

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



**VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN  
SEGÚN LA ESCALA DE ARNELL Y CUIDADOS DE  
ENFERMERÍA EN PACIENTES DEL SERVICIO  
DE MEDICINA HOSPITAL  
REGIONAL DE ICA  
MAYO 2021**

**TESIS  
PRESENTADA POR BACHILLER  
CECILIA NOEMI EURIBE PUMA  
  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA – PERÚ**

**2022**

**ASESORA DE TESIS:  
DRA. ENF. OLINDA OSCCO TORRES**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

El creador, quien es mi guía y que siempre escucha mis peticiones y a quien debo mi existencia

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Por ser la institución que me albergo durante estos años y la cual me dio la oportunidad de ser una profesional

### **Al Hospital Regional de Ica**

Al director y a todos los profesionales de salud que me brindaron su apoyo para la realización del estudio.

### **A mi asesora**

Por sus aportes en la mejora de mis conocimientos en investigación.

## **DEDICATORIA**

A los miembros de mi familia por brindarme su apoyo en estos años de estudio, y por estar a mi lado y darme consejos, sobre todo por darme aliento y fortaleza para llegar al final del camino y lograr culminar mi carrera.

## RESÚMEN

**Introducción:** Las Úlceras por presión (UPP) son lesiones que afectan a la mayoría de los pacientes que se encuentran con largos periodos de hospitalización y que no tienen un cuidado adecuado, esto debido al tiempo prolongado que los tejidos tienen con la ropa de cama o superficies duras, que lesionan las partes blandas y prominencias óseas. Por otro lado, las intervenciones de enfermería en este tipo de lesiones son fundamentales para evitar su aparición y su avance, lesionando más extensión de los tejidos subcutáneos, llegando incluso a profundidades a nivel óseo. **Objetivo:** Fue determinar la valoración del riesgo de úlceras por presión según la escala de Arnell y cuidados de enfermería en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional Ica mayo 2021. **Metodología:** El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 79 pacientes y 10 licenciadas en enfermería. Las técnicas utilizadas fueron la observación, como instrumento se utilizó la Escala de Arnell, para la segunda variable se aplicó una guía de observación. **Resultados:** Con respecto a los datos generales de los pacientes el 70.9%(56) tenían de 61 a más años, el 60.8%(48) fueron de sexo masculino, el 70.9%(56) tuvieron más de 10 días de hospitalización y el 86.1%(68) tenían algún tipo de dispositivo sanitario. En relación a la valoración de los riesgos de úlceras por presión según la Escala de Arnell el 60.75%(48) presentaron riesgo de úlceras y el 39.25%(31) no presentaron riesgo, con respecto a los cuidados de enfermería global el 60%(6) presentaron cuidados deficientes y el 40%(4) presentaron cuidados eficientes. **Conclusiones:** Los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina presentaron riesgos de aparición de úlceras por presión y los cuidados de enfermería en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina fueron deficientes.

**PALABRAS CLAVE:** Riesgo de úlceras por presión, Escala de Arnell, cuidados de enfermería.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pressure ulcers (UPP) are lesions that affect the majority of patients who are with long periods of hospitalization and who do not have adequate care, this due to the prolonged time that the tissues have with bedding or hard surfaces, that injure the soft parts and bony prominences. On the other hand, the nursing interventions in this type of lesions are fundamental to avoid their appearance and their advance, injuring more extension of the subcutaneous tissues, reaching even depths at bone level. **Objective:** Was to determine the risk assessment of pressure ulcers according to the Arnell scale and nursing care in patients of the Ica Regional Hospital medical service May 2021. **Methodology:** The study was quantitative, descriptive and transversal. The sample consisted of 79 patients and 10 nursing graduates. The techniques used were observation, as an instrument the Arnell Scale was used, for the second variable an observation guide was applied. **Results:** With respect to the general patient data, 70.9% (56) were aged 61 to over, 60.8% (48) were male, 70.9% (56) had more than 10 days of hospitalization and 86.1% (68) had some type of medical device. In relation to the evaluation of the risk of ulcers by pressure according to the Arnell Scale, 60.75% (48) presented risk of ulcers and 39.25% (31) did not present risk, with respect to global nursing care, 60% (6) presented poor care and 40% (4) presented efficient care. **Conclusions:** Patients hospitalized in the medical service presented risks of appearance of pressure ulcers and nursing care in patients hospitalized in the medical service were deficient.

**KEYWORDS:** Risk of pressure ulcers, Arnell scale, nursing care.

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones que afectan a la mayoría de los pacientes que se encuentran con largos periodos de hospitalización y que no tienen un cuidado adecuado, esto debido al tiempo prolongado que los tejidos tienen con la ropa de cama o superficies duras, que lesionan las partes blandas y prominencias óseas. Por otro lado, las intervenciones de enfermería en este tipo de lesiones son fundamentales para evitar su aparición y su avance, lesionando más extensión de los tejidos subcutáneos, llegando incluso a profundidades a nivel óseo, para ello existen instrumentos para la valoración de las úlceras y a través de ello se deben de plantear intervenciones a realizar como la movilización, curaciones, administraciones de fármacos, etc. El objetivo del estudio fue Determinar la valoración del riesgo de úlceras por presión según la escala de Arnell y cuidados de enfermería en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional Ica mayo 2021. La investigación tuvo como justificación la aplicación de instrumentos de evaluación y/o valoración respecto a las úlceras por presión, durante el desarrollo de sus actividades cotidianas, todo ello será importante ya que se mejorará los cuidados que se programen para cada paciente de una manera más personalizada.

El estudio estuvo conformado por capítulos. El capítulo I: Compuesto por el problema, en el cual se desarrollaron el planteamiento y la formulación del problema, además de los objetivos, justificación y propósito; en el capítulo II: se detallaron los antecedentes de estudio, base teórica, hipótesis, variable y definición de términos, en el capítulo III: Se detallaron la metodología, en el cual se consideraron el tipo y área de estudio, población y muestra, como las técnicas e instrumentos para recolectar la información, diseño para recolectar datos y procesamiento y análisis de información, en el capítulo IV: Los resultados y discusión, y finalmente en el capítulo V: Las conclusiones y recomendaciones, posteriormente las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos.

## ÍNDICE

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>CARÁTULA</b>                   | i         |
| <b>ASESORA</b>                    | ii        |
| <b>AGRADECIMIENTO</b>             | iii       |
| <b>DEDICATORIA</b>                | iv        |
| <b>RESÚMEN</b>                    | v         |
| <b>ABSTRAC</b>                    | vi        |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>               | vii       |
| <b>ÍNDICE</b>                     | viii      |
| <b>LISTA DE TABLAS</b>            | x         |
| <b>LISTA DE GRÁFICOS</b>          | xi        |
| <b>LISTA DE ANEXOS</b>            | xii       |
| <br>                              |           |
| <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>    | <b>13</b> |
| I.a. Planteamiento del problema   | 13        |
| I.b. Formulación del problema     | 15        |
| I.c. Objetivos                    | 15        |
| I.c.1. Objetivo general           | 15        |
| I.c.2. Objetivo específico        | 15        |
| I.d. Justificación                | 16        |
| I.e. Propósito                    | 16        |
| <br>                              |           |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> | <b>18</b> |
| II.a. Antecedentes bibliográficos | 18        |
| II.b. Base teórica                | 21        |



|  |           |
|--|-----------|
| II.c. Hipótesis  | 35        |
| II.d. Variables  | 35        |
| II.e. Definición operacional de términos               | 36        |
| <b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>   | <b>37</b> |
| III.a. Tipo de estudio                                 | 37        |
| III.b. Área de estudio                                 | 37        |
| III.c. Población y muestra                             | 37        |
| III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 39        |
| III.e. Diseño de recolección de datos                  | 40        |
| III.f. Procesamiento y análisis de datos               | 40        |
| <b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>         | <b>42</b> |
| IV.a. Resultados                                       | 42        |
| IV.b. Discusión  | 49        |
| <b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>      | <b>54</b> |
| V.a. Conclusiones                                      | 54        |
| V.b. Recomendaciones                                   | 55        |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS                              | 56        |
| BIBLIOGRAFÍA   | 61        |
| ANEXOS   | 62        |

## LISTA DE TABLAS

|  | Pág.      |
|--|-----------|
| <b>TABLA 1</b> Datos generales de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.  | <b>42</b> |
| <b>TABLA 2</b> Datos generales de las licenciadas de enfermería del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.   | <b>43</b> |
| <b>TABLA 3</b> Valoración del riesgo de úlceras por presión según la escala de Arnell según dimensiones de valoración de las úlceras por presión en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021. | <b>82</b> |
| <b>TABLA 4</b> Cuidados de enfermería según dimensión valoración del estado de la piel en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.   | <b>82</b> |
| <b>TABLA 5</b> Cuidados de enfermería según dimensión cuidados de higiene en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.  | <b>83</b> |
| <b>TABLA 6</b> Cuidados de enfermería según dimensión cuidados de la movilización en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.  | <b>83</b> |
| <b>TABLA 7</b> Cuidados de enfermería global en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.   | <b>84</b> |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  | Pág.      |
|--|-----------|
| <b>GRÁFICO 1</b> Valoración del riesgo de úlceras por presión según la escala de Arnell según dimensiones de valoración de las úlceras por presión en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021. | <b>44</b> |
| <b>GRÁFICO 2</b> Cuidados de enfermería según dimensión valoración del estado de la piel en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.   | <b>45</b> |
| <b>GRÁFICO 3</b> Cuidados de enfermería según dimensión cuidados de higiene en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.  | <b>46</b> |
| <b>GRÁFICO 4</b> Cuidados de enfermería según dimensión cuidados de la movilización en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.  | <b>47</b> |
| <b>GRÁFICO 5</b> Cuidados de enfermería global en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.   | <b>48</b> |

## LISTA DE ANEXOS

|                |   | <b>Pág.</b> |
|----------------|---|-------------|
| <b>ANEXO 1</b> | Operacionalización de variables             | <b>63</b>   |
| <b>ANEXO 2</b> | Instrumento de recolección de datos         | <b>65</b>   |
| <b>ANEXO 3</b> | Validez de instrumentos                     | <b>69</b>   |
| <b>ANEXO 4</b> | Confiabilidad del instrumento               | <b>70</b>   |
| <b>ANEXO 5</b> | Escala de valoración de instrumento         | <b>71</b>   |
| <b>ANEXO 6</b> | Tabla matriz de datos generales y variables | <b>75</b>   |
| <b>ANEXO 7</b> | Tablas de frecuencia y porcentajes          | <b>82</b>   |
| <b>ANEXO 8</b> | Consentimiento informado                    | <b>85</b>   |

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo con datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2018, según lo menciona Patiño et al.<sup>1</sup>, las úlceras por presión (UPP), se presentan entre 5 y 12% de pacientes hospitalizados. En países como Canadá, Australia, Inglaterra, España y Estados Unidos, informa que las UPP afectan a casi 1,3 millones de adultos. La National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) menciona que la incidencia de las UPP va de 0,4 a 38% en hospitales, del 2,2% en instituciones geriátricas y de 0 a 17% en instituciones dedicadas al cuidado de la salud.

Un estudio realizado en España el 2020, muestra la prevalencia del 13,67% de úlceras por presión con una mayor presencia en el coxis y una edad promedio de 79,5 años. El estudio también observó los factores que contribuyen al incremento del riesgo de úlcera por presión, teniendo especial atención a la presencia de incontinencia tanto urinaria como fecal, consumo de suplementos nutricionales y a las medidas de prevención como cambios posturales y dispositivos antiescaras<sup>2</sup>.

Una encuesta transversal del 2016 en México manifiesta una prevalencia de úlceras por presión del 12.92%, en España y Alemania la prevalencia se encuentra entre el 6% y 13%, y 15% en países como Reino Unido, Suecia, Bélgica y Australia. Las UPP son indicadores para medir la calidad de la atención<sup>3</sup>.

Un estudio de caso clínico realizado el 2017 en Lima muestra que el plan de cuidados ayuda a mantener la calidad de vida del paciente y por consiguiente la dignidad como ser humano. “El plan de cuidados permitió sistematizar los cuidados brindados, identificando los diagnósticos pertinentes, determinando los objetivos, las intervenciones y la evaluación de los resultados que permitirá continuar con los cuidados en los diferentes turnos del día y mientras dure su estancia hospitalaria”<sup>4</sup>.

En el hospital Cayetano Heredia de Lima en un estudio realizado en el 2017, se obtuvo: “Una prevalencia del 19.5%, en varones 21.3%, a partir de los 65 años 44.6% y siendo el estadio II el de mayor prevalencia con 54% y en la zona sacra con 76%. La prevalencia global de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados fue 19.5% y la mayor proporción de 65 años a más, de sexo masculino. El estadio II es el más prevalente en los pacientes hospitalizados en una institución de salud. La mayor prevalencia de úlcera por presión en los pacientes hospitalizados se presenta en la zona sacra, seguido de talón y trocánteres”<sup>5</sup>.

Un estudio realizado en el servicio de Medicina del Hospital Hipólito Unanue en los años 2016-2017, muestran los siguientes resultados: una muestra de 93 pacientes que cumplieron con los criterios del estudio, el 50,5% fueron varones, con una edad promedio de 68 años (+21 años), siendo el 74.19% adultos mayores. Las UPP se localizaron con más frecuencia a nivel sacro (77%) y talón (12.9%); así como los estadios más frecuentes fueron: II (32.3%), IV (31.2%) y III (26.9%). La presencia de UPP grave estuvo asociada a: ser adulto mayor, hipoalbuminemia, anemia y linfopenia<sup>6</sup>.

En la ciudad de Ica en el 2016 un estudio realizado muestra que los factores de riesgo de úlceras por presión según factores intrínsecos son elevados en relación a los factores extrínsecos que son medios.<sup>7</sup>

En el Hospital Regional de Ica, se observa presencia de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados, pero tampoco se cuenta con registros estadísticos de prevalencia, incidencia y/o cuidados y tratamiento, situación que no aporta en la obtención de antecedentes del estudio. El Comité de eventos adversos de la institución, no registra datos sobre úlceras por presión, los informes de los que se disponen son generalmente sobre (IAAS) infecciones asociadas a la atención de salud.

Por motivo de trabajo, la convivencia casi diaria con los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, permite observar los problemas

de úlceras por presión (UPP), que presentan una gran mayoría de pacientes postrados o con permanencia prolongada, aunado a todo ello en algunos casos el desinterés por parte del profesional de enfermería al brindar los cuidados que los pacientes requieren, también la carencia de formatos de enfermería en los cuales se pueda plasmar el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) y la falta de una adecuada valoración del riesgo de padecer UPP como debe ser al ingreso y/o durante la estancia del paciente en el servicio, por ello se plantea la siguiente interrogante de estudio:

### **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la valoración del riesgo de úlceras por presión según la escala de Arnell y cuidados de enfermería en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional Ica mayo 2021?

### **I.c. OBJETIVOS**

#### **I.c.1. GENERAL**

Determinar la valoración del riesgo de úlceras por presión según la escala de Arnell y cuidados de enfermería en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional Ica mayo 2021.

#### **I.c.2. ESPECIFICOS**

- Valorar el riesgo de úlceras por presión en pacientes del servicio de medicina según:
  - Dimensiones de la valoración
  
- Identificar los cuidados de enfermería en pacientes del servicio de medicina, según sea:
  - Valoración del estado de la piel
  - Cuidados de higiene
  - Cuidados en la movilización.

#### **I.d. JUSTIFICACIÓN**

La investigación tiene una relevancia práctica, ya que dentro de las funciones del profesional de enfermería, está la aplicación de instrumentos de evaluación y/o valoración respecto a las úlceras por presión, durante el desarrollo de sus actividades cotidianas, todo ello será importante ya que se mejorará los cuidados que se programen para cada paciente de una manera más personalizada, además es importante porque como muestran las estadísticas, un elevado porcentaje de pacientes postrados, presentan úlceras por presión, problema de salud que genera mayor tiempo de hospitalización, mayor gasto familiar e institucional y un desmedro de la calidad de vida del paciente.

El motivo por el cual se justifica el trabajo es que el profesional de enfermería dispone de instrumentos como la escala de Arnell, para la valoración de úlceras por presión, los cuales deben ser aplicados durante las jornadas laborales, identificando factores de riesgo para realizar intervenciones oportunas en la prevención de úlceras por presión.

Es importante realizar trabajos de investigación al respecto, porque estimula al profesional de enfermería a aplicar adecuadamente la valoración de la salud de las personas, para adecuar un plan de cuidados individualizado, tendientes a evitar los riesgos a los cuales está expuesto el paciente en una institución nosocomial.

Metodológicamente el aporte consiste en recordar a los profesionales de enfermería, que se tiene a la mano instrumentos que deben ser aplicados y que contribuyen significativamente a brindar un cuidado de calidad al paciente hospitalizado.

#### **I.e. PROPÓSITO**

El estudio tiene como propósito la identificación de la prevalencia de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital, además de conocer la realización de las



intervenciones de enfermería que se deben de realizar para prevenir o tratar las lesiones ocasionadas por las úlceras por presión según su nivel o intensidad, logrando así una evaluación, para promover educación y capacitación a los profesionales de enfermería y técnicos de enfermería para que en conjunto puedan prevenir las lesiones o evitar las complicaciones de las úlceras, además de plantear el uso de la escala de Arnell como protocolo para la valoración de las úlceras y así plantear las estrategias para mejorar el estado de la piel de los pacientes.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Bayas V, Montesdeoca R<sup>8</sup>. Entre el 2020 – 2021 realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y prospectivo para identificar la **VALORACION DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. ECUADOR. Metodología:** La muestra estuvo conformada por un total de 70 enfermeras. **Resultados:** Las edades de los pacientes fue de 20 a 40 años con un 13%, el 32% tenían de 41 a 60 años y el 55% tenían más de 60 años, 74% fueron de sexo masculino, las edades de las enfermeras fueron de 20 a 41 un 59%, el 40% de 42 a 62 años, el 84% eran de sexo femenino, el 72% eran licenciadas, el 37% eran especialistas y el 1% eran doctoras; según la Escala de Arnell se encontró que el 37% presentaron riesgo bajo, el 44% riesgo medio y el 19% riesgo alto; en cuanto a los cuidados el 82% realizaban la valoración de la piel a través de la integridad tisular, el 86% realizaban la vigilancia continua de los dispositivos intravenosos, el 88% realizaba o designaba la movilización del paciente cada 2 horas, el 82% realizaba la verificación de la humedad de la piel y el estado de la ropa de cama, el 86% verifica el funcionamiento adecuado del colchón antiescaras. **Conclusiones:** Los profesionales de enfermería realizan un adecuado cuidado en la prevención y tratamiento de las úlceras por decúbito”.

Chiriguaya L, Rendon M<sup>9</sup>. En el 2019 realizaron un estudio descriptivo y prospectivo con un análisis bibliográfico con la finalidad de determinar los **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS QUE PRESENTAN ÚLCERAS POR PRESIÓN. GUAYAQUIL. Metodología:** Para el estudio se analizaron 5 estudios relacionados a los cuidados en pacientes con úlceras por presión. **Resultados:** La revisión proporciono información sobre los cuidados y valoración de riesgo, para la valoración del riesgo se encontró que el 59% utilizaba la escala de Arnell, el 69%

utilizaba además la escala de Braden; los cuidados principales que realizaban eran el cuidado postural en un 81% para prevenir el proceso de las úlceras por presión, cuidados de la integridad cutánea un 80%, el 68% verificaba la humedad de la piel y el 74% verificaba que la ropa de cama esté seca y sin arrugas. **Conclusiones:** La mayoría de profesionales usan las Escalas de Braden y Arnell para valorar el riesgo y los cuidados fueron adecuados”.

Quispe<sup>10</sup>, el año 2018 realizó una investigación descriptiva de diseño correlacional cuantitativa, con el objetivo de determinar la relación entre los **“FACTORES ASOCIADOS EN LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU, 2018. Lima. Metodología:** El estudio con una muestra de 45 pacientes, el instrumento fue una ficha de cotejo con una confiabilidad de 0,86 y 0,87. **Resultados:** Hallaron como resultado que el 28.89% presentan un nivel bueno con respecto a la variable factores asociados, el 48.89% presentan un nivel regular y un 22.22% un nivel malo, también se evidencia que el 35.56% presentan úlceras por presión y el 64.44% no presenta úlceras por presión. **Conclusiones:** La mayoría presentan riesgos medios y úlceras solo un pequeño porcentaje”.

Quispe<sup>11</sup>, en el 2018 realizó una investigación descriptiva, cuantitativa y correlacional, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la **“CALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2018. LIMA. Metodología:** El estudio, realizado en una muestra de 74 pacientes del servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Lima. **Resultados:** Hallaron que, según la percepción de los pacientes, el 47.97% perciben un nivel regular de la calidad de atención de enfermería, el 52.03% de los pacientes en cuanto a la prevención de úlceras por presión perciben un nivel regular de prevención. **Conclusiones:** Concluyendo que existe una

relación directa entre la calidad de atención de enfermería y la prevención de úlceras por presión”.

Guerrero<sup>12</sup>, realizó un estudio el año 2018 con el objetivo de determinar la relación entre la **“CALIDAD DEL CUIDADO Y APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES POSTRADOS, SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL ALBERTO SABOGAL ESSALUD 2018. Metodología:** El estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y correlacional, aplicado a una muestra de 123 familiares o cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Alberto Sabogal. El instrumento fue un cuestionario con una confiabilidad de 0,88 y 0,85. **Resultados:** Encontraron como resultado que el 33.33% de los familiares o cuidadores de pacientes hospitalizados encuestados perciben un nivel bueno con respecto a la calidad de cuidado, el 47.15% perciben un nivel regular y un 19.51% un nivel malo. Asimismo, el 28.46% de los familiares o cuidadores de pacientes hospitalizados encuestados perciben un nivel bueno con respecto a la variable aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión, el 52.03% perciben un nivel regular y un 19.51% un nivel malo. **Conclusiones:** La percepción de la calidad de atención fue regular y las medidas preventivas fueron regulares”.

Farfán<sup>7</sup>, el 2018 realizó un estudio descriptivo cuantitativo y transversal con el objetivo de 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 AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD, ICA OCTUBRE. Metodología:** La muestra la conformó 15 profesionales de enfermería del servicio de medicina y 40 pacientes hospitalizados. **Resultados:** Obtuvieron como resultado 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:** En relación a los factores de riesgo fueron elevados y los cuidados de enfermería fueron adecuados”.

**Los antecedentes de la investigación muestran la realidad del comportamiento de ambas variables de estudio a nivel internacional, nacional o local, evidenciando estudios que demuestran que las úlceras por presión son un problema de salud que persiste a pesar de saber sus causas y las formas de prevención, es por ello que es necesario que se realicen estudios puntualmente para identificar el problema en el Hospital Regional de Ica y promover la realización de estrategias específicas para prevenir la aparición de úlceras por prevención, y de evaluar el desempeño de los profesionales de enfermería que laboran en el área de medicina.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

La valoración del riesgo de úlceras por presión consiste en el recojo de la mayor cantidad de datos del paciente que ayuden al profesional de enfermería a identificar los riesgos a que el paciente está expuesto y que son contributivos para las úlceras por presión, para ello ha de aplicar los diferentes instrumentos para recoger la información, como son la observación, tanto al paciente como al personal de enfermería, la observación diaria que es el mejor instrumento en estos casos, la revisión documental de la historia clínica para obtener información respecto a la patología del paciente, de este modo emprenderá las acciones para ofrecer un cuidado personalizado a los pacientes del servicio.

**Valoración:** La valoración de enfermería “se hace reuniendo toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente,

mediante una historia de enfermería que abarca las necesidades básicas del paciente”<sup>13</sup>.

#### **A. Dimensiones en la valoración de las úlceras por presión**

- a. Estado mental:** Se ha de tener en cuenta la valoración del paciente respecto al estado de conciencia, si se encuentra despierto, orientado, desorientado, letárgico o comatoso.

Involucra varios aspectos de la función cognitiva como: “Orientación en tiempo, espacio y persona, atención y concentración, memoria, habilidades verbales y matemáticas, juicio, razonamiento”<sup>14</sup>.

- b. Incontinencia:** La incontinencia urinaria es especialmente común en mujeres de edad, pero también puede ocurrir entre los hombres de edad. La incontinencia puede ir desde el malestar de una pérdida ligera de orina hasta la vergüenza de mojarse continuamente en abundancia<sup>15</sup>.

En esta dimensión la enfermera valorará si existe o no incontinencia en el paciente, además de verificar el tipo, ya que esta puede ser ocasional, solo en las noches, puede ser solo urinaria o también urinaria y fecal.

- c. Actividad:** “La actividad física implica movimiento y toda forma de movimiento implica relación y comunicación”<sup>16</sup>.

Será importante considerar si el paciente puede levantarse de la cama por sí solo, si deambula con algún tipo de soporte o ayuda, si tiene la facultad de poder sentarse por sí solo o requiere de ayuda o si el paciente permanece postrado en cama.

- d. Movilidad:** La movilidad está relacionada con el concepto de salud. El funcionamiento adecuado de todas las partes del cuerpo presupone, una conveniente y variada actividad física<sup>17</sup>.

La movilidad del paciente es un aspecto importante que debe ser valorado por el profesional de enfermería, se verificará si existe una movilidad completa de extremidades superiores e inferiores, si existe limitación del movimiento de manera ligera o importante, o si el paciente permanece inmóvil.

- e. **Nutrición:** La presencia de desnutrición en pacientes con UPP, es muy habitual; para evitar que las úlceras aparezcan o favorecer su curación, el profesional de enfermería debe controlar que su alimentación sea balanceada y con un aporte rico en proteínas; si es necesario instituir una suplementación de vitaminas. La enfermera debe valorar si el paciente come por si solo de manera satisfactoria, si hay rechazo a la comida o si constantemente deja cantidades en los platos, o si el paciente no ingiere sus alimentos.

El profesional de enfermería debe garantizar un aporte hídrico de 30cc de agua por Kg de peso por día, aporte de calorías de 30 a 35 Kcal por kilogramo de peso por día, así como un aporte adecuado de proteínas entre 1,2 a 1,5 gramos por kilogramo por día, aunado el aporte de zinc, hierro, cobre, vitaminas A, B, C y ácido fólico.

- f. **Aspecto de la piel:** Es otro aspecto muy importante que debe valorar la enfermera, debe realizar una valoración diaria y dejar registro de ella, para ello hará uso de las diferentes técnicas de recojo de información, como es la observación para valorar la resequedad de la piel, presencia de eritema, de excoriaciones, si hay pérdida de continuidad, si existe edema o si la piel está íntegra; también puede emplear el tacto para evaluar la temperatura de la piel, la presencia de edema, induración de la piel y dolor.
- g. **Sensibilidad cutánea:** El profesional de enfermería realizará la valoración al respecto, para comprobar si la sensibilidad es conservada, si está disminuida, si está ausente en las extremidades o si ésta está totalmente ausente.<sup>18</sup>

“Las lesiones por incontinencia pueden ser urinaria, fecal o mixta, y se relacionan con inflamación, edema y factores que deterioran la integridad de la piel (hidratación, pH y agentes patógenos de la orina y heces), además existen grupos de personas más vulnerables al deterioro de la integridad cutánea relacionado con la incontinencia, como adultos mayores”<sup>19</sup>.

**Escala de Arnell:** Es un instrumento creado en el año 1983 por Iris Arnell, que fueron elaboradas en base a los 5 factores básicos de la escala de Gosnell, Arnell le añade 2 elementos que son el aspecto de la piel y la sensibilidad cutánea.<sup>20</sup>

La Escala de Arnell muestra el riesgo de padecer úlceras por presión si la puntuación es igual o mayor a 12, por debajo de esta cifra indica que no existe riesgo de UPP.

Mide los siguientes aspectos:

- **Estado mental:**
  - Despierto y orientado (0)
  - Desorientado (1)
  - Letárgico (2)
  - Comatoso (3)
- **Incontinencia:**
  - No (0)
  - Ocasional, nocturno (1)
  - Urinaria solamente (2)
  - Urinaria e intestinal (3)
- **Actividad:**
  - Se levanta de la cama sin problemas (0)
  - Camina con ayuda (1)
  - Se sienta con ayuda (2)
  - Postrado en cama (3)
- **Movilidad:**



|  |                   |
|--|-------------------|
| Completa                               | (0)               |
| Limitación ligera                      | (1)               |
| Limitación importante                  | (2)               |
| Inmóvil                                | (3)               |
| <b>- Nutrición:</b>                    |                   |
| Come de forma satisfactoria            | (0)               |
| Ocasionalmente rechaza la comida       | (1)               |
| No suele tomar ninguna comida completa | (2)               |
| No come                                | (3)               |
| <b>- Aspecto de la piel:</b>           |                   |
| Buena                                  | (0)               |
| Área enrojecida                        | (1)               |
| Pérdida de continuidad de la piel      | (2)               |
| Edema con fóvea                        | (3)               |
| <b>- Sensibilidad cutánea:</b>         |                   |
| Presente                               | (0)               |
| Disminuida                             | (1)               |
| Ausente en extremidades                | (2)               |
| Ausente                                | (3) <sup>21</sup> |

**Definición de úlceras:** “Solución de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos, acompañada ordinariamente de secreción de pus y sostenida por un vicio local o por causa interna”. “solución de continuidad con pérdida de sustancia por destrucción de la dermis o la hipodermis, más profundas que las erosiones”<sup>22</sup>.

**Definición de úlceras por presión (UPP):** Son lesiones que aparecen como consecuencia de la presión continuada de la piel y tejidos subyacentes entre dos planos duros, provocando isquemia y posteriormente necrosis de los tejidos, independientemente de la posición en que se encuentre colocado el paciente. Son frecuentes las úlceras por presión producida por permanecer sentado mucho tiempo o por la presión

ejercida de una simple mascarilla de oxígeno sobre la nariz o las correas de la misma sobre las orejas<sup>22</sup>.

“Una UPP es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacente, principalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos sanitarios”<sup>24</sup>.

Las lesiones de este tipo, desde hace mucho tiempo a lo largo de la historia y en diferentes escenarios, han sido denominadas de diferentes maneras, entre ellas tenemos: la denominación más común fue la de escaras, úlceras por decúbito y úlceras por presión.

El término de úlceras por decúbito no es muy aceptable en otros medios, ya que significaría que las lesiones aparecen solo cuando el paciente está en posición decúbito, sea esta lateral, ventral, o dorsal.

El término de escaras se refiere generalmente a una costra de color oscura, que se produce generalmente por la pérdida de vitalidad de una parte del organismo vivo, y se ve afectada por la gangrena.

En tal sentido el término apropiado es de úlceras por presión, por lo que este término, claramente indica el mecanismo como se produce estas lesiones, empleándose la terminología como la más aceptada en la actualidad.

**Etiopatogenia:** “La fuerza actúa perpendicular a la piel provocando un aplastamiento tisular entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (prominencia ósea) y otro externo a él (cama, silla o sillones, dispositivos terapéuticos, etc.). Puede ocurrir que, junto a la fuerza de presión, actúe la fuerza de cizalla: el desplazamiento del paciente hace que los tejidos externos se mantengan paralelos y adheridos a las sábanas mientras que los tejidos profundos se deslizan hacia abajo”<sup>23</sup>.

### **Clasificación de las Úlceras por Presión (UPP):**

- **Estadio I:** Se limita a la epidermis con exposición de la dermis, con presencia de eritema no blanqueable de la piel intacta. En esta fase la curación dura de 7 a 14 días.
- **Estadio II:** Está afectada todo el grosor de la dermis hasta la unión con el tejido celular subcutáneo, hay pérdida parcial del grosor de la piel, comprometiendo la epidermis, la dermis o ambas. La curación dura de 14 a 30 días.
- **Estadio III:** Se observa grasa obliterada, limitada por la fascia profunda con pérdida del grosor total de la piel consistente en daño o necrosis del tejido celular subcutáneo que puede extenderse a la fascia subyacente. La curación va de 30 a 60 días.
- **Estadio IV:** Existe pérdida del grosor total de la piel con presencia de necrosis desarrollada o deterioro muscular, óseo o de las estructuras de sostén. La curación va de 60 a 90 días a más.
- **Estadio V:** Se observa una desarrollada cavidad cerrada debajo de un pequeño orificio denominada úlcera por presión cerrada<sup>24</sup>.

**Lugares de localización de las UPP:** Las úlceras suelen presentarse en cualquier punto del cuerpo, pero existen algunas zonas de más riesgo debido a que son las que soportan el peso del cuerpo en las diferentes posiciones; debido a la posición en la que se encuentra la persona.

Se presentan en puntos de la piel con predominio en las prominencias ósea, los lugares más frecuentes son:

- Región sacra y los talones
- Las tuberosidades isquiáticas
- Los trocánteres mayores y los maléolos externos
- Omóplatos.
- Talones.
- Orejas.
- Hombros.

- Costillas.
- Caderas.
- Rodillas.<sup>25</sup>

**Tratamiento:** Se dividen en tratamiento sistémico y tratamiento local.

**Tratamiento sistémico:** Se recomienda las actividades dirigidas a recuperar el estado nutricional del paciente<sup>25</sup>:

- Administración de una dieta hipercalórica.
- Administración de suplementos nutricionales.
- Alimentación enteral de ser requerida.
- En caso sea necesario proporcionar alimentación parenteral.

**Tratamiento local:** El tratamiento local tiene 3 objetivos:

- Favorecer el cierre o cicatrización espontánea.
- Mantener la lesión limpia para evitar su crecimiento y posibles complicaciones.
- Tomar las medidas oportunas para realizar el cierre quirúrgico de ser viable<sup>25</sup>.

Si bien las úlceras se presentan generalmente donde hay prominencias óseas, se ha observado también en pacientes que se encuentran con compromiso de las vías respiratorias tratados con máscara venturi, cánulas de oxígeno, y ventilación mecánica, las cuales son ocasionadas por estos dispositivos, sobre los pabellones de las orejas, labios, y otras zonas de la cara; también sucede con pacientes que tienen sonda nasogástrica, sonda vesical permanente, sondas torácicas, férulas, entre otros.

Por otro lado, se considera que el tiempo mínimo para que aparezcan las úlceras por presión, es de dos horas después de estar inmovilizado.

## **Factores de riesgo de UPP:**

### **Factores intrínsecos (que son propios del paciente):**

- La edad, a mayor edad mayor riesgo.
- Algunos medicamentos como inmunosupresores, sedantes, benzodiacepinas, otros.
- Algunos problemas vasculares periféricos.
- Déficit del sensorio y del movimiento.
- Pérdida sensitiva, parestia, pérdida de la sensibilidad.
- Problemas de contracturas.
- Problemas de desnutrición y alteraciones metabólicas.
- Problemas de incontinencia fecal o urinaria.

### **Factores extrínsecos (del entorno o del medio):**

- Humedad.
- Constante fricción de las superficies del cuerpo.
- Aplicación de sujeción mecánica.
- Inmovilidad derivada de la patología y que no es a causa de factores intrínsecos.
- Uso de inadecuados dispositivos sanitarios.
- Falta de recurso humanos y poca accesibilidad a los servicios de salud.
- Hábitos nocivos como tabaquismo, alcoholismo.
- Cuidados inadecuados del profesional de la salud o de los familiares o cuidadores.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**Cuidado:** "Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica

interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona”<sup>26</sup>.

Para el estudio de la variable, se han considerado las siguientes dimensiones:

**a. Valoración del estado de la piel:** “El cuidado de la piel es una parte esencial de la prevención de UPP. Por este motivo, se debe realizar una valoración de esta con el fin de establecer un plan de cuidados individualizado. La inspección sistemática de la piel en busca signos de alarma, permite instaurar precozmente medidas de prevención que eviten la aparición de lesiones”<sup>27</sup>.

- Conservar la piel seca.
- Evitar excoriaciones de la piel.
- Buscar signos de alarma, evitar el eritema de la piel.
- Evitar la maceración de la piel, realizar los cambios periódicos de ropa de cama, cambios de pañal, evitar la sudoración excesiva.
- Valorar en busca de sensaciones de picor y sensaciones dolorosas en las prominencias óseas.
- Valoración de la palidez de la piel al presionarla.
- Búsqueda de signos de calor localizado.
- Valorar signos de edema, induración y deterioro de la piel.
- Revisar la piel debajo y alrededor de los dispositivos diagnósticos y de tratamiento.

**b. Cuidados de higiene:** “Para la higiene diaria lave la piel con agua y jabón (pH neutro no irritativos), aclare y seque cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos”<sup>27</sup>.

- Mantener la higiene básica de la piel.
- Mantener la ropa del paciente limpia, seca y sin arrugas.
- mantener limpia y seca la piel.
- Higiene diaria y secado meticuloso sin fricción.
- Evitar la fricción sobre la piel y la sequedad.
- Aplicar lociones hidratantes específicas hasta logra que se absorban.

- Evitar soluciones que contengan alcohol.
- No realizar masajes profundos en las zonas de prominencias óseas.
- En caso de uso de dispositivos, utilizar apósitos especiales para prevenir las UPP.

**c. Cuidados en la movilización:**

- Cambios de posición frecuentes, más cuanto más peso.
- Realizar cambios posturales a todos los pacientes con riesgo y a los que ya tienen UPP, salvo contraindicación médica.
- Estimular la actividad y el movimiento del paciente, a que se movilice por si solo al menos cada seis horas.
- Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30º manteniendo la espalda recta con almohadones.
- Elaborar un plan que mejore la actividad y movilidad del paciente.
- No utilizar flotadores o rodetes cuando el individuo esté en sedestación.
- Usar dispositivos que eleven y descarguen el talón, para distribuir el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla para que no exista presión en los talones.
- Si es posible proporcionar al paciente dispositivos como andadores, bastones para que pueda moverse.
- A los pacientes que tengan restringida la movilidad, realizar ejercicios pasivos durante los cambios posturales.
- Fijar las sondas, tubos de drenaje y otros, para que no interfieran con los ejercicios.
- Utilizar dispositivos para evitar la fricción entre dos prominencias óseas.<sup>18</sup>

**Posiciones de cambios posturales:** Los cambios posturales son imprescindibles para eliminar la presión de los puntos de apoyo, para ello se debe considerar una alineación del cuerpo lo más correcta posible.

**Decúbito supino:** Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo de los gemelos
- Una manteniendo la posición de la planta del pie
- Dos debajo de los brazos (opcional)
- No se debe producir presión sobre: Talones, cóccix, sacro, escápulas y codos.

**Precauciones:** Se debe mantener la cabeza en una posición neutral, de manera que se encuentre alineada con el resto del cuerpo, mantener la cara hacia arriba; las rodillas deben estar en posición ligeramente flexionada con apoyo evitando la hiperextensión, codos estirados y manos en ligera flexión.

- Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Si la cabecera de la cama debe de elevarse, debe de procurarse que no exceda de 30°.
- Evitar la rotación del trocánter, colocando una almohada pequeña en la parte externa del muslo.
- Evitar la flexión plantar del pie.

**Decúbito lateral:** Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otro el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.
- No se debe producir presión sobre: Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.



**Precauciones:**

- Mantener la espalda apoyada en la almohada con un ángulo de 45-60°.
- Piernas en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra.
- Los pies deben formar un ángulo recto con la pierna.
- No exceder la cabecera de la cama más de 30°.
- Los pacientes que pueden levantarse al sillón o puedan moverse en la cama, se brindará ayuda y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
- Los pies y manos deberán conservar una posición anatómica funcional.

**Posición sentada:** Se acolchará con almohadas de la siguiente forma:

- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.
- Una debajo de los pies.
- Evitar la presión sobre: Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

**Precauciones:**

- Mantener la espalda apoyada en una superficie con firmeza.
- Mantener el tórax en una posición estable.
- Utilizar un sillón adecuado con respaldo un poco inclinado.

**Decúbito Prono:** Se acolchará con almohada de la siguiente forma:

- Debajo de las piernas.
- Por debajo de muslos.
- Por debajo de abdomen.

**Precauciones:**

- Mantener libres los dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas, para evitar la presión sobre estas estructuras.
- Mantener los brazos en flexión.<sup>28</sup>

**Educación sanitaria:** Toda institución sanitaria, debe organizar una política de educación para prevenir las úlceras por presión.

- La educación debe estar dirigida al paciente y cuidador.
- Esta debe ser individualizada, elaborada en base a la valoración integral del paciente.
- Realizar la educación de la manera más sencilla de acuerdo al entendimiento de las personas, evitar el uso de tecnicismos.
- Hacer uso de trípticos para su mejor comprensión.
- Recomendar el acceso a páginas web, donde la persona y su cuidador puedan encontrar información confiable y comprensible.<sup>29</sup>

**Teoría de Lydia Hall, Modelo de esencia, cuidado y curación:**

“Lydia Hall fue una enfermera de rehabilitación que utilizó su filosofía de la enfermería para fundar el Loeb Center for Nursing and Rehabilitation en el Montefiore Hospital de Nueva York. En la década de 1960 publicó más de 20 artículos sobre sus teorías de cuidados a largo plazo y el control de enfermedades crónicas. Usando tres círculos para representar los aspectos del paciente, Hall propuso que las funciones de enfermería son diferentes. El círculo del cuidado representa el cuerpo del paciente, el círculo de la curación representa la enfermedad que afecta al sistema físico del paciente y el círculo de la esencia representa los sentimientos internos y el control de la persona”<sup>30</sup>.

Por lo que esta teoría se relaciona con las variables de estudio, porque la enfermera interviene en los tres círculos pero en diferentes grados, en la fase del cuidado, la enfermera brinda al paciente los cuidados corporales relacionados con actividades de la vida diaria, en la fase de curación, la enfermera vierte su conocimiento haciendo uso de las prescripciones

médicas y aplica el tratamiento según la enfermedad, y en la fase de esencia la enfermera trata los aspectos sociales satisfaciendo las necesidades emocionales, de comunicación efectiva ofreciendo al paciente un entorno confortable.

### **Teoría de Jean Watson: El cuidado Humanizado**

La teoría de Watson está centrada en el cuidado holístico y teniendo como eje principal el cuidado humano que se debe de brindar al paciente y/o familiares; Orenga E<sup>31</sup> “además mencionó que se basa en 3 pilares que son la persona o paciente, la salud o estado general y el entorno.

Teniendo en cuenta estos puntos es fundamental que el profesional de enfermería tenga en cuenta al paciente como un ser humano que necesita satisfacer sus necesidades fisiológicas y emocionales, el cuidado humano debe reforzar el trato digno, la escucha activa y el intercambio verbal ameno, teniendo la empatía como punto de partida; por otro lado el estado de salud es fundamental para ello el profesional de enfermería debe de comprobar en primer lugar el estado mental del paciente y además del aspecto cognitivo en el adulto mayor, es necesario que en base a esto pueda plantear estrategias para prevenir los riesgos de padecer úlceras por presión, además de los potenciales riesgos a través de la valoración de la Escala de Arnell u otras escalas validadas; finalmente el entorno, algunos factores de riesgo tienen que ver con el entorno, la temperatura del ambiente, para evitar el calor y que el paciente pueda presentar sudoración mojando la ropa de cama o presentando fragilidad en la integridad cutánea, además de la humedad de la ropa de cama que debe de mantenerse seca en todo momento”.

### **II.c. HIPÓTESIS**

La investigación por ser de tipo descriptiva no amerita de hipótesis.

### **II.d. VARIABLES:**

**Variable 1:** Valoración del riesgo de úlceras por presión.

**Variable 2:** Cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión.

## **II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**Valoración:** Es considerada la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, en la cual el profesional realiza la recolección de información del paciente utilizando diferentes técnicas para ello, con el fin de organizar los datos y realizar el diagnóstico de enfermería.

**Riesgo:** Definida como la posibilidad de que se produzca algún daño o perjuicio, que en este caso sería la posibilidad de que se produzcan las úlceras por presión.

**Úlceras por presión:** Son las áreas de la piel y/o tejidos adyacentes, que se lesionan debido a la presión que ejerce las prominencias óseas en una parte del cuerpo, causadas generalmente por permanecer tiempos prolongados en una misma posición.

**Cuidados de enfermería:** Actividades que realiza el profesional de enfermería para preservar la salud de las personas, o la asistencia y ayuda que brinda al ser humano para recuperar su salud, es la vigilancia del estado de salud del enfermo, que realiza la enfermera.

**Escala de Arnell:** Instrumento elaborado para valorar el riesgo de padecer úlceras por presión, de los pacientes que permanecen en cama hospitalizados o en su domicilio.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación fue descriptiva, transversal y cuantitativa, debido a que las variables de estudio fueron descritas y estudiadas en forma independiente de acuerdo a como son observadas en la realidad estudiada, además el instrumento fue aplicado en un sólo momento realizando un corte transversal en el tiempo y los hallazgos fueron presentados haciendo uso de magnitudes numéricas tratadas en el campo de la estadística.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO**

El trabajo ha de realizarse en el servicio de Medicina del Hospital Regional de Ica, está constituido por dos áreas, Medicina General que cuenta con 20 camas con un promedio de ocupación del 100% y Medicina Especialidades conformada por 24 camas también con el 100% de ocupación, lo que quiere decir que se atiende diario a 48 pacientes hospitalizados, muchos de ellos con enfermedades crónicas y estancia prolongada de hospitalización.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

La población fue constituida por el total de pacientes del servicio de medicina atendidos durante el mes de mayo, teniendo en cuenta que existen 15 camas de hospitalización y que el promedio de días de hospitalización son 7 a 8 días, siendo un total de 92 pacientes, debido a que la estancia hospitalaria en éste servicio es de periodos largos por las patologías crónicas que padecen los hospitalizados, la muestra estuvo conformada por 74 pacientes obtenida a través de la fórmula para población finita.

La población de licenciadas en enfermería que fueron evaluadas en total fueron 10 licenciadas, la muestra fue tomada en su totalidad ya que es una población pequeña.

Donde:

N: Tamaño de la población=92

n: Tamaño de la muestra

z: Nivel de confianza para 95%=1.96

P: Probabilidad con que el problema se presentará 30%,40%,50% etc.

50%=0.50

Q: 100%-P=100-50%=50%=0.50

d: Error maestro (+-5%)=0.05

s: Desviación estándar de la muestra. =0.015

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot d^2 + Z^2 \cdot (P \cdot Q)}$$

$$n = \frac{92 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(91) \cdot (0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{88.35}{0.2275 + 0.9604}$$

$$n = \frac{88.35}{1.1879}$$

$$n = 74.37$$

n = 74 pacientes.

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. Considerando los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con más de 5 días de hospitalización.
- Pacientes que acepten participar del estudio.

- Pacientes con problemas neurológicos cuyos familiares acepten colaborar en la investigación.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes con menos de 5 días de hospitalización.
- Pacientes que no acepten participar del estudio.
- Pacientes con problemas neurológicos cuyos familiares se nieguen a colaborar en la investigación.

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

La técnica empleada en la recolección de los datos fue una combinación de la observación y el análisis documental, utilizando como instrumento la Escala de Arnell, en caso de la primera variable se observaron algunos aspectos como la actividad, movilidad, nutrición, aspectos de la piel y sensibilidad cutánea, complementando la información con la revisión de la historia clínica para obtener datos del registro de enfermería sobre el estado mental y la incontinencia; para la segunda variable se aplicó una guía de observación, para la segunda variable se aplicó como técnica la observación y como instrumento la guía de observación que estuvo compuesta por 13 ítems, en vista de que se observó de como el profesional de enfermería brinda los cuidados para prevenir las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados, se tuvo en cuenta como tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos, tiempo que podría durar las intervenciones de los profesionales de enfermería.

Para la aplicación del primer instrumento se procedió a informar a la jefa de enfermeras y jefe del servicio sobre las acciones a realizar, acto seguido se realizó la visita de los pacientes en sus respectivos ambientes y se realizó la valoración de las úlceras por presión según la Escala de Arnell, para ello se tomó un tiempo aproximado de 10 minutos.

Para la segunda variable se realizó la aplicación de la guía de observación de los cuidados que los profesionales de enfermería realizan

a los pacientes, esto con el consentimiento de las licenciadas, para evitar inconvenientes.

El instrumento de la primera variable al ser una escala validada no ha sido necesario realizarla, en la segunda variable a través de la concordancia de opinión de jueces expertos obteniendo una validez del 0,008. Posteriormente se realizó la confiabilidad con la prueba estadística del Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.85, al ser cercano a 1 se considero que el instrumento fue altamente confiable.

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Son las distintas operaciones a las que se sometieron los datos para obtener los resultados pasando por las etapas de recolección, procesamiento de la información y presentación de los resultados, el procesamiento de la información, fue realizada de manera electrónica con apoyo de los programas Microsoft Word y Excel, para ello en primer plano se ha de realizar la codificación manual de las respuestas del instrumento, confeccionar una base de datos en Excel en la cual se almacenó la información de las variables, luego se confeccionaron las tablas de frecuencia para posteriormente elaborar los gráficos que correspondan a cada dimensión de la investigación.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

El análisis de los datos se realizó teniendo en consideración los objetivos y marco teórico de la investigación, la descripción de la información se realizó a través de las tablas y gráficos, en las cuales se presentaron los valores, puntuaciones y distribución de frecuencias y porcentajes, todo ello gracias al apoyo de la estadística descriptiva.

Para la Valoración de riesgo de úlceras por presión según la Escala de Arnell los valores que se tuvieron fueron:

#### **Riesgo de Úlceras por presión (UPP)**

Con riesgo : De 12 a más puntos



Sin riesgo : Menor a 12 puntos

Para la segunda variable se tuvo en cuenta la sumatoria simple, para lo cual se obtuvieron los siguientes valores:

Si : 2

No : 1

#### **Dimensión valoración del estado de la piel**

Eficientes : 8 – 10

Deficientes : 5 – 7

#### **Dimensión cuidados de higiene**

Eficientes : 7 – 8

Deficientes : 4 – 6

#### **Dimensión cuidados de la movilización**

Eficientes : 7 – 8

Deficientes : 4 – 6

#### **Global**

Eficientes : 20 – 26

Deficientes : 13 – 19

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. RESULTADOS:

**TABLA 1**  
**DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**  
**EN EL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL**  
**REGIONAL DE ICA**  
**MAYO 2021**

| <b>DATOS</b>                          | <b>CATEGORÍAS</b> | <b>n=79</b> | <b>100%</b> |
|---------------------------------------|-------------------|-------------|-------------|
| <b>EDAD</b>                           | De 18 a 30 años   | 7           | 8.8         |
|                                       | De 31 a 60 años   | 16          | 20.3        |
|                                       | De 61 a más años  | 56          | 70.9        |
| <b>SEXO</b>                           | Masculino         | 48          | 60.8        |
|                                       | Femenino          | 31          | 39.2        |
| <b>TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN</b>      | De 3 a 6 días     | 3           | 3.8         |
|                                       | De 7 a 10 días    | 20          | 25.3        |
|                                       | Más de 10 días    | 56          | 70.9        |
| <b>USO DE DISPOSITIVOS SANITARIOS</b> | Si                | 68          | 86.1        |
|                                       | No                | 11          | 13.9        |

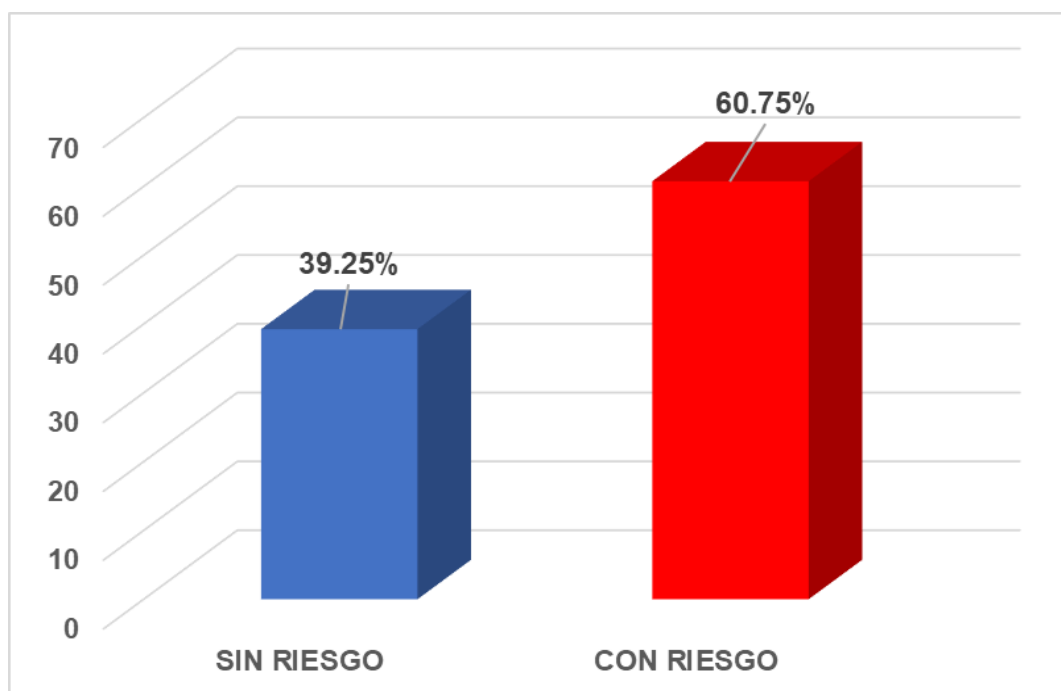
Con respecto a los datos generales de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital se encontró que el 70.9%(56) tenían de 61 a mas años, el 60.8%(48) fueron de sexo masculino, el 70.9%(56) tuvieron más de 10 días de hospitalización y el 86.1%(68) tenían algún tipo de dispositivo sanitario.

**TABLA 2**  
**DATOS GENERALES DE LAS LICENCIADAS DEL SERVICIO DE**  
**MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA**  
**MAYO 2021**

| <b>DATOS</b>                                    | <b>CATEGORÍAS</b>    | <b>n=10</b> | <b>100%</b> |
|---|----------------------|-------------|-------------|
| <b>EDAD</b>                                     | De 25 a 39 años      | 7           | 70          |
|   | De 40 a 56 años      | 1           | 10          |
|   | De 57 a más años     | 2           | 20          |
| <b>SEXO</b>                                     | Masculino            | 0           | 0           |
|   | Femenino             | 10          | 100         |
| <b>NIVEL EDUCATIVO<br/>ALCANZADO</b>            | Licenciatura         | 7           | 70          |
|   | Especialidad         | 3           | 30          |
|   | Maestría o doctorado | 0           | 0           |
| <b>TIEMPO QUE<br/>LABORA EN EL<br/>SERVICIO</b> | a. Menos de 1 año    | 5           | 50          |
|   | b. De 1 a 5 años     | 2           | 20          |
|   | c. De 6 a 10 años    | 3           | 30          |

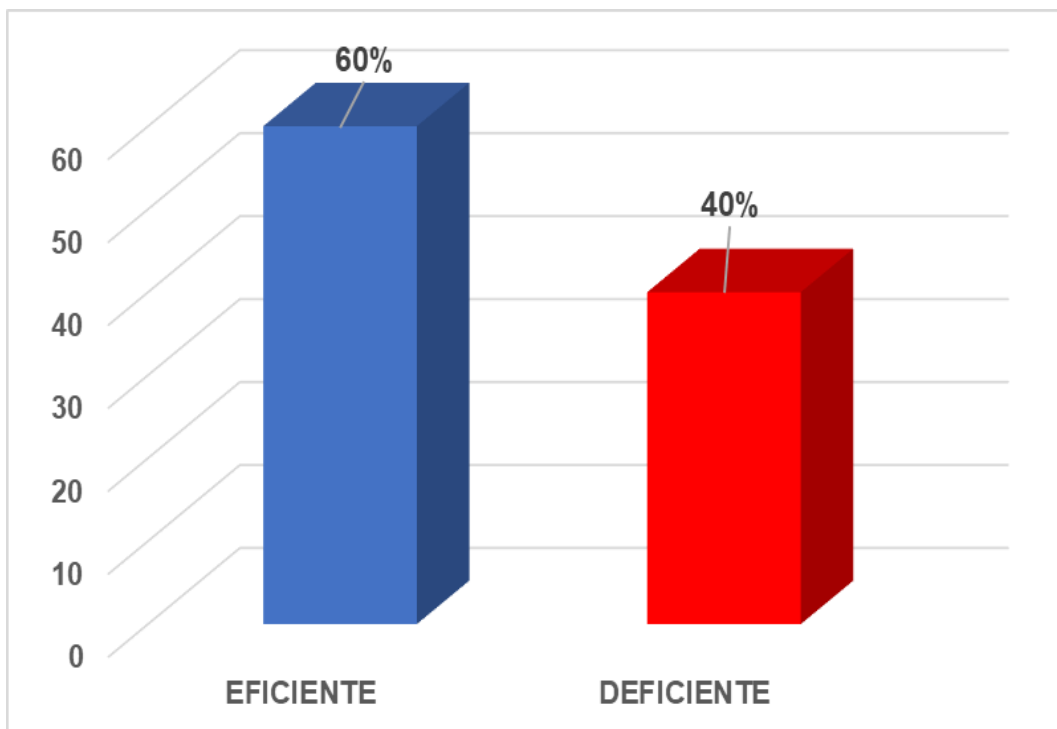
Con respecto a los datos encontrados de las licenciadas de enfermería, se halló que el 70%(7) tenían de 25 a 39 años, el 100%(10) eran de sexo femenino, el 70%(7) tenían licenciatura, el 30%(3) tenían especialidad, el 50%(5) tenían menos de 1 año laborando ahí, el 20%(2) tenían de 1 a 5 años y el 30%(3) tenían de 6 a 10 años laborando en el servicio.

**GRÁFICO 1**  
**VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LA**  
**ESCALA DE ARNELL SEGÚN DIMENSIONES DE VALORACIÓN DE**  
**LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA**  
**MAYO 2021**



En relación a la valoración de los riesgos de úlceras por presión según la Escala de Arnell el 60.75%(48) presentaron riesgo de úlceras y el 39.25%(31) no presentaron riesgo.

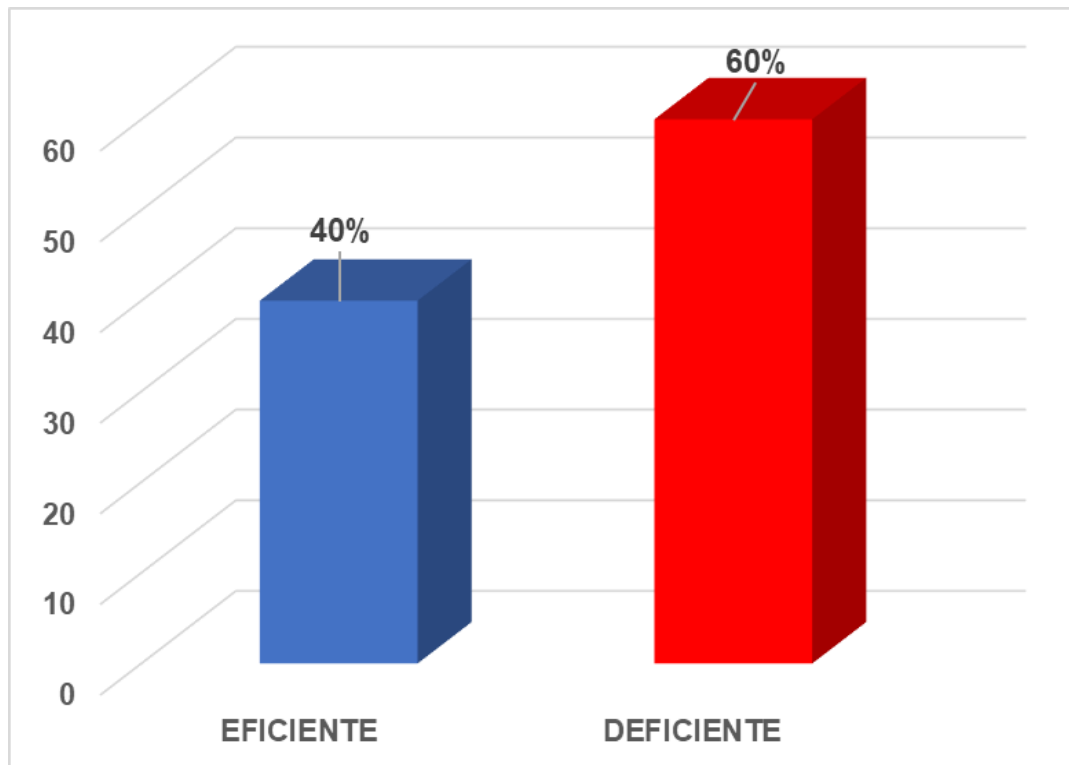
**GRÁFICO 2**  
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN VALORACIÓN**  
**DEL ESTADO DE LA PIEL EN PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA**  
**MAYO 2021**



En el gráfico se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería según dimensión valoración del estado de la piel el 60%(6) presentaron cuidados eficientes y el 40%(4) presentaron cuidados deficientes.

### GRÁFICO 3

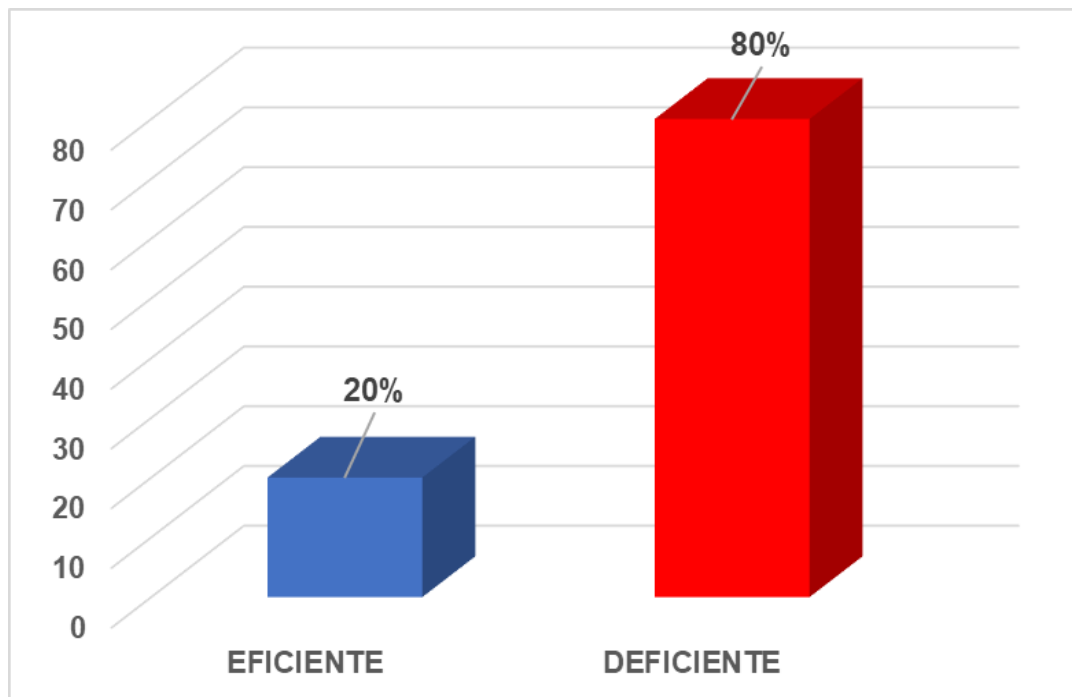
#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE HIGIENE EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA MAYO 2021



En el gráfico se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería según dimensión cuidados de higiene el 60%(6) presentaron cuidados deficientes y el 40%(4) presentaron cuidados eficientes.

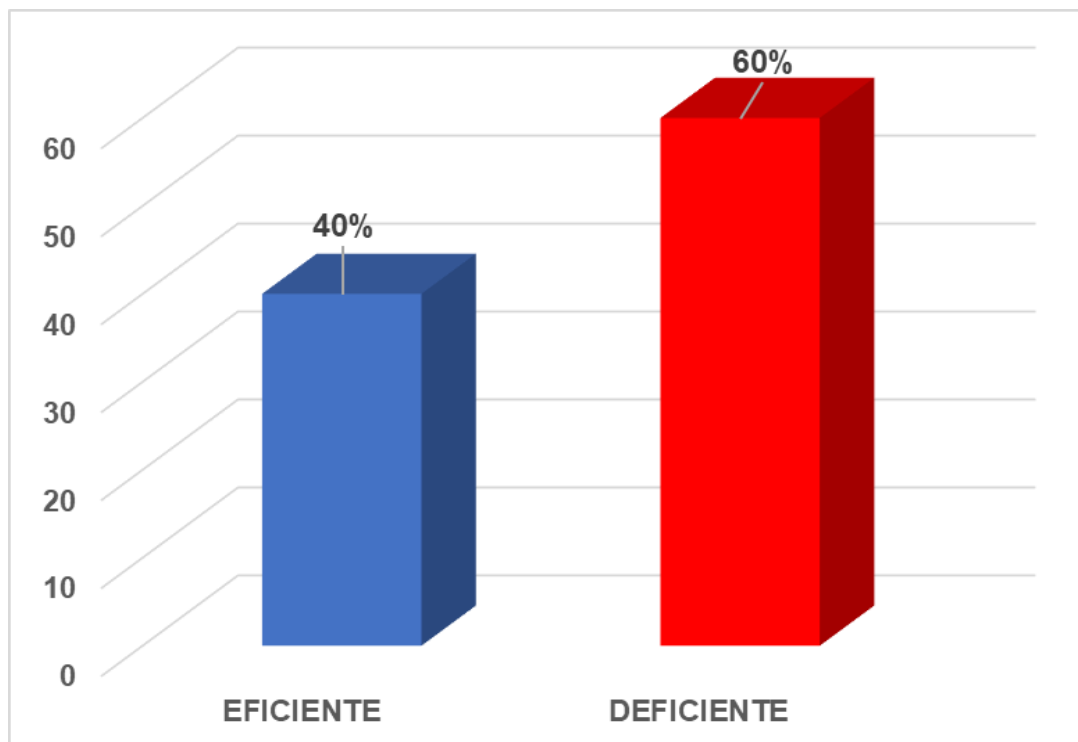
#### GRÁFICO 4

### CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE LA MOVILIZACIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA MAYO 2021



En el gráfico se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería según dimensión cuidados de la movilización el 80%(8) presentaron cuidados deficientes y el 20%(2) presentaron cuidados eficientes.

**GRÁFICO 5**  
**CUIDADOS DE ENFERMERÍA GLOBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA**  
**MAYO 2021**



En el gráfico se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería global el 60%(6) presentaron cuidados deficientes y el 40%(4) presentaron cuidados eficientes.



#### IV.b. DISCUSIÓN

En la **tabla 1** con respecto a los datos generales de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital se encontró que el 70.9% tenían de 61 a más años, el 60.8% fueron de sexo masculino, el 70.9% tuvieron más de 10 días de hospitalización y el 86.1% tenían algún tipo de dispositivo sanitario. Resultados similares encontraron Bayas V, Montesdeoca R<sup>8</sup>. donde Las edades de los pacientes fue de 20 a 40 años con un 13%, el 32% tenían de 41 a 60 años y el 55% tenían más de 60 años, 74% fueron de sexo masculino. Por otro lado, el estudio de Quispe<sup>10</sup> encontró que dentro de los factores asociados a la aparición de úlceras por presión se encontraron un 58%, y ellos fueron la edad, tiempo de hospitalización y estado nutricional.

Los resultados encontrado en ambos estudios son similares, teniendo una tendencia similar en las características que presentan los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina con tiempo prolongado, la edad es una característica principal, ya que la pérdida de masa muscular hace que los tejidos estén mas propensos a formas úlceras por presión, además, se evidencia que el tiempo prolongado en la hospitalización en su mayoría termina con lesiones en los tejidos de los pacientes, el sexo predominante es el masculino no existiendo una relación con la presencia de úlceras por presión y la presencia de dispositivos sanitarios que pueden limitar la movilización también ponen en riesgo la integridad de la piel.

En la **tabla 2** con respecto a los datos encontrados de las licenciadas de enfermería, se halló que el 70% tenían de 25 a 39 años, el 100% eran de sexo femenino, el 70% tenían licenciatura, el 30% tenían especialidad, el 50% tenían menos de 1 año laborando ahí, el 20% tenían de 1 a 5 años y el 30% tenían de 6 a 10 años laborando en el servicio. Resultados similares encontraron en su estudio Bayas V, Montesdeoca R<sup>8</sup> que las

edades de las enfermeras fueron de 20 a 41 un 59%, el 40% de 42 a 62 años, el 84% eran de sexo femenino, el 72% eran licenciadas, el 37% eran especialistas y el 1% eran doctoras.

Resultados que son preocupantes ya que la mayoría de las profesionales de enfermería que allí laboran solo tienen el grado de licenciada, siendo un requisito para trabajar en el área tener especialidad; por otro lado es común la prevalencia del sexo femenino, a pesar que cada día más hombres se animan y terminan la profesión de enfermería; con respecto a la edad, la mayoría son adultos jóvenes, pero esto puede ser perjudicial para la atención de los pacientes, al tener profesionales jóvenes y nuevos en el área de medicina.

En el **grafico 1** en relación con la valoración de los riesgos de úlceras por presión según la Escala de Arnell el 60.75% presentaron riesgo de úlceras y el 39.25% no presentaron riesgo. Resultados similares presentaron en su estudio Chiriguaya L, Rendon M<sup>9</sup>. Donde para la valoración de riesgo, se encontró que el 59% utilizaba la escala de Arnell, el 69% utilizaba además la escala de Braden.

Los resultados contrastan con lo encontrado en la investigación, y ya que las características de los pacientes son similares, se comprueba que el riesgo es similar, las úlceras por presión son frecuentes en pacientes adultos mayores y con mayor tiempo de hospitalización, es por ello que es necesario que se establezca el uso de las escalas de valoración para identificar oportunamente el riesgo que tienen y evitar a través de las intervenciones de enfermería las lesiones del tejido.

En el **gráfico 2** se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería según dimensión valoración del estado de la piel el 60% presentaron cuidados eficientes y el 40% presentaron cuidados deficientes. Resultados similares se encontró en el estudio de Guerrero<sup>12</sup> donde los cuidados fueron adecuados con respecto a la prevención en un 59%,

principalmente en los cuidados de la piel e hidratación del paciente, además de la movilización del paciente. Además, resultados similares encontraron Bayas V, Montesdeoca R<sup>8</sup> con respecto a los cuidados de la piel el 82% realizaban la valoración de la piel a través de la integridad tisular, el 86% realizaban la vigilancia continua de los dispositivos intravenosos, el 88% realizaba o designaba la movilización del paciente cada 2 horas, el 82% realizaba la verificación de la humedad de la piel

Los cuidados de enfermería son fundamentales en la prevención de las úlceras por presión, además de valorar el riesgo el profesional de enfermería debe realizar intervenciones preventivas como la valoración de la piel, mantener la ropa de cama seca y limpia, además de lisa, evitando dispositivos que puedan ocasionar lesiones, además de la realización de masajes. Finalmente, la hidratación de la piel es importante para evitar lesiones en la piel del paciente, especialmente en los adultos mayores y aquellos que presenten tiempos prolongados de hospitalización.

En el **gráfico 3** se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería según dimensión cuidados de higiene el 60% presentaron cuidados deficientes y el 40% presentaron cuidados eficientes. Resultados similares se encontró en el estudio de Quispe<sup>11</sup>, donde presento resultados en los cuales los profesionales de enfermería para prevenir la presencia de úlceras por presión además de la movilización y valoración de la piel realizo cuidados relacionados a la higiene sólo en un 44%, esto relacionado a la falta de tiempo, designando en muchos casos estas acciones a los técnicos de enfermería y a los familiares.

Por este motivo es primordial que brinden educación y debe de ser supervisado, se evidencia que al existir una ausencia del profesional de enfermería en estas intervenciones el riesgo de aparición de úlceras por presión es mayor. Es fundamental que el profesional de enfermería este presente durante la realización de las actividades de higiene del paciente para asegurar además una valoración integral del paciente,

especialmente en los que necesiten de ayuda para realizarlas o en aquellos que presenten dispositivos sanitarios.

En el **gráfico 4** se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería según dimensión cuidados de la movilización el 80% presentaron cuidados deficientes y el 20% presentaron cuidados eficientes. Los resultados encontrados en el estudio de Guerrero<sup>12</sup>, fueron diferentes al de la investigación, donde los cuidados fueron adecuados con respecto a la prevención en un 59%, principalmente en los cuidados de la piel e hidratación del paciente, pero fueron inadecuados en cuanto a la movilización del paciente, donde sólo un 39% de los profesionales de enfermería realizaban la movilización del paciente cada 2 horas, además de verificar si existe fricción entre la piel del paciente y su ropa, solera o ropa de cama.

Las intervenciones relacionadas a la movilización son fundamentales, ya que esta comprobado que la falta de rotación del paciente hace que las prominencias óseas tengan contacto directo con la ropa de cama y de no tener un colchón antiescaras el riesgo es mayor, por ello el profesional de enfermería debe realizar la movilización del paciente o en su defecto designar al técnico de enfermería que lo realice , de no ser posible educar al paciente o al familiar para que esta acción se realice y disminuir el riesgo de presencia de úlceras por presión.

En el **gráfico 5** se evidenció con respecto a los cuidados de enfermería global el 60% presentaron cuidados deficientes y el 40% presentaron cuidados eficientes. Lo resultados del estudio coinciden con los hallados en la investigación de Guerrero<sup>12</sup>, donde sólo el 33.33% de familiares percibieron como buena la calidad de atención recibida por su familiar. Por otro lado, los resultados de Farfán<sup>7</sup>, encontraron que los cuidados fueron adecuados en un 66.7%, difiriendo estos resultados con lo hallado en la investigación.

Los resultados hallados demuestran que los profesionales de enfermería no mantienen un cuidado adecuado en los pacientes para prevenir la aparición de úlceras por presión, especialmente a los cuidados de la higiene y a la movilización, ya que no existe una supervisión continua en los momentos de la realización de los cuidados, en muchas ocasiones designadas a los técnicos de enfermería y a los familiares por la falta de personal o de tiempo, esto es un déficit que persiste en los servicios de hospitalización, donde la cantidad de pacientes y de acciones a realizar sobrepasa la capacidad de los profesionales, se recomienda capacitar a los técnicos de enfermería para apoyar en la realización de actividades y así mismo brindar una educación continua a los pacientes y familiares sobre los cuidados que se deben de tener para prevenir las lesiones de los tejidos.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V.a. CONCLUSIONES:**

1. Los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina según la valoración de riesgo según la Escala de Arnell presentaron riesgos de aparición de úlceras por presión.
2. Los cuidados de enfermería para la prevención de úlceras en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina fueron deficientes.

## **V.b. RECOMENDACIONES:**

- Se recomienda a las autoridades del hospital y jefes del servicio de medicina implementar un protocolo para la realización de la valoración de riesgo de úlceras por presión para todos los profesionales de enfermería, pudiendo utilizar las diversas Escalas que existen, esto para poder identificar a tiempo los riesgos de aparición de úlceras en los pacientes, especialmente en los pacientes que presenten características que se asocian a su aparición; por otro lado además de implementar el uso de las escalas, se debe capacitar a los profesionales de enfermería con la finalidad de que mejoren sus conocimientos específicos de las escalas de valoración y lograr una estandarización en relación a la ejecución de estas intervenciones en los pacientes
- Se recomienda a las autoridades del hospitales así como a los jefes del servicio de medicina realizar una evaluación en los conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en cuanto a las intervenciones de prevención de las úlceras por presión, a través de ello identificar las deficiencias en relación a las actividades que se deben de realizar durante los turnos, además de fomentar la capacitación sobre los cuidados que se deben de tener en los pacientes que presenten riesgos de úlceras por presión luego de la valoración a través de las escalas establecidas por el servicio. Por otro lado, se recomienda a los jefes de servicio realizar supervisiones continuas en los servicios para verificar la relación paciente – enfermero que existe y según normas establecidas determinar si la cantidad de profesionales que laboran en el área son suficientes para cubrir las necesidades de los pacientes, esto con la finalidad de establecer una mejora en la designación de profesionales en el servicio de medicina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patiño O, Aguilar A, Belatti A. Úlceras por presión: cómo prevenirlas. [En línea]. Argentina. 2018. [Fecha de acceso 08 marzo 2021]. Disponible en:  
[https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachments/47/documentos/50373\\_40-46-HI1-13-Patinio-A.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachments/47/documentos/50373_40-46-HI1-13-Patinio-A.pdf).
2. García L. Estudio de enfermería sobre la prevalencia de úlceras por presión en una residencia para mayores. Rev. Ocronos. Vol 3. N° 5. [En línea]. España. 2020. [Fecha de acceso 08 marzo 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermeria-prevalencia-úlceras-por-presion-residencia-mayores/>.
3. Vargas D, Jasso O, Gaona L, Rizo J. Úlceras por presión de pacientes en estado no crítico en un hospital de tercer nivel. Una encuesta transversal. [En línea]. México. 2016. [Fecha de acceso 20 de marzo del 2021]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/úlceras\\_presion.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/úlceras_presion.pdf).
4. Rojas E. Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el hospital Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis de especialidad]. [En línea]. Lima. 2017. [Fecha de acceso 08 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1982>.
5. Godoy M, Huamaní B. Prevalencia de úlcera por presión en pacientes hospitalizados en una institución prestadora de salud. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. [En línea]. Lima. 2017. [Fecha de acceso 08 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1492>.
6. Chacón J. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los años 2016 - 2017. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. [En línea]. Lima. 2017. [Fecha de acceso 11 de marzo del 2021]. Disponible en:



<http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/URP/1718/JCHAC%C3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

7. Farfán E. 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. Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista-filial Ica.
8. Bayas V, Montesdeoca R. Valoración de úlceras por presión en pacientes ingresados en un Hospital de la ciudad de Guayaquil durante el 2020 al 2021. [Trabajo de titulación en enfermería]. [En línea]. Ecuador. 2021. [Fecha de acceso el 20 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/17128/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-685.pdf>
9. Chiriguaya L, Rendon M. Cuidados de enfermería en pacientes adultos que presentan úlceras por presión. [Investigación documental para la titulación en enfermería]. [En línea]. Ecuador. 2019. [Fecha de acceso el 21 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/456/CUIDADOS%20DE%20ENFERMER%c3%8dA%20EN%20PACIENTE%20S%20ADULTOS%20QUE%20PRESENTAN%20ULCERAS%20POR%20PRESI%c3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Quispe J. Factores asociados en la aparición de úlceras por presión en el adulto mayor del hospital de emergencias Grau. [Tesis de licenciatura]. [En línea]. Lima. 2018 [Fecha de acceso 08 de abril del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3161>.
11. Quispe L. Calidad de atención y prevención de úlceras por presión en el adulto mayor, del servicio de medicina, hospital nacional Hipólito Unanue Lima. [Tesis de licenciatura]. [En línea]. Lima. 2018. [Fecha de acceso el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3593>.
12. Guerrero E. Calidad del cuidado y aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión en pacientes postrados, servicio de medicina,

- hospital Alberto Sabogal EsSalud. [Tesis de licenciatura]. [En línea]. Lima. 2018. [Fecha de acceso el 15 de abril del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3351>.
13. García M. El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2da edición. México-2004, Editorial Progreso. p. 21.
  14. Newman G. Como evaluar el estado mental. Manual MSD. [En línea]. Estados Unidos. 2018. [Fecha de acceso el 20 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/examen-neurol%C3%B3gico/c%C3%B3mo-evaluar-el-estado-mental>.
  15. Instituto Nacional de Salud. Incontinencia urinaria. Editorial National Institutes Of Health. [En línea]. Estados Unidos. 1983. [Digitalizado y corregido en el 2019]. [Fecha de acceso el 20 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=O0ou-iPJUuMC&dq=incontinencia+urinaria&q=>.
  16. Pont P. Tercera edad, actividad física y salud. 7ma ed. España; Editorial Paidotribio. [En línea]. España. 2012. [Fecha de acceso el 20 de marzo del 2021]. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=IVGRDwAAQBAJ&dq=actividad+f%C3%ADsica&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.com.pe/books?id=IVGRDwAAQBAJ&dq=actividad+f%C3%ADsica&source=gbs_navlinks_s).
  17. Ahonen J, Lahtinen T, Sandstrom M, Pogliani G, Wimed R. Kinesiología y Anatomía aplicada a la actividad física. 2da ed. Barcelona; Editorial Paidotribio. España. 2001. Pág. 23 – 26.
  18. Enfermeras Perú. Actividades de ulcera por decúbito, año 2016 [En línea]. Lima. 2016. [Fecha de acceso el 7 de abril del 2021]. Disponible en: [http://enfermerasperu.com/cuidado\\_del\\_paciente\\_con\\_escara\\_o\\_ulcera\\_por\\_presion.php](http://enfermerasperu.com/cuidado_del_paciente_con_escara_o_ulcera_por_presion.php).
  19. Gonzáles R. intervención y cuidado de enfermería a personas con lesión de piel. Bogotá; Editorial Universidad Nacional de Colombia. [En línea]. Colombia. 2016. [Fecha de acceso el 22 de abril del 2021].

Disponible

en:<https://books.google.com.pe/books?id=qzSrDwAAQBAJ&pg=PT12&dq=aspecto+de+la+piel+en+pacientes+con+UPP&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi5rsnqiN3tAhUMj1kKHWbvDS8Q6wEwAXoECAYQAQ#v=onepage&q=aspecto%20de%20la%20piel%20en%20pacientes%20con%20UPP&f=false>.

20. García F. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Jaén. [Tesis doctoral]. [En línea]. Cajamarca. 2011. [Fecha de acceso 14 de abril del 2021]. Disponible en:  
[http://www.sobende.org.br/pdf/Escalas\\_RiesgoUPP\\_PacoPedro.pdf](http://www.sobende.org.br/pdf/Escalas_RiesgoUPP_PacoPedro.pdf).
21. Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con UPP. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004. Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión. Revisión de febrero de 2003
22. Martínez J. Prevención y tratamiento de úlceras y escaras. 1era edición. Editorial Vértice. España. 2008. pp. 3,22.
23. Blanco R. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. España. Editorial Osakidetza. 2017. p. 4.
24. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. Dermatología en Medicina General. 7ma edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2003. p.884.
25. Arias J, Aller M, Arias J, Lorente L. Generalidades médico quirúrgicas. 1era. Edición. Madrid. Editorial Tébar.2001. pp. 150-152.
26. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Rev. Aquichan. Vol. 9 N° 2. [En línea]. Colombia. 2009. [Fecha de acceso 11 de abril del 2021]. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002>.
27. Blanco R. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las Úlceras Por Presión. Editorial Osakidetza. [En línea]. España. 2017. [Fecha de acceso 11 de abril del 2021]. Disponible en:

[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/adjuntos/enfermeria/UPP\\_es.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf).

28. Complejo hospitalario universitario de Albacete. Prevención de úlcera por decúbito. [En línea]. España. 2017. [Fecha de acceso el 7 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/úlcerasPresion/protocoloÚlcerasPresion.htm>.
29. Servicio Madrileño de Salud. Prevención de úlceras por presión en pacientes adultos. [En línea]. España. 2015. [Fecha de acceso 15 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf>.
30. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona- Editorial Elsevier. 2011. pp. 60-61.
31. Orenge E. Modelo humanístico de Jean Watson: Implicaciones en la practica del cuidado. [En línea]. Barcelona. 2018. [Fecha de acceso el 15 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/917>

## BIBLIOGRAFÍA

- Ahonen J, Lahtinen T, Sandstrom M, Pogliani G, Wimed R. Kinesiología y Anatomía aplicada a la actividad física. 2da ed. Barcelona; Editorial Paidotribio. España. 2001. Pág. 23 – 26.
- Arias J, Aller M, Arias J, Lorente L. Generalidades médico quirúrgicas. 1era. Edición. Madrid. Editorial Tébar.2001. pp. 150-152.
- Blanco R. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. España. Editorial Osakidetza. 2017. p. 4.
- García M. El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2da edición. México-2004, Editorial Progreso. p. 21.
- Martínez J. Prevención y tratamiento de úlceras y escaras. 1era edición. Editorial Vértice. España. 2008. pp. 3,22.
- Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona- Editorial Elsevier. 2011. pp. 60-61.
- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con UPP. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004. Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión. Revisión de febrero de 2003
- Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. Dermatología en Medicina General. 7ma edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2003. p.884.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE   | DEFINICIÓN<br>CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN<br>OPERACIONAL  | DIMENSIONES  | INDICADORES   |
|--|--|--|--|---|
| <b>Variable I</b><br>Valoración del<br>riesgo de<br>Úlceras por<br>Presión | La valoración es una etapa del Proceso de Atención de Enfermería que consiste en la aplicación de instrumentos para recoger información respecto al riesgo a que están expuestos los pacientes de presentar las úlceras por presión. | Es la recolección de datos que se realizará para obtener información de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, respecto al riesgo de padecer úlceras por presión; información que se obtendrá aplicando la Escala de Arnell, la cual adoptará un valor final de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con riesgo</li> <li>- Sin riesgo.</li> </ul> | Dimensiones de valoración de las úlceras por presión | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado mental</li> <li>- Incontinencia.</li> <li>- Actividad.</li> <li>- Movilidad.</li> <li>- Nutrición.</li> <li>- Aspecto de la piel.</li> <li>- Sensibilidad cutánea.</li> </ul> |

| VARIABLE   | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | DIMENSIONES   | INDICADORES   |
|--|---|--|---|---|
| <p><b>Variable II</b><br/>Cuidados de enfermería</p> | <p>Es la actividad que realiza el profesional de enfermería cuyo objetivo es brindar ayuda a la persona para preservar su salud o recuperarse de la enfermedad.</p> | <p>Son las acciones de apoyo o ayuda que brinda el profesional de enfermería a los pacientes del servicio de medicina, para prevenir o tratar las úlceras por presión; información que se obtendrá a través de la aplicación de una guía de observación y tomará el valor final de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eficientes y</li> <li>- Deficientes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del estado de la piel</li> <li>• Cuidados de higiene</li> <li>• Cuidados en la movilización.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sequedad</li> <li>- Excoriaciones</li> <li>- Eritema</li> <li>- Maceración</li> <li>- Sensación de picor o dolor en prominencias óseas</li> <li>• Mantención de la ropa del paciente limpia</li> <li>• Mantener limpia y seca la piel</li> <li>• Higiene diaria y secado</li> <li>• Limpieza de la herida</li> <li>- Evitar la fricción sobre la piel</li> <li>- Cambios de posición</li> <li>- Estimular la actividad y el movimiento</li> <li>- Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30°.</li> </ul> |



## ANEXO 2

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### INTRODUCCIÓN

Señor(a) tenga usted buenos días, soy Cecilia Euribe Puma, Bachiller de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, y me encuentro realizando un trabajo con el objetivo de determinar la valoración del riesgo de úlceras por presión según la escala de Arnell y cuidados de enfermería en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional Ica mayo 2021.

Para ello primero le entregaré un documento de consentimiento informado, en el cual se le invita a formar parte del estudio. Posteriormente con autorización de la institución, realizaremos algunas observaciones, preguntas o revisión de su historia clínica, para ver si se encuentra en riesgo de padecer úlceras por presión. Los datos que usted proporcionará serán totalmente confidenciales y anónimos.

#### DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES

##### Edad:

- a. 18 a 30 años
- b. 31 a 60 años
- c. Más de 61 años

##### Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino

##### Tiempo de hospitalización:

- a. De 3 a 6 días
- b. De 7 a 10 días
- c. Más de 10 días

**Uso de dispositivos sanitarios (cánulas o mascarillas de oxígeno, sondas de drenaje, sujeción mecánica, otros)**

- a. Sí
- b. No

## **DATOS GENERALES DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

1. Edad
  - a. De 25 a 40 años
  - b. De 41 a 56 años
  - c. De 57 a más años
2. Sexo
  - a. Masculino
  - b. Femenino
3. Nivel educativo alcanzado
  - a. Licenciatura
  - b. Especialidad
  - c. Maestría o doctorado
4. Tiempo que labora en el servicio
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 5 años
  - c. De 6 a 10 años
  - d. De 11 a más años

### Valoración de úlceras por presión Escala de Arnell

| Ítems                       | 0                                   | 1  | 2   | 3   |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|---|---|
| <b>Estado mental</b>        | Despierto y Orientado               | Desorientado   | Letárgico   | Comatoso  |
| <b>Incontinencia</b>        | No                                  | Ocasional, nocturno por stress                                   | Urinaria (solamente)  | Urinaria e Intestinal   |
| <b>Actividad</b>            | Se levanta de la cama sin problemas | Camina con ayuda   | Se sienta con ayuda   | Postrado en cama  |
| <b>Movilidad</b>            | Completa                            | Limitación ligera  | Limitación importante (parapléjico)   | Inmóvil (tetrapléjico o comatoso)                             |
| <b>Nutrición</b>            | Come de forma satisfactoria         | Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables | No suele tomar ninguna comida completa deshidratado. Ingesta mínima de líquidos | No come   |
| <b>Aspecto de la piel</b>   | Buena                               | Área enrojecida  | Perdida de continuidad de la piel a nivel de ulcera grado I                     | Edema con fóvea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II |
| <b>Sensibilidad cutánea</b> | Presente                            | Disminuida   | Ausente en extremidades   | Ausente   |

### Cuidados de enfermería

| Ítems  | SI | NO |
|--|----|----|
| <b>Valoración del estado de la piel</b>  |    |    |
| 1. Revisa si hay sequedad de la piel del paciente (mínimo cada turno).                             |    |    |
| 2. Busca, indaga, inspecciona la piel del paciente en busca de excoriaciones.                      |    |    |
| 3. Revisa con frecuencia al paciente en busca de signos de eritema.                                |    |    |
| 4. Revisa la piel del paciente en busca de signos de maceración.                                   |    |    |
| 5. La enfermera pregunta si el paciente tiene sensación de picor o dolor en prominencias óseas.    |    |    |
| <b>Cuidados de higiene</b>   |    |    |
| 6. La enfermera se preocupa por mantener la ropa del paciente limpia, seca y sin arrugas.          |    |    |
| 7. Se preocupa por mantener limpia y seca la piel del paciente.                                    |    |    |
| 8. La enfermera está pendiente que la higiene sea diaria y secado meticuloso sin fricción.         |    |    |
| 9. La enfermera se preocupa por la limpieza de la herida (Curación cada turno)                     |    |    |
| <b>Cuidados de la movilización</b>   |    |    |
| 10. La enfermera evita que exista fricción de la piel con otras superficies o aditamentos.         |    |    |
| 11. Cambia de posición cada 2 horas.   |    |    |
| 12. Estimula al paciente a moverse o realiza movimientos pasivos.                                  |    |    |
| 13. Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30° manteniendo la espalda recta con almohadones. |    |    |

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

| Criterios   | JUECES |   |   |   |   | Total |
|---|--------|---|---|---|---|-------|
|   | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 |       |
| 1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | 1      | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.008 |
| 2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.                            | 1      | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.008 |
| 3.- La estructura del instrumento es adecuada.  | 1      | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.008 |
| 4.- Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables.                 | 1      | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.008 |
| 5.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del cuestionario.                          | 1      | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.008 |
| 6.- Los ítems son claros y entendibles.   | 1      | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.008 |
| 7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación.  | 1      | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.008 |
| $\Sigma$  |        |   |   |   |   | 0.056 |

**Se ha considerado:**

0 = si la respuesta es negativa.

1 = si la respuesta es positiva.

N = número de ítems.

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

$$P = 0.008$$

Si  $P \leq 0.05$ , el grado de concordancia es significativo, por lo tanto, el instrumento es válido.

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

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 1

$$\alpha = \frac{6}{6 - 1} [1 - 1.06/3.81]$$

$$\alpha = 1.2 [0.721]; \alpha = 0.865 = 0.87$$

#### VARIABLE 2

$$\alpha = \frac{13}{13 - 1} [1 - 1.74/8.12]$$

$$\alpha = 1.08 [0.786]; \alpha = 0.8488 = 0.85$$

| VARIABLE   | ALFA DE CRONBACH |
|------------|------------------|
| VARIABLE 1 | 0.87             |
| VARIABLE 2 | 0.85             |

Para que el Instrumento sea confiable  $\alpha$  debe ser  $\geq 0.5$  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 5

### ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### TABLAS DE CÓDIGOS

#### DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA MAYO 2021

| DATOS GENERALES  | CATEGORÍAS       | CÓDIGO |
|--|------------------|--------|
| Edad   | De 18 a 30 años  | 1      |
|  | De 31 a 60 años  | 2      |
|  | De 61 a mas años | 3      |
| Sexo   | Masculino        | 1      |
|  | Femenino         | 2      |
| Tiempo de hospitalizacion  | De 3 a 6 dias    | 1      |
|  | De 7 a 10 dias   | 2      |
|  | De 10 a mas dias | 3      |
| Uso de dispositivos sanitarios<br>(canulas o mascararas de<br>oxigeno, sondas, etc). | Si               | 1      |
|  | No               | 2      |

**DATOS GENERALES DE LAS LICENCIADAS DEL SERVICIO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA MAYO 2021**

| <b>DATOS GENERALES</b>           | <b>CATEGORÍAS</b>    | <b>CÓDIGO</b> |
|----------------------------------|----------------------|---------------|
| Edad                             | De 25 a 39 años      | 1             |
|                                  | De 40 a 56 años      | 2             |
|                                  | De 57 a más años     | 3             |
| Sexo                             | Masculino            | 1             |
|                                  | Femenino             | 2             |
| Nivel educativo alcanzado        | Licenciatura         | 1             |
|                                  | Especialidad         | 2             |
|                                  | Maestría o doctorado | 3             |
| Tiempo que labora en el servicio | Menos de 1 año       | 1             |
|                                  | De 1 a 5 años        | 2             |
|                                  | De 6 a 10 años       |               |



## CODIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS

### ESCALA DE VALORACION DE ARNELL

| N° | Ítems                       | 0                                   | 1  | 2   | 3   |
|----|-----------------------------|-------------------------------------|--|---|---|
| 1  | <b>Estado mental</b>        | Despierto y Orientado               | Desorientado   | Letárgico   | Comatoso  |
| 2  | <b>Incontinencia</b>        | No                                  | Ocasional, nocturno por stress                                   | Urinaria (solamente)  | Urinaria e Intestinal   |
| 3  | <b>Actividad</b>            | Se levanta de la cama sin problemas | Camina con ayuda   | Se sienta con ayuda   | Postrado en cama  |
| 4  | <b>Movilidad</b>            | Completa                            | Limitación ligera  | Limitación importante (parapléjico)   | Inmóvil (tetrapléjico o comatoso)                             |
| 5  | <b>Nutrición</b>            | Come de forma satisfactoria         | Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables | No suele tomar ninguna comida completa deshidratado. Ingesta mínima de líquidos | No come   |
| 6  | <b>Aspecto de la piel</b>   | Buena                               | Área enrojecida  | Perdida de continuidad de la piel a nivel de ulcera grado I                     | Edema con fóvea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II |
| 7  | <b>Sensibilidad cutánea</b> | Presente                            | Disminuida   | Ausente en extremidades   | Ausente   |
|    | <b>SIN RIESGO</b>           |                                     |  |   | <b>1</b>  |
|    | <b>CON RIESGO</b>           |                                     |  |   | <b>2</b>  |

## INSTRUMENTO PARA CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| <b>Dimensión valoración del estado de la piel</b> |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>N°</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 1 – 5   | 2         | 1         |
| <b>Dimensión cuidados de higiene</b>              |           |           |
| <b>N°</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 6 – 9   | 2         | 1         |
| <b>Dimensión cuidados de la movilización</b>      |           |           |
| <b>N°</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 10 – 13   | 2         | 1         |

ANEXO N°6

TABLA MATRÍZ DE DATOS GENERALES Y VARIABLES

| N° | DATOS GENERALES |   |   |   | ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP – ESCALA DE ARNELL |   |   |   |   |   |   |    | RIESGO     |
|----|-----------------|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|----|------------|
|    | 1               | 2 | 3 | 4 | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ST |            |
| 1  | 3               | 1 | 3 | 1 | 1  | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12 | Con riesgo |
| 2  | 3               | 1 | 3 | 1 | 1  | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 14 | Con riesgo |
| 3  | 1               | 1 | 1 | 2 | 0  | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2  | Sin riesgo |
| 4  | 3               | 1 | 2 | 1 | 0  | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5  | Sin riesgo |
| 5  | 2               | 1 | 3 | 1 | 0  | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 13 | Con riesgo |
| 6  | 1               | 1 | 3 | 2 | 1  | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 15 | Con riesgo |
| 7  | 3               | 1 | 3 | 1 | 1  | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 16 | Con riesgo |
| 8  | 2               | 2 | 3 | 1 | 0  | 3 | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 | 11 | Sin riesgo |
| 9  | 1               | 1 | 3 | 2 | 0  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | Sin riesgo |
| 10 | 2               | 1 | 3 | 1 | 0  | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3  | Sin riesgo |

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |                   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|-------------------|
| <b>11</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | <b>15</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>12</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>13</b> | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>14</b> | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>15</b> | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>16</b> | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | <b>10</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>17</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | <b>17</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>18</b> | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>19</b> | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | <b>20</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>20</b> | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | <b>5</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>21</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>22</b> | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | <b>16</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>23</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | <b>12</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>24</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>25</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | <b>14</b> | <b>Con riesgo</b> |

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |                   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|-------------------|
| <b>26</b> | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>27</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>28</b> | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>29</b> | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | <b>7</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>30</b> | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>31</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | <b>9</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>32</b> | 3 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | <b>4</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>33</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | <b>17</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>34</b> | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | <b>17</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>35</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | <b>17</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>36</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | <b>8</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>37</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | <b>20</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>38</b> | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>39</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | <b>12</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>40</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | <b>14</b> | <b>Con riesgo</b> |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |            |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| 41 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2  | Sin riesgo |
| 42 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5  | Sin riesgo |
| 43 | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 13 | Con riesgo |
| 45 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 15 | Con riesgo |
| 46 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 16 | Con riesgo |
| 47 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5  | Sin riesgo |
| 48 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 11 | Sin riesgo |
| 49 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 16 | Con riesgo |
| 50 | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 12 | Con riesgo |
| 51 | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 13 | Con riesgo |
| 52 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 14 | Con riesgo |
| 53 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | 13 | Con riesgo |
| 54 | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 13 | Con riesgo |
| 55 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 11 | Sin riesgo |
| 56 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5  | Sin riesgo |

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |                   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|-------------------|
| <b>57</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>58</b> | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | <b>16</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>59</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | <b>12</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>60</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>61</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | <b>14</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>62</b> | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>63</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>64</b> | 3 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | <b>4</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>65</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | <b>17</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>66</b> | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | <b>17</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>67</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | <b>17</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>68</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | <b>8</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>69</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | <b>20</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>70</b> | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>71</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |                   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|-------------------|
| <b>72</b> | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | <b>14</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>73</b> | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>74</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |
| <b>75</b> | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>76</b> | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | <b>7</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>77</b> | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | <b>11</b> | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>78</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | <b>9</b>  | <b>Sin riesgo</b> |
| <b>79</b> | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | <b>13</b> | <b>Con riesgo</b> |



**TABLA MATRIZ DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA**

| N° | CUIDADOS DE ENFERMERÍA                     |   |   |   |   |    |                               |   |   |   |    |  |    |    |    | TOTAL |    |
|----|--|---|---|---|---|----|-------------------------------|---|---|---|----|--|----|----|----|-------|----|
|    | Dimensión valoración del estado de la piel |   |   |   |   |    | Dimensión cuidados de higiene |   |   |   |    | Dimensión de cuidados de la movilización |    |    |    |       |    |
|    | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | ST | 6                             | 7 | 8 | 9 | ST | 10                                       | 11 | 12 | 13 |       | ST |
| 1  | 1  | 1 | 1 | 1 | 2 | 6  | 2                             | 2 | 1 | 2 | 7  | 1  | 1  | 2  | 2  | 6     | 19 |
| 2  | 2  | 2 | 2 | 2 | 2 | 10 | 1                             | 2 | 1 | 2 | 6  | 1  | 2  | 2  | 1  | 6     | 22 |
| 3  | 1  | 1 | 1 | 1 | 2 | 6  | 1                             | 1 | 1 | 2 | 5  | 2  | 1  | 1  | 2  | 6     | 17 |
| 4  | 1  | 2 | 2 | 2 | 1 | 8  | 1                             | 1 | 1 | 2 | 5  | 1  | 2  | 1  | 1  | 5     | 18 |
| 5  | 2  | 2 | 2 | 2 | 1 | 9  | 1                             | 2 | 2 | 2 | 7  | 1  | 1  | 1  | 2  | 5     | 21 |
| 6  | 2  | 1 | 2 | 2 | 1 | 8  | 2                             | 2 | 2 | 2 | 8  | 2  | 1  | 2  | 2  | 7     | 23 |
| 7  | 2  | 2 | 1 | 2 | 1 | 8  | 1                             | 1 | 1 | 2 | 5  | 1  | 1  | 2  | 2  | 6     | 19 |
| 8  | 1  | 1 | 1 | 1 | 1 | 5  | 1                             | 1 | 1 | 1 | 4  | 1  | 1  | 1  | 1  | 4     | 13 |
| 9  | 2  | 1 | 1 | 2 | 1 | 7  | 1                             | 2 | 2 | 1 | 6  | 1  | 1  | 2  | 2  | 6     | 19 |
| 10 | 2  | 2 | 2 | 2 | 2 | 10 | 2                             | 2 | 2 | 2 | 8  | 2  | 2  | 2  | 2  | 8     | 26 |

## ANEXO N° 7

### TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES

#### TABLA 2

**VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LA ESCALA DE ARNELL SEGÚN DIMENSIONES DE VALORACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
MAYO 2021**

| <b>DIMENSIONES DE LA VALORACIÓN</b> | <b>n=79</b> | <b>100%</b> |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| SIN RIESGO                          | 31          | 39.25       |
| CON RIESGO                          | 48          | 67.75       |

#### TABLA 3

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
MAYO 2021**

| <b>DIMENSIÓN VALORACIÓN<br/>DEL ESTADO DE LA PIEL</b> | <b>n=10</b> | <b>100%</b> |
|---|-------------|-------------|
| EFICIENTE   | 6           | 60          |
| DEFICIENTE  | 4           | 40          |

**TABLA 4**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE  
HIGIENE EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
MAYO 2021**

| <b>DIMENSIÓN CUIDADOS DE HIGIENE</b> | <b>n=10</b> | <b>100%</b> |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| EFICIENTE                            | 4           | 40          |
| DEFICIENTE                           | 6           | 60          |

**TABLA 5**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DIMENSIÓN CUIDADOS DE  
LA MOVILIZACIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE  
MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
MAYO 2021**

| <b>DIMENSIÓN CUIDADOS DE<br/>LA MOVILIZACIÓN</b> | <b>n=10</b> | <b>100%</b> |
|--|-------------|-------------|
| EFICIENTE  | 2           | 20          |
| DEFICIENTE                                       | 8           | 80          |

**TABLA 6**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA GLOBAL EN PACIENTES DEL SERVICIO  
DE MEDICINA HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
MAYO 2021**

| <b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b> | <b>n=10</b> | <b>100%</b> |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| EFICIENTE                     | 4           | 40          |
| DEFICIENTE                    | 6           | 60          |

## ANEXO N° 8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **Consentimiento informado dirigido a los pacientes o familiares**

La investigación a realizar tendrá como autora a la bachiller Cecilia Noemi Euribe Puma, quien es egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, el objetivo del estudio será determinar la valoración del riesgo de úlceras por presión según la Escala de Arnell y cuidados de enfermería en pacientes del servicio de medicina Hospital Regional de Ica mayo 2021.

Para la recolección de los datos se realizará la observación y entrevista de los pacientes que están hospitalizados en el servicio de medicina con la finalidad de conocer los riesgos que tiene para la aparición de úlceras por presión, la cual tendrá una duración de 10 minutos por paciente.

El estudio tendrá como beneficios la disminución de riesgos al ser identificados oportunamente, evitando la aparición de úlceras por presión en los pacientes. Si usted considera participar deberá firmar el documento, y con su firma usted está asegurando que conoce los objetivos, beneficios y riesgos de su participación, no encontrarse orientado o despierto el paciente, el documento deberá ser firmado por sus familiares responsables directos.

Si usted considera alguna duda o inconveniente del estudio puede consultarlo de forma personal con la investigadora y de no estar presente llamar al número de celular 940 158 086.

Además, se le asegura que la información que usted brinde durante el estudio será de uso y manejo exclusivo de la investigadora y de nadie más, para ello se guardarán los datos codificados en su computadora

personal y con contraseñas, así se asegurara la confidencialidad o privacidad de sus respuestas, si usted desea conocer los resultados del estudio podrá solicitarlos a la investigadora cuando a usted le parezca necesario.

Finalmente, si usted tiene dudas sobre la veracidad de la investigación puede comunicarse con los miembros de Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) al número 01 748 2888, quienes resolverán sus dudas en relación a la aprobación de la investigación.

Se le agradece de antemano su participación y al finalizar el estudio puede solicitar los resultados a la investigadora.

-----

Nombre del Participante

-----

Firma del Participante

Fecha: