20y%20mires%20.pdf?sequence=1&isallowed=y>
12. Cervantes E. Riesgo de úlceras por presión relacionado al estado nutricional de los pacientes adultos mayores con estancia prolongada en un hospital público de Huánuco. [Tesis licenciatura]. Huánuco. 2016. [Fecha de acceso el 16 de agosto del 2018]. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/121/T_047_46685364_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. 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. [Tesis licenciatura]. Huánuco. 2016. [Fecha de acceso el 16 de agosto del 2018]. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/145/T_047_44477213_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Bravo J. Factores de riesgo de úlceras por presión y medidas preventivas en el cuidado del adulto mayor en enfermeras del servicio de Medicina Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Ica. Biblioteca Universidad San Juan Bautista Filial Ica. 2015
15. Arango C, Fernández O, Torres B. Úlceras por presión. Capítulo 21. Tratado de geriatría para residentes. pag.217.
16. Ulceras.net, Úlceras por presión: epidemiología. [Sede web] 2015. Disponible en:<http://www.ulceras.net/monograficos/86/96/ulceras-por-presioneepidemiologia.html>
17. Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatría. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
18. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003. Revisión 27/04/2003. [Fecha de acceso el 17 de septiembre del 2018]. Disponibilidad en: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>
19. Úlceras por presión. [Sede web]. [Fecha de acceso 27 de agosto del 2018]. Disponibilidad en: <http://www.tena.com.co/cuidadores/aprendiendo-acuidar/ulceras-por-presion/>
20. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo; 2017. [Fecha de acceso 5 de octubre del 2018]. Disponibilidad en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- 21.** Organización Panamericana de Salud. Úlceras por presión: Guía de diagnóstico y manejo. [Fecha de acceso el 9 de octubre del 2018]. Disponibilidad en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf>
- 22.** Blümel M, Tirado K, Schiele C, Schönfeldt F, Salvador C. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. 2004. Rev. Med. Chile V.132 N°.5. [Fecha de acceso el 20 de octubre del 2018]. Disponibilidad en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500009
- 23.** Blanco J. Definición y clasificación de las úlceras por presión. Revisión de conjunto. Barcelona: Unidad de lesionados medulares Hospitals Vall d'Hebron; España. 2003. [Fecha de acceso el 21 de octubre del 2018]. Disponibilidad en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/26068/1/545034.pdf>
- 24.** Soto I, Zavala M. Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión en el anciano hospitalizado. Editorial Gerokomos. Chile. 2003. Pág. 157- 64.
- 25.** Soldevilla J, Torra J, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, et al. 2º Estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en España: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Editorial Gerokomos. España. 2005. Pág 154 – 72.
- 26.** Rodríguez M, Soldevilla J. Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Editorial Gerokomos. España. 2007. Pág. 36 - 51
- 27.** García E. Mantenimiento de la integridad cutánea. [Diapositiva]. México: SlideShare; 2011. 43 diapositivas. [Fecha de acceso el 05 de noviembre del 2018]. Disponibilidad en:

<https://es.slideshare.net/gariano/mantenimiento-de-la-integridad-cutnea>

28. García F, Soldevilla J, Pancorbo L, Verdú J, López P, Rodríguez M. Prevención de UPP el documento del grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). documento técnico gneaupp N° 1 prevención de úlceras por 2º edición 2014.
29. Mencía V. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: editorial Formación Alcalá. España. 2003
30. Iyer P, Taptich B, Bernocchi D. Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Mc Graw- Hill Interamericana; 1997. p 286-313
31. Fundamentos UNS. El cuidado. [Internet] Blogger; 2012 [Fecha de acceso el 05 de noviembre del 2018]. Disponibilidad en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/betty-newman.html>
32. Armas K. Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el Servicio de Medicina del HNDAC– 2006. [Tesis de licenciatura] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006
33. Modelos enfermeros. Modelo de sistemas: Betty Neuman. [En línea]. España. 2013. [Fecha de acceso el 05 de noviembre del 2018]. Disponibilidad en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/betty-neuman.html>
34. Dorothea Orem. El Cuidado. [Sitio web] Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>.

BIBLIOGRAFÍA

- Arango C, Fernández O, Torres B. Úlceras por presión. Capítulo 21. Tratado de geriatría para residentes. pag.217.
- Ayedo E, Braden B. Valoración del riesgo de úlceras por presión es tan importante. Nursing 2002; 20 (5): 8-13
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ta Ed. México: McGraw-Hill – Interamericana Editores S.A de C.V; 2010
- Iyer P, Taptich B, Bernocchi D. Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería. México: Mc Graw- Hill Interamericana; 1997. p 286-313
- Mantilla S, Pérez O, Sánchez L. Identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores institucionalizados de Norte de Santander. Rev Mov Cient. 9(1): 33-40. 2015
- Mencía V. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: editorial Formación Alcalá. España. 2003.
- Rodríguez M, Soldevilla J. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión? Gerokomos 2007; 18 (1): 36-51
- Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender.6ta Ed. España: Editorial Elsevier Mosby, 2007.p (32).
- Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriatría. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- Soldevilla J, Torra J, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J et al. 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006; 17 (3): 154-72.
- Soto I, Zavala M. Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión en el anciano hospitalizado. Gerokomos 2003; 14 (3): 157-64.

- Soto O, Barrios S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria *Ciencia y Enfermería* XVIII (3), 2012

ANEXOS

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Cuidados de enfermería	El cuidado debe ser entendido en la línea de la esencia humana y ha de estar presente en cada etapa.	Son las atenciones y cuidados que recibe el adulto mayor cuando se encuentra internado en el servicio de medicina se valorará con la aplicación de una guía de observación obteniendo valores de adecuado e inadecuado.	Planificación de los cuidados Cuidados de la úlcera. Cuidados de la integridad de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación céfalo caudal. • Revisa estado de la piel • Registra factores de riesgo • Orienta a la familia sobre la prevención de úlceras por presión. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantiene la piel limpia y seca. ✓ Supervisa el cambio de los pañales húmedos. ✓ Limpia las lesiones con gasa estéril. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliza los elementos necesarios (almohadas, guantes de agua, cojines, cobertores) para cuidado de las prominencias óseas.

			<p>Cuidados de hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza masajes corporales para evitar enrojecimiento de la piel. ▪ Supervisa que la ropa de cama se encuentra limpia y sin pliegues. ▪ Utiliza una crema hidratante en zonas sobresalientes. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valora los ingresos y egresos de los líquidos. ➤ Brindar la ayuda necesaria para ingesta de líquidos. ➤ Supervisa el baño de esponja. Mantiene mucosa oral húmeda.
			<p>Cuidados de movilización</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza movilización cada 2 o 3 horas ✓ Realiza ejercicios pasivos en las extremidades.

			<p>Evaluación de los cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utiliza superficies dinámicas como colchonetas alternantes de aire. ❖ Anota en la historia clínica el estado general del paciente ❖ Evalúa intervenciones de enfermería en la historia clínica. ❖ Reporta sobre el estado de la piel paciente al final de turno ❖ Clasifica las úlceras por presión en estadios y grados
--	--	--	-----------------------------------	--

ANEXO N° 2
INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.- SEXO

- a. Masculino
- b. Femenino

2.- ESTADO CIVIL

- a. Soltero(a)
- b. Casada(o)
- c. Conviviente
- d. Viuda(o)

3.- GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior

4.- OCUPACIÓN

- a. Ama de casa
- b. Trabaja dependiente
- c. Trabaja independiente
- d. Jubilado

5.- TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

- a. Menos de 5 días
- b. De 5 a 9 días
- c. De 10 a 14 días
- d. De 15 a más días.

INSTRUMENTO

GUIA DE OBSERVACIÓN (ESCALA DE BRADEN MODIFICADA)

FACTORES INTRÍNSECOS			SI	NO	OBS.
Estado físico general	1	Incapacidad para sentir o expresar dolor.			
	2	Capacidad limitada para sentir o expresar dolor.			
	3	Capacidad ligeramente limitada para sentir o expresar dolor.			
	4	Sin limitaciones para sentir o expresar dolor.			
Movilidad	1	Completamente inmóvil (No puede moverse por sí solo).			
	2	Paciente no puede andar o deambula con limitación (En silla de ruedas).			
	3	Paciente deambula ocasionalmente con o sin ayuda por tramos cortos (Pasa gran parte del día en silla de ruedas).			
	4	Paciente deambula sin problemas (Deambula dentro o fuera de su ambiente por lo menos durante 2 horas al día).			
Estado nutricional	1	Mal estado (No ingiere alimentos por si solo).			
	2	Estado nutricional regular (Raramente consume alimentos completos).			

	3	Estado nutricional normal (Consume más de la mitad de todos los alimentos, al menos 4 comidas al día).			
	4	Estado excelente (Ingiere la totalidad de sus alimentos, nunca se rehúsa a comer).			
Edad	1	De 60 a 70 años			
	2	De 71 a 80 años			
	3	De 81 a más años			
FACTORES EXTRÍNSECOS					
Roce y peligros de lesión	1	Requiere de movilización con ayuda (Existe riesgo de exposición a fricción, cizalla o presión)			
	2	Paciente se mueve muy débilmente (Riesgo de roce o lesiones de intensidad media).			
	3	Paciente se mueve normalmente (No existe riesgo de padecer lesiones).			
Exposición a la humedad	1	Exposición constante a la humedad (Sudoración, orina, etc.).			
	2	Presenta humedad a menudo (La ropa de cama esta húmeda y debe de ser cambiada regularmente).			
	3	Presenta humedad ocasional (La ropa de cama presenta humedad ocasional, debe de cambiarse al menos una vez al día).			
	4	Presenta humedad rara vez (La piel se presenta generalmente seca).			

DATOS GENERALES DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA

1. EDAD

- a) De 23 a 32 años
- b) De 33 a 42 años
- c) De 43 a 52 años
- d) Más de 52 años

2. TIEMPO DE TRABAJO EN EL SERVICIO

- a) Menor de 1 año
- b) De 1 a 5 años
- c) De 6 a 10 años
- d) De 11 a 15 años
- e) De 16 a más años

3. GRADOS ALCANZADOS

- a) Especialidad
- b) Maestría
- c) Doctorado

**GUÍA DE OBSERVACIÓN
CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

N°	ITEMS	SI	NO	OBS.
PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS				
1	La Lic. Evalúa al paciente de forma cefalo caudal durante el ingreso del paciente.			
2	La Lic. Reporta sobre el estado de la piel del paciente en sus notas de enfermería.			
3	La Lic. registra los factores de riesgo que predisponen al paciente en la aparición de úlceras por presión			
4	La Lic. orienta a la familia sobre la prevención de las úlceras por presión			
CUIDADOS DE LA ÚLCERA				
5	La Lic. Utiliza suero fisiológico para la higiene de la úlcera por presión así como el secado posterior.			
6	La Lic. realiza la limpieza y curación adecuada la úlcera por presión			
7	La Lic. Realiza la limpieza de las lesiones con gasa estéril.			
8	La Lic. Selecciona el tipo de apósito según el estado de la úlcera por presión			
CUIDADOS DE INTEGRIDAD DE LA PIEL				
9	La Lic. Utiliza los materiales necesarios como almohadas, guantes con agua, etc. para el cuidado de las prominencias óseas.			
10	La Lic. Realiza masajes corporales para evitar enrojecimiento de la piel.			
11	La Lic. supervisa que la ropa de cama se			

	encuentre limpia y sin pliegues			
12	La Lic. Utiliza crema hidratante en prominencias óseas.			
CUIDADOS DE HIDRATACIÓN				
13	La Lic. valora los ingresos y egresos de líquidos			
14	La Lic. apoya al paciente en la ingesta de líquidos orales			
15	La Lic. Supervisa el baño de esponja que se realiza al paciente.			
16	La Lic. Mantiene mucosas orales húmedas.			
CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN.				
17	La Lic. Realiza los cambios de posición para aliviar la presión de la piel cada 2 horas.			
18	La Lic. Mantiene los cambios posturales según grado de compromiso del paciente.			
19	La Lic. Le realiza al paciente ejercicios pasivos en miembros inferiores y superiores.			
20	La Lic. Utiliza superficies de alivio para evitar la presencia de zonas de presión			
EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS				
21	La Lic. Anota el estado general del paciente en la historia clínica.			
22	La Lic. Evalúa las intervenciones de enfermería realizadas en el paciente.			
23	La Lic. Reporta sobre el estado de la piel al final del turno			
24	La Lic. Realiza la clasificación de las úlceras por presión utilizando escalas de identificación			

ANEXO N°3
TABLAS DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	CÓDIGO
SEXO	Masculino	1
	Femenino	2
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	1
	Casada (o)	2
	Conviviente	3
	Viuda (o)	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior	3
OCUPACIÓN	Ama de casa	1
	Trabaja dependiente	2
	Trabaja independiente	3
	Jubilado	4
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	Menos de 5 días	1
	De 5 a 9 días	2
	De 10 a 14 días	3
	De 15 a más días	4

DATOS GENERALES DE ENFERMERAS

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	CÓDIGO
EDAD	De 23 a 32 años	1
	De 33 a 42 años	2
	De 43 a 52 años	3
	Más de 52 años	4
TIEMPO DE TRABAJO EN EL SERVICIO	Menor de 1 año	1
	De 1 a 5 años	2
	De 6 a 10 años	3
	De 11 a 15 años	4
	De 16 a más años	5
GRADOS Y SEGUNDA ESPECIALIDAD.	Especialidad	1
	Maestría	2
	Doctorado	3

CODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS

FACTORES DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Factores intrínsecos	
Estado físico general	
1	Incapacidad para sentir o expresar dolor.
2	Capacidad limitada para sentir o expresar dolor.
3	Capacidad ligeramente limitada para sentir o expresar dolor.
4	Sin limitaciones para sentir o expresar dolor.
Movilidad	
1	Completamente inmóvil (No puede moverse por sí solo).
2	Paciente no puede andar o deambula con limitación (En silla de ruedas).
3	Paciente deambula ocasionalmente con o sin ayuda por tramos cortos (Pasa gran parte del día en silla de ruedas).
4	Paciente deambula sin problemas (Deambula dentro o fuera de su ambiente por lo menos durante 2 horas al día).
Estado nutricional	
1	Mal estado (No ingiere alimentos por si solo).
2	Estado nutricional regular (Raramente consume alimentos completos).
3	Estado nutricional normal (Consume más de la mitad de todos los

	alimentos, al menos 4 comidas al día).
4	Estado excelente (Ingiere la totalidad de sus alimentos, nunca se rehúsa a comer).
Edad	
1	De 60 a 70 años
2	De 71 a 80 años
3	De 81 a más años

Factores extrínsecos	
Roce y peligros de lesión	
1	Requiere de movilización con ayuda (Existe riesgo de exposición a fricción, cizalla o presión)
2	Paciente se mueve muy débilmente (Riesgo de roce o lesiones de intensidad media).
3	Paciente se mueve normalmente (No existe riesgo de padecer lesiones).
Exposición a la humedad	
1	Exposición constante a la humedad (Sudoración, orina, etc.).
2	Presenta humedad a menudo (La ropa de cama esta húmeda y debe de ser cambiada regularmente).
3	Presenta humedad ocasional (La ropa de cama presenta humedad ocasional, debe de cambiarse al menos una vez al día).
4	Presenta humedad rara vez (La piel se presenta generalmente seca).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS		
N°	SI	NO
1 – 4	2	1
CUIDADOS DE LA ÚLCERA		
1 – 4	2	1
CUIDADOS DE INTEGRIDAD DE LA PIEL		
1 – 4	2	1
CUIDADOS DE HIDRATACIÓN		
1 – 4	2	1
CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN		
1 – 4	2	1
EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS		
1 – 4	2	1

ANEXO N° 4

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE LA PRUEBA BINOMIAL – JUECES DE EXPERTOS

ITEMS	EXPERTO N° 1	EXPERTO N° 2	EXPERTO N° 3	EXPERTO N° 4	EXPERTO N° 5	P
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	0	1	1	1	0.062
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	0	1	1	0.062
7	1	1	1	1	1	0.031
					ΣP	0.248

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

N = Número de jueces de expertos

$$P = \frac{\Sigma P}{\text{N° de ítems}}$$

$$P = \frac{0.248}{5}$$

$$P = 0.0496$$

Si $P \leq 0.05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido. Por lo tanto, al obtener 0.0496 el instrumento planteado es válido.

ANEXO N° 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO TRAVÉS DEL COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de la investigación, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de confiabilidad:

VARIABLE	ALFA DE CRONBACH
VARIABLE 1	0.86
VARIABLE 2	0.85

Para que el Instrumento sea confiable α debe ser ≥ 0.5 y mientras más se acerque a 1 este será más confiable, por lo tanto, con los datos obtenidos podemos decir que el instrumento es altamente confiable.

ANEXO N° 6

TABLA MATRÍZ DE DATOS GENERALES Y VARIABLES

N°	DATOS GENERALES					FACTORES DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN								TOTAL
	1	2	3	4	5	FACTORES INTRÍNSECOS					FACTORES EXTRÍNSECOS			
						1	2	3	4	ST	5	6	ST	
1	2	1	1	4	2	1	1	1	1	4	1	1	2	6
2	1	2	2	4	1	4	1	1	2	8	2	2	4	12
3	2	4	2	4	3	2	1	1	3	7	1	1	2	9
4	1	3	2	4	2	1	1	1	2	5	1	1	2	7
5	1	2	1	4	2	2	1	1	2	6	1	1	2	8
6	2	2	3	4	3	3	1	1	3	8	1	1	2	10
7	2	4	2	4	3	4	2	2	3	11	2	2	4	15
8	1	4	2	4	3	2	1	1	2	6	1	1	2	8
9	1	2	3	4	2	2	1	1	2	6	1	1	2	8
10	2	4	1	4	3	3	2	2	3	10	1	1	2	12

11	1	2	2	4	3	2	2	2	3	9	1	2	3	12
12	1	1	2	4	2	2	1	1	2	6	1	1	2	8
13	2	3	3	4	1	1	1	1	2	5	1	1	2	7
14	2	2	3	4	3	1	1	1	2	5	1	1	2	7
15	1	2	2	4	1	3	2	2	3	10	1	1	2	12
16	1	4	3	4	2	2	2	2	3	9	1	2	3	13
17	1	2	2	4	3	4	2	2	3	11	2	2	4	15
18	2	3	1	4	2	3	2	2	3	10	1	1	2	12
19	1	2	1	4	2	3	1	1	2	7	1	1	2	9
20	1	3	3	4	3	2	1	1	2	6	1	1	2	8
21	2	4	2	4	3	2	1	1	2	6	1	1	2	8
22	1	2	3	4	2	2	1	1	2	6	1	1	2	8
23	1	4	2	4	2	2	1	1	2	6	1	1	2	8
24	2	3	2	4	2	1	1	1	2	5	1	1	2	7
25	1	2	2	4	3	3	2	2	3	10	2	2	4	14
26	1	4	2	4	3	2	1	1	3	7	1	1	2	9

27	1	1	3	4	2	2	1	1	2	6	1	1	2	8
28	2	1	3	4	3	2	1	1	2	6	1	1	2	8
29	2	2	2	4	2	3	1	1	3	8	1	1	2	10
30	1	3	2	4	3	2	1	1	2	6	1	1	2	8
31	1	2	2	4	3	2	2	2	3	9	1	2	3	12
32	1	2	3	4	2	2	1	1	2	6	1	1	2	8
33	1	4	3	4	4	3	1	1	3	8	1	1	2	10
34	2	2	2	4	3	2	1	1	3	7	1	1	2	9
35	2	4	3	4	3	2	1	1	3	7	1	1	2	9
36	1	2	1	4	3	1	1	1	3	6	1	1	2	8
37	1	3	3	4	2	3	1	1	3	8	1	1	2	10
38	2	4	2	4	2	2	2	2	3	9	2	1	3	13
39	1	3	3	4	3	3	1	1	3	8	1	1	2	10
40	2	2	2	4	3	1	1	1	3	6	1	1	2	8

N°	CUIDADOS DE ENFERMERÍA																	
	1	2	3	PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS					CUIDADOS DE LA ÚLCERA					CUIDADOS DE INTEGRIDAD DE LA PIEL				
				1	2	3	4	ST	5	6	7	8	ST	9	10	11	12	ST
1	1	1	1	2	2	1	1	6	2	1	2	1	6	2	1	1	1	5
2	2	3	2	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8
3	3	2	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5
4	4	2	1	2	2	1	1	6	2	1	2	2	7	2	1	1	1	5
5	2	4	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	2	1	6
6	2	1	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5
7	3	3	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4
8	4	2	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5
9	3	5	3	2	2	1	1	6	1	1	2	2	6	2	1	1	1	5
10	1	3	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5
11	2	5	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5
12	4	1	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5

13	2	4	2	1	2	1	1	5	1	1	2	1	5	1	1	1	1	4
14	3	2	1	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	1	2	2	7
15	2	3	1	2	2	2	1	7	2	1	2	2	7	2	1	1	1	5

N°	CUIDADOS DE ENFERMERÍA															
	CUIDADOS DE HIDRATACIÓN					CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN					EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS					
	13	14	15	16	ST	17	18	19	20	ST	21	22	23	24	ST	
1	2	2	2	2	8	2	2	1	1	6	2	2	2	2	8	
2	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5	2	2	2	2	8	
3	1	1	1	1	4	1	2	2	2	7	2	2	2	1	7	
4	1	2	2	2	7	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5	
5	2	2	2	2	8	2	1	1	2	6	2	2	2	2	8	
6	2	2	2	2	8	2	2	1	1	6	2	2	2	2	8	
7	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5	
8	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5	2	2	2	2	8	
9	2	2	2	2	8	2	2	2	1	7	2	2	1	1	6	

10	2	2	2	2	8	2	2	1	1	6	2	2	2	2	8
11	2	2	2	2	8	2	2	2	1	7	2	2	2	2	8
12	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5	2	2	2	2	8
13	1	1	1	2	5	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5
14	2	2	2	2	8	2	2	1	2	7	2	2	2	2	8
15	2	2	2	2	8	2	1	1	1	5	2	2	2	2	8

VARIABLE CUIDADOS DE ENFERMERIA (SUBTOTALES)

N°	PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS	CUIDADOS DE HIGIENE	CUIDADOS DE INTEGRIDAD DE LA PIEL	CUIDADOS DE HIDRATACIÓN	CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN	EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS	TOTAL
1	6	6	5	8	6	8	39
2	8	8	8	8	5	8	45
3	8	8	5	4	7	7	36
4	6	7	5	7	4	5	34
5	8	8	6	8	6	8	44
6	8	8	5	8	6	8	43
7	4	4	4	4	4	5	25
8	8	8	5	8	5	8	42
9	6	6	5	8	7	6	36
10	8	8	5	8	6	8	43
11	8	8	5	8	7	8	44
12	8	8	5	8	5	8	42

13	5	5	4	5	4	5	28
14	8	8	7	8	7	8	46
15	7	7	5	8	5	8	40

ANEXO N° 7

TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

TABLA 3

**FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS EN PACIENTES CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZAESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

FACTORES INTRÍNSECOS	Fr	%
ALTO RIESGO	24	60
RIESGO MODERADO	16	40
TOTAL	40	100

TABLA 4

**FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS EN PACIENTES CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZAESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

FACTORES EXTRÍNSECOS	Fr	%
ALTO RIESGO	36	90
RIESGO MODERADO	4	10
TOTAL	40	100

TABLA 5

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN PLANIFICACIÓN DE
LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS	Fr	%
ADECUADO	10	66.7
INADECUADO	5	33.3
TOTAL	15	100

TABLA 6

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE LA ÚLCERA EN
LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ÚLCERAS POR
PRESIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

CUIDADOS DE HIGIENE	Fr	%
ADECUADO	11	73.3
INADECUADO	4	26.7
TOTAL	15	100

TABLA 7

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADO DE INTEGRIDAD
DE LA PIEL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

CUIDADOS DE INTEGRIDAD DE LA PIEL	Fr	%
ADECUADO	2	13.3
INADECUADO	13	86.7
TOTAL	15	100

TABLA 8

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE HIDRATACIÓN
EN LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN
DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
IV AGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

CUIDADOS DE HIDRATACIÓN	Fr	%
ADECUADO	12	80
INADECUADO	3	20
TOTAL	15	100

TABLA 9

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN CUIDADOS DE
MOVILIZACIÓN EN LOS PACIENTES CON ÚLCERAS
POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

CUIDADOS DE MOVILIZACIÓN	Fr	%
ADECUADO	4	26.7
INADECUADO	11	73.3
TOTAL	15	100

TABLA 10

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN EVALUACIÓN DE LOS
CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR
PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS	Fr	%
ADECUADO	11	80
INADECUADO	4	20
TOTAL	15	100

TABLA 11

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA GLOBAL EN LOS PACIENTES CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ESSALUD, ICA
OCTUBRE 2018**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Fr	%
ADECUADO	10	66.7
INADECUADO	5	33.3
TOTAL	15	100

ANEXO N° 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ autorizo mi participación en la investigación titulada: “Factores de riesgo y cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión en el servicio de medicina del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza Essalud, Ica octubre 2018. La finalidad de la investigación consiste en conocer la situación actual de los pacientes adultos mayores y las intervenciones que realiza el profesional de enfermería.

Tengo conocimiento que, en cualquier momento, puedo retirarme de la investigación, con el compromiso de informar oportunamente a la investigadora. Además, los resultados de esta investigación van a ser publicados sin violar el derecho a la intimidad y la dignidad humana, preservando en todo momento la confidencialidad de la información. Finalmente me hago responsable de seguir todas las indicaciones que me formule la investigadora en el transcurso del trabajo investigativo.

DNI.....