

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**FACTORES RELACIONADOS EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR
PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018**

PRESENTADO POR:

Bach. ROSMERY HUILLCA VILLALBA

Bach. KRITZIA LUCERO WARTHON FELIX

**Para optar al título profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERIA**

ASESORA: Dra. SARA BATALLANOS NEME

CUSCO – PERU

2018

PRESENTACION

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; SEÑORA DIRECTORA DEL CENTRO DE INVESTIGACION DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

En cumplimiento al reglamento de Grados y Títulos de la escuela profesional de enfermería, para optar al título profesional de licenciada en enfermería, presentamos ante ustedes el trabajo de investigación titulado: **“FACTORES RELACIONADOS EN LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018”**, para optar al título profesional de licenciada en enfermería.

ROSMERY y KRITZIA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por su bendición constante, permitiendo culminar esta etapa universitaria y logro de objetivos y anhelos.

A la Universidad Nacional San Antonio Abad Del Cusco, facultad de ciencias de la salud en especial a la escuela profesional de enfermería por ser parte de nuestro segundo hogar durante nuestra formación universitaria, a todos los docentes por su dedicación, trabajo, y conocimientos transmitidos. Con sincera gratitud a nuestra asesora Dra. Sara Batallanos Neme, Dictaminantes Dra. Nancy Berduzco Torres, Dra. Rosa Javier Ramos, en su labor de docente por su orientación, motivación y seguimiento para la culminación del presente trabajo de investigación.

Al Director del Hospital Antonio Lorena del Cusco y al departamento de enfermería y licenciadas de los servicios de medicina, traumatología, cirugía especialidades por colaborar con el presente trabajo y brindarnos las facilidades.

DEDICATORIA

A Dios por guiarme, por darme la fortaleza en cada momento de mi vida y vencer cada obstáculo que se presenta, a la Virgen del Carmen por iluminar mi camino día a día.

A mis abuelos Crispín y Jesusa (+) por su gran amor y motivación del día a día, el ángel que cuida de mí desde el cielo.

A mis padres Aparicio y Rosario, por su amor incondicional y la confianza que pusieron en mí, los que nunca me dejaron sola y siempre cogieron mi mano para avanzar, levantarme y ayudarme a enfrentar todas las adversidades en el día a día. A ellos que fueron mi inspiración para lograr mis objetivos y culminar mi carrera profesional.

A mi hermana Gloria Zulema por su amor, ser mi cómplice, por brindarme su apoyo emocional y motivación constante en toda esta etapa de la realización de este trabajo.

A Docentes por sus palabras de aliento y motivación en todo

momento desde inicio de la carrera profesional hasta la culminación.

A mi asesora Sara Batallanos Neme por brindarme su amistad, apoyo incondicional desde el inicio hasta la culminación de este trabajo de investigación, por la paciencia, consejos y sus palabras que siempre llevaré presente.

A la Dra. Nancy Berduzco Torres por su apoyo incondicional en este trabajo de investigación, por su motivación constante.

A mis amigos por estar siempre conmigo en el día a día, por su sincera amistad y estar siempre conmigo, en especial María del Carmen y Miguel

ROSMERY

DEDICATORIA

A Dios y a la mamacha Asunta por encaminarme en el sendero de mi vida e iluminarme siempre en todo momento.

A mis queridos hermanos cuyo entusiasmo nunca han dejado de inspirarme, Gadwin, Maxhiomer, Jairo y Jimena.

A mis queridos tíos, Carlos, Yumar, Wilard, Eddie, Maritza, Dalmiro, Madilayn, Hilda, Giovanny, Herbert, Nery, Wilton, Eufemia, Eloísa, Lilia, Juancancio, Miguel; Que en todo momento supieron orientarme , me impulsaron siempre a seguir con un espíritu de superación permanente.

A quienes me acompañan en el camino de la vida, con paciencia, cariño y apoyo inagotable, con eterna gratitud a los seres más queridos en mi vida, mis padres, José Pepe y Ruthzana quienes con su constante amor y sacrificio hicieron que logre mi objetivo el cual colmo de regocijo mi espíritu.

Con cariño para mis abuelitos Juan Máximo, Hilda Luciana y Willy mis ángeles que siempre brillaran en mi corazón y a mis abuelitos Omero y Paulina por su amor constante.

Con cariño a mis sobrinos Rudiard, Zayed y Luciana que son mi inspiración para seguir adelante

INDICE

PRESENTACION	1
AGRADECIMIENTO	1
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	1
FORMULACION DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	3
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
VARIABLES	4
JUSTIFICACION	4
AREA DE ESTUDIO	5

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ESTUDIOS PREVIOS	6
2.1.1: A NIVEL INTERNACIONAL	6
2.1.2: A NIVEL NACIONAL	11
2.1.3: A NIVEL LOCAL	14
2.2 BASES TEÓRICAS	14
2.2.1 ULCERAS POR PRESION	14
2.2.1.2 ETIOPATOGENIA DE LAS ULCERAS POR PRESION	15
2.2.1.3 FISIOPATOLOGIA DE LAS ULCERAS POR PRESION	16
2.2.1.4 CLASIFICACION DE LAS ULCERAS POR PRESION	16
2.2.2 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN	19
2.2.3 FACTORES EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	30
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	42

CAPITULO III
3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO	43
3.2 POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA	43
3.3 TIPO DE MUESTREO	43
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	44
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	45
3.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	52
3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS	53
3.8 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	53
3.9 PLAN DE ANALISIS DE DATOS	54

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	56
CONCLUSIONES.....	77
SUGERENCIAS	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	84

INDICE DE TABLAS

Pág.

<u>TABLA N° 01.</u>	52
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 02.</u>	54
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PACIENTE EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 03.</u>	55
FACTORES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA sobre PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 04.</u>	57
FACTORES INSTITUCIONALES SOBRE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 05.</u>	62
FACTORES DEL PACIENTE SEGÚN ESCALA DE NORTON SOPREVENCIÓN DE ULCERAS PÓR PREVENCIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 06.</u>	64
NIVEL DE RIESGO SEGÚN ESCALA DE NORTON POR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 07.</u>	65
PREVENCIÓN DE ULCERAS POR EL PROFESIONAL PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	

<u>TABLA N° 08.</u>	66
FACTORES PROFESIONALES RELACIONADOS A LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 09.</u>	68
FACTORES INSTITUCIONALES RELACIONADO A LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	
<u>TABLA N° 10.</u>	70
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL PACIENTE EN EL NIVEL DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018.	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulada: “FACTORES RELACIONADOS EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018” cuyo **objetivo** es: Determinar los factores relacionados en la prevención de úlceras por presión en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2018. Siendo el **diseño metodológico** de tipo descriptivo, transversal, correlacional con una población total de 30 profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización de medicina, traumatología y cirugía especialidades; para la recolección de datos se utilizó cuestionario de conocimiento, ficha de recolección de datos, guía observación para determinar los factores relacionados en la prevención de úlceras por presión, validados por juicio de expertos y escala de Norton modificada, instrumento validado y confiable. Siendo los **Resultados** hallados: Respecto a los factores profesionales, el 63,3% de los profesionales de enfermería tuvieron un nivel medio de conocimiento sobre prevención de úlceras por presión, el 63,7% fueron contratados, el 80% no recibieron capacitaciones sobre prevención de úlceras por presión, el 76,7% no tuvo una actividad adicional. Respecto a los factores institucionales; administrativo: el 63,3% en la institución no utilizó una guía de protocolo de prevención de úlceras por presión, el 100% no hace uso de escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión y no realizaron capacitaciones o no tienen programa de capacitaciones sobre prevención de úlceras por presión. Recurso humano: el 100% número de profesional de enfermería por el número de pacientes hospitalizados y por el grado de dependencia III y IV es insuficiente. Acerca de la Unidad de paciente: el 100% no existe termo higrómetro, el espacio entre cama y cama y la pared en los servicios de hospitalización es inadecuada, la temperatura es inadecuada. Respecto a factores de paciente: el 56.7% de los pacientes estudiados tuvieron un estado físico débil, el 36.7% tuvieron una movilidad muy limitada, el 46.7% no tuvieron incontinencia el 63.3% caminaba con ayuda, que 43.3% de los pacientes tuvieron un riesgo alto de generar úlceras por presión. Por lo que se llega a la **conclusión**: los factores profesionales como: conocimiento, condición laboral, capacitaciones recibidas, actividad adicional; factores institucionales: administrativo, recurso humano, unidad de paciente tiene relación significativa con la prevención de úlceras por presión con un $p_{valor} < 0.05$

Palabras claves: **Prevención de úlceras por presión, factores profesionales, factores institucionales, factores de paciente.**

SUMMARY

The present research work entitled: "RELATED FACTORS IN THE PREVENTION OF ULCERS BY PRESSURE IN PATIENTS OF THE ANTONIO LORENA HOSPITAL, CUSCO - 2018" whose **objective** is: To determine the factors related in the prevention of pressure ulcers in patients of the Antonio Lorena Hospital, Cusco - 2018. Being the descriptive, cross-sectional, correlational **methodological design** with a total population of 30 nursing professionals of the hospitalization services of medicine, traumatology and surgery specialties; For data collection, knowledge questionnaire, data collection form, observation guide was used to determine the factors related to the prevention of pressure ulcers, validated by expert judgment and modified Norton scale, validated and reliable instrument. **The results** were found: Regarding the professional factors, 63.3% of the nursing professionals had an average level of knowledge on prevention of pressure ulcers, 63.7% were hired, 80% did not receive training on prevention of pressure ulcers, 76.7% did not have an additional activity. Regarding institutional factors; administrative: 63.3% in the institution did not use a protocol guide to prevent pressure ulcers, 100% did not use risk assessment scales for pressure ulcers and did not carry out training or have no training program on prevention of pressure ulcers. Human resource: the 100% number of nursing professionals due to the number of hospitalized patients and the degree of dependence III and IV is insufficient. About the Patient Unit: there is no thermos hygrometer, the space between bed and bed and the wall in the hospitalization services is inadequate, the temperature is inadequate. Regarding patient factors: 56.7% of the patients studied had a weak physical condition, 36.7% had very limited mobility, 46.7% had no incontinence, 63.3% walked with help, 43.3% of the patients had a risk high to generate ulcers by pressure. So we reach the conclusion: professional factors such as: knowledge, work condition, training received, additional activity; Institutional factors: administrative, human resource, patient unit has a significant relationship with the prevention of pressure ulcers with a value <0.05

Keywords: **Prevention of pressure ulcers, professional factors, institutional factors, patient factors.**

INTRODUCCIÓN

Una realidad que prevalece en los servicios asistenciales de salud, entre las complicaciones que sufren los pacientes internados se encuentran las úlceras por presión y es frecuente en el área de hospitalización.

Las úlceras por presión son toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, lo que provoca un bloqueo de riego sanguíneo y como consecuencia se produce una degeneración rápida de los tejidos. Muchos autores lo consideran como un indicador de la calidad de los cuidados prestados por los profesionales de enfermería.

Las úlceras por presión son lesiones producidas por interacción de 3 causas principales como son la presión, la fricción y cizallamiento, como producto de esta interacción se produce una pérdida en la continuidad de la piel de la persona expuesta, se sabe muy bien que la piel es primera línea de defensa que poseemos y que la pérdida de esta conlleva a múltiples complicaciones.

A pesar de los esfuerzos de diversos organismos y grupos científicos para prevenir este evento adverso, todavía es frecuente observar casos de úlceras por presión en sus diferentes grados, los que afectan la integridad del paciente o empeoran su situación. Esta circunstancia puede empeorar si los cuidados de úlceras por presión del profesional de enfermería presentan deficiencias que pueden afectar en el cuidado de esta.

En nuestro medio el profesional de enfermería es la persona con más acercamiento a los pacientes quienes están a cargo de brindar los cuidados preventivos en base a guías clínicas, protocolos u otro medio científico para evitar la aparición de úlceras por presión, que tengan una mejora significativa e incluso su resolución, por lo tanto es menester de dichos profesionales aplicar estos cuidados con ética, conocimiento y empatía además de los aspectos legales que implican estos procedimientos.

En el Hospital Lorena del Cusco, específicamente en los servicios de hospitalización existe pacientes con diversas patologías los cuales están al cuidado de un equipo multidisciplinario siendo el papel de profesional de enfermería de mayor responsabilidad frente a la aparición de úlceras por

presión, por lo cual es de necesidad que dichos profesionales cuenten con una base científica sólida en el manejo preventivo de este tipo de lesiones para así prevenir las úlceras por presión y promover la recuperación óptima de los pacientes.

Sin embargo, es frecuente observar que muchas veces existen falencias en la aplicación de los cuidados hacia estos pacientes debido tal vez a la carga laboral, escasos de recurso, poca disponibilidad de tiempo, ausencia de capacitaciones hacia los profesionales de enfermería, es por este motivo que nos lleva a realizar esta investigación cuyo fin es identificar los factores que predisponen en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Este estudio pretende determinar los factores relacionados en la prevención de úlceras por presión, en los servicios de hospitalización del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

El presente trabajo de investigación estructuralmente presenta cuatro capítulos:

Capítulo I: Problema de investigación, presenta la caracterización, formulación y planteamiento del problema, objetivo general y específicos, variables, justificación.

Capítulo II: Marco teórico, presenta estudios previos a nivel internacional, nacional y local, base teórica que sustenta a las variables y la conceptualización de las variables

Capítulo III: Diseño metodológico en cual considera el tipo de estudio, población, operacionalización de variables, técnicas e instrumentos, validez y confiabilidad de los instrumentos, el procedimiento de recolección y análisis de datos.

Capítulo IV: se muestra los resultados de la investigación mediante tablas, la discusión y conclusiones.

- Referencias bibliográficas
- Anexos

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La úlcera por presión (UPP) se define como una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, causada por combinación de causas como presión, fricción y el cizallamiento, siendo determinantes la relación de presión y tiempo para sus apariciones; pueden causar numerosas complicaciones y empeorar el estado clínico de las personas con restricciones en la movilización del cuerpo.(1)

Las úlceras por presión (UPP) son consideradas una iatrogenia en la prestación de cuidados y debido a que es el equipo de enfermería el gestor de este cuidado, son quienes asumen la carga ante otros profesionales de salud, en relación a la prevención, aparición y evolución. (2)

La prevención de úlceras por presión están direccionados con la responsabilidad del personal de enfermería, ya que la aparición de las lesiones están relacionados con la planificación de los cuidados de enfermería.

El desconocimiento e falta de implementación de las escalas e instrumentos de evaluación y valoración del riesgo de las úlceras por presión, la identificación de factores específicos que los ponen en riesgo, hacen vulnerables a la aparición y evolución de úlceras por presión; la mayoría de los hospitales no utilizan protocolos de prevención y manejo de úlceras por presión (3)

Es necesaria la participación de los integrantes del equipo de salud. Así como la capacitación sobre la prevención y manejo de úlceras por presión. Dentro de los cuidados básicos que el profesional de salud proporciona a los pacientes está la movilización, la higiene, cambios posturales. El personal de enfermería necesita hacer un uso óptimo de los datos que recopila durante la valoración de úlceras por presión y emplearlos para proporcionar un cuidado acorde a la problemática que el paciente presenta. (4)

La prevalencia de úlceras por presión oscila entre 3,8%-12% y la incidencia de úlceras por presión 0,4-38% a nivel mundial. (5) La mayoría de las úlceras por presión son de origen nosocomial representando un 65%, originándose durante el ingreso del paciente en los hospitales. La prevalencia en China es de 1,5%, en España se encuentra en 7-8%; En México es del 11,6%, en Brasil presenta el 41,1%(6) Se han informado prevalencias tan elevadas como del 24% en Jordania o del 26,5% en niños en 14 hospitales en Suiza(8). En el Perú es de 11,4% a 16% (7).

En los servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidades del hospital Antonio Lorena del Cusco, durante las prácticas clínicas se observaron un considerable número de pacientes adultos y adultos mayores con distintas patologías crónica y no crónicas con estancia hospitalaria prolongada siendo candidatos a desarrollar úlceras por presión. Los factores del profesional de Enfermería relacionado con la prevención de úlceras por presión fueron: escasos cuidados en prevención de úlceras por presión, escasa valoración de los factores de riesgo de úlceras por presión al ingreso del paciente a la unidad de hospitalización; La falta de uso de escalas, tablas de evaluación y valoración de riesgos de úlceras por presión, la falta de utilización de protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión validado.

Se observó la gran demanda de pacientes de diferentes patologías a la responsabilidad de un profesional en enfermería en cada guardia, en consecuencia de ello este no se puede abastecer para la cantidad de demanda de pacientes ya que cada paciente requiere de un cuidado individual y especializado, este hecho pueden condicionar al desarrollo de úlceras por presión y su evolución. Los profesionales en enfermería descuidaron la supervisión de las actividades que realiza el personal técnico en enfermería como es el: tendido de cama, cambios posturales y confort del paciente; muchas veces las sabanas del paciente presentan pliegues y humedad; el mismo que ejerce mayor presión sobre la piel.

Los factores institucionales observados fueron: la ausencia de cursos de capacitación y actualización sobre prevención de úlceras por presión al personal de salud por parte de la institución así como también la desinterés del profesional de salud de participar en capacitaciones o cursos de actualización

sobre úlceras por presión. La implementación de un protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión validado, escalas de valoración de riesgo, escasez de materiales para un cuidado de prevención de úlcera por presión. La unidad de paciente no favorable para el cuidado de pacientes hospitalizados puesto que las camas no cuentan con colchones anti escaras.

La aparición de úlceras por presión en el paciente hospitalizado depende de diversos factores, el estado general, el estado mental, la actividad, la movilidad, la incontinencia. Principalmente el déficit de movilidad relacionado al confinamiento en cama por periodos prolongados. El tiempo de exposición a dichos factores, determina el desarrollo de las úlceras por presión.

Estos hechos hacen posible el planteamiento de la siguiente pregunta

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores relacionados en la prevención de úlceras por presión en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2018?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores relacionados en la prevención de úlceras por presión en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar características generales de la población de estudio: edad, sexo (profesional de enfermería y pacientes).
- Describir los factores del profesional de enfermería del Hospital Antonio Lorena, Cusco.
- Describir los factores institucionales del Hospital Antonio Lorena, Cusco.
- Describir los factores del paciente (valoración de riesgo según escala de Norton modificada) del Hospital Antonio Lorena, Cusco.
- Evaluar la prevención de úlceras por presión en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco.

1.4 VARIABLES DE ESTUDIO

V₁: Factores que se relaciona con la prevención de úlceras por presión

–Factores del profesional de enfermería

- Conocimiento
- Condición laboral
- Capacitaciones recibidas en el tema
- Actividad adicional

–Factores institucionales

- Administrativo
- Recurso humano
- Materiales e insumos
- Unidad del paciente

–Factores del paciente

- Escala de Norton modificado

V₂: Prevención de las Úlceras por presión

V₃: Características de las población de estudio (edad, Sexo)

1.5 JUSTIFICACION

Las úlceras por presión son un problema latente en nuestro país del cual se tienen escasos datos estadísticos, en donde el profesional de Enfermería cumple un rol importante en la prevención de este evento adverso, que a su vez su desarrollo aumenta los costos de tratamiento, tiempo de hospitalización, y retrasando el retorno del paciente a su hogar, trabajo y comunidad. Previniendo esta complicación se obtiene mejores resultados terapéuticos y se evita un foco dérmico infeccioso reduciendo la morbi mortalidad del paciente mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

Es por ello que el profesional de enfermería debe brindar cuidados específicos que aborden desde la prevención que la falta de actividad conlleva, razón por la que la prevención de úlceras por presión deben realizarse de manera adecuada y oportuna según su protocolo de atención, utilizando escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión con la finalidad de minimizar

secuelas que deterioren en el paciente su capacidad funcional y retardan su rehabilitación a causa de reposo terapéutico.

Este estudio será útil porque los resultados se darán a conocer a las autoridades de la institución así como las autoridades del departamento de enfermería, así mismo a las respectivas jefas de servicios: medicina, traumatología, cirugía especialidades del hospital Antonio Lorena del cusco, que les servirá como fuente de información y permitirá poner atención en los cuidados de prevención de úlceras por presión, así mismo realizar planes de cuidado de acuerdo a las necesidades de los pacientes, concientización del personal de salud para de esta manera se logre un efecto multiplicador que permita garantizar un sistema de trabajo , coordinando entre los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Antonio Lorena del cusco, así mismo servirá como base para futura investigaciones relacionadas al tema.

1.6 AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en los servicios de Medicina, Traumatología y Cirugía Especialidades del Hospital Antonio Lorena del Cusco cuyo nivel de resolución es nivel III de alta especialización con capacidad resolutive, y énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de sus unidades productoras de servicios de salud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ESTUDIOS PREVIOS

2.1.1: A NIVEL INTERNACIONAL

TOMAZINI A., NASCIMENTO T., et al. "Úlceras por presión en pacientes críticamente enfermos: incidencia y factores de riesgo". Brasil, 2016 Objetivo: identificar la incidencia y describir los factores asociados con las úlceras de presión en pacientes críticamente enfermos. Concluyen: "Se constató una elevada incidencia de la úlcera por presión en la población en estudio; La identificación de las características clínicas y metabólicas de los pacientes y de los factores asociados a su desarrollo; La necesidad de que el paciente quirúrgico sea mejor evaluado en sus condiciones clínicas y metabólicas, así como en la incidencia de UPP, demuestra la necesidad de estudios sobre el fenómeno, así como de estudios que utilizan protocolos y cuidados con el uso de tecnologías apropiadas, con el objetivo de disminuir la incidencia en pacientes críticos, ya que los costos con la prevención serán inferiores a los demandados en el tratamiento Agravios. Otros estudios con población y escenarios diferentes permitirán el conocimiento de la real extensión de ese problema en el país para proporcionar subsidios para la construcción de estrategias de prevención basadas en protocolos no sólo en las instituciones campo de estudios, sino también como propuesta de política pública nacional."(9)

SOUZA N., BARBOSA M., et al." "Conocimientos del equipo de enfermería acerca de prevención de úlceras por presión". Brasil, 2017 Objetivo: describir y analizar los conocimientos del equipo de enfermería sobre clasificación, evaluación y medidas de prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes internados en UTI de Hospital Universitario de la ciudad de Manaus. Concluyen: "De los 14 enfermeros y 26 técnicos en enfermería que fueron evaluados en la categoría de prevención de úlceras por presión donde los promedios globales de aciertos fueron de 63,4% (DE = 8.0) en promedio para los técnicos/auxiliares y del 51,4% (DE = 9.7) para los enfermeros, con

diferencia estadísticamente significativa entre los grupos sólo para la categoría de prevención de úlceras por presión ($p < 0,001$) detectando un déficit de conocimientos sobre prevención de úlceras por presión entre enfermeros y técnicos/auxiliares de enfermería, resultando imperiosa la capacitación de estos profesionales.”(10)

ROMERO J., ÁLVAREZ C., et al “Disminución de la incidencia de úlceras por presión en sacro y talones en pacientes ingresados en cuidados intensivo”. España, 2017. Objetivo: disminuir las tasas de incidencia de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos. Determinar la eficacia de los apósitos preventivos de espuma de adhesión a traumática. Concluyen: La menor incidencia de úlceras por presión en el grupo de tratamiento con apósitos preventivos con respecto al grupo de solo medidas estándar de prevención de úlceras por presión, principal objetivo del mismo. El papel de los profesionales enfermeros en la prevención de las úlceras por presión en el enfermo crítico se destaca como primordial y su contribución a la consecución de unos cuidados de calidad que lleven a la excelencia en la práctica clínica es una de sus más altas responsabilidades asistenciales. La valoración periódica por parte del profesional de Enfermería constituye un filtro de calidad asistencial necesaria para la prevención y/o disminución de múltiples procesos patológicos que pueden contribuir al aumento de la morbimortalidad del enfermo crítico como son las úlceras por presión.(11)

HERNÁNDEZ J., MORENO M., et al. “Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión” México, 2016. Objetivo: determinar el cuidado de enfermería perdido percibido por el personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de úlceras por presión. concluyen: Los hallazgos del estudio permitieron identificar que existen cuidados de enfermería que se omiten de acuerdo a las necesidades de los pacientes durante su estancia hospitalaria y esto genera resultados negativos como es el desarrollo de úlceras por presión. Es importante destacar que el cuidado perdido percibido de acuerdo al personal de enfermería fue inferior a lo observado a través de la valoración de pacientes con riesgo o con úlceras por presión, esto es relevante debido a que el énfasis de los estudios de cuidado perdido se ha

centrado en la percepción del personal de enfermería y escasamente en la percepción del paciente; sin embargo, en el presente estudio se contrastó la percepción con la valoración a los pacientes y los resultados ponen de manifiesto que la valoración es una medida objetiva que permite identificar con mayor precisión las omisiones en el cuidado y su efecto en los resultados en el paciente. Entre los factores asociados con el cuidado perdido el personal de enfermería ubicó en primer orden los relacionados con el recurso humano seguido de los recursos materiales y los de comunicación. Esto es relevante de considerar por los administradores de enfermería, quienes requieren implementar medidas de gestión que permitan fortalecer los recursos humanos al interior de las organizaciones con la cantidad y competencias específicas para otorgar un cuidado continuo acorde a las necesidades de los pacientes y evitar el cuidado perdido y su impacto en los resultados de la atención.(12)

JINETE J., MERCADO M., et al. “Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión” Colombia, 2016. Objetivo: identificar el cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Concluyen: través de la observación, esta investigación determinó que las sesiones educativas para prevenir la aparición de úlceras por presión, dirigidas a familiares cuidadores y pacientes con estancia prolongada, están siendo delegadas con frecuencia al personal auxiliar de enfermería. Aunque esta labor es pertinente a la actividad asistencial, la competencia del seguimiento, control y aplicación de las escalas solo es del profesional, el Ministerio de Salud y de Protección Social en Colombia indica que las prácticas más eficientes para evitar la presencia de úlceras por presión van dirigidas a la prevención. El abordaje de la prevención en la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados por parte del equipo interdisciplinario ha demostrado ser efectivo en referencia al adecuado estado nutricional, el mantenimiento de la movilidad y la higiene corporal del paciente, al igual que los planes de cuidados estandarizados o individualizados. La identificación temprana del riesgo, educación al paciente y su familia, creación de un protocolo o monitoria de la adherencia al protocolo de manejo de pacientes de riesgo, al igual que la supervisión frecuente de los pacientes de mayor riesgo. La debilidad en la competencia de la aplicación de escalas de valoración de

riesgo de úlceras por presión confirma la importancia del cumplimiento de las actividades de prevención como indicador de calidad del cuidado de enfermería, así mismo genera un aporte al currículo, investigación y práctica de enfermería.(13)

PARRA D., CAMARGO F. et al. “Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas” Colombia, 2012 Objetivo: Describir la incidencia de algunos eventos adversos relacionados con las acciones de Enfermería en una institución de salud de tercer nivel de atención. Concluyen: Se reporta una incidencia importante de eventos adversos, cifras consistentes con la literatura. El conocer su epidemiología ayudará a establecer medidas para su prevención y control. Los resultados de este estudio son un acercamiento a la realidad sobre la problemática de este tipo de eventos en las instituciones de salud, que son producto de la práctica de Enfermería en la mayoría de los casos e indicadores de la calidad de los cuidados brindados, por lo tanto, es importante continuar realizando diseños observacionales que permitan determinar no solo la frecuencia de éstos, sino también, los factores relacionados con su aparición, a fin de direccionar las acciones hacia una disminución de la incidencia y de las discapacidades resultantes.(14)

HERNÁNDEZ J. “Prevención y cuidados en úlceras por presión”. España, 2009 Objetivos: Determinar el grado de conocimiento que poseen sobre las recomendaciones de prevención y tratamiento en úlceras por presión que aparecen en las guías de práctica clínica, Identificar la posible existencia de factores profesionales o de formación que puedan influir en el nivel de conocimiento y en su puesta en práctica. Concluye: El nivel de conocimientos sobre prevención y tratamiento en úlceras por presión que poseen los profesionales de enfermería del Complejo Hospitalario de Jaén puede ser considerado como satisfactorio. No obstante, las medidas de prevención son más identificadas que las de tratamiento. El grado de implementación de las directrices que aparecen en las guías de práctica clínica es, sin embargo, más bajo que el elenco de conocimientos. Podrían existir factores que impidieran dicha implementación (escasez de plantillas, tiempos de enfermería ajustados, inadecuada prioridad a las úlceras por presión, déficit de medios) contra los

que lucharíamos con adecuadas políticas educacionales de salud, con la provisión de recursos humanos y materiales en función de estudios correctamente diseñados o, tal vez, con la motivación de los profesionales implicados. No se han encontrado diferencias significativas en el grado de conocimiento atribuibles a la experiencia profesional. Sí aparece cierta disparidad a la hora de llevar a la práctica algunas intervenciones en relación al tipo de formación recibida previamente. Pertenecer a una específica unidad también denota alguna variabilidad en el abordaje de las úlceras por presión, tanto en la prevención como en el tratamiento.

Por último, los resultados obtenidos son totalmente equiparables con los publicados tanto en España, como en otros entornos. Sería interesante plantear estrategias que permitieran desterrar la mala praxis que aún persiste en relación a determinados abordajes en úlceras por presión (masajes, colonias, roscos, etc.)(15)

BRUNET N., KURCGANT P. “Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención.” Brasil, 2012 Objetivo: evaluar la aplicación de un protocolo para la prevención de úlceras por presión en pacientes. Resultados: La incidencia encontrada en este estudio, el 23,1%, fue inferior a la indicada en un estudio similar elaborado en la misma institución (41,02%) antes de la aplicación de protocolos para la evaluación de riesgos y la prevención de úlceras por presión. Conclusiones: protocolos de prevención son herramientas fundamentales y el impacto en el control de la incidencia de úlceras por presión, cuando se usan de manera habitual.(16)

ANGULO Y. DURAN D., et al. “Dotación del recurso humano de enfermería según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2014”. Colombia, 2014 Objetivo: Calcular el recurso humano de enfermería necesario para satisfacer las necesidades de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo. Resultados: El Test Delta se aplicó de manera homogénea a 49 hombres y 49 mujeres. La mayor parte de la población se ubicó por encima del rango de edad de los 51–

57 años con un total de 69 pacientes. La muestra en su mayoría pertenecientes al régimen subsidiado, estrato socioeconómico uno, y un bajo nivel educativo. Con respecto al grado de dependencia se encontró que en el 22,4% son autónomos para la realización de las actividades propias del autocuidado, 28,6% requieren ayuda ocasional, 22,4% ayuda frecuente y 26,5% ayuda permanente. Al correlacionar las variables dependencia y diagnóstico es evidente que los pacientes a mayor complejidad por la patológica o comorbilidades mayor es su grado de dependencia, igualmente que la edad es un factor influyente en la categorización de la dependencia. Lo anterior, evidencia que la dependencia está relacionada con los procesos crónicos y el envejecimiento, características propias de un servicio de medicina interna, esto a su vez sumado a los cambios que disminuyen la capacidad funcional de las personas debido al deterioro progresivo de la salud. El cálculo del recurso humano de enfermería necesario para satisfacer las demandas de atención son trece para el servicio de medicina interna, la mayor parte del personal estaría asignado para satisfacer las demandas de los pacientes en la categoría asistidos severos, por tener un alto grado de complejidad en sus cuidados. Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, podría ser utilizada como una metodología para determinar y asignar en forma eficiente, el recurso humano de enfermería, teniendo en cuenta el grado de dependencia, ya que está relacionado con mejores resultados en los pacientes, con implicaciones positivas en la calidad y la seguridad del paciente.(17)

2.1.2: A NIVEL NACIONAL

RAMOS A. "Factores de riesgo y características clínicas asociadas al desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados: Hospital Hipólito Unanue De Tacna Enero – Marzo 2016" Perú, 2016. Objetivo: Determinar los factores de riesgo y características clínicas relacionadas al desarrollo de úlceras por presión (UPP) en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo enero – marzo del año 2016 concluyen: Los factores de riesgo con más significancia estadística para el desarrollo de úlceras por presión son: edad de 81 años a más , mal estado físico general, postración, inmovilidad, estupor, estado de coma, incontinencia urinaria y fecal, Índice de Masa Corporal bajo,

comorbilidad alta según Índice de Charlson y sujeción mecánica; Se comportaron como factores protectores el estado mental de alerta, la ausencia de sujeción mecánica y la comorbilidad baja según índice de Charlson.(18)

GUTIERREZ J. “Riesgo a úlceras por presión según escala de Norton en una población adulto mayor de un programa de atención domiciliaria del Callao” Perú, 2015. Objetivo: Determinar el Riesgo a desarrollar úlceras por presión mediante el uso de una Escala de Norton, clasificar el nivel de riesgo según proveedor de cuidados, desarrollo de protocolo de atención médica encaminado a la parte preventiva en un programa de una institución de la seguridad social. Conclusiones: La gran mayoría de Adultos Mayores tuvo un Riesgo Medio para presentar úlceras por presión, siendo una de las escalas validadas como es la Escala de Norton, es uno de los instrumentos cuyo valor demostró importancia en la evaluación del Riesgo de formación de Úlceras por Presión, en base a la presencia de factores de riesgo.(19)

COTTOS M. “Factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2009” Perú, 2014. Objetivo: Determinar los factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de Úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2009. Concluye: Respecto a los factores personales que limitan la práctica de cuidados preventivos de úlceras por presión un mayor porcentaje expresa que está ausente ya que no priorizan la aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión frente a la curación lo que favorece su aparición, no utilizan tablas o registros para valoración e identificación de factores de riesgo de úlceras por presión, priorizan otro tipo de cuidado en comparación con los cuidados preventivos de úlceras por presión, la EVRUPP utilizada es poco conocida por los enfermeros del servicio. Un porcentaje significativo expresa que está presente y que considera que la valoración e identificación de los factores de riesgo de úlceras por presión ayuda a su prevención.

En cuanto a los factores institucionales que limitan la práctica de cuidados preventivos de UPP, un mayor porcentaje expresa que está ausente dado a que no utilizan colchones de silicona, cojines de aire y/o silicona, colchones, ni

cojines de agua, colchones, ni cojines de espuma para la prevención de UPP en el paciente postrado, en el servicio no utilizan el protocolo institucional para la prevención de UPP, no cuenta con material suficiente para prevención de UPP, ni con una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión institucional ya que estos contribuyen a la aparición de úlceras por presión. Se considera que la existencia de un programa educativo dirigido al personal enfermero contribuye a prevenir UPP.”(20)

ZUÑIGA C., ESPINOZA N. et al. “Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Arzobispo Loayza.” Perú, 2014. Objetivo: determinar el nivel de riesgo e incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Concluyen: el nivel de riesgo a úlceras por presión encontrado en la población de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, fue de alta a muy alta y en las dimensiones estado físico, actividad incontinencia reporto un estado regular de acuerdo a la escala de Norton. Situación condicionada probablemente por el tipo de población encontrada, siendo en su mayoría población geriátrica con afecciones neurologías metabólicas y otras cuya condición de salud incrementaban los riesgos a desarrollar úlceras por presión.(21)

IBAÑEZ Y. MERINO P. “Conocimientos y práctica del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Hospital Belén De Trujillo – 2012” Perú, 2013. Objetivo: Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Belén de Trujillo, 2012 concluyen: Acerca del nivel de conocimiento sobre prevención de úlceras por presión, en los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo, el 45,45% alcanzó un nivel de conocimiento medio, el 36,36 % presentaron un nivel de conocimiento bajo, y el 18,19% alcanzó un conocimiento alto. Probablemente se deban a diversos factores que influyan en el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la prevención de UPP, como son: la capacitación adicional al respecto, estrategias que establezca cada institución para fortalecer sus conocimientos.

Sobre la práctica del cuidado de enfermería en la prevención de Úlceras por presión, en los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo, el 54,5% presentaron un nivel de práctica regular, y un 45,5 % alcanzó un nivel de práctica bueno, por tradición, las enfermeras basan su práctica de intervención en los protocolos de úlceras por presión, en la intuición, la experiencia o “la forma como le enseñaron” que en muchos casos puede ser la adecuada como que en otros casos no. (22)

2.1.3: A NIVEL LOCAL

AMACHE M. “Nivel de conocimiento y manejo de las úlceras por presión del profesional de enfermería en el servicio de medicina interna del hospital nacional Adolfo Guevara Velasco.” Cusco, 2012 Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el manejo de las úlceras por presión del profesional de enfermería en el servicio de medicina interna del H.N.S.E Adolfo Guevara Velasco del Cusco. Los resultados de la investigación con: nivel de conocimiento sobre clasificación y tratamiento de úlceras por presión que poseen los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de medicina interna, es regular en un 15% e insuficiente en un 85% por otro lado el manejo que realizan es inadecuado en un 90% así mismo existe una relación significativa ($p=0.074$) entre el nivel de conocimiento sobre úlceras por presión y el manejo de estas lesiones, concluyendo que a menor nivel de conocimiento menos adecuado es el manejo que realizan los profesionales de enfermería.(23)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 ULCERAS POR PRESION

2.2.1.1 DEFINICION

Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea (talones, codos, sacro, espalda, cadera, etc.), como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de

estos factores todavía no se ha dilucidado. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro-circulación.

Las úlceras por presión requieren para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, ya que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. Se considera que una herida se cronifica cuando no ha culminado el proceso de cierre de la misma en un período de 6 semanas. Las heridas crónicas están siempre colonizadas o contaminadas por gérmenes.

2.2.1.2 ETIOPATOGENIA DE LAS ULCERAS POR PRESION

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervio.

En la formación de úlceras por presión se identifican tres tipos de fuerzas o causas de riesgo primarios: presión, fricción, cizallamiento:

Presión: Se llama presión a la fuerza perpendicular que se ejerce sobre la piel, es consecuencia del aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (generalmente una prominencia ósea o, en algunos casos, zonas cartilaginosas como la nariz o los pabellones auriculares) y otro normalmente externo a él (camas, silla, sillón, etc.). Es la causa principal de la formación de úlceras por presión asociada al tiempo de permanencia.

La presión capilar media oscila entre 16 y 32 mmHg. Una presión superior a esto ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando

hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. Una presión pequeña de 70 mm hg mantenida durante 2 horas puede originar lesiones isquémicas.

Fricción: Es la fuerza que actúa en dirección paralela a la piel y se desencadena por el desplazamiento del paciente sobre un plano duro al producirse roces o arrastre en los movimientos. En el paciente encamado, o sentado, el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.

Cizallamiento: Se denomina cizallamiento a las fuerzas tangenciales que combinan los efectos de presión y fricción y que se ejercen en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro. Esta situación tiene lugar con frecuencia cuando un paciente está en la posición de sentado y resbala lentamente hacia abajo; la piel queda entonces adherida en cierto modo a la cama o al sillón. Estas fuerzas tangenciales originan una angulación en los vasos sanguíneos locales, lo que provoca hipo perfusión e hipoxia, así como importantes años en la zona de la unión entre la epidermis y la dermis que está muy vascularizada, de ahí la palabra cizallamiento.

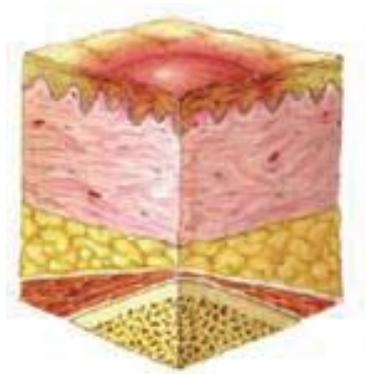
2.2.1.3 FISIOPATOLOGIA DE LAS ULCERAS POR PRESION: La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 33mm Hg producen un colapso de la red capilar que genera isquemia. La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar en miras de mejorar la irrigación sanguínea con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Es reversible si al retirar la presión se restablece la perfusión de los tejidos; si no sucede ello se produce una constante isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. El mantener largos periodos de tiempo un sujeto en una misma posición, implica la aparición de zonas isquemias en las prominencias óseas más expuestas a fuerzas tales como la presión, la fricción y el cizallamiento.

2.2.1.4 CLASIFICACION DE LAS ULCERAS POR PRESION

ESTADIO I - ERITEMA NO BLANQUEANTE

Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

Figura N°1 estadio I

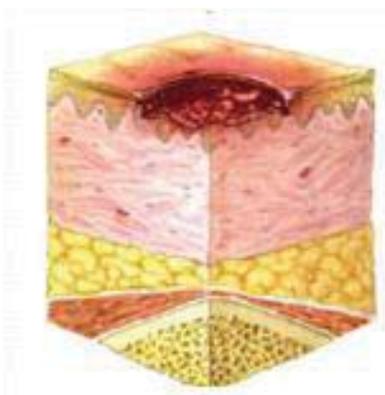


Fuente: ESTADIOS DE LA ULCERAS POR PRESION.
En: <http://enfermeriaulcerasporpresion.blogspot.pe/>

ESTADIO II - ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación. El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.

Figura N°2 estadio II

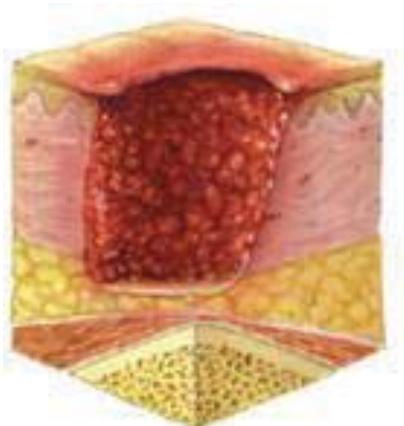


Fuente: ESTADIOS DE LA ULCERAS POR PRESION.
En: <http://enfermeriaulcerasporpresion.blogspot.pe/> (07/10/2017)

ESTADIO III - PÉRDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

Figura N°3 estadio III

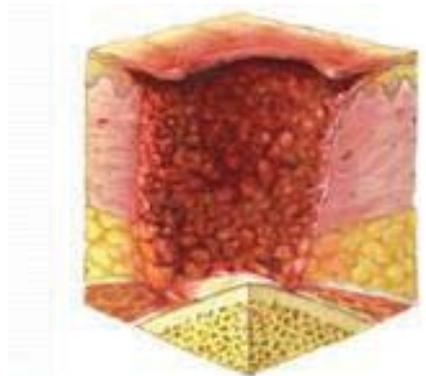


Fuente: ESTADIOS DE LA ULCERAS POR PRESION.
En: <http://enfermeriaulcerasporpresion.blogspot.pe/> (07/10/2017)

ESTADIO IV - PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LOS TEJIDOS:

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

Figura N°4 estadio IV



Fuente: ESTADIOS DE LA ULCERAS POR PRESION.
En: <http://enfermeriaulceraspresion.blogspot.pe/> (07/10/2017)

2.2.1.5 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

2.2.1.5.1 VALORACIÓN DEL RIESGO La valoración del riesgo de aparición de úlceras por presión debe hacerse de manera estructurada e integral. Para ello será necesario incluirla dentro de las políticas sanitarias en todos los contextos de la atención. Para la valoración del riesgo debe utilizarse una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (EVRUPP), junto con una valoración integral que nos orientará a la planificación de cuidados personalizados.

- Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión en todas las personas, Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente.
- Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de úlceras por presión y por lo tanto excluirlo de la aplicación de medidas preventivas
- Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración:
 - Isquemia de cualquier origen
 - Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas)
 - Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen
 - Hipotensión prolongada
 - Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.
 - Cambio de cuidador habitual, Cambio de nivel asistencial

Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se utilizará de forma sistemática una escala de valoración de riesgo úlceras por presión (EVRUPP) validada.

2.2.1.5.1.1 ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Como ya sabemos, la valoración del riesgo es uno de los aspectos más importantes para la prevención de las úlceras por presión. Para ello, existen varios tipos de escalas de valoración de riesgo de padecer úlceras por presión (EVRUPP), las cuales son herramientas muy eficaces e imprescindibles en la práctica de los profesionales de enfermería, ya que permiten hacer una evaluación cuidadosa, constituyendo una herramienta objetiva para valorar el riesgo y poder tomar decisiones, estableciendo un plan de cuidados preventivo.

Escala Norton: Esta fue la primera EVRUPP que se desarrolló. Fue escrita por Norton, McLaren y Exton-Smith en 1962, modificada en 1987 por Norton. Esta escala se basa en cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico. Es una escala negativa, ya que el paciente que tenga menos puntuación tendrá mayor riesgo. Riesgo alto (5- 11), Riesgo medio (12-14), Riesgo bajo (>14-20)

Escala Emina: Fue realizada y validada por un grupo de enfermería que pertenece al Instituto Catalán de Salud para el seguimiento de las úlceras por presión. Esta escala se basa en 5 factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad. Estos ítems son puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Siendo >1 riesgo bajo, >4 riesgo moderado y >8 riesgo alto.

Escala Waterlow: Esta escala se creó en 1985 en Inglaterra, después de que se realizaría un estudio de prevalencia que determinó que la escala Norton no identificaba a todo los pacientes que presentaban úlceras por presión. Finalmente, esta escala se basa en 6 subescalas: relación peso/estatura (IMC), evaluación visual de la piel en áreas de riesgo, sexo/edad, movilidad, continencia y apetito, más otras cuatro categorías que puntúan unos factores de riesgo especiales: malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación. En esta escala, cuanto mayor puntuación más riesgo tendrá la persona de padecer una úlceras por presión, siendo ≤ 10 puntos: en riesgo, ≤ 16 puntos: alto riesgo, ≤ 20 puntos: muy alto riesgo.

Escala Braden: Esta escala fue realizada en Estados Unidos en el año 1985 por Barbara Braden y Nancy Bergstrom, en el que realizaron un proyecto de investigación, en el cual detectaron que la escala Norton presentaba algunas limitaciones. Esta escala es una de las más usadas en la actualidad y está formada por 6 subescalas, las cuales son: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas. En esta escala cuanto menor sea la puntuación mayor será el riesgo de lesión, siendo ≤ 16 puntos: riesgo bajo, ≤ 14 puntos: riesgo moderado, ≤ 12 puntos: riesgo alto.

Escala Cubbin-Jackson: Esta escala es específica para pacientes críticos, además es una escala difícil de usar debido a su complejidad. Está formada por 10 parámetros en total, los cuales se puntúan de uno a cuatro: edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámico, respiración, nutrición, incontinencia e higiene. Los pacientes que tengan una puntuación ≤ 24 presentaran riesgo de sufrir este tipo de lesiones.

2.2.1.5.2 VALORACIÓN DE LA LESIÓN

2.2.1.5.2.1 LOCALIZACIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Las zonas más susceptibles de desarrollar Ulceras por Presión son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencias óseas) y otro externo (punto de apoyo).

2.2.1.5.2.2 ZONAS MÁS SUSCEPTIBLES DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESIÓN

Posición de decúbito supino: Se protegerá

- Occipital
- Omóplatos
- Codos
- Sacro y coxis
- Talones

Posición de decúbito prono: Se protegerá

- Frente
- Ojos
- Orejas
- Pómulos
- Pectorales
- Genitales masculinos
- Rodillas
- Dedos

Posición de decúbito lateral: En decúbito lateral derecho o izquierdo se prestará especial atención

- Orejas
- Escápulas
- Costillas
- Crestas ilíacas
- Trocánteres
- Gemelos

- Tibias
- Maleolos

Posición sentada: vigilar y proteger

- Omóplatos
- Sacro
- Tuberosidades isquiáticas.

2.2.1.5.3 LIMPIEZA DE LA PIEL

- Realizar baño diariamente coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento al paciente y cuidador: Hacer hincapié en zonas donde hay prominencias óseas (sacro, caderas, tobillos, codos, etc.)
- Se deben utilizar jabones neutros y agua tibia que tengan bajo potencial irritativo sobre el pH ácido de la de la piel.
- Mantener la piel del paciente limpia y seca.
- Fomentar la participación del paciente en su higiene diaria en medida de sus posibilidades.
- Secar al paciente sin hacer fricción, especialmente en los pliegues.
- Se deberá realizar la higiene tantas veces sean necesarias, sobre todo en pacientes sudorosos o que presente incontinencia.
- Mejorar la oxigenación tisular mediante el uso de aceites o ácidos grasos hiperoxigenados, ya que facilitan la hidratación de la piel sana sometida a la presión. También favorecen la circulación y refuerzan la resistencia de la piel. Se debe procurar que se absorban completamente.
- No se tiene que utilizar sustancias que sean irritantes (alcohol o colonia).
- Cambios de sábanas moviendo al enfermo sin que haya que arrastrarle.
- La ropa de la cama debe quedar hueca sin que ejerza ningún tipo de presión.
- Se debe utilizar lencería de tejidos naturales.

- Proteger la piel de agresiones externas, como son las producidas por el uso de catéteres, tubos de oxígeno, collarines cervicales, sondas vesicales, etc. Se deberá
- emplear apósitos protectores.
- Los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados. Valorar en estos pacientes el calor de la piel en la zona presuntamente afectada.

2.2.1.5.4 CUIDADOS DE LA PIEL

- Examinar el estado de la piel, teniendo en cuenta especialmente: Prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos)
- Zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones)
- Presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes.
- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano)
- No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas.
- Dedicar una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de aparición de nuevas lesiones (recurrencia).
- Exceso de humedad: incontinencia, transpiración o drenajes de heridas

2.2.1.5.4.1 Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.

- Piel intacta e incontinencia urinaria de leve a grave. Limpiar diariamente el perineo y siempre que haga un cambio de pañal húmedo, o después

de cualquier episodio importante de fuga de orina. Utilizar toalla desechable y evitar friccionar energicamente. Aplicar una barrera humectante (crema o pomada).

- Incontinencia fecal. Limpiar el perineo diariamente y después de cada episodio de incontinencia, utilizando el método descrito más arriba.

2.2.1.5.5 MANEJO DE LA PRESIÓN

- Para minimizar el efecto de la presión como causa de úlceras por presión habrán de considerarse cuatro elementos: la movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión
- Movilización Elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente. Cambios posturales Se realizarán cada 2-4 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión. Seguirán un orden rotatorio.
- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 minutos.
- No arrastrar al paciente.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí
- Evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral directamente.
- No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni occipital.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir úlceras iatrogénicas.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.
- Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.
- Se considera necesario utilizar un colchón reductor de presión en aquellos casos de alto riesgo y si fuera posible se haría extensivo su uso a los casos de riesgo moderado.

2.2.1.5.5.1 PACIENTE ENCAMADO

- Cambios posturales cada 2 o 3 horas como mínimo, siguiendo una rotación determinada.
- Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado.
- Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteres, los tobillos y los talones.
- Utilizar superficies especiales adecuadas.

2.2.1.5.5.2 PACIENTE EN SEDESTACIÓN

- Utilizar un sillón adecuado, cómodo y con reposabrazos y el respaldo un poco inclinado hacia atrás
- Ajustar el ancho de la silla o colocar cojines a ambos lados del tronco para conseguir una posición recta.
- Adaptar la profundidad de la silla a la longitud del muslo.
- Colocar un reposapiés hasta conseguir un ángulo recto de cadera y rodilla.
- Colocar al paciente de manera correcta, con la espalda lo más recta posible y apoyada en el respaldo. Es necesario valorar la necesidad de dispositivos de ayuda para mantener la postura.
- Instruir al paciente para que se recolque cada 15 minutos. Si no pudiese hacerlo por sí solo, hay que instruir al cuidador para que lo haga como mínimo cada hora.
- El paciente de alto riesgo no debe permanecer más de dos horas sentado, aunque se utilicen sistemas de alivio de la presión.
- Para una sedestación correcta es importante disponer de cojines que disminuyan la presión. No hay que utilizar cojines con forma de flotador, ya que provocan edema, congestión e isquemia y favorecen la aparición de úlceras por presión.
- Si no es posible llevar a cabo estas recomendaciones, mantener al paciente encamado y hacer los cambios posturales indicados.
- Si el paciente tiene úlceras en la zona sacra, evitar que esté sentado; sentarlo solamente en periodos limitados (durante las comidas).

2.2.1.5.5.3 Recomendaciones para utilizar los cambios posturales específico

Cuadro N°1

Decúbito supino	Decúbito lateral
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente boca arriba, sin elevar la cabeza más de 30°, siempre que no esté contraindicado. - Situarle una almohada bajo la región superior de los hombros, en el cuello y en la cabeza. - Colocarle un cojín bajo las piernas dejando los talones sin contactar con la cama. - Mantenerle los pies en ángulo recto. - Situarle almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo. Estas almohadas situadas junto a la zona externa de los muslos evitan la rotación externa de la cadera. <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p><i>Decúbito supino</i></p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> - Poner al paciente de costado, girándolo en bloque, para mantener la alineación corporal. - Colocarle una almohada paralela a la espalda manteniendo la alineación corporal y sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente. - Colocar almohadas bajo la cabeza y el cuello del paciente. - Colocarle ambos brazos flexionados ligeramente. - Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie. Así se consigue una posición oblicua de 30° o de decúbito lateral parcial, para intentar evitar la presión sobre el hueso de la cadera que se apoya en la cama. <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p><i>Decúbito lateral</i></p> </div>
Decúbito prono	Sedestación

<ul style="list-style-type: none"> - Girar al paciente sobre sí mismo hasta que quede bocabajo, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña. - Colocarle otra almohada pequeña bajo el abdomen si fuese necesario para mantener la espalda recta. - Situarle una almohada bajo la porción inferior de las piernas y colocarle los pies en ángulo recto. - Colocarle los brazos flexionados. - Dejar libre de presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales y los pechos.  <p style="text-align: center;"><i>Decúbito prono</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un sillón adecuado, cómodo, con el respaldo un poco inclinado hacia atrás. - Colocarle un cojín o una almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas. - Mantenerle los pies en ángulo recto. - Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo y la ubicación de sondas y bolsas colectoras  <p style="text-align: center;"><i>Sedestación</i></p>
--	--

Fuente: RECOMENDACIONES DE CAMBIOS POSTURALES
 En: <http://www.ibsalut.es> (07/10/2017)

2.2.1.5.5.4 Superficies especiales de apoyo

Se refiere a superficies especiales de apoyo, como aquellas que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión. En este sentido, el fabricante debería aportar información fundamentada acerca de sus indicaciones de uso (tipo de pacientes a los que va destinado, niveles de riesgo, características de las lesiones de los pacientes tributarios de su uso, así como parámetros de efectividad respecto del alivio-reducción de la presión).

Utilizar, preferentemente en todos los niveles asistenciales, una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente.

- Paciente de riesgo bajo: Preferiblemente superficies estáticas (colchonetas cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos)
- Pacientes de riesgo medio: Preferiblemente superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos).
- Pacientes de riesgo alto: Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas).
- Los pacientes de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.
- Existen en el mercado superficies especiales diseñadas para pacientes pediátricos (incubadora, cuna, cama pediátrica) y para adultos.
- Considerar siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

2.2.1.5.5.4.1 Protección local ante la presión: En zonas de especial riesgo para el desarrollo de úlceras por presión como son los talones, región occipital, se pueden utilizar sistemas de protección local ante la presión (apósitos, sistemas tipo bota-botín) que:

- Faciliten la inspección de la piel al menos una vez al día
- Sean compatibles con otras medidas del cuidado local
- No puedan lesionar la piel de esa zona al tiempo de su retirada. Contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y rozamiento sobre una zona de prominencia o piel y mucosas (sondas, tiras de mascarillas, tubos orotraqueales, gafas nasales, máscaras de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción,

dispositivos de inmovilización y sujeción. En estos casos, los ácidos grasos hiperoxigenados y los apósitos no adhesivos con capacidad de manejo de la presión pueden ser de gran utilidad.

- Todos los elementos anteriores pueden complementarse con el uso adecuado de un pequeño arsenal de materiales que pueden servir para reducir localmente la presión y evitar la fricción y fuerzas tangenciales, como pueden ser: cojines, almohadas, protectores locales

Es importante destacar que la utilización de las SEMP no sustituye al resto de cuidados (cambios posturales, cuidado de la piel y buen aporte nutricional); en todo caso, complementa su eficacia. Las recomendaciones para utilizar una SEMP se resumen en los puntos siguientes:

- A todas las personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión debería proporcionárseles una superficie con propiedades para disminuir la presión.
- la necesidad de una SEMP debe ser valorada regularmente.
- Cualquier paciente que precise una SEMP, también necesitará un cojín especial cuando esté sentado. Los cojines estáticos, de aire o de espumas especiales han demostrado ser eficaces.
- Aunque no hay evidencias de que los colchones de alta tecnología sean más efectivos que los de baja tecnología, el consenso de los profesionales recomienda utilizar los primeros: como primera línea en pacientes de alto riesgo; cuando hay una historia previa de prevención de úlceras por presión con este sistema; cuando fallan los sistemas de baja tecnología.
- Los pacientes con úlceras por presión deben poder utilizar superficies de apoyo que liberen la presión y colchones y cojines durante las 24 horas del día.(24,25,26,27,28)

2.2.1 FACTORES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Conjunto de situaciones profesionales, institucionales y factores de riesgo del paciente que determinan el estado de salud de los individuos.

Desencadenan o acentúan la susceptibilidad de desarrollarlas las úlceras por presión.

2.2.2.1 FACTORES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), consideran que la enfermería debe contener una serie de conocimientos para que pueda realizar la misión que le corresponde dentro de los servicios de salud.

La enfermera (o), como profesional de la Ciencia de la Salud, interviene en la prestación de los servicios de salud Integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad.

El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera (o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud-enfermedad, implementando el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional.

DE LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA ENFERMERA (O)

- Brindar el cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que incluye la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado obligatoriamente en la historia clínica del paciente y/o en la ficha familiar.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad. Se entiende por actividades de menor complejidad a aquellas que no implican toma de decisiones
- Ejercer consultoría, auditoría, asesoría y consejería y emitir opinión sobre materiales propios de enfermería.
- Ejercer la dirección y la jefatura de los centros de formación y capacitación del personal de enfermería. Esto conlleva la planificación,

- ejecución y evaluación y evaluación de la formación y capacitación del personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería.
- Desarrollar actividades preventivo-promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención.
 - Realizar investigación en el campo de la enfermería y de salud. La investigación en el campo de la enfermería se abocará a la búsqueda, adecuación y creación de nuevos conocimientos, tecnologías y técnicas para el cuidado de la salud y desarrollo del campo profesional dirigido al logro de la excelencia.
 - Emitir opinión técnica especializada de manera individual o a través de comités técnicos para la provisión de recursos humanos, materiales, equipos biomédicos y servicios hospitalarios dentro de su competencia.
 - En situaciones de emergencia donde en riesgo la vida y salud de la persona, la enfermera (o) actuará de acuerdo a las necesidades identificadas y la disponibilidad de los recursos existentes, según protocolos establecidos, utilizando su buen juicio y criterio técnico en caso de ausencia del facultativo.
 - Las enfermeras (os) mayores de 50 años, así como las que sufren de enfermedad que les incapacite para hacer el servicio de guardia, podrán ser exoneradas de este servicio a su solicitud.
 - La enfermera (o) deberá ser capacitada por su centro laboral con el creditaje académico necesario para la recertificación. La recertificación es el proceso mediante el cual se evalúa el nivel de actualización y competencia del profesional de enfermería; la capacitación debe ser determinado por la máxima autoridad de enfermería, de acuerdo a las necesidades de la institución y, el acceso a ésta deberá ser en forma equitativa y generalizada.
 - La educación continua, la capacitación y el perfeccionamiento permanente son inherentes al trabajo del profesional de enfermería. Las enfermeras (os) que presten servicios en zonas de menor desarrollo serán capacitadas para responder a las necesidades de su comunidad.
 - La enfermera (o) puede continuar estudios de especialización en las diferentes áreas de enfermería, aprobados por el Colegio de Enfermeros del Perú:(29)

Entre los factores profesionales:

- condición laboral: está vinculada al estado del entorno laboral. El concepto refiere a la calidad, la seguridad, entre otros factores que inciden en el bienestar y la salud del trabajador. el factor determinante en un trabajo es el salario que percibe el empleado a cambio de la contraprestación laboral que presta a su empleador. Al sueldo fijo que se percibe todos los meses o quincenalmente se le suman en algunos casos complementos como las horas extra, el aguinaldo, el plus por la realización de tareas especiales, entre otros. La gran diferencia que puede haber es la estabilidad de un trabajador nombrado y contratado.
- actividad adicional al trabajo en la institución: La jornada laboral de la Enfermera(o) tendrá una duración máxima de treinta y seis horas semanales o su equivalente de ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna. otras actividades pueden alterar las actividades en el centro de trabajo dentro de la institución y fuera de la institución.
- Conocimiento : El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción". Entonces el conocimiento es la forma de adquirir juicios mediante el aprendizaje o entendimiento de una determinada materia, con el fin de alcanzar una meta deseada.

2.2.2.2 FACTORES DE LA INSTITUCIÓN

DOTACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN ENFERMERÍA

La dotación de personal tiene como propósito constituir el número de equipos de trabajo necesarios con personas que reúnan las competencias y valores, para asegurar que la institución pueda cubrir las necesidades del usuario y conseguir sus objetivos de servicio de cuidado. Consecutivamente, se hace

necesario desarrollar habilidades para coordinar y asegurar el desempeño del conjunto de los trabajadores. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define “dotación de personal” como un proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de usuarios (pacientes/clientes/usuario). Para ello, es necesario realizar un cálculo que nos indique una cantidad de enfermeros proporcional a las necesidades de cuidado. Balderas, define el cálculo del personal como la operación realizada con el propósito de establecer en forma cuantitativa las personas necesarias para ejercer determinados puestos, Arndt, propone aplicar una fórmula matemática para determinar el personal necesario por día y sugiere analizar los requerimientos de atención de enfermería de acuerdo con las necesidades de los pacientes, quienes deben ser clasificados para ello. Giraldo define las necesidades del personal de enfermería con la clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades, con el fin de dar orientación sobre la cantidad necesaria de personal de enfermería para garantizar un cuidado de enfermería con calidad. Deiman, considera que la planificación del personal de enfermería lleva a determinar las necesidades de atención para cada entorno según las características sociales, políticas y económicas.

DOTACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Primero se calculan los puestos necesarios y luego, teniendo en cuenta la jornada anual se calcula la plantilla necesaria para tenerlos ocupados todo el año.

Hay que tener en cuenta las siguientes variables:

- Número de camas
- Índice de ocupación de las camas
- Consumo de tiempo de enfermería por paciente y día
- Distribución de tareas y tiempos entre enfermero y auxiliar
- Distribución de tareas por turno de trabajo
- Horas de trabajo por cada turno y jornada anual

Formula: $P = I(C)/J$

Dónde: I = índice enfermera paciente

C= número de camas

J= jornada laboral diaria de trabajo expresada en horas

P= personal de enfermería para 24 horas.

DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTILLA POR CATEGORÍAS

Los cuidados de enfermería los proporcionan DUE y Auxiliares de Enfermería (AE). La proporción entre ambos profesionales debe ser la adecuada para conseguir resultados eficientes (cantidad, calidad y costes adecuados). Los criterios utilizados son:

Cuadro N°2

Tipo de paciente	Consumo de tiempo de enfermería /24 horas	Tiempo aportado por DUE	Tiempo aportado por auxiliar de Enfermería
Medicina	3 horas	60%	40%
Cirugía	3 horas	70%	30%
Puérperas	2.5 horas	60%	40%
Recién nacido	2 horas	75%	25%
Pediatría	4 horas	80%	20%
Cuidados mínimos	1.5 horas	20%	80%
Cuidados intermedios	3 horas	50%	50%
Cuidados intensivos	12 horas	75%	25%

Fuente: categorías de distribución

Disponible en: https://www.sedisasigloxxi.es/IMG/article_PDF/article_a94.pdf (21/05/18)

SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA: con ayuda de El test Delta que es una escala que consta, a su vez, de tres subescalas independientes. La primera de ellas es la que propiamente mide el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Las otras dos subescalas, correspondientes a la deficiencia física y psíquica, son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico).

Una vez establecido el nivel de dependencia de los pacientes por categorías, se determinó teóricamente el tiempo de atención directa de enfermería para cada categoría, en el presente estudio se recurre a los tiempos teóricos propuesto por Patricia Deiman:

Cuadro N°3

Categoría	Horas de atención directa
I	1,8
II	2,2
III	3,6
IV	5.4

Fuente: categorías de distribución, según el grado de dependencia
Disponible en: https://www.sedisasigloxxi.es/IMG/article_PDF/article_a94.pdf
(21/05/18)

Para calcular el personal de enfermería necesario según grado de dependencia de enfermería se utilizó la fórmula del Consejo Nacional del Colegio de Enfermeras del Perú del documento técnico que contiene las Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero aprobado por resolución:

$X = \text{número de pacientes} \times \text{Grado de Dependencia} \times \text{Índice} / \text{Horas de Trabajo}$ (30,31,32)

DE LA CAPACITACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA ENFERMERA (O)

Las entidades empleadoras son responsables de la capacitación del profesional de enfermería, consignando anualmente y en equidad con las otras disciplinas de salud la partida presupuestal para tal fin; así mismo, promoverán la celebración de convenios con Universidades y otras instituciones nacionales o extranjeras debidamente acreditadas, a fin de desarrollar programas de capacitación para el personal profesional de enfermería.

Las horas dispuestas para la capacitación de la enfermera (o) a cargo del empleador, que pueden ser contabilizadas dentro de la jornada laboral, serán aquellas que se consideren de necesidad para la institución y otras que determine la entidad.(33)

UNIDAD DE PACIENTE

La unidad del paciente es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario. Por lo tanto, el número de unidades del paciente será igual al número de camas que tenga el hospital.

Características de la unidad del paciente

La patología y la edad del paciente son factores determinantes que hay que tener en la organización y disposición de la unidad del paciente. Las medidas de la habitación dependen del número de camas.

Las dimensiones aproximadas son las siguientes:

- Habitaciones individuales (1 cama): 10m²
- Habitaciones dobles (2 camas): 14m²
- Habitaciones triples (3 camas): 18-20m²

La habitación debe disponer de espacio suficiente, de 1 a 1,20 metros entre las camas, y entre la cama y la pared.

Temperatura: Unidad del usuario 18-22 grados Celsius

Humedad: 35 y el 70% mayor temperatura y humedad favorecen el crecimiento microbiano y por debajo de los niveles recomendados pueden quedar afectados determinados parámetros de la esterilización, como la penetración del agente esterilizante, y para su control de la temperatura y humedad se debe instalar un termo higrómetro.

Sistemas de Ventilación y pureza de aire: La ventilación deben ser diseñados de manera que el aire fluya de las áreas limpias a las sucias, no debe haber menos de 10 recambios de aire por hora; se realiza abriendo las ventanas y la puerta durante cortos espacios de tiempo (10 a 15 min), para renovar el aire de la habitación. Siempre que sea posible se hace cambio de ropa de cama y limpieza de la habitación.

Condiciones de iluminación Repercute de manera directa en el bienestar y la evolución de la enfermedad del usuario.

- Luz Natural: Es la producida por los rayos solares; por sus propiedades curativas, desinfectantes, térmicas.
- Luz Artificial: (Iluminación eléctrica) Está diseñada de forma que pueda ser utilizada según las necesidades. (34)

La Disponibilidad de recursos para el trabajo (infraestructura): Contar con los recursos materiales y equipamiento necesario y adecuado para cumplir las funciones de manera eficaz, que le permitan brindar servicios de calidad.

2.2.2.3 FACTORES DEL PACIENTE: Condición y característica propias del individuo que favorece directamente la probabilidad de que se produzca una lesión en la piel y/o tejido.

VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESCALA DE NORTON.

Norton fue la primera enfermera que creó una escala diseñada para evaluar a pacientes geriátricos, en 1962.

La escala de Norton modificada fue desarrollada por el INSALUD en Madrid en 1998 y en ella se añade una definición operativa para cada uno de los términos de cada parámetro, intentando así aumentar la fiabilidad inter-observador.

2.2.3.1 ESTADO FISICO GENERAL

Bueno.- Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. Tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2.000 Kcal; Índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25; Líquidos: 1.500-2.000cc/día (8-10 vasos); Temperatura corporal: 36-37 °C; Hidratación: Persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo

Mediano.-Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones proteínas/día y 2.000 Kcal. IMC >20 y <25; Líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos); Temperatura corporal: 37-37,5°C; Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento

Regular.- Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias; Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal IMC >50; Líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos); Temperatura corporal: De 37.5°C a 38°C; Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

Muy malo.- Nutrición: Persona que realiza 1 comida al día. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000Kcal IMC >50; Líquidos: < 500cc/día (<3 vasos); Temperatura corporal: +38.5°C ó - 35.5°C; Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo.

2.2.3.2 ESTADO MENTAL

- Alerta: Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar; Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles; Comprende la información; Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha lugar y hora.
- Apático: Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso; Ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado; Obedece órdenes sencillas; Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante; Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.
- Confuso: Inquieto, agresivo, irritable, dormido; Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos; Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo; Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir; Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona. Valoración: Pellizcar la piel.
- Estuporoso: Desorientado en tiempo, lugar y persona; Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal; Nunca está totalmente despierto. Valoración: Presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.
- Comatoso: Desorientado en tiempo, lugar y persona; Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. Valoración: Igual que en paciente estuporoso.

2.2.3.3 ACTIVIDAD

- Ambulante: Independiente total No necesita depender de otra persona; Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.
- Camina con ayuda: La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de 3 puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas).
- Sentado: La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede moverse en una silla o sillón; La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica.
- Encamado: Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total); Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc.

2.2.3.4 MOVILIDAD

- Total: Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla
- Disminuida: Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.
- Muy limitada: Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos
- Inmóvil: Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

2.2.3.5 INCONTINENCIA

- Ninguna: Control de ambos esfínteres; Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal
- Ocasional: No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24
- Urinaria o fecal: No controla uno de sus esfínteres permanentemente
- Urinaria y fecal: No controla ninguno de sus esfínteres.(35)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Úlceras por Presión (UPP): Pérdida de continuidad de ciertas superficies epiteliales del organismo causado habitualmente por mecanismo de presión y roce derivado de materiales y/o dispositivos primarios utilizados en el tratamiento de una enfermedad.

Factores: Conjunto de situaciones personales, institucionales, del paciente que influyen el estado de salud de los individuos

Prevención: La prevención es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete.

Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado en el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción., sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.

Cizallamiento: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.

Ambulación: Característica propia en la marcha, en la acción o en la forma de caminar.

Incontinencia: Trastorno o alteración del organismo que consiste en la emisión involuntaria pero consciente de la orina, los excrementos u otra materia biológica, cuya evacuación se produce normalmente bajo la influencia de la voluntad.

Unidad del paciente: es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro

hospitalario. Por lo tanto, el número de unidades del paciente será igual al número de camas que tenga el hospital.

Estado mental: La evaluación del estado mental se delimita a una parte de la entrevista clínica donde pretendemos observar aspectos generales del funcionamiento psicológico, tales como: aspectos y comportamiento general, estado de ánimo, sentimientos, emociones, percepción, lenguaje, juicio, comprensión, sinceridad, expresión.

Edad: La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. Al pasar los años y la edad avanza se pierde ciertas cualidades y el esfuerzo físico disminuye.

Sexo: Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.

Prevención: es la acción y efecto de prevenir, preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño.

Factores: Conjunto de situaciones de los profesionales de enfermería, institucionales y del paciente que influyen en la prevención de úlceras por presión.

Factor de riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

Prevalencia: se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

3.1.1 DESCRIPTIVO

El estudio fue descriptivo porque permitió describir los factores del profesional de enfermería, institucionales, del paciente en la prevención de úlceras por presión en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2018.

3.1.2 TRANSVERSAL

Porque se recopiló los datos en un momento determinado haciendo un corte en el tiempo, con el propósito que es identificar factores del profesional de enfermería, institucionales, del paciente en la prevención de úlceras por presión en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco - 2018.

3.1.3 CORRELACIONAL

Porque permitió relacionar los factores del profesional de enfermería, institucionales con la prevención de úlceras por presión en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco.

3.2 POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 30 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidades, de acuerdo a la programación de rol de turnos del Hospital Antonio Lorena Cusco.

3.3 TIPO DE MUESTREO

La muestra para el presente estudio fue seleccionada por el método no probabilístico intencionado, tomando en cuenta la totalidad del profesional de enfermería que labora en los servicios de hospitalización y pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina, Traumatología y Cirugía Especialidades del Hospital Antonio Lorena del Cusco

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- DEL PERSONAL DEL SALUD: Profesionales que aceptaron participar en el estudio.
- DEL PACIENTE: Pacientes hospitalizados que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- DEL PERSONAL DEL SALUD: Profesionales que no aceptaron participar en el estudio.
- DEL PACIENTES: pacientes que no aceptaron participar en el estudio, pacientes que estén de alta y pacientes menores de 18 años.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENCION	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
Factores en la prevención de úlceras por presión	Conjunto de situaciones del profesionales de enfermería, institucionales y del paciente que influyen en la prevención de úlceras por presión.	Factores profesionales	Conocimiento :	Alto	Ordinal
			– Úlceras por presión :	(15 – 20)	
			• Definición	Medio	
			• Etiopatogenia	(11 -14)	
• Clasificación de úlceras por presión	Bajo				
– Prevención de úlceras por presión	(0 – 10)				
• Cuidado y limpieza de la piel					
• Manejo de la presión					
• Identificación de factores de riesgo					
			Condición laboral	Contratado	Nominal
				Nombrado	
			Capacitaciones recibidas en el tema	Si	Nominal
				No	
			Actividad adicional al trabajo en la institución	Si	
				No	Nominal

		Factores institucionales	<p>Administrativo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo Institucional prevención Ulceras por presión. - Escalas de valoración de riesgo de Ulceras por Presión. - Programa de capacitación sobre prevención de Ulceras por presión. <p>Recurso Humano:</p> <p>Número de profesionales de enfermería por número de pacientes hospitalizados.</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Suficiente Insuficiente</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
--	--	--------------------------	---	---	---

			<p>Número de profesionales de enfermería por número de pacientes según grado de dependencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con grado de dependencia I - Con grado de dependencia II - Con grado de dependencia III - Con grado de dependencia IV 	<p>Suficiente Insuficiente</p> <p>Suficiente Insuficiente</p> <p>Suficiente Insuficiente</p> <p>Suficiente Insuficiente</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
--	--	--	---	---	---

			<p>Materiales e Insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para el cuidado y limpieza de la piel 	<p>Suficiente Insuficiente</p>	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> - Para el manejo de la presión 	<p>Suficiente Insuficiente</p>	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> - Para la identificación de factores de riesgo 	<p>Suficiente Insuficiente</p>	Nominal
			<p>De la Unidad de paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe un Termo higrómetro 	<p>Si No</p>	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> - Espacio entre cama y cama y la pared 	<p>Adecuado Inadecuado</p>	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura 	<p>Adecuado (18°C – 22°C)</p> <p>Inadecuado</p>	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> - Humedad 	<p>Adecuada (35% – 70%)</p> <p>Inadecuada</p>	Nominal
		Factores de pacientes	<p>Riesgo de úlceras por presión evaluado mediante la escala Norton:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado físico - Estado mental - Actividad - Movilidad - Incontinencia 	<p>Riesgo alto (5- 11)</p> <p>Riesgo medio (12-14)</p> <p>Riesgo bajo (>14-20)</p>	Ordinal

<p>Prevención de ulceras por presión</p>	<p>La prevención es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.</p>		<p>PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Del profesional de enfermería : prevención de las ulceras por presión - De la institución - Del paciente 	<p>Alto (15-20)</p> <p>Medio (11-14)</p> <p>Bajo (0-10)</p>	<p>Ordinal</p>
--	--	--	---	---	----------------

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

	Definición de variable	Categoría	Escala
Edad del profesional de enfermería	Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> - 25 – 35 años - 36 – 45 años - > 46 años 	Intervalar
Sexo del profesional de enfermería	el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Nominal
Edad el paciente	Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> - 18– 35 años - 36 – 52 años - 53 – 69 años - >70 años 	Intervalar
Sexo del paciente	el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - masculino 	Nominal

3.7 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

3.7.1 TECNICAS

Observación: Es la acción de mirar algo o alguien con mucha atención y detenimiento para adquirir un conocimiento sobre su comportamiento o sus características. Esta técnica se empleó para recolectar datos respecto a los factores relacionados a la prevención de úlceras por presión, mediante una guía de observación y ficha de recolección de datos.

Entrevista: Es un intercambio de ideas y opiniones mediante una conversación que se va entre una, dos o más personas. Esta técnica de recolección de datos permitió establecer el dialogo con el profesional de enfermería y paciente para obtener información sobre los factores relacionados a la prevención de úlceras por presión.

3.7.2 INSTRUMENTOS

Cuestionario de conocimiento: cuestionario sobre prevención de úlceras por presión, se aplicó a los profesionales de enfermería, consta de 20 preguntas cerradas con 4 alternativas, cada pregunta bien contestada equivales a “1 punto” teniendo criterios de calificación de: Alto (15-20), Medio (11-14), Bajo (0-10). Anexo N°1

Ficha de recolección de datos: Este instrumento de recolección de datos se aplicó para determinar los factores institucionales relacionados a la prevención de úlceras por presión que consta de 4 ítems y dividido en 3 y 4 sub ítems. Anexo N°2

Guía de observación: (Prevención de úlceras por presión y paciente) este instrumento se aplicó de forma directa al profesional, institución y paciente observando y calificando si cumple con los ítems a evaluar sobre la prevención de úlceras por presión que brinda el profesional de enfermería al paciente; mediante la observación directa a cada profesional; los criterios de calificación son la suma de todos los ítems(20) teniendo criterios de calificación de: Alto (15-20), Medio (11-14), Bajo (0-10). Anexo N°3

Escala de Norton modificada: Se utilizó este instrumento para la valoración de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, que consta de 5 ítems y 4 sub ítems cada uno. Teniendo como puntajes de: Riesgo alto (5- 11), Riesgo medio (12-14), Riesgo bajo (15-20) Anexo N°4

3.8 VALIDEZ

El instrumento de conocimiento de enfermería, ficha de recolección de datos, guía de observación; fue validado a través de juicio de expertos, el cual fue sometido a evaluación y crítica de 7 profesionales (4 licenciadas en enfermería y 3 médicos internistas) a quienes se les proporcionó los instrumentos con su respectiva guía e estimación, sometido al Re Test de Morinsky Green-Levine a la ecuación de punto múltiple el resultado fue DPP= 2,4 Lo cual indica que el instrumento de medida es B que significa que es Adecuado en gran media cuyos aportes y opiniones fueron de importancia para mejorar el instrumento.

El instrumento de ESCALA DE NORTON MODIFICADA, fue desarrollada por el INSALUD en Madrid en 1998 y en ella se añade una definición operativa para cada uno de los términos de cada parámetro, intentando así aumentar la fiabilidad interobservador y validado.

3.9 CONFIABILIDAD

Se calculó la confiabilidad estadística para los instrumentos (conocimiento sobreprevención , ficha de recolección de datos, guía de observación) aplicando la prueba de coeficiente ALFA DE CROMBACH que permitió medir la consistencia interna de los ítems del instrumento el cual arrojó un valor de 0.75, lo cual indica que el instrumento es confiable ya que el resultado es mayor de 0.7

El instrumento de escala de Norton Modificado, es un instrumento estructurado confiable y validado internacionalmente.

3.10 PROCEDIMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS

En primer lugar se tramitará la autorización en la Dirección Del Hospital Antonio Lorena Del Cusco y a la jefatura de Enfermería para ejecutar el

estudio. Seguidamente se coordinó las fechas para aplicar los instrumentos que fue de Abril a Mayo. A los profesionales de enfermería considerando los criterios de inclusión y exclusión, se le informo acerca del trabajo de investigación previo consentimiento del profesional de enfermería, indicándole que es estrictamente confidencia el recojo de información del test de conocimiento sobre prevención de úlceras por presión, se realizó al medio día, donde los profesionales en enfermería disminuía su carga de trabajo. El recojo de información de la ficha de recolección de datos se realizó durante los procedimientos que realizaban los profesionales en enfermería, el instrumento de la escala de Norton se realizó a los pacientes considerando los criterios de inclusión y exclusión de acuerdo a los ítems, durante el día y noche.

3.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se llevara a cabo un análisis estadístico en base a los daros obtenidos, se procesara en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 24 y posteriormente para su análisis de correlación entre variables se aplicó la prueba estadística chi cuadrado, taub-kendal para su posterior exploración mediante estadística descriptiva y presentación de los resultados en gráficos para su análisis e interpretación, considerando el marco teórico.

3.12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el presente estudio una de las limitaciones que afrontamos fue que algunos Pacientes que no accedieron a la aplicación del instrumento.

Así como también se pueden darse sesgos como: deseabilidad social (las personas dicen que hacen o piensan aquello que consideran que es mayoritariamente aceptado), cuando se trata de información comprometida, debe planificarse con cuidado el cuestionario.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

En este capítulo se presenta los resultados obtenidos en el trabajo de investigación con la finalidad de comprobar la hipótesis planteada, obtenidas a partir de la aplicación de los instrumentos los cuales están presentados mediante tablas; comprende el análisis y la interpretación de los resultados

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO - 2018**

CARACTERÍSTICAS	N=30	(%)=100
Edad	25 a 35 años	5 16,7
	36 a 45 años	17 56,7
	46 a más	8 26,6
Sexo	Masculino	4 13,3
	Femenino	26 86,7

Fuente: Ficha de recolección de datos.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla se observa de los 30 profesionales de enfermería en cuanto a la edad se observa que el 56.7% de los profesionales de enfermería tuvieron una edad que va de 36 a 45 años y representa el mayor porcentaje, el 26.6% de los profesionales de enfermería tuvieron una edad >46 años y el 16.7% tienen una edad de 25 a 35 años de edad que representa el menor porcentaje.

Respecto al sexo se observó que el 86.7% de los profesionales de enfermería fueron de sexo femenino y el 13.3% fueron de sexo masculino.

Tenemos estudios con similar resultado:

Según SOUZA N., BARBOSA M., et al. (2017) en su investigación "Conocimientos del equipo de enfermería acerca de prevención de úlceras por presión", Brasil se obtuvo resultados de los 14 enfermeros La edad predominante en la muestra varió entre 36 y 40 años (34.8%) seguidos por 41 a 45 años (20.5%). Más los participantes fueron mujeres (81,4%).

Según Hernández J., Moreno M.; et al. (2016). Obtuvo resultados De acuerdo a las características del personal de enfermería que participó en el estudio la edad predominante se ubicó entre los 26 a 30 años, seguido de 20 a 25 años el servicio de Medicina Interna (23.6%), seguido de las Terapias Intensivas

Postquirúrgicos y Adultos (18%y 17.4%, respectivamente) con Predominó el sexo femenino con 64.6%.

Según COTTOS M. (2014) los resultados son similares a nuestros resultados En cuanto a los datos generales del 100% (32) enfermeros, 56%(18) tienen de 31 a 40 años, 31%(10) más de 41 años y 13%(04) menos de 30 años; 97% (31) son de sexo femenino y 3% (01) de sexo masculino.

TABLA N° 02

**CARACTERISTICAS GENERALES DEL PACIENTE DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA DEL CUSCO - 2018**

CARACTERISTICAS		n=30	100=(%)
Edad	18 a 35 años	4	(13,3)
	36 a 52 años	7	(23,3)
	53 a 69 años	13	(43,3)
	> 70 años	6	(20,1)
Sexo	Femenino	17	(56,7)
	Masculino	13	(43,3)

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANALISIS E INTERPRETACION

En la tabla se observa que el 43,3% de los pacientes tuvieron una edad de 53 a 69 años que representa el mayor porcentaje, el 20.1% de los pacientes tuvieron edades >70 años, el 13.3% de los pacientes tuvieron edades de 18 a 35 años que representa la menor población.

El 56.7% de los pacientes fueron de sexo femenino.

Estudio con diferente resultado que se tiene:

Según Ramos A (2016) en sus resultados el número de casos se encuentra distribuido con más frecuencia entre las edades de 81 a 90 años con 31,4% a comparación a los controles en quienes este intervalo representa el 13,9 %. Existe significancia estadística en el grupo de 81 a 90 años, con OR: 1,15 considerándose factores de riesgo y el porcentaje de pacientes de sexo femenino es mayor tanto en el grupo de los casos (54,9%) como en el de los controles (57,5%), más no se halló significancia estadística para este factor que presentó OR: 0,90. concluyendo: Los factores de riesgo con más significancia estadística para el desarrollo de úlceras por presión son: edad de 81 años a más.

TABLA N° 03**FACTORES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO - 2018**

Factores profesionales		n =30	100= (%)
Nivel de conocimiento	Alto	11	(36,7)
	Medio	19	(63,3)
Condición laboral	Contratado	20	(63,3)
	Nombrado	10	(36,7) (20)
capacitaciones	Si	6	(80)
	No	24	(23,3)
actividad adicional	Si	6	(76,7)
	No	24	

Fuente: Test de conocimiento y ficha de recolección de datos.

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En la tabla se observa que el 63,3% de los profesionales de enfermería tuvieron un conocimiento medio sobre prevención de úlceras por presión y el 36,7% de los profesionales de enfermería tiene un conocimiento alto sobre prevención de úlceras por presión.

Respecto a la condición laboral el 63,7% de los profesionales de enfermería fueron contratados y el 36,7% de los profesionales de enfermería fueron nombrados. De la información recopilada se infiere que el mayor número de profesionales contratados realizan una buena prevención de úlceras por presión a comparación de los profesionales nombrados. Respecto a las capacitaciones recibidas sobre la prevención de úlceras por presión el 80% no recibieron capacitaciones sobre prevención de úlceras por presión y el 20% si recibieron capacitaciones. Acerca de la actividad adicional al trabajo en la institución el 76,7% de los profesionales en enfermería no tuvo una actividad adicional y el 23,3% si tuvo una actividad adicional que son administrativa y docencia.

Según SOUZA N., BARBOSA M., et al. (2017). se obtuvo resultados de los 14 enfermeros y 26 técnicos en enfermería que fueron evaluados en la categoría de prevención de úlceras por presión donde los promedios globales de aciertos fueron de 63,4% (DE = 8.0) en promedio para los técnicos/auxiliares y del 51,4% (DE = 9.7) para los enfermeros, con diferencia estadísticamente significativa entre los grupos sólo para la categoría de prevención de úlceras por presión ($p < 0,001$) detectando un déficit de conocimientos sobre prevención de úlceras por presión entre enfermeros y técnicos/auxiliares de enfermería, resultando imperiosa la capacitación de estos profesionales.

Según IBAÑEZ Y. MERINO P. (2012) obtuvo resultados semejantes al estudio, el nivel de conocimiento sobre prevención de úlceras por presión, en los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo, observándose que el 45,45% alcanzó un nivel de conocimiento medio, el 36,36 % presentaron un nivel de conocimiento bajo, y el 18,19% alcanzó un conocimiento alto. Probablemente se deban a diversos factores que influyan en el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la prevención de UPP, como son: la capacitación adicional al respecto, y demás estrategias que establezca cada institución para fortalecer sus conocimientos.

TABLA N° 4

FACTORES INSTITUCIONALES SOBRE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO - 2018

		n=30	100= (%)
ADMINISTRATIVO:			
Uso de protocolo	No	19	(63,3)
	Sí	11	(36,7)
Uso de Escalas de valoración de riesgo y existencia de Programa de capacitación	No	30	(100)
	Si	0	0
RECURSO HUMANO (Enf.)			
Según número de pacientes.	Insuficiente	30	(100)
	Suficiente	0	0
Según grado de dependencia I y II	Insuficiente	0	0
	Suficiente	30	(100)
Según grado de dependencia III y IV	Insuficiente	30	(100)
	Suficiente	0	0
MATERIALES E INSUMOS			
cuidado y limpieza de la piel, manejo de la presión, identificación de riesgos	Insuficiente	30	(100)
	Suficiente	0	0
UNIDAD DE PACIENTE			
Espacio entre cama, cama y pared	Adecuado	0	(100)
	Inadecuado	30	0
Temperatura	Adecuado	0	(100)
	Inadecuado	30	0
Humedad	Adecuado	30	(100)
	Inadecuado	0	0

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANALISIS E INTERPRETACION

Se observa en la tabla que el 63,3% en la institución no utilizó una guía de protocolo de prevención de úlceras por presión, el 36,7% sí utilizó la guía de protocolo institucional de prevención de úlceras por presión.

Respecto a la utilización de escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión en la institución, 100% no hace uso de escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión.

Sobre la existencia de programa de capacitación sobre prevención de úlceras por presión 100% la institución no realiza capacitaciones o no tiene programa de capacitaciones sobre prevención de úlceras por presión.

Estudios con similar resultado:

Según COTTOS M. (2014). Obtuvo los siguientes resultados 56% en su servicio no utilizan el protocolo institucional para la prevención de úlceras por presión, el 53% menciona que no cuenta con una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión institucional; 88% menciona que no se cuenta con un programa educativo dirigido al personal enfermero concluye que en un mayor porcentaje no priorizan la aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión frente a la curación lo que favorece su aparición, la utilización del protocolo institucional, escalas de valoración de riesgo y existencia de un programa educativo dirigido al personal enfermero contribuye a prevenir úlceras por presión.

Estudio con diferente resultado

Según BRUNET N., KURCGANT P. (2012) obtuvo resultados donde la incidencia encontrada en este estudio, el 23,1%, fue inferior a la indicada en un estudio similar elaborado en la misma institución (41,02%) antes de la aplicación de protocolos para la evaluación de riesgos y la prevención de úlceras por presión. Donde concluye que los protocolos de prevención son herramientas fundamentales y el impacto en el control de la incidencia de úlceras por presión, cuando se usan de manera habitual.

En la tabla se observa que del número de profesional de enfermería por el número de pacientes hospitalizados es insuficiente y representa el 100%, respecto al número de profesionales de enfermería por número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia I es suficiente y representa el 100%, que con la formula se obtiene el resultado de un profesional de enfermería por el número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia.

Con la siguiente formula se halló el número de licenciados por paciente según el grado de dependencia: N° de Paciente x G. Dependencia x Índice /Horas de Trabajo.

Respecto al número de profesionales de enfermería por número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia II es suficiente y representa el 100%, que con la formula se obtuvo el resultado de un profesional de enfermería por el número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia.

Respecto al número de profesionales de enfermería por número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia III es insuficiente y representa el 100%. Que con la formula se obtiene el resultado de dos profesionales de enfermería por el número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia III.

Respecto al número de profesionales de enfermería por número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia IV es insuficiente y representa el 100%, que con la fórmula de dos profesionales de enfermería por el número de pacientes hospitalizados con grado de dependencia IV.

Según ANGULO Y. DURAN PERDOMO D. et al. (2014) Resultados: Al correlacionar las variables dependencia y diagnóstico es evidente que los pacientes a mayor complejidad por la patológica o comorbilidades mayor es su grado de dependencia, igualmente que la edad es un factor influyente en la categorización de la dependencia. evidencia que la dependencia está relacionada con los procesos crónicos y el envejecimiento, características propias de un servicio de medicina interna, esto a su vez sumado a los cambios que disminuyen la capacidad funcional de las personas debido al deterioro progresivo de la salud. El cálculo del recurso humano de enfermería necesario

para satisfacer las demandas de atención son trece para el servicio de medicina interna, la mayor parte del personal estaría asignado para satisfacer las demandas de los pacientes en la categoría asistidos severos, por tener un alto grado de complejidad en sus cuidados. Concluyendo que de acuerdo a los resultados obtenidos, podría ser utilizada como una metodología para determinar y asignar en forma eficiente, el recurso humano de enfermería, teniendo en cuenta el grado de dependencia, ya que está relacionado con mejores resultados en los pacientes, con implicaciones positivas en la calidad y la seguridad del paciente.

En la tabla se observa que los materiales e insumos en la institución para el cuidado y limpieza de la piel es insuficiente que representa el 100% así mismo el 63.3% utiliza agua tibia, jabón neutro, vaselina, protector de barreras cutáneas para el cuidados y limpieza de la piel utilizados y el 36.7% utiliza Agua tibia, jabón Neutro, cremas hidratantes, protector de barreras cutáneas.

Respecto al manejo de la presión los materiales e insumos son insuficientes y representa el 100% que así mismo el 73.3% utiliza almohadas para el manejo de la presión y el 26.7% almohadas y rodetes para el manejo de la presión.

Estudio con similar resultado

Según COTTOS M. (2014). En cuanto a los resultados que obtuvieron: El 53% comenta que su servicio no cuenta con material ni insumos suficiente para prevención de Ulceras por presión, 91% considera que el uso de cojines, colchones anti escaras, rodetes, disminuye la aparición de Ulceras por presión concluye no cuenta con material suficiente para la prevención de úlceras por presión

En la tabla que respecto a la unidad de paciente en la institución se observa que no existe termo higrómetro, el espacio entre cama y cama y la pared en los servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidades en la institución es insuficiente y representa el 100%. Respecto a la temperatura es inadecuada en los servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidades en la institución y representa el 100% y respecto a la humedad es adecuado en los en los servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidades en la institución. Al medir con un termo hidrómetro la temperatura y humedad de los

servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidades variaban durante el día, tarde y noche; una temperatura y humedad promedio durante las mañanas fue 15°C, durante el mediodía 27°C y la noche 14°C, estos valores están fuera de los parámetros permitidos la influencia de la temperatura en la prevención de úlceras es importante porque cuanto más alta sea la temperatura, aumenta la temperatura corporal y este aumenta la actividad metabólica de los tejidos el cual induce al sudor e humedad, en cambio la humedad se encuentra dentro de los parámetros de aceptación ya que tenemos un clima seco en nuestra ciudad.

Según la Norma técnica de salud infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud de 3 nivel atención N°119. La habitación debe disponer de espacio suficiente, de 1 a 1,20 metros entre las camas, y entre la cama y la pared. Temperatura: Unidad del usuario 18-22 grados Celsius. Humedad: 35 y el 70% mayor temperatura y humedad favorecen el crecimiento microbiano y por debajo de los niveles recomendados pueden quedar afectados determinados parámetros de la esterilización, como la penetración del agente esterilizante, y para su control de la temperatura y humedad se debe instalar un termo higrómetro.

TABLA N° 5

**FACTORES DEL PACIENTE SEGÚN ESCALA DE NORTON SOBRE
PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PREVENCIÓN EN PACIENTES DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO - 2018**

FACTORES DEL PACIENTE		n=30	100= (%)
Estado físico	Bueno	4	(13,3)
	Débil	17	(56,7)
	Malo	7	(23,3)
	Muy malo	2	(6,7)
Estado mental	Consciente	13	(40,0)
	Alerta o apático	11	(36,7)
	Desorientado	4	(13,3)
	Letárgico comatoso	2	(10,0)
Actividad	camina con ayuda	19	(63,3)
	sentado	1	(3,4)
	Encamado	10	(33,3)
Movilidad	Limitada ligeramente	10	(33,3)
	Muy limitada	11	(36,7)
	Inmóvil	9	(30,0)
Incontinencia	Ausencia	14	(46,7)
	Ocasionalmente	6	(20,0)
	Urinario o fecal	7	(23,3)
	Urinario y fecal	3	(10,0)

Fuente: Escala de Norton modificada

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En la tabla se observa que de los factores de paciente según la escala de Norton que el 56.7% de los pacientes estudiados tuvieron un estado físico débil que representa el mayor porcentaje y el 6.7% de los pacientes tuvieron un estado físico muy malo y representa el menor porcentaje. Respecto al estado mental del paciente el 40% tuvieron un estado mental consiente que representa el mayor porcentaje y el 10% de los pacientes que fueron estudiados tuvieron un estado mental letárgico comatoso que representa el menor porcentaje.

Respecto a la actividad del paciente el 63.3% caminaba con ayuda y representa el mayor porcentaje, y el 3.4 tuvo una actividad sentada y representa el menor porcentaje.

Respecto la movilidad del paciente el 36.7% tuvieron una movilidad muy limitada y representan el mayor porcentaje y el 30% de los pacientes estuvieron inmóviles que representa el menor porcentaje.

Respecto a la incontinencia del paciente el 46.7% no tuvieron incontinencia y representa el mayor porcentaje y el 10% de los pacientes tuvieron una incontinencia urinaria y fecal que representa el menor porcentaje.

En la tabla respecto al nivel de riesgo de úlceras por presión que 43.3% de los pacientes tuvieron un riesgo alto de generar úlceras por presión, el 33.3% tuvieron un riesgo bajo de generar úlceras por presión y el 23.3% tuvieron un riesgo medio de generar úlceras por presión.

Estudios con casi similar resultado:

Según RAMOS A. (2016) Resultados: Los factores de riesgo para UPP más significativos son: edad entre 81 a 90 años (OR: 1,15) y 91 a más años (OR: 2,23), mal estado físico general (OR: 4,43), postración (OR: 4,05), inmovilidad (OR: 3,52), estado de coma (OR: 4,47) incontinencia urinaria y fecal (OR: 6,54).

Según GUTIERREZ J. (2015) teniendo resultados: según Escala de Norton el 53,9% presenta un Estado Físico General Regular, Estado Mental Apático de 55,3%, Actividad Disminuida con un 50,7%, Camina con Ayuda con 51,3% y en cuanto a Incontinencia Ocasional de 57,9%. Concluyendo que Una de las Escalas validadas como es la Escala de Norton es uno de los instrumentos cuyo valor demostró importancia en la evaluación del Riesgo de formación de Úlceras por Presión, en base a la presencia de factores de riesgo.

Según ZUÑIGA C., ESPINOZA N. et al. (2014) los resultados que obtuvieron De la población en estudio el 67.55% (102) alcanzó un nivel de riesgo alto, el 2.65% alcanzo un nivel de riesgo bajo.

TABLA N° 6

NIVEL DE RIESGO SEGÚN ESCALA DE NORTON EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN - HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018

Nivel de riesgo	n	(%)
Riesgo alto	10	(33.3)
Riesgo medio	7	(23.4)
Riesgo bajo	13	(43.3)
	30	(100)

Fuente: Escala de Norton modificada

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla se puede observar que el 33,3% en los servicios de hospitalización presentaron riesgo alto en desarrollar úlceras, el 23,4% de los pacientes presentaron riesgo medio a desarrollar úlceras por presión y el 43.3% presento riesgo bajo a desarrollar úlceras por presión.

Según GUTIERREZ J. (2015) tuvo un resultado el 48% presenta un riesgo medio para Úlceras por Presión según Escala de Norton, La gran mayoría de Adultos Mayores tuvo un Riesgo Medio para presentar úlceras por presión. La Escala de Norton, es uno de los instrumentos cuyo valor demostró importancia en la evaluación del Riesgo de formación de Úlceras por Presión, en base a la presencia de factores de riesgo.

TABLA N° 7

PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018

PREVENCIÓN	n	%
Bajo	9	(30)
Medio	21	(70)
	30	(100)

Fuente: Guía de observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla se observa que el 70% realizaron prevención de úlceras por presión alta, el 30% realizó una prevención de úlceras por presión baja.

Según IBAÑEZ Y. MERINO P. (2012) La práctica del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión, en los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo, observándose que el 54,5% presentaron un nivel de práctica regular, y un 45,5 % alcanzó un nivel de práctica bueno, por tradición, las enfermeras basan su práctica de intervención en los protocolos de úlceras por presión, en la intuición, la experiencia o “la forma como le enseñaron” que en muchos casos puede ser la adecuada como que en otros casos no.

TABLA N°8

FACTORES PROFESIONALES RELACIONADOS A LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018

Prevencción de UPP		Bajo		Medio		Total		Prueba no paramétrica tau-b de kendall	
		n	(%)	n	(%)	n=30	100=(%)	valor	p valor
Factores profesionales									
Nivel de conocimiento	Medio	6	(20)	5	(16,7)	11	36,7	0,654	0,000
	Alto	3	(10)	16	(53,3)	19	63,3		
Condición laboral	Contratado	5	(16,7)	14	(46,7)	20	63,4	0,408	0,028
	Nombrado	4	(13,3)	7	(23,3)	10	36,6		
capacitaciones recibidas	Si	0	(0)	6	(20)	6	20	0,408	0,028
	No	9	(30)	15	(50)	24	80		
actividad adicional	Si	3	(10)	4	(13,3)	6	23,3	0,408	0,028
	No	6	(20)	17	(56,7)	24	76,7		

FUENTE: Prueba no paramétrica Tau-b de Kendall (p valor: 0,000;0.028)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla se observa que el 20% tiene un nivel de conocimiento medio y prevención de úlceras medio, 16.7% tiene un nivel de conocimiento alto y prevención de úlceras medio, el 13.3% tiene un nivel de conocimiento medio y prevención de úlceras bajo, el 10% de tiene un nivel de conocimiento alto y una prevención de úlceras por presión bajo.

El 46,7% de los profesionales contratados realizan una prevención de úlceras por presión media, el 23.3% de los profesionales nombrados realizan una prevención de úlceras por presión media, el 20% de los profesionales contratados realizan una prevención de úlceras por presión baja y el 10% de los profesionales nombrados realizan una prevención de úlceras por presión media.

El 50% de los que no recibieron capacitaciones sobre prevención de úlceras por presión tienen un nivel de prevención medio, 30% no recibieron capacitaciones sobre prevención de úlceras por presión tienen un nivel de prevención bajo y 20% recibieron capacitaciones sobre prevención de úlceras por presión tienen un nivel de prevención medio.

El 56.7% de los profesionales que no realizaron actividad adicional en la institución tuvieron un nivel de prevención medio, el 20% de los profesionales que no realizaron actividad adicional en la institución tienen un nivel de prevención bajo, el 13,3% de los profesionales que si realizaron actividad adicional en la institución tuvieron un nivel de prevención medio y el 10% de los profesionales que si realizaron actividad adicional en la institución tuvieron un nivel de prevención bajo.

De acuerdo a la tabla se infiere que cuan mayor el nivel de conocimiento tenga el profesional de enfermería en prevención de úlceras por presión, mayor será el nivel de prevención. Cuanto a la condición laboral del profesional de enfermería se observa que los niveles de prevención son más altas en contratados que en nombrados, respecto a las capacitaciones recibidas, cuanto más capacitación reciba el profesional en enfermería, mayor será el nivel de prevención de úlceras por presión. Respecto a las actividades adicionales en la institución considerado un factor ya que cuan más carga laboral tenga un profesional, menor será el nivel de prevención de úlceras por presión.

Según la prueba no paramétrica de “Tau-b de Kendall” El nivel de relación es regular y baja entre las variables de factores institucionales y prevención de úlceras por presión, de acuerdo al cuadro de interpretación de valor, porque el coeficiente de asociación es 0.654 (conocimiento), 0.408(condición laboral), 0.408 (capacitaciones recibidas), 0.408 (actividad adicional)

TABLA N°9

FACTORES INSTITUCIONALES RELACIONADO A LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

Prevención de UPP		Bajo		Medio		Total		Prueba no paramétrica tau-b de kendall	
		n	(%)	n	(%)	n=30	100 = (%)	valor	p valor
Fact. inst. : administ.									
Uso de protocolo	No	8	(26,7)	11	(36,7)	19	(63,3)	0,586	0,000
	Si	1	(3,3)	10	(33,3)	11	(36,7)		
Uso de Escalas de y Programa de capacitación	No	9	(30)	21	(70)	30	(100)		
	Si	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
Recurso humano (lic. en enf.)									
Según número de pacientes	Insuficiente	9	(30)	21	(70)	30	(100)	0,524	0,000
	Suficiente	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
Según grado de dependencia. I y II	Suficiente	9	(30)	21	(70)	30	(100)		
	Insuficiente	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
Según grado de dependencia. I y II III y IV	Insuficiente	9	(30)	21	(70)	30	(100)		
	Suficiente	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
Unidad de paciente									
Materiales e insumos	Insuficiente	9	(30)	21	(70)	30	(100)	0,572	0,000
	Suficiente	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
Espacio entre cama, cama y pared	Inadecuado	9	(30)	21	(70)	30	(100)		
	Adecuado	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
Temperatura	Inadecuado	9	(30)	21	(70)	30	(100)		
	Adecuado	0	(0)	0	(0)	0	(0)		
Humedad	Inadecuado	9	(30)	21	(70)	30	(100)		
	Adecuado	0	(0)	0	(0)	0	(0)		

FUENTE: Pruebas no paramétrica, simétricas Tau-b de Kendall (p valor: 0,000)

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la tabla se observa que el 36,7% que no utilizo el protocolo de prevención tuvo una prevención de úlceras por presión medio, el 33,3% que si utilizo el protocolo de prevención tuvo una prevención de úlceras por presión medio, el 26,7% que no utilizo el protocolo de prevención tuvo una prevención de úlceras por presión bajo y el 3,3% que si utilizo el protocolo de prevención tuvo una prevención de úlceras por presión bajo.

Respecto a la Utilización Escalas de valoración de riesgo y Existencia de Programa de capacitación sobre prevención de Úlceras por presión, el 70% que no utiliza escalas de valoración de riesgo y no existe programa de capacitación tuvieron una prevención medio y el 30% que no utiliza escalas de valoración de riesgo y no existe programa de capacitación tuvieron una prevención baja.

De la tabla respecto a MATERIALES E INSUMOS: Para el cuidado y limpieza de la piel, Para el manejo de la presión, para la identificación de riesgos se observa que el 70% tuvieron materiales e insumos insuficientes tuvieron una prevención medio, el 30% tuvieron materiales e insumos insuficientes tuvieron una prevención bajo.

El 70% donde se observó que no existe un termohigrometro, Espacio entre cama y cama y la pared es inadecuado, la Temperatura es inadecuada en los servicios de medicina. Traumatología y cirugía especialidades tuvieron una prevención de úlceras por presión medio, el 30% donde se observó que no existe un termohigrometro, Espacio entre cama y cama y la pared es inadecuado, la Temperatura es inadecuada en los servicios de medicina. Traumatología y cirugía especialidades tuvieron una prevención de úlceras por presión bajo.

Según la prueba no paramétrica de "Tau-b de Kendall" El nivel de relación es regular entre las variables de factores institucionales y prevención de úlceras por presión, de acuerdo al cuadro de interpretación de valor, porque el coeficiente de asociación es 0.586 (administrativo), 0.524(recurso humano), 0.572(unidad de paciente)

De la tabla se puede inferir que Cuanto más factores institucionales haya, alto será la prevención de úlceras por presión mientras disminuya los factores institucionales menor será la prevención de úlceras por presión.

TABLA N°10
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL PACIENTE EN EL NIVEL DE
RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA, CUSCO

Nivel de riesgo de UPP		Riesgo alto		Riesgo medio		Riesgo bajo		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	100=(%)
Características del paciente									
edad del paciente	18 a 35 años	2	(6,7)	0	(0,0)	2	(6,7)	4	(13,3)
	36 a 52 años	1	(3,3)	3	(10)	3	(10)	7	(23,3)
	53 a 69 años	5	(16,7)	3	(10)	5	(16,7)	13	(43,3)
	> 70 años	2	(6,7)	1	(3,3)	3	(10)	6	(20,1)
Sexo del paciente	Femenino	5	(16,7)	6	(20,0)	6	20,0	17	(56,7)
	Masculino	5	(16,7)	1	(3,3)	7	23,3	13	(43,3)

Fuente: prueba no paramétrica chi- cuadrado de Pearson (p valor: 0, 000)

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la tabla se observa que los pacientes de 53 a 69 años tienen riesgo alto de tener úlceras por presión con predominio del sexo femenino; pacientes de 36 a 52 años tienen riesgo medio de tener úlceras por presión con predominio de sexo femenino y de 18 a 35 años tienen a tener riesgo bajo de tener úlceras por presión y predominio de sexo masculino.

Según la prueba no paramétrica de chi - cuadrado existe relación directamente proporcional entre características de la población de estudio y nivel de riesgo de úlceras por presión según escala de Norton.

RAMOS A. (2016) Concluye: Los factores de riesgo con más significancia estadística para el desarrollo de úlceras por presión son: edad de 81 años a más.

GUTIERREZ J. (2015) Conclusiones: La gran mayoría de Adultos Mayores tuvo un Riesgo Medio para presentar úlceras por presión, siendo una de las escalas validadas como es la Escala de Norton, es uno de los instrumentos cuyo valor demostró importancia en la evaluación del Riesgo de formación de Úlceras por Presión, en base a la presencia de factores de riesgo.

CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas a partir del presente estudio realizado en el servicio de medicina, traumatología y cirugía especialidades del hospital Antonio Lorena, Cusco - 2018

1. Según las características generales del profesional de enfermería se pudo identificar que la mayoría son de sexo femenino que comprenden las edades de 36 a 45 años, según las características generales del paciente podemos identificar que la mayoría son de sexo femenino y comprenden las edades de 53 a 69 años.
2. Respecto a los factores del profesional de enfermería en la prevención de úlceras por presión la mayoría tiene un conocimiento medio, condición laboral contratados, se infiere que el mayor número de profesionales contratados realizan la prevención de úlceras por presión a comparación de los profesionales nombrados, respecto las capacitaciones recibidas sobre prevención de úlceras por presión la mayoría no recibieron.
3. Sobre los factores institucionales en la prevención de úlceras por presión acerca del protocolo de prevención de úlceras por presión, escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión en su mayoría no utilizan; Así como no existe un programa de capacitación en la institución sobre prevención de úlceras por presión; En cuanto al recurso humano, es insuficiente; frente al número de pacientes y a los diferentes grados de dependencia que presenta los pacientes hospitalizados. Sobre los materiales e insumos en la institución para el cuidado y limpieza de la piel, para el manejo de la presión, para la identificación de riesgos es insuficiente, acerca de la unidad de paciente es inadecuado porque no existe un higrómetro para un manejo de temperatura y humedad en los servicios de hospitalización, la distancia entre cama, cama y pared es inadecuado, la temperatura de las habitaciones donde se encuentran los pacientes están fuera de los parámetros aceptados. La influencia de la temperatura en la prevención de úlceras es importante porque cuanto más alta sea la temperatura, aumenta la temperatura corporal y este aumenta la actividad metabólica de los tejidos el cual induce al sudor e humedad, la humedad es adecuada.

4. Los factores del paciente en la prevención de úlceras por presión la mayoría de los pacientes estudiados presentaron un estado físico débil, un estado mental consiente, en la actividad del paciente la mayoría caminaba con ayuda, acerca de la movilidad tuvieron una movilidad muy limitada, y la mayoría no presento incontinencia. Según la evaluación de la escala de Norton que halla el riesgo del paciente a desarrollar úlceras por presión se halla que los pacientes tiene un riesgo alto y bajo riesgo de desarrollar úlceras por presión de los pacientes tuvieron un riesgo alto de generar úlceras por presión
5. Respecto a la prevención de úlceras la mayoría de profesionales realiza una prevención medio y baja lo cual se puede afirmar que esto podría ser uno de los factores para el desarrollo de úlceras por presión.
6. En el análisis de la pruebas paramétricas DE CHI - CUADRADO y TAUB B_KENDALL se halla que los factores profesionales e institucionales están relacionados con la prevención de úlceras por presión en pacientes de los servicios de hospitalización del hospital Antonio Lorena del Cusco.

SUGERENCIAS

AL PERSONAL DE ENFERMERIA

1. Cumplir adecuadamente con las normas administrativas y la ley del trabajo del enfermero; Evaluar y coordinar en el servicio la distribución adecuada de las actividades diarias del profesional de enfermería de manera que permita emplear el tiempo necesario y exclusivo para prevenir las úlceras por presión
2. La Auto capacitación sobre prevención de úlceras por presión con conocimientos actualizados sobre las distintas estrategias y procedimientos que existen. Coordinar la aplicación del protocolo de prevención de las úlceras por presión; Discernir acerca el uso de escalas de valoración de riesgo en pacientes hospitalizados para la prevención de úlceras por presión.
3. Promover e integrar la participación de los familiares en la prevención de úlceras por presión.

A LAS AUTORIDADES DE LA INSTITUCION “HOSPITAL ANTONIO LORENA”

1. Realizar un diagnóstico situacional real sobre los casos de úlceras por presión.
2. Promover el uso del protocolo de prevención de úlceras por presión en los profesionales de enfermería, Implementar escalas de valoración de riesgo para la prevención de úlceras por presión, realizar cursos de capacitación dirigidos al equipo de salud, en especial a los profesionales de enfermería que incluya temas de prevención de úlceras por presión al menos 2 veces al año y con información actualizada. cumplir con las fases de PAE en el cuidado de prevención de úlceras por presión.
3. Implementar adecuadamente los servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidad, con materiales e insumos para realizar una prevención adecuada de úlceras por presión, Evaluar la necesidad de incrementar de recurso humano: profesionales de enfermería en los servicios de medicina, traumatología y cirugía especialidades que permita realizar una prevención de úlceras por presión adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana De La Salud Oficina Regional De La Organización Mundial de la salud guía de diagnóstico y manejo úlceras por presión. 2017 [Fecha de consulta 3 de Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.OMS.com>
2. BUSTAMANTE E., PEÑA J. “factores relacionados con el riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Antonio Lorena, Cusco” Perú 2014 [Fecha de consulta 26 de Septiembre 2017].
3. STEGENSEK E., JIMÉNEZ A. “Et Al.” “Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención” México 2015 [Fecha de consulta 3 de Agosto 2017]
4. SÁENZ M., SARABIA M. “Et Al.” “Prevalencia de úlceras por presión en pacientes sometidos a artrodesis de columna” España 2016 [Fecha de consulta 3 de Agosto 2017]
5. Guia Para El Cuidado De La Piel Y Prevención De Úlceras Por Presión fundación medica del norte, Colombia, 2013 [Fecha de consulta 3 de Agosto 2017]
6. ASCARRUZ C. , TAPIA D., “Et Al.” Valoración del riesgo de ulcera por presión según la escala de Braden en el paciente neurológico Hospital Nacional Edgardo Rebagliati 2012 [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
7. DE BRITO P., FERREIRA W., “Et Al.” “Preventive actions in pressure ulcers carried out by nurses in primary care” Brasil 2016. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
8. BARRERA J., PEDRAZA M.; “Et Al.” “Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF” México 2016. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
9. TOMAZINI A., NASCIMENTO T., “Et Al.” “Úlceras por presión en pacientes críticamente enfermos: incidencia y factores de riesgo” Brasil 2016 [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
10. SOUZA N., BARBOSA M., “Et Al.” “Conocimientos del equipo de enfermería acerca de prevención de úlceras por presión”, Brasil 2017 [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]

11. ROMERO J., ÁLVAREZ C., "Et Al." "Disminución de la incidencia de úlceras por presión en sacro y talones en pacientes ingresados en cuidados intensivo" España, 2017. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
12. HERNÁNDEZ J., MORENO M., "Et Al." "Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión" México 2016. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
13. JINETE J., MERCADO M., "Et Al." "Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión" Colombia 2016. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
14. PARRA D., CAMARGO F. "Et Al." "Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas" Colombia 2012. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
15. HERNÁNDEZ J. "Prevención y cuidados en úlceras por presión. ¿Dónde estamos?" España, 2009. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
16. BRUNET N., KURCGANT P. "Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención." Brasil 2012 [fecha de consulta 21 de mayo del 2018].
17. ANGULO Y. DURAN PERDOMO D. "Et Al" "Dotación del recurso humano de enfermería según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2014" Colombia, 2014 [fecha de consulta 21 de mayo del 2018].
18. RAMOS C. "factores de riesgo y características clínicas asociadas al desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados: Hospital Hipólito Unanue De Tacna Enero – Marzo 2016" Perú, 2016 [fecha de consulta 21 de mayo del 2018].
19. GUTIERREZ J. "Riesgo a úlceras por presión según escala de Norton en una población adulto mayor de un programa de atención domiciliaria del Callao" Perú, 2015 [fecha de consulta 21 de mayo del 2018].
20. COTTOS M. "Factores que limitan la práctica de cuidados preventivos de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2009" [tesis] Lima, Perú 2014 [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]

21. ZUÑIGA C., ESPINOZA N. "ET AL." "Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Arzobispo Loayza." Perú 2014 [fecha de consulta 21 de mayo del 2018].
22. IBAÑEZ Y. MERINO P. "Conocimientos y práctica del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Hospital Belén De Trujillo – 2012" Perú, 2013 [fecha de consulta 21 de mayo del 2018].
23. AMACHE MD. "Nivel de conocimiento y manejo de las úlceras por presión del profesional de enfermería en el servicio de medicina interna del hospital nacional Adolfo Guevara Velasco." Cusco 2012 [Fecha de consulta 16 de Julio 2017]
24. REQUENA ÁLVAREZ ENDIKA "Monografía sobre el tratamiento y prevención de las Úlceras por Presión en pacientes adultos." Universidad de Cantabria, España 2016. [Fecha de consulta 10 de Julio 2017]
25. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad "Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas" España, 2015 pág.12 disponible: www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/.../Guia_Prevencion_UPP.pdf. [Fecha de consulta 8 de Agosto 2017]
26. SERVEI B. Subdirección Asistencial de Enfermería Prevención y tratamiento de las úlceras por presión España 2007. Disponible: <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf> [Fecha de consulta 30 de septiembre 2017]
27. Servicio Andaluz De Salud. Consejería De Salud. Junta De Andalucía. Guía Fase Para La Prevención De Las Úlceras Por Presión, España 2017. Disponible : <http://gneaupp.info/guia-fase-para-la-prevencion-de-las-ulceras-por-presion-consejeria-de-salud-servicio-andaluz-de-salud/> [Fecha de consulta 8 de Agosto 2017]
28. Sistema De Clasificación De La NPUAP/EPUAP De Las Úlceras Por Presión. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española. Disponible: gneaupp.info/wp-

- [content/uploads/2016/10/GuiXXaXMundial_esp.pdf](#) [Fecha de consulta 8 de Agosto 2017]
29. Reglamentación De Ley Del Trabajo Del Enfermero Peruano ley nº 27669, colegio de enfermeras(os) del Perú; 2016 disponible: http://www.leyes.congreso.gob.pe/documentos/2016_2021/proyectos_de_ley_y_de_resoluciones_legislativas/pl0218420171129.pdf [fecha de consulta : 28 de enero 2018]
30. Artículo precedente de Sedisa Siglo XXI, Dotación de Enfermería en las Unidades de Hospitalización, revista española [internet] pág. 1-8 consulta: <https://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article94> [fecha de consulta: 20 de marzo del 2018]
31. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) 2018, Coeficientes de pacientes por enfermera. Suecia, 2015 [internet] pags. 1,6 disponible: <http://www.icn.ch/es/publications/fact-sheets/> [fecha de consulta: 20 de mayo del 2018]
32. ANGULO Y. DURAN D. “Et Al” “Dotación del recurso humano de enfermería según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2014” Colombia, 2014 [fecha de consulta 21 de mayo del 2018].
33. Reglamentación De Ley Del Trabajo Del Enfermero Peruano ley nº 27669, colegio de enfermeras(os) del Perú; 2016 disponible: http://www.leyes.congreso.gob.pe/documentos/2016_2021/proyectos_de_ley_y_de_resoluciones_legislativas/pl0218420171129.pdf [fecha de consulta: 28 de enero 2018].
34. Norma técnica de salud infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud de 3 niveles atención N°119. Perú, 2015 págs. 74-76 disponible: <http://www.minsa.gob.pe/serumsbvs/supportfiles/normas.htm> [fecha de consulta: 28 de enero del 2018].
35. ROMANOS B., CASANOVA N. “La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica” España, 2018 [fecha de consulta: 15 de mayo del 2018]

ANEXOS

ANEXO N°1

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PARA EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA, TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ESPECIALIDADES

El presente cuestionario tiene la finalidad de recoger información acerca del conocimiento del profesional de enfermería sobre prevención de úlceras por presión en los servicios de hospitalización. Por favor lea atentamente las preguntas y marque un aspa (x) las alternativas correctas según sea el caso.

I. cuestionario de conocimiento sobre prevención de úlceras por presión

2.1 ¿Cómo define a las úlceras por presión?

- a) lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, que ocurre cuando se restringe la irrigación sanguínea en una zona.
- b) Lesión incurable.
- c) Herida que afecta toda la piel
- d) Herida que se da siempre sobre una prominencia ósea.

1.2 ¿Cuál es la etiología de las úlceras por presión?

- a) consecuencia de la presión, fricción y cizallamiento; por el cual se produce un problema vascular
- b) surge de una problema nervioso
- c) la causa principal es de una piel muy delgada
- d) su etiología es desconocida

1.3 ¿Cómo se clasifican las úlceras por presión?

- a) Se clasifican por su tamaño
- b) Son de I, II, III, IV, estadio
- c) Son de I, II, III estadio
- d) se clasifican en graves y no graves

1.4 La prevención de úlceras por presión consiste en :

- a) Evitar daños a través de acciones de enfermería
- b) Controlar las úlceras por presión.
- c) Advertir lo que puedan suceder.
- d) Educación permanente sobre el tratamiento.

1.5 Una de las medidas de prevenir las úlceras por presión es :

- a) La valoración de la coloración de la piel.
- b) Mantener la piel limpia, lubricada y húmeda.
- c) Realizar la higiene corporal diaria masajes, humedad.
- d) La valoración de la coloración de la piel Mantener la piel limpia, lubricada, seca

1.6 De los siguientes cuidados en la prevención de las úlceras por decúbito, cual no es correcto:

- a) Movilización del paciente
- b) Eliminación de la presión
- c) Evitar la humedad
- d) Desbridamiento de la úlcera

1.7 ¿Qué practica es inadecuada en la prevención de úlceras por presión?

- a) Masajear prominencias óseas
- b) No masajear las prominencias óseas
- c) Aplicar crema hidratante
- d) Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados

1.8 Para prevenir las úlceras por presión , es importante el cuidado y la limpieza de la piel, la frecuencia con que se realiza la limpieza de la piel del paciente en su servicio para prevenir las úlceras por presión es:

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Cada 3 días
- d) Semanal

1.9 ¿Qué acciones cree Ud. correctos que se deban realizar si se observa una zona enrojecida en la piel?

- a) Lavar la zona afectada, hidratar y secar sin frotar.
- b) Eliminar la presión y todo roce en la zona afectada.
- c) Aumentar la frecuencia de los cambios de posición.
- d) Todas las anteriores.

1.10 ¿Que se recomienda usar para dar masajes corporales?

- a) Crema hidratante
- b) Colonia cítrica
- c) Talco
- d) Alcohol

1.11 ¿En qué momento Ud. Considera que puede identificar zonas de presión?

- a) Durante el baño, cambio de posición, cambio de pañal.
- b) Durante el baño, el desayuno del paciente visita médica.
- c) Durante el cambio de ropa de cama, cambio de ropa al paciente, en el desayuno.
- d) Durante cambio de pañal, desayuno del paciente y visita de familiares.

1.12 ¿Cuáles son las localizaciones de úlceras por presión frecuentes en un paciente?

- a) Occipital, codos, sacro, coxis, talones,.
- b) Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas ilíacas, pubis, rodillas y dedos de los pies
- c) Escápulas, rodillas, dedos de los pies
- d) Genitales, crestas iliacas, dedos de los pies

1.13 ¿Qué aspectos se considera en la movilización?

- a) Movilización cada dos horas, masajes corporales, ejercicios pasivos y activos.
- b) Movilización cada tres horas, masajes corporales, ejercicios pasivos y activos.
- c) Movilización cada dos horas, masajes corporales, aplicación de cremas humectantes.
- d) Movilización cada cuatro horas, hidratación con cremas, ejercicios pasivos.

1.14 ¿Cuál es tiempo límite para un cambio de posición en pacientes hospitalizados?

- a) 1 – 1 ½ horas
- b) 15 – 30 minutos
- c) 3 horas
- d) 2 horas

1.15 ¿Durante la movilización del paciente se debe evitar?

- a) Fricción, Presión, cizallamiento.
- b) Cizallamiento, masajes, ejercicios pasivos.
- c) Ejercicios pasivos, activos, Presión.
- d) Desplazamiento corporal , Hidratación , Fricción.

1.16 ¿Identifique los métodos para aliviar la presión de la lesión?

- a) Flotadores tipo rosquilla, mantenerlos en una sola posición
- b) Cambios posturales, colchón neumático, guantes rellenos con agua, cojines.
- c) Colchón neumático, rodetes y flotadores
- d) Todos los anteriores

1.17 ¿Qué dispositivos debe usar para evitar las úlceras por presión?

- a) Colchones neumáticos, rodetes, almohadas.
- b) Almohadas, rodetes, bolsa de arena.
- c) Guantes de agua, bolsa de arena, rodetes.
- d) Toallas, rodetes, bolsa de arena.

1.18 ¿A quiénes se debe aplicar la escala de valoración de riesgo?

- a) Solo a pacientes graves.
- b) A pacientes inconscientes.
- c) Pacientes que son hospitalizados más de 3 días.
- d) A pacientes que sufren sudoración.

1.19 De las siguientes escalas, cuál es la adecuada para medir el riesgo de aparición de úlceras por presión:

- a) Barthel

- b) Katz
- c) Norton
- d) Goldberg

1.20 En la valoración para el riesgo o facilidad de que el residente sufra úlceras por presión y según la escala de norton, tendremos en cuenta:

- a) Estado físico general, estado de la piel, actividad, movilidad, incontinencia
- b) Estado físico general, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia
- c) Estado físico general, nutrición, nivel de conciencia, actividad, incontinencia
- d) Estado físico general, estado mental, movilidad, continencia

ANEXO N°2 FICHA DE RECOLECCION

I. Datos generales Profesional de enfermería:

1) Edad :

a) 25 – 35 años b) 35 – 45 años c) 45 a mas

2) Sexo :

a) Masculino b) Femenino

3) Condición laboral

a) Contratado b) Nombrado

4) ¿Realiza actividad adicional a su carga laboral en la institución?

a) Si b) No

Si la respuesta es sí, especifique que trabajo realiza:.....

II. Datos generales del Paciente:

1) Edad:

a) 18– 35 años b) 36 – 52 años c) 53 – 69 años d) >70 años

2) Sexo:

a) Femenino

b) Masculino

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LA INSTITUCION EN LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

CRITERIOS	SI	NO
En la institución se utiliza la guía de protocolo institucional de prevención de úlceras por presión.		
Utilización Escalas de valoración de riesgo de Úlceras por Presión		
Existencia de Programa de capacitación sobre prevención de Úlceras por presión.		
RECURSOS HUMANOS	Suficiente	Insuficiente
Número de profesional de enfermería por número de pacientes hospitalizados		

<p>Número de profesional de enfermería por número de pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con grado de dependencia I - Con grado de dependencia II - Con grado de dependencia III - Con grado de dependencia IV 								
<p>MATERIALES E INSUMOS</p>	<p>Suficiente</p>	<p>Insuficiente</p>						
<p>PARA EL CUIDADO Y LIMPIEZA DE LA PIEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - agua tibia y jabón neutro - Ácidos grasos hiperoxigenados - Protector de barreras cutáneas - Povidona yodada - Cremas hidratantes - Vaselina 	<p>SI</p>	<p>NO</p>						
<p>PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cojines de espuma - Colchones de espuma - Colchones de silicona - Cojines de silicona - Almohadas - Camas bariátricas - Rodetes - Protectores locales 	<p>SI</p>	<p>NO</p>						
<p>UNIDAD DE PACIENTE</p> <table border="1" data-bbox="225 1527 861 1697"> <thead> <tr> <th data-bbox="225 1527 541 1588"></th> <th data-bbox="541 1527 695 1588">SI</th> <th data-bbox="695 1527 861 1588">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="225 1588 541 1697">Existe un Termómetro</td> <td data-bbox="541 1588 695 1697"></td> <td data-bbox="695 1588 861 1697"></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Espacio entre cama y cama y la pared - Temperatura - Humedad 		SI	NO	Existe un Termómetro			<p>Adecuado</p>	<p>Inadecuado</p>
	SI	NO						
Existe un Termómetro								

ANEXO N°3

GUIA DE OBSERVACION SOBRE LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION

DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:	si	No
Realiza practicas adecuadas de prevención de ulceras por presión		
Realiza la limpieza de la piel del paciente diario		
Realiza cuidado de la piel: Aplica una crema hidratante (vasenol, vaselina, etc.) en zonas del cuerpo "salientes" (huesos), como talones, codos, caderas en los pacientes.		
Hace uso de los materiales e insumos para la limpieza de la piel		
Realiza movilización al paciente		
Realiza cambios de posición de los pacientes cada 2 horas		
Evita durante la movilización del paciente la fricción, presión y el cizallamiento.		
Hace uso de materiales para aliviar la presión		
Utiliza las escalas de valoración de riesgo en pacientes hospitalizados mayor a tres días.		
Conoce los parámetros de la escala de Norton		
Evalúa a los pacientes con la escala de Norton		
DE LA INSTITUCION		
Hace uso del protocolo de prevención de ulceras por presión		
Hace uso de escalas de valoración de riesgo en los pacientes		
Hace uso adecuado de los materiales del servicio		
Hace uso adecuado de los insumos del servicio		
DEL PACIENTE		
Evalúa estado físico del paciente		
Evalúa el estado mental del paciente		

Evalúa la actividad del paciente		
Evalúa la movilidad del paciente		
Evalúa la incontinencia del paciente		

ANEXO N°4

FACTORES DEL PACIENTE: SEGÚN DE ESCALA DE NORTON MODIFICADA

1. Estado físico

- a) Bueno
- b) Débil
- c) Malo
- d) Muy malo

2. Estado Mental:

- a) consciente
- b) alerta
- c) desorientado
- d) letárgico comatoso

3. Actividad :

- a) Camina
- b) Camina con ayuda
- c) Sentado
- d) Encamado

4. Movilidad

- a) Completa
- b) Limitada ligeramente
- c) Muy limitada
- d) Inmóvil

5. Incontinencia:

- a) Ausencia
- b) Ocasionalmente
- c) Urinaria o fecal
- d) Urinaria y fecal

ANEXO N°5

ESQUEMA DE VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

GUIA DE EDSTIMACION DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Re Test de Morinsky Green-Levine presenta una absolución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del Ítems en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecie que el Ítems es absoluto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con un "X" en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. ¿Que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. ¿Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. ¿Que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. ¿Que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. ¿Que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. ¿Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. ¿Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que aumentarse?

.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

ANEXO N°6

VALIDACION DEL INSTRUMENTO ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE: FACTORES Y LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO

A cada uno de los expertos se les entrego el instrumento a usarse y una hoja de preguntas con su respectiva guía de calificación, la cual fue devuelta a las 48 horas, posteriormente se procesó los resultados de acuerdo a la tabla y fórmulas que presentaron a continuación:

ITEMS	EXPERTOS							TOTAL	
	A	B	C	D	E	F	G	SUMATORIA	PROMEDIO
1	4	5	4	4	5	4	4	30	4.3
2	3	4	5	3	4	4	3	26	3.7
3	4	5	3	4	5	5	4	30	4.3
4	4	5	5	4	5	4	4	31	4.4
5	4	5	3	4	4	4	3	27	3.9
6	4	5	5	4	3	4	3	28	4
7	4	5	2	4	4	5	4	28	4
8	4	5	5	5	5	4	4	32	4.6
9	4	5	5	4	4	4	4	30	4.3

$$DPP = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 2)^2 + \dots + (X_9 - 9)^2}$$

$$DPP = \sqrt[3]{(5 - 4.3)^2 + (5 - 3.7)^2 + (5 - 4.3)^2 + (5 - 4.4)^2 + (5 - 3.9)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 4.3)^2}$$

$$DPP = \sqrt[3]{6,89}$$

$$DPP = 2.62$$

Dónde:

Dpp: Distancia de punto múltiple

X: Valor máximo concedido en la escala para cada ítem

Y: Promedio de cada ítem.

La Distancia máxima se tiene:

$$D_{max} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_9 - 1)^2}$$

$$D_{max} = \sqrt{(5_1 - 1)^2 + (5_2 - 1)^2 + (5_3 - 1)^2 + \dots + (5_9 - 1)^2}$$

$$D_{max} = \sqrt{144}$$

La D_{max} obtenida se divide entre el valor máximo de la escala, siendo:

$$D_{max} = \frac{12}{5}$$

$$D_{max} = 2,4$$

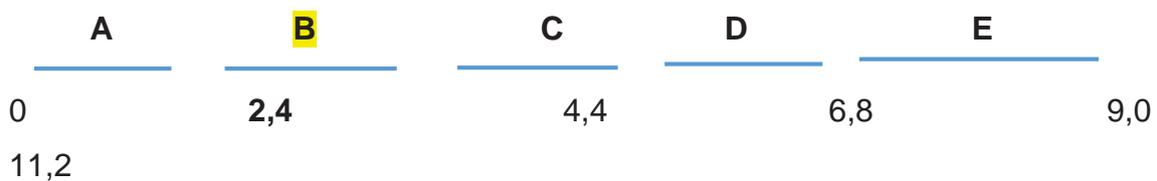
Donde:

X: Valor máximo concedido en la escala para cada ítem.

1: Valor mínimo para cada ítem.

La distancia máxima se tiene

0-----2,4 \Rightarrow no incluye el valor de 2,62 Lo cual indica que el instrumento de medida es B: Adecuado en gran medida.



A: Adecuación total

B: Adecuación en gran medida

C: Escasa adecuación

E: Inadecuación

ANEXO N°7

PRUEBA DE ALFA DE CROMBACH DEL INSTRUMENTO DE REGISTRO DE DATOS DE FACTORES Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2018

El índice de consistencia permite medir si un instrumento tiene la fiabilidad suficiente para ser aplicado, si su valor está por debajo de 0.6 el instrumento que se está evaluando, presenta una variabilidad heterogénea en sus ítems y por tanto nos llevará a conclusiones equivocadas.

Por medio del Alfa de Crombach, que tiene como finalidad hasta qué punto un instrumento permite evaluar o diagnosticar una determinada realidad como fiable, evaluamos la fiabilidad que tiene nuestro instrumento midiendo lo que se marcó como objetivo a medir. El Alfa de Crombach es uno de los coeficientes más utilizados a la hora de establecer una escala y está basado en una consistencia interna de la misma. Se considera que el instrumento es válido cuando el alfa de crombach supera 0.65 (crombach, L. J. Essential of Psychological testing, cuarta edición, Harper y Row, Nueva York, 1984). El instrumento aplicado fue procesado por el paquete estadístico SPSS v 24.0, obteniendo el siguiente resultado:

Estadísticos de fiabilidad

Variables	Alfa de crombach
Factores y prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados del Hospital Antonio Lorena, Cusco	0.750

CONFIABILIDAD

El Alfa de Crombach del instrumento es 0.750 lo cual nos indica que es fiable.

Se concluye así que el instrumento aplicado para el estudio factores y la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados del Hospital Antonio Lorena, Cusco, es confiable, por tanto los datos recogidos tiene consistencia interna garantizando así un estudio válido.