

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACION**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA INCIDENCIA DE LESIÓN  
POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE  
MOQUEGUA, 2022”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA INTENSIVA**

**AUTORA:**  
ZARA QUISPE MAMANI

**Callao, 2022**  
PERÚ



## INFORMACIÓN BÁSICA

**FACULTAD:** Ciencias de la Salud

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN:** Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud

**TÍTULO:** Cuidados de enfermería y la incidencia de casos de lesión por presión en un Hospital de Moquegua, 2022

**AUTORA:**

Zara Quispe Mamani

- ORCID: 0000-0002-2586-5663
- DNI:5719172

**ASESOR:**

Mg. Braulio Pedro Espinoza Flores

- ORCID:0000-0002-5855-9750
- DNI: 15720103

**LUGAR DE EJECUCIÓN:** Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua

**UNIDAD DE ANALISIS:** Profesionales de Enfermería

**TIPO:** Descriptivo correlacional

**ENFOQUE:** Cuantitativo

**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** No Experimental

**TEMA OCDE:** 3.03.03 Enfermería

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO EVALUADOR

### MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

1. DRA. VILMA MARIA ARROYO VIGIL : PRESIDENTA
2. DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ : SECRETARIA
3. MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE : VOCAL

**ASESOR:** MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES

**N° de libro:** 05

**N° de Acta:** 092 – 2022

**Fecha de Aprobación de tesis:** 18 de noviembre del 2023

**Resolución de sustentación:** N° 099-2021-CU del 30 de junio de 2022

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios, por ser mi guía espiritual en este largo camino, gracias a él superé los momentos difíciles y me levanté para culminar con éxito. A Jesús de la Misericordia, por escuchar mis peticiones y reconfortarme cada momento ¡En ti confió! y confiaré siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis seres amados, por ser el motor y motivo de superación continúa y apoyo incondicional.

todo los que aportaron un granito de arena en este trabajo, fueron muchas las manos amigas encontradas en este proceso.

# INDICE

INFORMACIÓN BÁSICA .....	iii
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO EVALUADOR.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	9
1.2 Formulación del problema .....	11
1.2.1 Problema general:.....	11
1.2.2 Problemas específicos:.....	11
1.3 Objetivos de la investigación .....	12
1.3.1 Objetivo general:.....	12
1.3.2 Objetivos específicos: .....	12
1.4 Justificación .....	13
1.5 Delimitantes de la investigación .....	14
1.5.1 Delimitante teórico: .....	14
1.5.2 Delimitante temporal: .....	14
1.5.3 Delimitante espacial: .....	14
II. MARCO TEORICO.....	15
2.1 Antecedentes:.....	15
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	15
2.1.2 Antecedente nacionales.....	17
2.2 Bases teóricas. ....	20
2.3 Marco conceptual. ....	22
2.4 Definición de términos básicos.....	37
III. HIPOTESIS Y VARIABLES .....	38
3.1 Hipótesis .....	38
3.1.1 Hipótesis general. ....	38
3.1.2 Hipótesis Específicas.....	38
3.2 Operacionalización de variables.....	39

IV. METODOLOGÍA .....	41
4.1 Diseño metodológico. ....	41
4.2 Método de investigación.....	41
4.3 Población y muestra. ....	41
4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado. ....	42
4.5 Técnica e instrumento para recolección de la información.....	42
4.6 Análisis y Procesamiento de datos.....	43
4.7 Aspectos éticos en investigación.....	43
V. RESULTADOS.....	44
5.1 Resultados descriptivos.....	44
5.2 Resultados inferenciales .....	54
5.3 Prueba de normalidad .....	58
5.4 Comprobación de hipótesis .....	62
5.4.1 Hipótesis general.....	62
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	67
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados. ....	67
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares. ....	67
6.3 Responsabilidad ética.....	69
VII. CONCLUSIONES .....	70
VIII. RECOMENDACIONES .....	71
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	72
ANEXO N° 1.....	75
MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	75
ANEXO N° 2.....	77
INSTRUMENTO PARA MEDIR CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	77
ANEXO N° 3.....	80
FICHA DE REGISTRO .....	80
ANEXO N° 4.....	81
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	81
ANEXO N° 5.....	82
BASE DE DATOS.....	82
ANEXO N° 6.....	83
LISTA DE CÓDIGOS.....	83

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla Nº 1</b> .....	44
<i>Edad del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.</i> .....	44
<b>Tabla Nº 2</b> .....	45
<i>Sexo del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.</i> .....	45
<b>Tabla Nº 3</b> .....	45
<i>Tiempo de experiencia laboral del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.</i> .....	45
<b>Tabla Nº 4</b> .....	46
<i>Capacitaciones respecto a lesiones por presión del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.</i> .....	46
<b>Tabla Nº 5</b> .....	46
<i>Cuidado de la piel por el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.</i> .....	46
<b>Tabla Nº 6</b> .....	47
<i>Cuidado en la movilización por el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.</i> .....	47
<b>Tabla Nº 7</b> .....	48
<i>Cuidado en la higiene y confort por el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.</i> .....	48
<b>Tabla Nº 8</b> .....	48
<i>Cuidado de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022</i> .....	48
<b>Tabla Nº 9</b> .....	49
<i>Incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022</i> .....	49
<b>Tabla Nº 10</b> .....	50
<i>Edad de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022</i> .....	50
<b>Tabla Nº 11</b> .....	51

<i>Sexo de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022</i> .....	51
<b>Tabla N° 12</b> .....	51
<i>Tiempo de estadía de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022</i> .....	51
<b>Tabla N° 13</b> .....	52
<i>Procedencia de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022</i> .....	52
<b>Tabla N° 14</b> .....	53
<i>Tipo de lesión por presión que presentaron los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022</i> .....	53
<b>Tabla N° 15</b> .....	54
<i>Tabla cruzada Cuidados de Enfermería*Incidencia de Lesión por Presión</i> .....	54
<b>Tabla N° 16</b> .....	55
<i>Tabla cruzada: Incidencia de Lesión por Presión*Cuidado de la Piel</i> .....	55
<b>Tabla N° 17</b> .....	56
<i>Tabla cruzada: Incidencia de Lesión por Presión*Cuidado en la Movilización</i> .	56
<b>Tabla N° 18</b> .....	57
<i>Tabla cruzada: Incidencia por lesión por presión*Cuidado en la higiene y confort</i> .....	57
<b>Tabla N° 19</b> .....	58
Pruebas de normalidad.....	58
<b>Tabla N° 20</b> .....	59
<i>Pruebas de normalidad</i> .....	59
<b>Tabla N° 21</b> .....	60
<i>Pruebas de normalidad</i> .....	60
<b>Tabla N° 22</b> .....	61
<i>Pruebas de normalidad</i> .....	61
<b>Tabla N° 23</b> .....	63
<i>Correlación entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.</i> .....	63
<b>Tabla N° 24</b> .....	64
<i>Correlación entre la incidencia de casos de lesiones por presión y cuidado de la piel en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022</i> .....	64

<b>Tabla N° 25</b> .....	65
<i>Correlación entre la incidencia de casos de lesiones por presión y cuidado en la movilización en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.</i> .....	65
<b>Tabla N° 26</b> .....	66
<i>Correlación entre la incidencia de casos de lesiones por presión y cuidado de la Higiene y confort en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.</i> .....	66

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo; establecer de qué manera el cuidado de enfermería influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. Es de tipo correlacional, diseño no experimental, transversal. La muestra de estudio fue de 31 profesionales de enfermería. Para la recolección de la información se realizó un cuestionario y ficha de registro de datos. Entre los resultados más importantes respecto a la variable cuidado en enfermería, la mayoría (61%) realizan cuidados adecuados y el 39% cuidados inadecuados. La incidencia de lesiones por presión fue de 36% del total de pacientes atendidos. Todo ello se aplicó con el consentimiento informado. Concluyendo que existe relación significativa entre los cuidados de enfermería y la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados, siendo el valor calculado de 0.000, que es menor al 0.001 ( $0.000 < 0.01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna.

**PALABRA CLAVE:** Cuidado de enfermería; incidencia; lesión por presión.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to determine the relationship between Establishing how nursing care influences the incidence of cases of pressure injury in patients hospitalized in the Intensive Care Unit of the Regional Hospital of Moquegua, 2022. It is of type Correlational, non-experimental, cross-sectional design. The study sample was 31 Nursing professionals. To collect the information, a questionnaire and the registration form were carried out. Among the most important results regarding the nursing care variable, the majority (61%) perform adequate care and 39% inadequate care. Likewise, the patients who presented an incidence of pressure injuries with 36% of the total number of patients treated. All this was applied with informed consent. Concluding that there is a significant relationship between nursing care and the incidence of pressure injury cases in hospitalized patients, so the calculated value is 0.000, which is less than 0.001 ( $0.000 < 0.01$ ), so it is rejected. the null hypothesis and the alternate hypothesis is accepted.

**KEY WORD:** Nursing care; incidence; pressure injury.

## INTRODUCCIÓN

La presencia de lesión por presión frecuentemente suele agravar el pronóstico de los pacientes hospitalizados, representado una fuente de sufrimiento añadido, elevando el riesgo de infecciones, prolongando la estancia hospitalaria e incrementando los costos.

El índice de lesión por presión es uno de los indicadores más importantes de los cuidados que brinda enfermería, si a esto sumamos el elevado costo económico, el prolongar la estancia hospitalario, elevar el riesgo de infecciones y la repercusión familiar; nos damos cuenta que el papel de enfermería es muy importante, ya que son prevenibles; está en nuestras manos poder utilizar todas las herramientas, recursos disponibles y nuestro conocimiento para intervenir adecuadamente en la prevención de lesiones por presión.

El presente informe final consta de los siguientes capítulos; En el primer capítulo, se aborda el problema, los objetivos, las hipótesis, tanto el general como los específicos, la justificación y las delimitantes. En el segundo capítulo, se exhibe el marco teórico, en la que se analiza la información que fue recopilada durante la investigación, se contempla los antecedentes de la investigación que guardan proximidad con el estudio que se abordó, las bases teóricas, las bases conceptuales de las variables implicadas y la definición de términos básicos. En el tercer capítulo, se consideró la Operacionalización de variables. En el cuarto capítulo, el marco metodológico de la investigación, el cual se compone del tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, los instrumentos de recolección de datos y el análisis de los datos. En el quinto capítulo, se presentan los resultados descriptivos de la investigación con su respectiva interpretación y, en el sexto capítulo, se muestra la discusión de los resultados. Por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones, asimismo los anexos respectivos.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las lesiones por presión son las consecuencias de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%. Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base (1).

Según el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPIAP), ente rector en Estados Unidos sobre UPP y su prevención, estima que la mayor cantidad de pacientes presentan lesiones por presión al año y a nivel hospitalario la incidencia es mucho mayor por año, llegando a ocasionar 60 mil muertes al año. Es así que las UPP generan un impacto negativo a nivel económico, recursos de salud, lucro cesante, calidad de vida e impacto psicológico en el paciente y la familia refleja la falta de conocimiento de esta patología (2).

En el Perú, se constituyó en el año 2016 el Comité de Úlceras por Presión creado y liderado por un grupo de enfermeras, el objeto de este comité es disminuir la incidencia de las úlceras por presión como indicador de calidad de los cuidados de enfermería en los pacientes adultos hospitalizados (emergencia, SOP, medicina Ay B, cirugía A y B, medicina, tropicales, traumatología, unidades críticas) del Hospital Cayetano Heredia. Sin embargo, este aún no cuenta con datos epidemiológicos específicos sobre la úlcera por presión, por lo que queda pendiente hacer un estudio indicando la prevalencia del problema (3). Además, con el aumento de contagios por coronavirus,

la unidad de cuidados intensivos a nivel nacional está colmada. Según EsSalud, de cada 10 pacientes que ingresaron a UCI por COVID-19 en el Hospital Almenara, cinco presentaron escaras; tres en estado grave, es decir úlceras por presión de grado IV.

En el servicio de la UCI del Hospital Regional de Moquegua, muchas veces al interrogar a la enfermera (o), hacen referencia al complejo y delicado momento de superar la necesidad de las diversas actividades que realiza para satisfacer las necesidades de los pacientes críticos, ya que muchos de ellos se encuentra en condiciones específicas, tanto físicas como psíquicas, así como en los procedimientos terapéuticos a los que se ve sometido: sedación, ventilación mecánica, estado nutricional, fármacos vaso activos, tiempo prolongado de hospitalización entre otros. En los últimos meses de la “segunda ola” del inicio de la pandemia de la Covid 19 debido al alto flujo de pacientes internados, se ha incrementado de forma alarmante los casos de UPP en los pacientes internados que en su mayoría son de III y IV grado según en el Kardex de Enfermería, presentando resultados poco alentadores en la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería.

En el Servicio de la UCI no se evidencia protocolos actualizados de afianzamiento de la prevención y/o cuidado de LPP el cual sirva de guía al personal que labora en el servicio. Siendo el cuidado imprescindible dentro de nuestra profesión, debemos conocer los cuidados y la prevención de las lesiones por presión (LPP), ya que para los pacientes con movilidad reducida son un riesgo potencial.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general:**

¿Cómo es el cuidado de enfermería y de qué manera influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022?

### **1.2.2 Problemas específicos:**

- ¿Cómo es el cuidado de la piel por parte de los enfermeros y de qué manera influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022?
- ¿Cómo es el cuidado en la movilización de los pacientes por parte de los enfermeros y de qué manera influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022?
- ¿Cómo es el cuidado en la higiene y confort por parte de los enfermeros y de qué manera influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general:**

Establecer de qué manera el cuidado de enfermería influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

#### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Determinar de qué manera el cuidado de la piel por parte de los enfermeros influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.
- Determinar de qué manera los cuidados en la movilización de los pacientes por parte de los enfermeros influyen en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.
- Determinar de qué manera los cuidados en la higiene y confort de los pacientes por parte de los enfermeros influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

## 1.4 Justificación

La presente investigación tuvo justificaciones:

- **Práctica.** Porque aborda un problema que se acentúa de manera constante en los pacientes con hospitalización prolongada, con limitada movilización. En la UCI, por el estado de salud de los pacientes, se ven afectados, y su familia se ve comprometido en esta problemática social por la secuencia de situaciones a las cuales el paciente debe ser sometido, algunos de ellos son la curación de las heridas de los pacientes, la administración de antibióticos, prolongación de permanencia en el hospital, factores que en conjunto generan una influencia negativa para el paciente. Las repercusiones económicas se dan tanto para los pacientes como para las instituciones de asistencia médica. Por esta razón el presente trabajo contribuirá la mejora de pacientes con estas características.
- **Teórica.** La investigación realizada contribuirá a ampliar el conocimiento para el cuidado de enfermería en la detección y prevención de lesión por presión a través de la valoración de las úlceras por presión para brindar un cuidado de enfermería oportuno al paciente que disminuya su morbimortalidad en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Moquegua.
- **Metodológica.** Aportará como modelo a través de sus instrumentos empleados para la recolección de datos; así como el abordaje integral según las directivas vigentes de la universidad.

## **1.5 Delimitantes de la investigación**

### **1.5.1 Delimitante teórico:**

La presente investigación cumplió con lo exigido por la Universidad del Callao según las directivas actuales de investigación; este estudio fue enmarcado en la prevención de lesión por presión y la incidencia acumulada de los casos presentados la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital en estudio.

### **1.5.2 Delimitante temporal:**

El tiempo en la cual se desarrolló la investigación, fue entre los meses de junio y setiembre del año 2022, según el cronograma establecido que permitió el presenta problema.

### **1.5.3 Delimitante espacial:**

El presente estudio se desarrolló en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes:

#### 2.1.1 Antecedentes internacionales

**Talens Belén F. y Martínez Duce N. (España, 2018).** En el estudio: “Úlceras por: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes”. El objetivo fue establecer la prevalencia total y nosocomial del hospital, y construir un mapa del estado de las úlceras por presión en el centro con indicadores epidemiológicos descriptivos. Fue un estudio observacional descriptivo; la muestra estuvo constituido por 11.959 pacientes. En los resultados identificaron distintos indicadores descriptivos; el indicador sintético de prevención fue superior al 98% en todos los años del estudio; la prevalencia total entorno fue del 5%, en relación a la nosocomial que no alcanza el 3% (4).

**Garza Hernández R, Et al. (México, 2017).** Realizaron el estudio; “Conocimiento, actitud y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión”. Tuvieron como objetivo identificar el nivel de conocimiento, actitud y barreras hacia las medidas de prevención de las úlceras por presión en el personal de enfermería que labora en servicios de hospitalización adultos. El estudio fue descriptivo y transversal; la muestra fue de 119 (enfermeras y auxiliares) que laboran con pacientes adultos en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Aplicaron tres cuestionarios auto cumplimentados: Valoración de conocimientos hacia la prevención de úlceras por presión (PUKAT); Actitud hacia la prevención de las úlceras por presión (APuP) y un apartado de Barreras de prevención e intervención. En sus resultados identificaron que un 53,78% tienen conocimiento bajo hacia las medidas de prevención. La actitud mostrada fue positiva con una media de 40,1 DE 3,5. Las barreras identificadas en prevención fueron "falta de personal" con el 81,51%,

"pacientes que no cooperan" con el 67,22% y "falta de tiempo" con 64,70% (5).

**Chércoles López I. (España, 2019).** En su estudio; "Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos". Tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención formativa, sobre úlceras por presión, en enfermeras de cuidados intensivos del Hospital del Mar, y analizar la concordancia entre la información que consta en el registro de úlceras y la información aportada por la enfermera referente del paciente. El estudio fue cuantitativo, analítico y transversal. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario auto administrado pre- y pos intervención formativa sobre conocimientos y un cuestionario. La muestra estuvo constituida por 30 enfermeras. En los resultados del nivel de conocimientos de preformación obtuvo que la mayoría poseen nota media global de 0,547 sobre 1 y en la pos formación, esta media global fue de 0,728 (DE = 0,140). En el segundo objetivo, en los registros de las UPP observó que en los días preformación hubo un 27% de pacientes con úlceras, de las cuales el 25% no fueron registradas, y después de la formación el porcentaje de pacientes con úlceras fue de un 9% y el 100% registradas (6).

**López-Franco M. y Pancorbo-Hidalgo P. (España, 2019).** Realizaron el estudio; "Instrumentos de medición de los conocimientos sobre prevención de úlceras por presión: revisión de la literatura". Tuvieron como objetivo identificar los instrumentos de medición de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre las UPP. Como metodología fue la revisión narrativa de la literatura sobre los conocimientos en prevención de UPP, seleccionaron 90 artículos, a partir de los cuales se identificaron 7 instrumentos que han sido utilizados en al menos dos estudios publicados y 31 investigaciones, los cuales han desarrollado instrumentos ad hoc. Los resultados fueron; los dos instrumentos más utilizados son el

cuestionario Pieper Pressure Ulcer Knowledge y el cuestionario Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (7).

**Naulaguari Medina P, Et al. (Ecuador, 2019).** Realizaron el estudio; “Úlceras por presión (UPP): una realidad práctica dentro de la Atención de Enfermería”. Estudiaron un caso clínico de una paciente con úlcera por presión posterior a Evento Cerebro Vascular hemorrágico. Aplicaron la valoración basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson, complementada con la aplicación de las escalas de Braden y Oxford, obtuvieron como resultado; la alteración de 7 necesidades fundamentales (8).

### **2.1.2 Antecedente nacionales**

**Flores Lara Y, Et al. (Lima, 2019).** Realizaron el estudio de “Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos”. Tuvieron como objetivo; determinar la frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima. El material y método que utilizaron fueron los datos del número de UPP por semanas epidemiológicas de las salas de hospitalización del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati durante el año 2016. Obtuvieron como resultado; que los servicios con mayor frecuencia de UPP fueron UCI con 41,67% y cirugía general con 16,67% y así mismo determinaron la existencia de una relación estadística entre la frecuencia de UPP y UCI, cirugía general, medicina interna y obstetricia (9).

**Cano Cusirramos K y Phuño Mamani P. (Arequipa, 2018).** Realizaron el estudio; “Presencia de úlceras por presión y factores intrínsecos y extrínsecos en pacientes de la UCI. Hospital Goyeneche Arequipa – 2018”. Tuvieron como objetivo; determinar la relación que existe entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la presencia de úlceras por presión en los pacientes de la UCI. Utilizaron el método

de la observación, como técnica el cuestionario y como instrumentos. La población en estudio estuvo conformada por 20 pacientes. Los resultados fueron; de los factores intrínsecos encontraron que el 80% presenta un nivel disminuido de albumina, sobrepeso y bajo de peso con 40% cada uno, el 80% tiene presión arterial normal, el 90% presenta niveles de hemoglobina, entre otros. En los factores extrínsecos encontraron que el 80% requirieron de oxígeno, el 70% tuvieron una estadía de entre 7 a 14 días. En relación a presencia y características de úlceras por presión, obtuvieron que el 90% presentaron úlceras por presión (10).

**Huamán Candía E. (Lima, 2018).** En su tesis “Atención de enfermería en la prevención de lesiones por presión en pacientes de uci de un Hospital, Lima – 2018”. El objetivo fue determinar el nivel atención de enfermería en la prevención de lesiones por presión en pacientes de UCI. El material y métodos fueron de tipo descriptivo de enfoque cuantitativo y corte transversal. La población estuvo conformada por 150 profesionales de Enfermería que laboran en el servicio de UCI. El instrumento utilizado fue el cuestionario de atención de enfermería en UPP, que fueron validados y confiables. Tuvo como resultado; que de 150 enfermeras (100%), el 58% (87) presentaron una atención de enfermería media, seguido de un 24.70% (37) baja y un 17.30% (26) alta (11).

**Rojas Ponce E. (Lima, 2017).** En su trabajo académico; “Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. El trabajo académico consistió en la descripción de los cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. El trabajo permitió orientar a la enfermera su aplicación desde la valoración, identificación de diagnósticos, planificación, intervención y evaluación de resultados (12).

**Mamani Maldonado N. (Lima, 2017).** En su tesis; “Cuidados que brinda el profesional de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en un hospital nacional”. Tuvo como objetivo; determinar los cuidados que brinda el profesional de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. El material y método fueron; de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 36 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala de Likert modificada, aplicado previo consentimiento informado. Los resultados fueron; que del 100 % el 66% refieren casi siempre, el 17% siempre y el 17% nunca en relación al cuidado que brindan el profesional de enfermería en la prevención de UPP (13).

**Carazas Flores B. (Tacna, 2016).** En su tesis; “Relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del hospital DAC III ESSALUD Tacna 2014”. Tuvo como objetivo; determinar la relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados. Con una población de 42 pacientes. Se aplicó 2 instrumentos. Su estudio de investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y correlaciona; tuvo los siguientes resultados: que la mayoría de las intervenciones de enfermería fue óptima y una minoría deficiente. Existe relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP, aplicando la prueba chi cuadrado (14).

## **2.2 Bases teóricas.**

### **2.2.1. Teoría de sistemas**

Bety Neuman, en 1972 publicó su modelo de sistemas, el cual lo presenta en tres áreas: psicológicas, filosóficas y biológicas, evidenciando la naturaleza del organismo como sistema abierto que interactúan con el entorno, este modelo está basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistema abierto. Su objetivo es proporcionar una visión general de los ámbitos sociocultural, psicológico y del desarrollo humano, manteniendo estos últimos en equilibrio. Con el fin de proveer el bienestar óptimo del paciente y así prevenir el estrés (15).

Meta paradigmas:

Entorno, Neuman considera tanto al entorno como a la persona como fenómeno básico en su modelo de sistemas. Espacio en el que ambos mantienen una relación recíproca. El entorno entendido como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Es por esto que los elementos estresantes son de real importancia para el concepto de entorno y son descritos como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y puedan alterarla.

El entorno interno corresponde al aspecto intrapersonal e incluye todas las interacciones que suceden al interior del cliente. El entorno externo es interpersonal o extra personal e incluye todas las interacciones que suceden en el exterior del cliente. El entorno creado es aquel que se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza con el fin de mejorar la capacidad de control protectora, dicho entorno se caracteriza por ser dinámico e intrapersonal, en él se movilizan todas las variables del sistema con el objetivo de crear un efecto aislante que proporciona al paciente un

estado de control frente a la amenaza que proviene de los elementos estresantes del entorno, modificando la identidad o la situación (15).

La teoría de Neuman y la relación con la prevención de LPP, guardan relación, ya que el objetivo de ambos es buscar el bienestar del individuo, de las familias y la sociedad. A través de la escala de Norton, desde el inicio hasta el final, se enfoca en las variables que afecta la respuesta del paciente a estos estresores. Los fundamentos de esta teoría son: el estrés y la reacción de la persona, lo analiza en el tiempo y ocurrencias del pasado, presente e intensidad de las condiciones en que la persona está expuesta a estresores. La similitud con la prevención de lesión por presión se relaciona con los factores de riesgo que incrementan la posibilidad en aparición de la enfermedad. La prevención como intervenciones en los niveles primaria, secundaria y terciaria permite mantener el equilibrio del sistema. El nivel primario es educación al paciente y familia para evitar la ocurrencia LPP; la secundaria se relaciona con la prevención de LPP con intención de recuperar la estabilidad ideal del sistema; la terciaria es cuando el sistema del paciente recupera su estabilidad como consecuencia de las prácticas mediante la salud y las metas que se enfocan a reforzar los recursos para la rehabilitación y el bienestar existente. 16

## **2.3 Marco conceptual.**

### **Definición:**

La lesión por presión también denominada úlceras por decúbito son lesiones de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial (17).

Las LPP son regiones circunscritas de tejido blando infartado que se forman cuando la presión que se aplica a la piel con el paso del tiempo es mayor que la presión de oclusión capilar normal (alrededor de 32 mmhg). Los enfermos graves tienen menor presión de oclusión capilar y corren mayor riesgo de sufrir este tipo de ulceraciones (17).

### **Epidemiología**

La incidencia y prevalencia de lesión por presión varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan lesiones por presión; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. La incidencia en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 9,5% en el primer mes de estancia, y hasta el 20,4% a los dos años. Los pacientes con lesión por presión tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. Por tanto, el mejor cuidado es su prevención, estimándose que al menos el 95% de las mismas son evitables. (17)

## **Incidencia**

Es una relación matemática particular utilizada en estudios epidemiológicos que miden la frecuencia estadística de una enfermedad, es decir, cuántos nuevos casos de una enfermedad aparecen en un cierto período de tiempo (este último, por ejemplo, se puede comparar con un mes o un año). Su objetivo final es estimar la probabilidad de que una persona se enferme con la enfermedad bajo consideración.

La incidencia no debe confundirse con la prevalencia.

Comúnmente denominamos solo como incidencia a la tasa de incidencia, dado que el concepto tasa va implícito. La principal propiedad de esta medida es determinar los casos nuevos que se presentan en una población en un tiempo determinado, de ahí que para su cálculo se requiere un periodo de seguimiento. En forma general se conocen dos tipos de incidencia; pero para la presente investigación se utilizó:

### **Incidencia acumulada**

Esta medida cumple con el requisito de una tasa, es decir, tiene 3 componentes: numerador = A, denominador = A + B y t = tiempo. Generalmente para obtener esta medida se necesita tener un grupo de individuos que no tengan la enfermedad que se estudia, algunos de los cuales después de un tiempo determinado (por ejemplo, meses o años) pasan del estado de salud al de enfermedad. En esta medida, el numerador lo constituyen los individuos que enfermaron (A) y el denominador, los que no lo hicieron (A + B).

Por último, en este tipo de incidencia el tiempo (t) es fijo para todos los individuos, es decir, independientemente del momento en que enfermaron, todos tuvieron el mismo tiempo de seguimiento; por ello, el tiempo se elimina de la ecuación y solo queda  $A/AB$ .

La forma de analizar una tasa de incidencia acumulada (IA) es como una proporción, la cual puede multiplicarse por 100. Para ejemplificar: si se ha realizado el seguimiento a 100 individuos sanos durante un mes y se enfermaron 20, entonces se tendría que la IA en un mes fue de 20 % ( $IA = 20/100$ ;  $IA = 0.2 \times 100$ ;  $IA = 20 \%$ ).

El tiempo de no exposición en los individuos que enferman es variable en esta tasa de incidencia y depende del momento en que enferman durante el periodo de estudio, situación que debería descontarse del tiempo total de seguimiento, sin embargo, no se toma en cuenta para el cálculo final (19).

### **Fisiopatología**

Las lesiones por presión se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20mmHg, y la presión tisular media entre los 16-33mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis. En la formación de la lesión por presión parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. (17)

### **Deterioro de la integridad cutánea**

Los pacientes confinados a la cama por unos periodos prolongados, quienes sufren disfunción motora o sensorial, y aquellos que experimentan atrofia muscular y reducción del espesor entre la piel de la superficie y el hueso subyacente, tienden a padecer úlceras de cubito. Las lesiones por presión son regiones circunscritas de tejido blando infartado que se forman cuando la presión que se aplica a la

piel con el paso del tiempo es mayor que la presión de oclusión capilar normal (alrededor de 32 mmhg). Los enfermos graves tienen menor presión de oclusión capilar y corren mayor riesgo de sufrir este tiempo de ulceraciones. El signo inicial de presión es la aparición de eritema (enrojecimiento de la piel) a causa de hiperemia reactiva, la cual suele resolverse en menos de 1 hora. Cuando la presión no se alivia, se originan isquemia hística o anoxia. Los tejidos cutáneos se rompen o destruyen, lo que produce destrucción progresiva y necrosis de los tejidos blandos subyacentes. La lesión por presión resultante es dolorosa y tarda mucho tiempo en sanar (17).

### **Valoración de factores contribuyentes**

Los factores que contribuyen al surgimiento de lesión por presión incluyen inmovilidad, disminución de la percepción sensorial o entendimiento, menor perfusión hística, estado nutricional deficiente, fricción y fuerzas de cizallamiento, aumento de la humedad y cambios cutáneos relacionados con la edad.

### **Inmovilidad**

Cuando una persona permanece inmóvil o inactiva, los objetos sobre los cuales reposa, como colchones, asiento de la silla o yeso, ejercen presión sobre la piel y tejidos subcutáneos. La formación de lesión por presión guarda relación directa con la duración de la inmovilidad. Si la presión continua el tiempo suficiente, se suscita trombosis de vasos sanguíneos y necrosis hística, que dan por resultado una úlcera de cubito. Las prominencias óseas que soportan peso son las más susceptibles a desarrollar lesión por presión. Estas prominencias están recubiertas de piel y pequeñas cantidades de tejido subcutáneo. Las áreas susceptibles incluyen sacro y áreas coccígeas, tuberosidades isquiáticas (especialmente en personas que permanecen sentados durante periodos prolongados), el trocánter mayor, tobillos, rodillas, maléolo, cóndilo medial de la tibia, cabeza del peroné, escapula y codo.

### **Deterioro de la percepción sensorial o entendimiento**

Si el paciente sufre pérdida sensorial, posee un nivel de conciencia alterado o tiene parálisis, no se puede dar cuenta del malestar relacionado con la presión prolongada sobre la piel. Por tanto, la persona no cambia de posición para aliviar la presión. Esta presión prolongada impide el flujo sanguíneo, lo que reduce la irrigación cutánea. Una lesión por presión puede surgir en un periodo muy corto.

### **Reducción de perfusión hística**

Cualquier afección que reduzca la circulación e irrigación de la piel y tejido subcutáneo (perfusión hística periférica alterada) aumenta el riesgo de desarrollar lesión por presión. Las personas con diabetes mellitus experimentan alteraciones en la microcirculación. De manera similar, los pacientes con edema padecen de circulación alterada e irrigación deficiente a los tejidos cutáneos. Los pacientes obesos tienen grandes cantidades de tejido adiposo con vascularización deficiente, el cual es susceptible de perder su integridad.

### **Reducción del estado nutricional**

Las deficiencias nutricionales, anemias y trastornos metabólicos que reducen la salud de los tejidos también contribuyen al desarrollo de lesión por presión. La anemia, independientemente de su causa, reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno y predispone a la formación de lesión por presión. Los pacientes que tienen niveles bajos de proteína o quienes experimentan balance nitrogenado negativo sufren desgaste hístico e inhibición en la reparación de tejidos. La albumina sérica es un indicador sensible de deficiencia de proteína. Los valores de albumina menores de 3 g/ml se relacionan con edema hístico hipoalbumiémico, y mayor riesgo de lesión por presión. Se necesitan nutrientes específicos, como vitamina C y oligoelementos, para mantener los tejidos y repararlos.

## **Fricción y fuerza de cizallamiento**

Las fuerzas mecánicas contribuyen al surgimiento de lesión por presión. La fricción es la resistencia al movimiento que se presenta cuando dos superficies se mueven contra la otra. La lesión de cizallamiento se crea por la acción recíproca de las fuerzas gravitacionales (las fuerzas que empujan el cuerpo hacia abajo) y la fricción. Con el cizallamiento, las capas histicas se mueven una sobre otra, los vasos sanguíneos se estiran y tuercen, y la microcirculación de la piel y tejidos subcutáneos se interrumpe. El daño a los tejidos profundos puede tardar en manifestarse y surgir mediante el desarrollo de un conducto de drenaje. El sacro y los talones son las partes más susceptibles a los efectos de las fuerzas de cizallamiento. Las lesiones por presión debidas a fricción y fuerzas de cizallamiento aparecen cuando el paciente se desliza para bajar de la cama o cuando se mueve o coloca en forma inadecuada. Los músculos espásticos y la parálisis aumentan la vulnerabilidad de la persona a las lesiones por presión relacionadas con fricción y cizallamiento.

## **Aumento de la humedad**

El contacto prologado con la humedad debida a transpiración, orina, heces o líquidos de drenaje produce maceración de la piel. Esta reacción a las sustancias de las excreciones o drenado y se irrita. Con la humedad, la piel irritada es más vulnerable a rotura por presión. Una vez que la piel se rompe, microorganismos (p. ej., estreptococos y estafilococos, pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli) invaden el área y surgen infecciones. Hay secreción purulenta fétida. La lesión se agranda y produce perdida continua de suero, lo que agota aún más las proteicas corporales esenciales que se requieren para la reparación y mantenimiento de los tejidos. La lesión puede hacerse cada vez más grande y extenderse a estructuras más profundas, como aponeurosis, músculo y hueso, con múltiples trayectos fistulosos que irradian de la lesión por presión. Con las lesiones por

presión extensas es posible que aparezcan infecciones sistémicas, a menudo por microorganismos gramnegativos.

### **Otros factores de riesgo**

En la valoración del paciente con riesgo de sufrir lesión por presión se valora la movilidad, percepción sensorial y capacidades cognitivas del paciente; el riesgo hístico, estado nutricional, fricción y fuerzas de cizallamiento; las fuentes de humedad cutánea y edad. La enfermera debe emprender las siguientes acciones:

- Valorar el estado total de la piel al menos dos veces al día.
- Inspeccionar cada sitio de presión para detectar eritema.
- Valorar las áreas de eritema para detectar decoloración.
- Palpar la piel para detectar aumento de la temperatura.
- Inspeccionar si hay piel seca, húmeda o agitada.
- Observar el drenado y su olor.
- Valorar el nivel de movilidad.
- Revisar los dispositivos de restricción (sujetadores y férulas)
- Valorar el estado circulatorio (pulsos periféricos y edema)
- Valorar el estado neuro vascular.
- Establecer la presencia de incontinencia.
- Valorar el estado nutricional y de hidratación.
- Revisar los resultados de laboratorio del paciente en cuanto a hematocrito, hemoglobina, electrolitos, albumina, transferrina y creatinina.
- Estudiar los problemas de salud actuales.
- Revisar los medicamentos actuales.

Para facilitar la valoración y determinación sistemática del riesgo de lesión por presión que ocurre el paciente, se utilizan escalas como la de Braden o Norton. La enfermera debe percatarse de que no se ha determinado aún en forma satisfactoria el grado de certeza de dichas escalas, ya que tienden a predecir con exceso quienes se encuentran

con riesgo y por consiguiente fomentan el uso injustificado de equipo preventivo costoso.

Al detectar una región con lesión, la enfermera advierte su magnitud y sitio y recurre a un sistema de clasificación para describir su intensidad. En términos generales, la lesión por presión en etapa I consiste en un área de eritema sin decoloración, tejido inflamado y congestión que ocasiona que ocasiona malestar en el paciente. Aumenta la temperatura cutánea a causa del incremento de la vasodilatación. El enrojecimiento evoluciona a un aspecto negruzco, de tono azul grisáceo cianótico, a causa de la oclusión capilar de la piel y debilidad cutánea (17).

### **Cuadro Clínico**

#### **Categoría 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 lesión por presión.

## **Categoría 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 excoiación. El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.

## **Categoría 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 lesiones 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 lesión por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

## **Categoría 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 lesión 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 lesiones por presión 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.

### **No estadiable: Profundidad desconocida**

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la lesión está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.

### **Sospecha de lesión de tejidos profundos - profundidad desconocida**

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío

en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo (2).

## **Manejo de UPP según nivel de complejidad y capacidad**

### **Prevención**

- Valoración integral del estado de salud de las personas con riesgo de desarrollar lesión por presión.
- Valoración de riesgo de desarrollo de lesión por presión identificando a todos los pacientes potenciales de riesgo mediante herramientas que se muestran fiables como puede ser la escala de Norton.
- Valoración y aplicación del reloj de movilización según el grado de dependencia:
- En el momento de admisión se evaluará la necesidad de utilizar la herramienta (reloj).
- Al momento de llegar a instalar al paciente en su unidad se colocará el reloj en la pateadera de la cama hospitalaria.

### **Cuidados de la piel:**

- Inspeccionar la piel diariamente de manera sistemática observando áreas en riesgo, para detectar precozmente la presencia de excoriaciones, eritema o maceraciones.
- No realizar masajes en la piel que cubre prominencias óseas.
- Mantener libre de humedad secundaria a los líquidos de los drenajes y los exudados de las heridas, así como de la orina y heces.
- Proteja la piel con productos de barrera (películas de poliuretano y óxido de zinc).

- Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas.
- Mantener la piel limpia y seca evitando la fricción, se recomienda usar agua tibia y jabón neutro.
- Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel seca.
- En los pacientes con alto riesgo de padecer lesión por presión o en estadio I aplicar suavemente ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo sin dar masajes.

#### **Manejo de la presión:**

- Realizar cambios posturales cada 2 horas siguiendo una rotación determinada. Los pacientes de mayor peso necesitan cambios posturales más frecuentes.
- Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre trocantes, tobillos y talones.
- En pacientes con movilidad comprometida, hacer ejercicios de movilización pasiva de las articulaciones.
- Crear un plan que estimule la actividad y movimiento del paciente.
- Mantener la cama lo más horizontal posible siempre que no esté contraindicado.
- En decúbito lateral no exceder el ángulo de 30° de inclinación para evitar apoyar el peso sobre los trocantes.

#### **Nutrición:**

- Valorar el estado nutricional y adaptar la dieta a las necesidades individuales, desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, solo se aconseja aportar suplementos de minerales y vitaminas si hay déficit.
- Solicitar interconsulta al especialista en nutrición y dietética.
- Elaborar un plan de cuidados escrito y personalizado de intervenciones preventivas en todos los grupos de riesgo, que debe incluir la utilización de superficies especiales o medios

para eliminar o reducir la presión, así como estimular la actividad y el movimiento del paciente.

- Registro de todas las lesiones que se vayan produciendo, para poder estudiar las condiciones que han contribuido a su aparición.

### **Tratamiento**

Una vez realizada la evaluación inicial de la úlcera respecto a su tamaño, apariencia y localización. Nos marcamos los siguientes objetivos del tratamiento:

- Reducir el riesgo de infección
- Estimular la cicatrización de la herida
- Tratar el dolor de forma adecuada
- Para realizar la cura de una lesión por presión son recomendables las siguientes pautas:
- Realizar la valoración de la lesión de manera periódica al menos una vez por semana, o siempre que existen cambios que así lo sugieran.
- Evitar colocar al paciente directamente sobre prominencias óseas y/o úlceras.
- Si el paciente tiene lesiones en la zona sacra, evitar que este sentado, sentarlo solamente por periodos limitados (durante las comidas)
- Reevaluar las lesiones una vez por semana o antes si hay deterioro para modificar el plan de tratamiento.
- Para determinar la evolución de la lesión se recomienda utilizar la escala validada de PUSH.
- Reevaluar a todos los pacientes con lesiones existentes para determinar el riesgo de desarrollar úlceras por presiones adicionales.
- Se recomienda suero fisiológico salino en cada cambio de apósito. Se desaconsejan los antisépticos locales (povidona

yodad, agua oxigenada, ácido acético etc.) ya que son productos citotóxicos.

- Proteger las lesiones por presión de fuentes exógenas de contaminación (por ejemplo, heces).
- Si hay signos de infección local hay que intensificar la limpieza, desbridamiento y hacer un cultivo.
- Se aconseja utilizar antibióticos tópicos para reducir el nivel de bacterias por el riesgo de producir resistencias y sensibilizaciones.
- Los pacientes que presentan celulitis, osteomielitis o bacteriemia deben recibir antibioterapia sistémica (3).

### **Complicaciones**

- **Septicemia.** La sepsis ocurre cuando la bacteria entra al torrente sanguíneo a través de la piel lesionada y se extiende por todo el cuerpo, una rápida progresión, afección potencialmente mortal que puede causar insuficiente orgánica.
- **Celulitis.** Esta infección aguda del tejido conectivo de la piel causa dolor, enrojecimiento e hinchazón, todos los cuales pueden ser graves. La celulitis también puede llevar a complicaciones potencialmente mortales, incluyendo sepsis y meningitis- infección de la membrana y el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal.
- **Infecciones óseas y articulaciones.** Estos se desarrollan cuando la infección de una úlcera por presión profundas madrigueras en las articulaciones y los huesos. Las infecciones comunes (artritis séptica o infecciosas) puede dañar el cartílago y el tejido, y las infecciones óseas (osteomielitis) puede reducir la función de las articulaciones y extremidades.
- **Cáncer.** Otra complicación es el desarrollo en heridas crónicas (Marjolin úlcera). Este tipo de cáncer es agresivo y suele requerir tratamiento quirúrgico.

## **Cuidado de enfermería**

Henderson definió la enfermería en términos funcionales: “La función única de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios. Y hacerlo de forma que le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible”. Tomey, A. M., y Alligood, M. R. (1998).

Florence Nightingale definió la Enfermería como “el acto de utilizar el entorno del paciente para asistirlo en su recuperación”. Afirmó que la enfermería “debe significar el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección y administración adecuadas de la dieta, todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente”.

Dorothea Orem define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”. Desde la perspectiva del auto cuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Jean Watson, define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente (5).

## 2.4 Definición de términos básicos.

**Cuidados de enfermería:** Acto de utilizar el entorno del paciente para asistirlo en su recuperación (15).

**Lesión por presión:** Es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, por lo general, sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (17).

**Prevención:** Siempre hay que insistir en la importancia de adoptar medidas preventivas para evitar la presión prolongada (17).

**Movilización:** Todas las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería acerca de los cambios posturales, ejercicios pasivos o activos y aleación corporal (16).

**Riesgo:** Es una magnitud de los daños frente a una situación que presenta un daño o lesión (16).

### **III. HIPOTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 Hipótesis**

##### **3.1.1 Hipótesis general.**

El cuidado inadecuado de enfermería influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.

##### **3.1.2 Hipótesis Específicas.**

- El cuidado inadecuado de enfermería de la piel del paciente influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.
- El cuidado inadecuado de enfermería en la inmovilización de los pacientes influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.
- El cuidado inadecuado de enfermería en la higiene y confort de los pacientes influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

### 3.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
V. 1 Cuidados de enfermería	Acto de utilizar el entorno del paciente para asistirlo en su recuperación. Proporcionarle un entorno seguro y minimizar los riesgos que pueden interferir en el proceso de recuperación (13).	Son las respuestas manifestadas por los profesionales de enfermería respecto los cuidados de la piel, movilización e higiene y confort; con el fin de proteger y conservar la integridad de la piel para la prevención de las lesión por presión de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del	D.1. Cuidado de la piel  D.2 Movilización	-Identificación de pacientes de riesgo -Observación y valoración de zonas de presión -Protección en zonas sensibles a lesión -Control de peso - Protección de la piel libre de humedad -Registro de las actividades -Cambios posturales programados -Cambios posturales a demanda -Ejercicios pasivos y/o activos -Valoración durante el baño	Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básica Diseño: No experimental Transversal Nivel: Correlacional

		Hospital Regional de Moquegua.	D.3 Higiene y confort	-Baño según necesidad. -Tendido de ropa de cama -Aplicación de cremas o lociones hidratantes a piel - Uso de cojines y/o cuñas de espuma -Protección de la humedad	
V.2 Incidencia de caso de lesión por presión	Mide la frecuencia estadística de la UPP; es decir, casos nuevos que aparecen en el periodo de estudio en un cierto período de tiempo (19).	Es la cantidad de pacientes que presentaron lesión por presión durante su periodo de hospitalización en la UCI del Hospital Regional de Moquegua.	D.1 Casos de lesión por presión	-Casos de lesión por presión -Edad -Sexo -Procedencia -Tipo de lesión por presión	Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básica Diseño: No experimental Transversal Nivel: Correlacional

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico.**

El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que permite medir, cuantificar y realizar un análisis estadístico de las variables en estudio, proporcionando una visión general y completa de los cuidados que brinda el profesional de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

De nivel aplicativo, ya que se origina de la realidad, y método Descriptivo de corte Transversal puesto que nos permite mostrar la información tal y como se obtuvo de la realidad en un tiempo y espacio determinado. Correlacional, porque concede al investigador analizar la asociación de las variables, para comprender el grado de influencia o ausencia y así evaluar el nivel de asociación entre las variables que se analizan.

### **4.2 Método de investigación.**

El método que se utilizó fue el deductivo y documentado.

### **4.3 Población y muestra.**

La población estuvo conformada por todos los profesionales de Enfermería del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, que son 31 enfermeros. Además del listado de pacientes hospitalizados durante el periodo de junio a setiembre del 2022. Las mismas que se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

#### **Inclusión:**

- Profesionales de enfermería independientemente del sexo.
- Que laboran en la unidad de cuidado intensivo.

- Con más de 6 meses en el trabajo.
- Independientemente de la condición laboral
- Pacientes con más de 14 días de estadía hospitalarias.

**Exclusión:**

- Que estén de licencia y de vacaciones.
- No desean participar en el estudio.
- Pacientes con menos de 14 días de estadía hospitalarias.

**4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado.**

La investigación se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua durante los meses de junio a septiembre del año 2022, previa autorización de la institución para su realización.

**4.5 Técnica e instrumento para recolección de la información.**

**4.5.1** Técnicas. Para la variable 1: Cuidados de enfermería, la técnica empleada fue el cuestionario; mientras que para la variable 2: incidencia de casos de lesiones por presión fue el análisis documental.

**4.5.2** Instrumentos:

- Para la variable 1: Cuidados de enfermería, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario con la Escala de Likert, realizado por Nancy Mamani Maldonado (2017), modificado por la autora, el mismo que consta de 15 ítems referente a los cuidados de enfermería, califica como; nunca (1), casi siempre (2) y siempre (3) (Anexo 2).
- Para la variable 2 se utilizó una Ficha de Registro de Datos (Anexo 3), el cual consigna los siguientes datos; edad, sexo, días de hospitalización, tipo de LPP y procedencia de los pacientes hospitalizados en la UCI.

#### **4.6 Análisis y Procesamiento de datos.**

Para el análisis de datos inicialmente se utilizó la hoja de cálculo de Excel, en las cuales se crearon la lista de códigos posteriormente fueron exportados al programa estadístico SPSS 25. Las tablas de los datos generales y específicos se plasmaron en los resultados descriptivos. Para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística inferencial.

#### **4.7 Aspectos éticos en investigación.**

Se consideró los principios bioéticos principalmente el de autonomía, no maleficencia y beneficencia, asimismo, se resguardó la confidencialidad de los datos y su voluntad de participar en el estudio. Se consideró:

- Beneficencia: Por medio del cual, se garantizó a la persona, que cualquier beneficio que se obtenga de su participación en el estudio, sea dirigido para ellos.
- No maleficencia: Por el cual, se informó al profesional de enfermería que la información obtenida fue para fines de investigación, y no se utilizó ni utilizará para dañar la imagen de la persona.

## V. RESULTADOS

### 5.1 Resultados descriptivos

Este acápite se muestra los resultados obtenidos desde el punto de vista del análisis descriptivo, de las dimensión y variables, como se observa a continuación.

#### Datos generales

**Tabla N° 1**

*Edad del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>20 a 30 años</b>	15	48
<b>31 a 40 años</b>	13	42
<b>41 a 50 años</b>	3	10
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia que el 48 % (15) de enfermeras tienen una edad de 20 a 30 años 42% (13) y mientras que el 10 % (3) tienen una edad de 41 a 50 años.

**Tabla N° 2**

Sexo del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Masculino</b>	0	0
<b>Femenino</b>	31	100
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia que en la totalidad (100 %) (31) son del sexo femenino, existiendo una ausencia del profesional de enfermería del sexo masculino.

**Tabla N° 3**

Tiempo de experiencia laboral del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Menos de un año</b>	10	32
<b>1 año - 5 años</b>	16	52
<b>6 años-10 años</b>	5	16
<b>Total</b>	31	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, muestra los resultados para conocer el tiempo de experiencia laboral del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, donde podemos apreciar que la mayoría representada por el 52% (16) tiene experiencia entre 1 a 5 años, seguido de un 32% (10) de menor de 1 año y con un 16% (5) entre 6 años a 10 años de experiencia laboral.

**Tabla N° 4**

*Capacitaciones respecto a lesiones por presión del Profesional de Enfermería en la Unidad de los Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.*

<b>Capacitación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Institución formal</b>	6	19
<b>Institución informal</b>	5	16
<b>Autodidacta</b>	4	13
<b>Ninguna</b>	16	52
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, muestra los resultados para conocer las capacitaciones con respecto al cuidado de lesión por presión del profesional de enfermería, donde podemos apreciar que la mayoría representada con un 52%(16) manifiestan que no realizaron ninguna capacitación, el 19% (6) realizaron capacitación en una institución formal, el 16% (5) se capacitaron de manera autodidacta y el 13% (4) en una institución informal.

**Tabla N° 5**

*Cuidado de la piel por el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Casi siempre</b>	16	52
<b>Siempre</b>	15	48
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se muestra los resultados de que casi siempre el 52%(16) de las enfermeras cuidan la piel de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y el 48% (15) que lo realizan siempre. Estos cuidados son importantes porque evitan que se presenten el inicio de lesiones por presión.

**Tabla N° 6**

*Cuidado en la movilización por el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Casi siempre</b>	19	61
<b>Siempre</b>	12	39
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se muestra los resultados de que casi siempre el 61% (19) de las enfermeras respondieron que realizan movilización a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y casi siempre el 39 % (12). Este cuidado es importante ya que favorece la circulación sanguínea evitando la aparición de lesión en las prominencias óseas.

**Tabla N° 7**

*Cuidado en la higiene y confort por el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Casi siempre</b>	13	42
<b>Siempre</b>	18	58
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se muestra los resultados de que el 58% (18) de las enfermeras respondieron que siempre realizan higiene y confort a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y casi siempre con un 42%(13). Siendo de importancia el cuidado en la higiene y confort del paciente hospitalizado para la prevención de lesiones.

**Tabla N° 8**

*Cuidado de enfermería en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

<b>Cuidados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Cuidados inadecuados</b>	12	39
<b>Cuidados adecuados</b>	19	61
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se muestra los resultados de que el 61% (19) del profesional de enfermería brinda cuidados adecuados mientras que el 39% (12) realiza cuidados inadecuados. Es importante el cuidado adecuado de enfermería en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos con la finalidad prevenir el inicio de lesiones por presión, y evitar costos económicos y/o sociales.

**Tabla N° 9**

*Incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

<b>Incidencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Pacientes que presentaron LPP</b>	11	36
<b>Pacientes que no presentaron LPP</b>	20	64
<b>Total</b>	31	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia de que el 36%(11) de pacientes presentaron lesión por presión, lo cual significa que la incidencia es baja; mientras que el 64%(20) no presentaron úlceras por presión en periodo de junio a setiembre de 2022. El resultado favorable de no existir lesión por presión se debe a el cuidado adecuado por parte del profesional de enfermería.

**Tabla N° 10**

*Edad de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>20 a 29 años</b>	1	9
<b>50 a 59 años</b>	1	9
<b>60 a 69 años</b>	4	36
<b>70 a 79 años</b>	4	36
<b>80 a 89 años</b>	1	9
<b>Total</b>	11	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia de que del total de incidencia de casos de lesión por presión el 36%(4) corresponde a las edades de 60 a 69 años, al igual que los de 70 a 79 años con el mismo porcentaje 36% (4), y con una minoría con el 9% (1) de las edades de 20 a 29años respectivamente 50 a 59 años y finalmente los que tienen de 80 a 89 años con el mismo valor porcentual. A mayor edad la piel presenta mayor riesgo, debido a la disminución de la hidratación de la piel, por lo tanto, hay mayor probabilidad de presentar lesiones por presión.

**Tabla N° 11**

*Sexo de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Femenino</b>	5	46
<b>Masculino</b>	6	54
<b>Total</b>	11	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia que de los pacientes que presentaron lesión por presión el 54% (6) pertenecen al sexo masculino y el 46% (5) al sexo femenino.

**Tabla N° 12**

*Tiempo de estadía de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

<b>Días de hospitalización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>7 a 30 días</b>	5	46
<b>31 a 40 días</b>	6	54
<b>Total</b>	11	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia que de los pacientes que presentaron lesión por presión el 54% (6) presentaron tiempo de estadía entre 7 y 30 días y el 46% (5) entre 31 a 40 días. Esto evidencia de que a mayor tiempo de estadía mayor es el riesgo de presentar lesiones por presión, sobre todo pacientes con grado de dependencia III.

**Tabla N° 13**

*Procedencia de los pacientes que presentaron lesión por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Ilo</b>	3	27
<b>Mariscal Nieto</b>	7	64
<b>General Sánchez Cerro</b>	1	9
<b>Total</b>	11	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia que de los pacientes que presentaron lesión por presión, con respecto a la procedencia, la mayoría representada con 64%(7) provienen de la provincia de Mariscal Nieto, mientras que 27% (3) pertenecen a la provincia de Ilo y finalmente el 9%(1) proviene de la provincia de General Sánchez Cerro.

**Tabla N° 14**

*Tipo de lesión por presión que presentaron los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua 2022*

<b>Tipo de LPP</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>II grado</b>	10	91
<b>III grado</b>	1	9
<b>Total</b>	11	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla, se evidencia que de los pacientes que presentaron lesión por presión, con respecto al tipo de UPP, la mayoría representada con 91% (10) fue de II grado, mientras que el 9 % (1) de III grado. Gran parte de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos se encuentran bajo sedo analgesia y por ello se encuentran imposibilitados de moverse, también porque existe cuidados adecuados de enfermería.

## 5.2 Resultados inferenciales

**Objetivo general:** Establecer de qué manera el cuidado de enfermería influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

**Tabla N° 15**

*Tabla cruzada Cuidados de Enfermería \*Incidencia de Lesión por Presión*

		Incidencia de lesión por presión		Total
		SI	NO	
<b>Cuidados de Enfermería</b>	<b>Cuidados inadecuados</b>	0	38,7	38,7
	<b>Cuidados adecuados</b>	35,4	25,8	61,2
<b>Total</b>		35,4	64,5	100

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla se evidencia, que el mayor porcentaje que presentan incidencia de lesión por presión del 35,4% (11) corresponden a los cuidados adecuados de enfermería. Este resultado no se encuentra relacionado a la calidad del cuidado, si no a los factores propios del paciente como la edad avanzada y los días prolongados de hospitalización evidenciado en las tablas anteriores.

**Tabla N° 16**

*Tabla cruzada: Incidencia de Lesión por Presión\*Cuidado de la Piel*

		<b>Cuidado de la piel</b>			
		Casi		<b>Total</b>	
		siempre	Siempre		
<b>Incidencia de lesión por presión</b>	<b>SI</b>	Recuent	2	9	11
		o			
		% del total	6,5%	29,0%	35,5%
	<b>NO</b>	Recuent	14	6	20
		o			
		% del total	45,2%	19,4%	64,5%
<b>Total</b>		Recuent	16	15	31
		o			
		% del total	51,6%	48,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla se evidencia, que el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que no presentaron LPP con un 45.2% (14) corresponden a los cuidados de la piel, donde los profesionales de enfermería respondieron que casi siempre brindan cuidados a la piel. Este resultado se encuentra relacionado a la calidad del cuidado que realiza el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados.

**Tabla N° 17**

*Tabla cruzada: Incidencia de Lesión por Presión\*Cuidado en la Movilización*

		<b>Cuidado en la movilización</b>			
			Casi siempre	Siempre	Total
<b>Incidencia de lesión por presión</b>	SI	Recuento	4	7	11
		% del total	12,9%	22,6%	35,5%
	NO	Recuento	15	5	20
		% del total	48,4%	16,1%	64,5%
<b>Total</b>		Recuento	19	12	31
		% del total	61,3%	38,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla se evidencia, que el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que no presentaron incidencia en lesiones por presión con un 48.4% (15) corresponden a los cuidados en la movilización de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados críticos, donde los profesionales de enfermería respondieron que casi siempre brindan cuidados en la movilización. Este resultado se encuentra relacionado a la calidad del cuidado que realiza el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados.

**Tabla N° 18**

*Tabla cruzada: Incidencia por lesión por presión\*Cuidado en la higiene y confort*

		<b>Cuidado en la higiene y confort</b>			
			Casi siempre	Siempre	Total
<b>Incidencia de lesión por presión</b>	SI	Recuento	0	11	11
		% del total	0,0%	35,5%	35,5%
	NO	Recuento	13	7	20
		% del total	41,9%	22,6%	64,5%
<b>Total</b>		Recuento	13	18	31
		% del total	41,9%	58,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla se evidencia, que el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que no presentaron incidencia de lesión por presión con un 41.9% (13, donde los profesionales de enfermería respondieron que casi siempre brindan cuidados en la higiene y confort. Este resultado se encuentra relacionado a la calidad del cuidado que realiza el profesional de enfermería en los pacientes hospitalizados.

### 5.3 Prueba de normalidad

Los resultados fueron procesados con el programa SPSS V 24 IBM que se muestran a través de tablas y gráficos.

**Tabla N° 19**

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>Cuidados de enfermería</b>	,396	31	,000	,619	31	,000
<b>Incidencia de lesión por presión</b>	,412	31	,000	,607	31	,000

Fuente: Elaboración propia.

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

**Resultados:** Como los índices de significación la mayoría son menores a 0.05; esto nos indica que estas variables ordinales se comportan de forma anormal, por lo que se decide emplear el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, para determinar la relación entre variables.

**Tabla N° 20**

*Pruebas de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>Incidencia de lesión por presión</b>	,412	31	,000	,607	31	,000
<b>Cuidado de la Piel</b>	,346	31	,000	,638	31	,000

Fuente: Elaboración propia.

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

**Resultados:** Como los índices de significación la mayoría son menores a 0.05; esto nos indica que estas variables ordinales se comportan de forma anormal, por lo que se decide emplear el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, para determinar la relación entre variables.

**Tabla N° 21**

*Pruebas de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>Incidencia de lesión por presión</b>	,412	31	,000	,607	31	,000
<b>Cuidado en la movilización</b>	,396	31	,000	,619	31	,000

Fuente: Elaboración propia.

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

**Resultados:** Como los índices de significación la mayoría son menores a 0.05; esto nos indica que estas variables ordinales se comportan de forma anormal, por lo que se decide emplear el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, para determinar la relación entre variables.

**Tabla N° 22**

*Pruebas de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadíst		Sig.	Estadíst		Sig.
	ico	gl		ico	gl	
<b>Incidencia de lesión por presión</b>	,412	31	,000	,607	31	,000
<b>Cuidado en la higiene y confort</b>	,379	31	,000	,629	31	,000

Fuente: Elaboración propia.

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

**Resultados:** Como los índices de significación la mayoría son menores a 0.05; esto nos indica que estas variables ordinales se comportan de forma anormal, por lo que se decide emplear el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, para determinar la relación entre variables.

## 5.4 Comprobación de hipótesis

### 5.4.1 Hipótesis general

Ho: No existe relación significativa entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

$$Ho: \rho_s = 0$$

Ha: Existe relación significativa entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

$$Ha: \rho_s \neq 0$$

**Tabla N° 23**

*Correlación entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.*

**Estadígrafo de prueba Rho de Spearman**

			<b>Variable cuidado de enfermería</b>	<b>Variable incidencia de LPP</b>
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Variable cuidado de enfermería</b>	Coeficiente de correlación	1,000	-,589
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	31	31
	<b>Variable incidencia de LPP</b>	Coeficiente de correlación	-,589	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	31	31

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación de los coeficientes de correlación**

El valor calculado es de 0.000, que es menor al 0.001 ( $0.000 < 0.01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman es de -,589, lo que indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado.

En conclusión: se puede afirmar con 99% de confianza que existe una relación negativa moderada entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

**Tabla N° 24**

Correlación entre la incidencia de casos de lesiones por presión y cuidado de la piel en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

**Estadígrafo de prueba Rho de Spearman**

			<b>Incidencia de lesión por presión</b>	<b>Cuidado de la piel</b>
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Incidencia de lesión por presión</b>	Coeficiente de correlación	1,000	-,496**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	31	31
	<b>Cuidado de la piel</b>	Coeficiente de correlación	-,496**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	31	31

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación de los coeficientes de correlación**

El valor calculado es de 0.000, que es menor al 0.001 ( $0.000 < 0.01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el cuidado de la piel y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman es de -,496, lo que indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado.

En conclusión: se puede afirmar con 99% de confianza que existe una relación negativa moderada entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

**Tabla N° 25**

*Correlación entre la incidencia de casos de lesiones por presión y cuidado en la movilización en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.*

**Estadígrafo de prueba Rho de Spearman**

			<b>Incidencia de lesión por presión</b>	<b>Cuidado en la movilización</b>
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Incidencia de lesión por presión</b>	Coeficiente de correlación	1,000	-,380*
		Sig. (bilateral)	.	,035
		N	31	31
	<b>Cuidado en la movilización</b>	Coeficiente de correlación	-,380*	1,000
		Sig. (bilateral)	,035	.
		N	31	31

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación de los coeficientes de correlación**

El valor calculado es de 0.000, que es menor al 0.001 ( $0.000 < 0.01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el cuidado en la movilización y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman es de -,380, lo que indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado.

En conclusión: se puede afirmar con 99% de confianza que existe una relación negativa moderada entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

**Tabla Nº 26**

*Correlación entre la incidencia de casos de lesiones por presión y cuidado de la Higiene y confort en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.*

			<b>Incidencia de lesión por presión</b>	<b>Cuidado en la higiene y confort</b>
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Incidencia de lesión por presión</b>	Coeficiente de correlación	1,000	-,630**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	31	31
	<b>Cuidado en la higiene y confort</b>	Coeficiente de correlación	-,630**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	31	31

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

### **Interpretación de los coeficientes de correlación**

El valor calculado es de 0.000, que es menor al 0.001 ( $0.000 < 0.01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el cuidado de la higiene y confort con la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman es de -,630, lo que indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado.

En conclusión: se puede afirmar con 99% de confianza que existe una relación negativa moderada entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

## **VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.**

Para la contrastación de hipótesis se estableció en primer lugar el comportamiento de la población, se obtuvo un comportamiento anormal; en ese sentido se eligió la prueba Rho de Spearman que nos permitió establecer la relación entre las dos variables. El valor calculado fue de 0.000, que es menor al 0.001( $0.000 < 0.01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman es de  $-0,589$ , lo que indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado. En consecuencia, se puede afirmar con 99% de confianza que existe una relación negativa moderada entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022.

### **6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.**

El presente estudio titulado; Cuidados de enfermería y la incidencia de lesión por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos un hospital de Moquegua, 2022, se arribó los siguientes resultados:

Los cuidados que brindan los profesionales de enfermería son adecuados con un 61% desde la perspectiva de los encuestados; además manifiestan que el Cuidado de la piel lo realizan “casi siempre”

con el 52%; el Cuidado de la movilización lo realizan “casi siempre” con el 61% y finalmente el Cuidado de la higiene y confort lo realizan “siempre” con un 58%. En cuando a la incidencia de lesiones por presión se evidenció un 36%, lo que significa una incidencia baja del total de pacientes hospitalizados en el periodo de estudio.

Dentro de los resultados similares encontramos a Carazas B. (Perú, 2016) en su estudio “Relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del hospital DAC III ESSALUD” concluye que la mayoría de las intervenciones de enfermería fue óptima; refiere que la mayoría de pacientes no presentaron úlceras por presión(14), también Mamani N. (Perú, 2017) en su tesis “Cuidados que brinda el profesional de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en un hospital nacional”(13), los resultados fueron; que el 66% de los enfermeros refieren que “casi siempre”, brindan cuidados orientados para la prevención de UPP; además Huamán E (Perú,2018) en su tesis “Atención de enfermería en la prevención de lesiones por presión en pacientes de uci de un Hospital” determinó que el 58% de los profesionales de enfermería realizan una atención “media” con escala equivalente a “casi siempre” (11) .

En cuanto a la incidencia de lesiones se encontró resultado similar; en el estudio realizado por Chércoles L. (España, 2019), “Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos”, demostró que en los registros de las UPP hubo un 27% de pacientes con úlceras por presión (6).

Con respecto a la relación entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos se puede afirmar que, si existe relación estadística entre ambas variables. En concordancia con la investigación de Flores Y. (Perú, 2019)

“Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos” determinaron la existencia de una relación estadística entre la frecuencia de UPP y el cuidado en la UCI. También guarda similitud con el estudio de Cano K y P (Perú, 2018) “Presencia de úlceras por presión y factores intrínsecos y extrínsecos en pacientes de la UCI. Hospital Goyeneche Arequipa”. En relación a presencia y características de úlceras por presión, obtuvieron que el 90% presentaron úlceras por presión. Esto concuerda con la investigación realizada por Carazas B. (Perú, 2016) donde porque existe relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP.

### **6.3 Responsabilidad ética**

La presente investigación, se ha realizado considerando los principios bioéticos, como la autonomía para participar en la investigación en caso de las enfermeras; la beneficencia y no maleficencia en caso de los pacientes, además de guardar la confidencialidad de los datos individuales recolectados. Así mismo no existió ningún conflicto de interés.

## VII. CONCLUSIONES

La investigación realizada determina:

- Existe relación significativa entre el cuidado de enfermería y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El valor calculado es de 0.000, que es menor al 0.001 ( $0.000 < 0.01$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna.
- Existe relación significativa entre el cuidado de la piel y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman, que indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado.
- Existe relación significativa entre el cuidado en la movilización y la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman, indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado.
- Existe relación significativa entre el cuidado de la higiene y confort con la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. El coeficiente rho de Spearman, indica que la relación entre las variables es inversa y su grado es moderado.

## VIII. RECOMENDACIONES

- A la jefa de departamento enfermería del Hospital Regional de Moquegua:
  - Capacitar al profesional de enfermería sobre los cuidados a realizar a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.
  - Elaborar protocolos de medidas preventivas para el desarrollo de las lesiones por presión.
  
- Al profesional de enfermería:
  - Participar de manera activa en los programas de capacitación organizados por el departamento d enfermería y otros de manera independiente, a fin de mejorar los cuidados a los pacientes de UCI.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Parte II: Úlceras por Presión. Guía de diagnóstico [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2012 [acceso 10 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf>
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. [Internet]. Guía mundial. 2014 [acceso 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/09/spanish-translation-qrg.pdf>
3. MIMSA, oficina general de estadística e informática, Casos de ulcera de decúbito y área de presión en hospitalización por etapas de vida, según distritos, 2014.
4. Talens B y Martínez D. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Revista científica electrónica Scielo [Internet]. 2018 [Citado el 10 de junio 2022]; (29): 3. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000400192](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400192)
5. Garza R, Meléndez C, Fang M, González J, Castañeda H y Argumedo N. Conocimiento, actitud y barreras en enfermeras hacia las medidas de prevención de úlceras por presión. Revista científica electrónica Scielo [Internet]. 2017[Citado el 10 de junio 2022]; (23): 3. Disponible en: [https://scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532017000300047](https://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000300047)
6. Chércoles I. Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos. Revista científica electrónica Scielo [Internet]. 2019[Citado el 11 de junio 2022]; (30): 4. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000400210](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400210)

7. López M y Pancorbo P. Instrumentos de medición de los conocimientos sobre prevención de úlceras por presión: revisión de la literatura Revista científica electrónica Scielo [Internet]. 2019[Citado el 11 de junio 2022]; (30): 2. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000200098](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200098)
8. Naulaguari P, Parra S., Lcda y Angulo A. Úlceras por presión (UPP): una realidad práctica dentro de la Atención de Enfermería. Estudio de caso clínico. Revista médica [Internet]. 2019[Citado el 11 de junio 2022]; (35): 2. Disponible en: <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-upp-caso-clinico/>
9. Flores Y, Rojas J y Jurado J. Valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión en cuidados intensivos. Revista científica electrónica Scielo [Internet]. 2019[Citado el 11 de junio 2022]; (40): 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n3/1729-214X-rmh-31-03-164.pdf>
10. Cano K y Phuño P. Presencia de úlceras por presión y factores intrínsecos y extrínsecos en pacientes de la UCI. Hospital Goyeneche Arequipa – 2018. [Postgrado]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018.
11. Huamán E. Atención de enfermería en la prevención de lesiones por presión en pacientes de uci de un Hospital, Lima – 2018. [Pregrado]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.
12. Rojas E. Cuidados de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Postgrado]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017
13. Mamani N. Cuidados que brinda el profesional de enfermería para la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en un hospital nacional. [Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.

14. Carazas B. Relación entre la intervención de enfermería y la incidencia de UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados intermedios del hospital DAC III ESSALUD Tacna 2014. [Postgrado]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016.
15. Rodríguez J, Freitas G, Barros Luz y Lima M. Concepciones teóricas de Neuman asociadas con la prevención de las úlceras por presión: Un estudio de caso. Scielo [Internet]. 2015 [citado 26 de Julio de 2012]; 24(4) Disponible desde: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11321296201500300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296201500300007)
16. Guía de práctica clínica de manejo de Úlceras por Presión/Resolución directorial. Lima: editor; 2014.
17. Smelzer S, Bare B, Hinkler J y Cheveer K. Enfermería Médico-Quirúrgica. 12.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Núria Llavina; 2014.
18. Arango C, Fernández O y Torres B. Tratado de geriatría para residentes [Internet] Madrid: Alberto Alcocer; 2006 [Fecha de acceso 14 de junio 2022]. Disponible en: [https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2000\\_Primeras.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2000_Primeras.pdf)
19. Fajardo A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Scielo [Internet]. 2017 [citado 26 de Julio del 2022]; 64(2,3,4): Disponible desde: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-91902017000100109](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000100109)





**ANEXO Nº 2**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA**

**INSTRUMENTO PARA MEDIR CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**PRESENTACION**

Soy Zara Quispe Mamani, estudiante de la segunda especialidad de enfermería de la Universidad Nacional del Callao, y actualmente me encuentro realizando una investigación que tiene por objetivo, establecer de qué manera el cuidado de enfermería influye en la incidencia de casos de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, 2022. Para lo cual se solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

**DATOS GENERALES**

1. Edad: ..... años
2. Sexo: M ( )      F ( )
3. Tiempo de servicio en la unidad:
  - a. Menos de 1 años      b. 1 año - 5 años      c. 6 años – 10 años
  - d. Mayor de 10 años
4. ¿Qué tipo de capacitación recibió en relación con las lesiones por presión?
  - a. Institucional formal      b. Institucional informal      c. Autodidacta
  - d. Ninguna

**INSTRUCCIONES**

Lea atentamente el formato de ítems que se adjunta y coloque un aspa (X) en el lugar de la escala según corresponda. A continuación Ud. apreciará un listado de actividades que realiza el profesional de enfermería, las cuales son destinadas al cuidado del paciente hospitalizado a fin de prevenir las lesiones por

presión (LPP). Marque usted la actividad según la frecuencia que realiza dentro del servicio que labora; teniendo las siguientes escalas: Siempre, A veces, o Nunca. Se le solicita la máxima veracidad posible.

<b>Nº</b>	<b>ITEMS</b>	<b>NUNCA (1)</b>	<b>CASI SIEMPRE (2)</b>	<b>SIEMPRE (3)</b>
<b>Cuidados generales (preventivos) realizados a NIVEL DE PIEL</b>				
1	Identificas a los pacientes con riesgo a LPP (Escala de Norton)			
2	Observas y valoras las zonas de presión en cada turno			
3	Realizas la protección de zonas sensibles a lesión			
4	Realizas el control de peso periódicamente			
5	Mantienes libre la piel de humedad (drenajes y los exudados de las heridas)			
6	Registras las actividades realizadas a las pacientes relacionadas LPP.			
<b>Cuidados realizados a nivel de MOVILIZACION</b>				
7	Realizas cambios posturales programados			
8	Realizas cambios posturales a demanda			
9	Planificas y ejecutan ejercicios pasivos y/o activos de miembros superiores e miembros inferiores y/o de acuerdo al requerimiento.			
<b>Cuidados realizados a nivel de HIGIENE y CONFORT</b>				
10	Valoras al paciente durante la realización del baño de esponja.			
11	Realizas el baño de esponja según necesidad.			
12	Evalúas el tendido de la ropa de cama evitando pliegues.			
13	Aplicas cremas o lociones hidratantes en la piel.			
14	Utilizas cojines y/o cuñas de espuma			
15	Mantienes la zona perianal libre de humedad			

Fuente: Modificación de Mamani B.

Categorías de análisis:

Cuidados inadecuados= 15-29 pts

Cuidados adecuados= 30 – 45 pts

Gracias por su colaboración.

**ANEXO Nº 3**

**FICHA DE REGISTRO**

**INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESION**

CODIGO DE PACIENTE	EDAD	SEXO	DIAS DE HOSPITALIZACION	TIPO DE UPP				PROCEDENCIA
				I	II	III	IV	

## ANEXO N° 4

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación: “Cuidados de enfermería y la incidencia de lesión por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Moquegua, 2022”, es conducida por la Srta. Zara Quispe Mamani, estudiante de la Segunda Especialidad de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud pregrado de la escuela de enfermería de la UNAC. El objetivo del estudio es establecer de qué manera el cuidado de enfermería influye en la incidencia de casos de lesión por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua, con los resultados de la presente investigación se mejorará la calidad de intervención de Enfermería en el servicio donde usted labora.

Se le pedirá desarrollar un cuestionario. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La Información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, y por lo tanto será anónima. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el.

Yo.....Lic. en Enfermería, identificado(a) con CEP N°..... He sido informado por la alumna investigadora acerca del presente estudio de investigación, de sus objetivos, de los beneficios y ventajas que el desarrollo de la presente van a aportar a la mejoría de la práctica de la calidad de atención de Enfermería en el servicio. Así mismo, también tengo conocimiento de los requisitos que implica mi participación, motivo por el cual accedo consiente y voluntariamente a participar en el desarrollo de los instrumentos que la investigación demande.

-----  
Firma del Enfermero (a)

DNI:

-----  
Firma del Investigadora DNI:

## ANEXO Nº 5

### BASE DE DATOS

Nº	DATOS GENERALES				CUIDADOS DE ENFERMERÍA																		TOTAL	
	EDAD	SEXO	TIDSER	CAP-UPP	DIMENSION CUIDADOS DE LA PIEL							DIMENSION CUIDADOS EN LA MOVILIZACION				DIMENSION CUIDADOS EN LA HIGIENE Y CONFORT								
					ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	sub total	ITEM7	ITEM8	ITEM9	sub total	ITEM10	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15	sub total		
1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	12	2	3	3	8	3	3	3	2	2	2	15	27
2	2	2	1	4	2	3	2	3	3	3	16	2	3	2	7	3	2	3	2	1	3	14	30	
3	2	2	1	1	2	3	2	3	3	3	16	2	3	2	7	3	2	3	2	2	3	15	31	
4	2	2	1	4	2	3	2	3	3	3	16	2	2	2	6	3	2	3	2	1	3	14	30	
5	2	2	1	1	2	2	2	3	2	3	14	2	2	3	7	3	2	3	2	1	2	13	27	
6	1	2	3	3	2	2	2	3	3	3	15	3	3	2	8	3	3	3	2	2	2	15	30	
7	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	14	1	2	2	5	3	3	3	2	2	2	15	29	
8	2	2	3	4	1	2	3	2	2	2	12	2	2	2	6	3	3	2	1	2	3	14	26	
9	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	15	2	2	3	7	3	2	2	1	3	3	14	29	
10	3	2	3	1	2	3	3	3	3	2	16	2	2	2	6	2	2	2	3	3	3	15	31	
11	3	2	2	1	2	1	3	3	2	3	14	3	3	3	9	3	2	3	2	2	3	15	29	
12	3	2	2	1	1	2	3	3	3	3	15	3	3	2	8	2	2	3	2	2	2	13	28	
13	3	2	2	4	2	2	2	2	2	2	12	2	2	2	6	2	2	2	3	2	2	13	25	
14	3	2	2	3	3	2	2	1	1	2	11	2	2	2	6	3	2	2	2	1	2	12	23	
15	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	11	2	3	2	7	2	2	2	2	2	1	11	22	
16	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	13	3	2	3	8	2	2	2	2	3	3	14	27	
17	2	2	2	4	2	3	2	2	2	3	14	2	2	2	6	2	3	2	2	2	3	14	28	
18	2	2	2	4	2	3	2	2	3	2	14	3	2	2	7	3	3	3	3	1	3	16	30	
19	1	2	2	2	2	3	2	2	3	2	14	2	2	2	6	3	3	3	3	2	3	17	31	
20	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2	15	3	2	3	8	2	3	3	3	2	3	16	31	
21	1	2	1	4	2	2	1	2	2	1	10	2	2	1	5	2	2	2	2	2	2	12	22	
22	1	2	1	4	2	2	1	2	2	1	10	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	12	22	
23	1	2	1	4	2	2	2	2	2	1	11	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	12	23	
24	2	2	1	4	2	2	2	2	2	1	11	2	2	2	6	1	2	2	2	2	2	11	22	
25	2	2	1	4	2	2	2	2	2	1	11	2	2	2	6	1	1	1	2	2	2	9	20	
26	1	2	2	4	2	2	2	2	2	2	12	2	1	2	5	2	2	1	1	2	2	10	22	
27	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	11	2	1	2	5	2	2	2	2	1	1	10	21	
28	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	12	2	1	2	5	2	2	2	2	1	2	11	23	
29	1	2	2	4	2	2	2	1	2	2	11	1	2	2	5	2	2	2	2	2	1	11	22	
30	1	2	2	4	1	2	2	1	1	2	9	1	2	2	5	2	2	2	2	2	1	11	20	
31	1	2	2	4	1	2	2	1	1	2	9	1	2	2	5	1	2	2	2	2	1	10	19	

**ANEXO Nº 6  
LISTA DE CÓDIGO**

<b>DATOS GENERALES</b>						
<b>Nº ITEM</b>	<b>PREGUNTA / INDICADOR</b>	<b>COD_VAR (8 caracteres)</b>	<b>ETIQUETA</b>	<b>CATEGORÍAS (VALOR)</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>TIPO (ESCALA)</b>
1	EDAD	EDAD	Indique su edad en carango de años	(20-30 años)	1	Nominal
				(31-40 años)	2	
				(41-50 años)	3	
2	SEXO	SEXO	Indique el sexo	masculino	1	Nominal
				femenino	2	
3	TIEMPO DE SERVICIO	TIDSER	Tiempo de servicio	menos de un año	1	Nominal
				1 año-5 años	2	
				6 años-10años	3	
				mayor a 10 años	4	
4	CAPACITACION SOBRE UPP	CAP-UPP	Capacitación sobre las UPP	Institución formal	1	Nominal
				institución informal	2	
				autodidacta	3	
				ninguna	4	