



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA FRENTE A LA POSIBLE  
APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES POSTRADOS EN LOS ASILOS DE ANCIANOS DEL  
DISTRITO DE LURIGANCHO CHOSICA - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**BACHILLER: CUYA CÁCERES, MARÍA ANGÉLICA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA FRENTE A LA POSIBLE  
APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES POSTRADOS EN LOS ASILOS DE ANCIANOS DEL  
DISTRITO DE LURIGANCHO CHOSICA - 2015”**

## **DEDICATORIA**

*A las personas que contribuyeron en el logro de mis sueños, porque cada palabra me sirvieron para motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por bendecirme con obtener la profesión más humana y llegar hasta donde he llegado en mi vida personal y profesional.

## RESUMEN

El estudio tenía como objetivo determinar de qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica – 2015. Tenía como muestra a 40 profesionales de enfermería y las conclusiones más resaltantes son: El mayor porcentaje de enfermeras son muy jóvenes, solteras de género femenino y recién egresadas, ya que un porcentaje significativo de ellas son bachilleres comprendiéndose porque están aceptando incluso trabajar sin el número adecuado de técnicos de enfermería. Asimismo existe un 25%(10) son licenciadas y el 18%(7) tienen grado de magister y especialidad en adulto mayor entendiendo que tiene otro trabajo a parte del que realizan.

Los cuidados de la piel frente a la posible aparición de úlceras por presión en los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 88%(35) y en el 12%(5) los cuidados no son oportunos ni permanentes. Los cuidados en la movilización y en la incontinencia urinaria son oportunos y permanentes en el 85%(34) y en el 15%(6) refieren no es su función hacerlo, espera que venga la familia porque hay muy poco personal técnico de enfermería pudiendo verse que los cuidados que brinda no son permanentes. Los cuidados en la nutrición de los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 93%(37) y en el 7%(3) que refieren no es su función hacerlo y que espera que venga la familia o el personal técnico porque a veces no le alcanza el tiempo.

Palabras Claves: Úlceras por presión y cuidados oportunos

## **ABSTRACT**

The study aimed to determine how nursing care is concerned with the possible appearance of pressure ulcers in elderly people in nursing homes in the district of Lurigancho Chosica - 2015. It had a sample of 40 nursing professionals and the most important conclusions are: The highest percentage of nurses are very young, single female and recently graduated, since a significant percentage of them are high school graduates understanding that they are even accepting to work without the adequate number of nursing technicians. There is also 25% (10) graduates and 18% (7) have a master's degree and specialty in an older adult understanding that they have other work apart from what they do.

The care of the skin against the possible appearance of pressure ulcers in prostrate adult patients is timely and permanent in 88% (35) and in 12% (5) care is neither timely nor permanent. The care in mobilization and urinary incontinence are timely and permanent in 85% (34) and in 15% (6) refer is not its function to do so, expects the family to come because there are very few nursing technical staff see that the care you provide are not permanent. The nutritional care of prostrate elderly patients is timely and permanent in 93% (37) and 7% (3) that they refer is not their function to do and that they expect the family or the technical staff to come because Sometimes time is not enough.

Key Words: Pressure Ulcers and Timely Care

## INDICE

Pág.

<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	20
2.3. Definición de términos	56
2.4. Hipótesis	58
2.5. Variables	58
2.5.1. Definición operacional de la variable	59
2.5.2. Operacionalización de la variable	60

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	63
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	64
3.3. Población y muestra	65
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	65
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	65
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	65
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	67
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	72
<b>CONCLUSIONES</b>	73
<b>RECOMENDACIONES</b>	74
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	75
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión representan una importante problemática de salud a nivel mundial y aún más cuando se observa con frecuencia que las instituciones hospitalarias y centros geriátricos, que brinda una atención en salud, son testigos silenciosos de la presencia de UPP. La presencia de UPP tiene importantes repercusiones tanto personales como socioeconómicas, convirtiéndose así en un problema de salud pública.

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría (95%) de las UPP que presentan los pacientes son evitables y aún más que otro porcentaje importante (60%) de estas serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración y riesgo de UPP.

Por esto la prevención de las UPP se convierte en un tema de interés para los profesionales, pues se ha convertido en uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, porque determina la efectividad del cuidado de la piel dado por el profesional que desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud.

El paciente y su seguridad se convierte en prioridad para las instituciones de salud, el hablar de calidad en la prestación de cuidado y hace parte del cumplimiento de la ley, como se ve evidenciado en el decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el sistema general de seguridad social en salud, y que en la letra anuncia: "las acciones que desarrolle el SOGCS se orientaran a la mejora de los resultados de la atención en salud concentrados en el usuario "

Se presenta el Capítulo I relacionado a Problema de investigación, el Capítulo II, Marco teórico, Capítulo III, Metodología y Capítulo IV: Resultados

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Es fundamental mantener la integridad de la piel para todas las personas. Al presentarse una ulcera por presión se altera esta integridad del individuo, el cual se ve afectado en su salud con repercusiones sanitarias, demostradas por la incidencia en la morbimortalidad y en el aumento de las infecciones y además las repercusiones sociales por la influencia en la calidad de vida. Será necesario que todo profesional de salud considere los cuidados preventivos y con ello evitar la presencia de estas de las escaras que serán heridas producto muchas veces por el estado de salud propias del paciente pero también hay que reconocer que pueden darse por la falta de cuidados preventivos más aún si son pacientes postrados ya que se tendrá que cuidar su movilización e higiene.

Según la Organización Mundial de la Salud, considera las úlceras por presión, un indicador de la calidad asistencial, es decir, un indicador de la calidad de los cuidados de enfermería ofertados, tanto a los pacientes que las presentan como a los que corren riesgo de presentarlas.

Las personas que están más predispuestas a padecer las úlceras por presión son los adultos mayores postrados, considerados como pacientes de alto riesgo, ya que cuando las personas envejecen aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales y es común la presencia de enfermedades crónicas, además están expuestos a sufrir caídas que pueden provocar fracturas y como consecuencia llevarlos a la postración.<sup>2</sup>

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Este tipo de lesiones son un problema de salud ya que repercute en la vida de los pacientes trayendo consigo molestias adicionales como: dolor, sufrimiento y costo de dinero para la familia.<sup>3</sup>

Los asilos del distrito de Lurigancho Chosica, cuenta con 400 pacientes aproximadamente, de los cuales el 60% tiene úlceras por presión y el 20% está en el primer estadio de la enfermedad, por ende, debido a los índices altos de casos, las úlceras por presión representan una importante problemática de salud a tratar y más aún cuando se observa con frecuencia en las instituciones que brindan atención en salud.

Debido a la demanda de usuarios en los asilos y el poco personal con que cuentan, los profesionales de enfermería no se abastecen para atender las necesidades y cuidados que estos requieren, la deficiencia en el personal de enfermería, hace que no puede brindar cuidados oportunos que garanticen el bienestar y recuperación trayendo como

consecuencia complicaciones adicionales como son la aparición de úlceras por presión. Es por ello que los pacientes postrados que son los que más cuidados y atención requieren son los más afectados.

Frente a las situaciones planteadas se plantea las siguientes interrogantes:

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema general**

¿De qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica – 2015?

### **1.2.2 Problema Específicos**

- ¿De qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en la dimensión cuidados de la piel en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015?
- ¿De qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en la dimensión movilización postural en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015?
- ¿De qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en la dimensión nutrición e hidratación en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de

ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015?

- ¿De qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en la dimensión incontinencia urinaria y fecal en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar de qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica – 2015

#### **1.3.2.- Objetivos específicos**

- Identificar de qué manera son los cuidados de la piel frente a la posible aparición de úlceras por presión en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015
- Identificar de qué manera son los cuidados en la movilización postural frente a la posible aparición de úlceras por presión en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015
- Identificar de qué manera son los cuidados en la nutrición e hidratación frente a la posible aparición de úlceras por presión en

pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015

- Identificar de qué manera son los cuidados en la incontinencia urinaria y fecal frente a la posible aparición de úlceras por presión en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

El paciente postrado por periodos de tiempo prolongado corre el riesgo de hacer escaras producto de la presión que ejerce el cuerpo sobre la cama, más aún si las personas tienen factores condicionantes que favorecen a la aparición de estas lesiones en este caso del estudio se está teniendo en cuenta la edad y condición

de salud, donde los familiares son parte importante en el cuidado y prevención de las úlceras.

Las úlceras por presión representan una importante problemática de salud a tratar, más aún porque se observa con frecuencia en los albergues de ancianos e instituciones que brindan atención en salud. Siendo los adultos mayores postrados los más propensos ya que son los que más cuidados necesitan por parte del personal de enfermería.

El presente trabajo de investigación tiene la finalidad demostrar al personal de enfermería que las intervenciones o cuidados que prestan en su quehacer diario a los pacientes adultos mayores postrados, determina la calidad de los cuidados brindados, y que un cuidado inadecuado puede traer complicaciones adicionales como son las úlceras por presión. Para así de

esta manera disminuir los casos y prevenir los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP. Así mismo también tiene el fin de detectar los posibles errores que está cometiendo el personal de enfermería en el cuidado del paciente; contribuyendo así en la mejora de los cuidados de enfermería en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica

El 95% de las úlceras de las úlceras por presión se pueden prevenir mediante los cuidados de calidad, La atención que presta el personal de enfermería a los pacientes adultos mayores postrados es una actividad orientada a la prevención y detección precoz de las úlceras por presión por lo cual debe realizarse intervenciones oportunas, planificadas y permanentes, valorando el grado de riesgo del paciente, y manteniendo la integridad de la piel.

#### **1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

- Dificultad en la búsqueda de antecedentes de estudio de investigación
- Dificultad para encuestar a las licenciadas de los asilos por creer que el estudio será una amenaza o supervisión al trabajo que vienen realizando.
- La limitación que se presento fue la falta de acceso a bibliotecas particulares por no ser alumna perteneciente de sede de estudio.

## **CAPITULO II: EL MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

**González Arjona, Rodríguez González, Deivis** y otros. Prevalencia de las úlceras por presión y la aplicación de la escala de Braden en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Cartagena –Colombia año. 2011. Resumen: La prevención de úlceras por presión es un tema en el que la enfermería tiene gran responsabilidad dentro de su rol independiente. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros. Además, la valoración y la actuación sobre el diagnóstico enfermero “Riesgo de alteración de la integridad de la piel” repercuten en la comodidad del paciente, la prevención del dolor y de complicaciones como la infección y posible sepsis, el aumento de la estancia hospitalaria, la prevención de nuevos ingresos y el gasto sanitario.

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud por su prevalencia y morbilidad asociada, que pueden afectar a pacientes en todos los ámbitos asistenciales. Una gran mayoría de ellas (alrededor del 70%) ocurren en personas > 70 años. Diversos estudios han mostrado que con una correcta implementación de políticas específicas destinadas a su prevención se consigue evitar su aparición en un considerable número de casos.

Sin embargo, en el servicio de medicina interna de un Hospital de tercer nivel en Cartagena, aunque existe un protocolo de prevención de úlceras por presión y se registran en la hoja de enfermería factores de riesgo como el peso, la continencia de esfínteres o el estado de la piel, no se aplica de forma estandarizada una evaluación precisa que ayude a la enfermería a identificar a los pacientes con riesgo a desarrollar UPP. Esto implica que, en muchas ocasiones, no se aplica ni el juicio clínico, ya que este problema potencial pasa desapercibido por la enfermería que está distraída por la inestabilidad del paciente.

En este servicio, probablemente, la cultura de prevención correcta de acuerdo a las medidas ya formuladas en los protocolos se está dejando de alto factores que directa o indirectamente está influenciando en la aparición de las úlceras por presión ya que, en la mayoría de casos, los encargados además de conocer la existencia del problemas en el servicio, así como la escala de valoración del riesgo desconoce también las clasificación de las lesiones y el tratamiento básico. Tampoco, a todos los niveles, se considera la prevención como función de la enfermería, pese a la magnitud del problema potencial y a la responsabilidad casi exclusiva en pacientes habitualmente con alto riesgo, fenómeno que sorprende teniendo en cuenta la importancia que se le da en las unidades de cuidado intensivos.

Hay que tener en cuenta que un hospital de tercer nivel de Cartagena, presta sus servicios a gran cantidad de cotizantes y beneficiarios familiares, lo que en momentos provoca colapso en dicho servicio y la falta de camas en general constituyen, también, un fenómeno desgraciadamente habitual que agravan el problema, ya que alargan el tiempo que el paciente tarda en llegar a una unidad donde se aplica un protocolo de prevención estandarizado. Recordemos que estableció que una presión de unos 60-70 mmHg mantenida durante dos horas puede comenzar a provocar lesiones isquémicas en los tejidos, impidiendo el aporte de oxígeno así como nutrientes a los mismos y originando el principio del deterioro tisular.

Por lo anterior el presente trabajo busca determinar los factores asociados a la formación de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel en la ciudad de Cartagena durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2011, que permita evidenciar la veracidad de la problemática para la toma de decisiones acertadas por parte de la directiva, donde se genere un plan de atención ajustado a las normas vigentes. Conclusiones: Las UPP siguen siendo un problema de salud que afecta a los pacientes hospitalizados cuando estos presentan factores de riesgos intrínsecos y que son no modificables, tal cual como se observó en el estudio los adultos mayores siguen siendo la población más vulnerable debido a todos los cambios fisiológicos ocasionados por el proceso de envejecimiento.

La pérdida de la turgencia de la piel acompañada de la disminución de los depósitos de grasa propios de la piel aumentan la incidencia de las UPP.

Las patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión y la insuficiencia renal crónica contribuyen en el desarrollo de las lesiones debido a la deficiencia en la irrigación de sangre hacia los tejidos periféricos por ende disminuye la oxigenación repercutiendo en la formación de las UPP.

- La prevalencia de las UPP en los servicios de medicina interna sigue siendo notoria con un 38% de la población total, de las cuales se observó úlceras de estadio 3 con secreciones purulentas, es considerable que el personal de enfermería no utiliza apósitos especiales para el manejo de este tipo de lesiones. Siendo esto una medida reconocida científicamente que contribuye en la aceleración del proceso de cicatrización, reduciendo los índices de infecciones y por ende la estancia hospitalaria.<sup>4</sup>
- **Trejo Cruz, Rosana**, “Prevalencia y manejo de las úlceras de presión en El Hospital Antonio Lenín Fonseca”, en Managua, (Nicaragua), en el período de Agosto a Febrero de 2006 con el objetivo de conocer la prevalencia de las úlceras de presión en nuestro medio y el manejo implementado. Se realizó un estudio, prospectivo, descriptivo de corte longitudinal, correspondiente a la matriz de protocolo de atención desarrollado y aplicado a todos los pacientes hospitalizados en el Hospital Antonio Lenín Fonseca. Concluyéndose entre otros:
  - “La prevalencia de las úlceras de presión fue de 75 pacientes, en el período establecido de estudio. El sexo más afectado fue el masculino, con una relación de 2:1. Dentro del grupo etéreo, el más afectado fue el de los menores de 30 años. La ocupación más comúnmente encontrada fue la de comerciantes, con el 40 por ciento del total. Socio-económicamente, los pacientes eran subempleados en el 49 por ciento de los casos. Se encontraron las úlceras calcáneos, sacras y trocante.

Las lesiones de I Grado, estuvieron presente en la mayoría de los pacientes, sin embargo fueron más significativas clínicamente, las de III Grado. Los factores influyentes en el desarrollo de las úlceras de presión más frecuentemente encontrados fueron: el incumplimiento de las medidas anti-escara, el encajamiento prolongado, la infección agregada y la desnutrición. El tratamiento fue clasificado en sistémico y local. En el tratamiento sistémico, la antibiótico terapia fue aplicada al 93 de los pacientes. Se realizaron curaciones simples y curaciones con medicamento local a 30 pacientes como terapéutica exclusiva. El tratamiento quirúrgico fue aplicado a 45 pacientes. Realizándose 1 injerto, 16 colgajos, 4 cierres directos, 4 amputaciones, 20 pacientes fueron manejados con desbridamientos de forma exclusiva. 25 pacientes presentaron algún tipo de complicaciones posquirúrgicas. Siendo las más comunes la infección local y las neumonías. El 69 de los pacientes con úlceras, fueron detectados antes de los 30 primeros días de estancia hospitalaria. Siendo el promedio de estancia 50 días” (5)

**PerKrigmar, Queralas Francosa y, Silva Maira.** Calidad de los cuidados de enfermería dirigidos al adulto mayor en la unidad gerontológica "Doña María Pereira de Daza". Barquisimeto – Estado Lara. Durante el periodo julio – diciembre Venezuela - Barquisimeto 2009. Resumen: Se realizó un estudio con el objetivo de determinar la calidad de los cuidados de enfermería dirigidos al adulto mayor en la unidad gerontológica "Doña María Pereira de Daza", se utilizó la modalidad de investigación cuantitativa de campo tipo descriptiva de corte transversal, la población estaba conformada por 20 adultos mayores que residen en la unidad gerontológica Doña María Pereira de Daza en Barquisimeto estado Lara, previo consentimiento informado

se recolectó la información a través de la aplicación de un cuestionario, cuyo instrumento constó de 22 enunciados con una escala de Likert de tres opciones de respuesta: siempre, alguna vez y nunca. Se obtuvieron como resultados en cuanto al cuidado humano al 100% manifestó que la enfermera los trata con respeto, amabilidad e igualdad y 85% refirió que le respeta su autonomía, en la dimensión del cuidado oportuno el 85% los cuidados brindados por las enfermeras satisfacen sus necesidades, en la dimensión del cuidado seguro el 95% manifestó que la enfermera le explica los procedimientos que se les realiza y el 55% que algunas veces lo tranquiliza durante los cuidados, en la dimensión de los cuidados continuos un 95% coincidió que la enfermera le dedica el tiempo necesario para atenderlo así como también les brinda atención las 24 horas del día.

Conclusión: Una vez analizados los resultados se concluye que según la opinión de los adultos mayores en relación a la calidad de los cuidados de enfermería en la dimensión del cuidado humano, la enfermera los trata con respeto, amabilidad e igualdad así como también le brinda una atención personalizada y le respeta su autonomía cuando ellos se niegan algún procedimiento.

Con respecto a la dimensión del cuidado oportuno, reciben la atención de enfermería de manera inmediata cuando ellos lo solicitan, le entienden su problema y necesidades así como también los cuidados que le proporciona la enfermera satisfacen sus necesidades.

En la dimensión del cuidado seguro, la enfermera les explica los procedimientos que le realiza, los orienta y le brinda confianza durante la administración del tratamiento, además ellos les observan seguras cuando les está realizando un procedimiento.

En la dimensión del cuidado continuo, las enfermeras prestan atención las 24 horas, así como también les dedica el tiempo necesario para atenderlos. <sup>6</sup>

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Espinoza Herrera Magali Sujeli.** Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana, Lima- 2009. Resumen: La OMS considera la presencia de úlceras por presión como uno de los indicadores de calidad de atención de Unidad de Cuidados Críticos. No tenemos actualmente datos recientes de prevalencia de Úlceras por presión iatrogénicas (UPPI) en las Unidades de Cuidados Intensivos del País, por lo que este trabajo representa una gran contribución al conocimiento científico.

Se desarrolló el piloto de un estudio descriptivo de corte transversal con la finalidad de conocer la Presencia de UPPI en la UCI de la Clínica Angloamericana, así como la presencia de factores permanentes, variables: fisiopatológicos, derivados del tratamiento médico, y del cuidado de enfermería, cuya aplicación final se realizó entre los meses de Enero a Marzo del 2007.

Se halló una presencia del 20% de UPPI, de las cuales el 60% fue de I grado, el 40% se halló en mucosa oral. Estuvieron presentes en varones en el 60% de los casos y en pacientes que tuvieron entre 40 y 60 años en el 60% de los casos. Se determinó la presencia de IRA como principal motivo de ingreso a UCI, además se halló 68% de pacientes postrad

encontró en pacientes con sedo analgesia (2 casos de 5), con TET, SNG y Dren torácico. Enfermería valoró y actuó en el 92% de los casos asertivamente ante una UPPI.

Se concluye en la importancia de conocer la presencia de este indicador en cada servicio con la finalidad de realizar las mejoras permitientes para el bienestar de cada paciente. Conclusión: La presencia de UPPI en el Trabajo realizado muestra una frecuencia importante (20%). En cuanto a los factores de riesgo permanentes no se halló asociación entre UPPI y algún factor estudiado; ya que no se evidencia las UPPI en la población postrada; con edemas o alteración nutricional ya que por ser pacientes crónicos no tenían material de tratamiento y/o múltiples accesorios. En cuanto a los factores permanentes se encontró que 60% (60) de los pacientes que tuvieron UPPI fueron hombres y el 40% (40) fue mayor de 65 años. Las UPPI en el 20% (20) aparecían en el 2do y 3er día, 40% (8) y 60% (12) respectivamente; a pesar de los cuidados. En cuanto a los factores de riesgo variantes se encontró que los pacientes que presentaron UPPI, la mayor parte ingresó con 36 Diagnóstico de IR 80% (16), SICA 20% (4) y contaron con la presencia de TET 40% (8), SNG 40% (8), drenaje torácico 10% (2), parche post cateterismo cardiaco 10% (2) y monitoreo no invasivo principalmente.

- En cuanto a las indicaciones médicas se concluye que los pacientes en los que se utilizó más dispositivos por la boca y sedoanalgesia
- Las UPPI encontradas fueron de 1er y 2do grado, 60% (12) y 40% (8) respectivamente de 20% (20).<sup>7</sup>

**Tejada Cruz.,**Factores socio demográficos y su relación con la dimensión de la calidad de atención del cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue Tacna – 2012. Perú. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores sociodemográficos y su relación con la dimensión de la calidad de

atención del cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina del Ho Hipólito

Unanue. Este es un estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal, con una población conformada por 25 pacientes (100%) adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue. Para su ejecución se utilizó como instrumento un formulario tipo cuestionario con 18 ítems que evalúan las tres dimensiones de calidad como son técnica humana y entorno, con Escala de Lickert, la técnica fue la entrevista. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y para determinar la correlación de variables se hizo uso de la prueba exacta de Fisher. Los hallazgos más significativos se encontró cierta relación entre el factor sociodemográfico: tiempo de hospitalización con los de niveles de la dimensión de la calidad, en cuanto al sexo y la edad no se evidenció asociación significativa con el nivel de calidad. Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que: 1.- Los factores que se identificaron fueron: el sexo, la edad y el tiempo de hospitalización, donde el sexo masculino predomina en un (64%) sobre el femenino con (36%); respecto a la edad el (52%) se encuentra entre los 70 – 79 años, el (40%) oscila entre los 60 – 69 años, y un (8%) entre los 80 – 89 años; en relación al tiempo de hospitalización encontramos que el (56%) se encontraba en su 5 - 6 día de hospitalización, mientras que el 40% se encontraba en su (3 – 4 día de hospitalización) y un solo paciente (4%) estuvo en su (7 – 8 día de hospitalización).

2.- El nivel de la calidad de atención del cuidado del profesional de enfermería percibido por el paciente adulto mayor en el servicio de medicina del HHU, se caracteriza por ser de un nivel bajo con tendencia

a un nivel medio de calidad, refieren que las enfermeras realizan su accionar en forma mecánica, solo consideran el aspecto

procedimental, y devalúan los aspectos psicológicos y emocionales que son importantes para lograr una atención de calidad.

3.- Los niveles de calidad de atención del cuidado de enfermería en la dimensión técnica se caracteriza por considerarse de nivel medio, en cuanto a la dimensión humana se caracteriza por ser de un nivel bajo; y de la misma manera de acuerdo a la dimensión entorno se caracteriza por tener un nivel bajo con tendencia a un nivel medio, por lo tanto podríamos deducir que los cuidados que brinda la enfermera no son tan satisfactorios a opinión de los pacientes adultos mayores, por lo cual la enfermera tiene que capacitarse continuamente sobre el cuidado humanizado al paciente adulto mayor con el fin de mejorar la calidad en el cuidado de enfermería.

4.- Se encontró cierta relación con tiempo de hospitalización, cuanto al sexo y la edad no se evidenció asociación significativa con el nivel de calidad.<sup>8</sup>

**Chávez Torres Jesús Wilfredo** Incidencias de úlceras por presión en pacientes con enfermedad vascular cerebral en el servicio de medicina del hospital Ventanilla. Lima 2011. Resumen: El presente estudio de incidencia de úlceras por presión en pacientes con enfermedad vascular cerebral en el servicio de medicina del hospital de Ventanilla del 2011. Cuyo objetivo fue determinar la incidencia de úlceras por presión en pacientes con enfermedad cerebral vascular. El presente estudio por su profundidad es de diseño epidemiológico, tipo cuantitativo, método es

descriptivo de corte longitudinal porque lo que pretende es prestar los eventos temporales de una circunstancia determinada. La población estuvo conformada por los 36 pacientes que ingresaron por

enfermedad cerebral vascular (A.C.V .isquémico) durante los meses de febrero a mayo del 2011. Se empleó el diseño muestral no probabilístico por conveniencia. La técnica que se utilizó fue observación y como instrumento se aplicó una hoja de registro de datos en el momento de registro al servicio médico o como máximo dentro de las primeras 24 horas de su permanencia. Se llegó a la siguiente conclusión. En cuanto a las incidencias se encontró Que de 36 pacientes que se hospitalizaron en el servicio de medicina 29 pacientes desarrollaron algún grado de UPP, durante su permanencia en el servicio de medicina. Las UPP de grado II y grado IV son de mayor incidencia y las zonas más afectadas fueron los talones y la zona sacro cóxígea. El estudio se realizó a 36 pacientes entre las edades de 45 a 85 años de edad y se encontró un alto porcentaje de pacientes con riesgo medio y alto riesgo de úlceras por presión en relación a estudios anteriores donde se utilizó la escala de NORTON, resultado que nos permite establecer que el tipo de pacientes que actualmente se atiende en el servicio de medicina requiere una valoración y aplicación de un plan preventivo urgente para evitar la incidencia de las úlceras por presión. En cuanto a estancia hospitalarias podemos decir que a mayor estancia hospitalaria mayor incidencia a desarrollar úlceras por presión y esto queda corroborado en los resultados obtenidos en el gráfico cinco, grado de las úlceras según la estancia hospitalarias. Dentro de las complicaciones se ha observado que la mayoría de los pacientes independiente mente del grado del grado de úlceras manifestaron dolor siendo esta la complicación más frecuente, como la presencia de exudado purulento, hay que tener en cuenta que cuando ocurre una complicación esta se debe en gran parte por un inadecuado tratamiento y/o cuidado realizados por el personal de enfermería

**Conclusión:** En cuanto a la incidencia se encontró de que de 36 pacientes que se hospitalizaron en el servicio de medicina 29 pacientes desarrollaron algún grado de úlceras por presión. Durante su permanencia en el servicio de medicina.

- mite establecer que el tipo de pacientes que actualmente se atiende en el servicio de medicina requiere una valoración y aplicación dLas UPP de grado III Y GRADO IV son las de mayor incidencia y las zonas más afectadas fueron los talones y la zona sacro coxígea.
- El estudio se realizó entre las edades de 45 a 85 años de edad y se encontró un alto porcentaje de pacientes con riesgo medio y alto riesgo de úlcera por presión en relación a estudios anteriores donde se utilizó la escala de Norton, resultados que nos pere un plan preventivo urgente para evitar la incidencia de las úlceras por presión.
- En cuanto a la estancia hospitalaria podemos citar que a mayor estancia hospitalaria mayor incidencia a desarrollar úlceras por presión y esto queda corroborados en los resultados obtenidos en el grafico cinco.
- Dentro de las complicaciones se ha observado que la mayoría de los pacientes independientes del grado de úlceras manifestaron dolor siendo esta la complicación más frecuente, así como la presencia de exudado purulento, hay que tener en cuenta que cuando ocurre una complicación esta se debe en gran parte por un inadecuado tratamiento y/o cuidados realizados por el personal de enfermería.<sup>9</sup>
- **Amador Cuca Cenía Luz:** calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente en el servicio de medicina del hospital Santa María Del Socorro en los meses de enero a junio. Universidad Nacional San Luis Gonzaga Lima- Perú. 2011. Resumen: El propósito del estudio fue determinar la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente, ambos son

indicadores de calidad de atención de una institución hospitalaria. La calidad de atención que se otorga en un servicio y la satisfacción del usuario es fundamental en una organización, y se ve influenciada por diferentes factores. El concepto de calidad es una forma de pensar, sin embargo dado que se trata de un cambio muy importante, no puede improvisarse, requiere preparación y la mejor preparación consiste en adoptarlo como forma propia de la piel, lo cual se logra aprendiendo a hacer las propias actividades, a la primera vez y cumpliendo los requisitos a través de evaluaciones periódicas de la calidad de atención. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional, se utilizaron dos instrumentos, uno de los cuales fue aplicado al personal de enfermería y el otro a los pacientes adultos hospitalizados. Conclusión: Los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir que la investigación sobre la satisfacción de la calidad puede ser usada como una buena alternativa de evaluación para juzgar la calidad del cuidado de enfermería y complementarlas con otras metodologías de evaluación que permitan visualizar en forma global la evaluación de la calidad de la atención de enfermería. A través de esta investigación se contribuyó a la enfermería y en forma especial a la administración de la atención de enfermería, aportando información en relación a los conceptos de monitoreo de la calidad del cuidado, satisfacción del paciente relacionado con la calidad del cuidado, índices de cada uno de ellos, respectivamente y conceptos del paciente, los resultados de esta investigación aplicada en la población significa un marco de trabajo para el administrado de los servicios de enfermería, que le permitirá comprender y explicar la satisfacción del paciente relacionado con los cuidados de enfermería, además le ayudara a redefinir como trabajar con el personal de enfermería para otorgar calidad en el cuidado. Es importante mencionar que la institución donde se realizó el estudio cuenta con un índice de satisfacción de pacientes en

relación a la calidad del cuidado de enfermería y un índice de calidad del cuidado de enfermería.<sup>10</sup>

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que son una constante que desde el principio de la humanidad. Surge con carácter propio e independiente.

#### **✓ Primeros tiempos.**

Según indica Colliere, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

Desde la época de Homero y de Sócrates existe constancia de que se tenía en cuenta que el hecho de autocuidarse desde la perspectiva de la limpieza mantendría la vida y la prosperidad en una persona.

#### **✓ Edad Media**

El cristianismo y su organización tuvieron vínculos históricos importantes con las prácticas de cuidados de enfermería desde los monasterios a través de las órdenes religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa, con las cruzadas. Como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la Reconquista de Santos Lugares, surgió un movimiento organizado, que cristalizó con el

fenómeno histórico de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres tipos de figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero. La demanda de hospitales y sanitarios en las rutas seguidas por los cruzados propició la aparición de las Órdenes Militares dedicadas a la enfermería: los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Caballeros Teutónicos y los Caballeros de San Lázaro. En España, la primera institución destinada a acoger enfermos fue el Hospital del Obispo Masona, en Mérida, en el siglo VI, según Domínguez Alcón y el Diccionario Eclesiástico de España.

El llamado movimiento Beguino, constituido por «mujeres santas» que cuidaban enfermos, se diferencia dentro del entramado histórico-cristiano-caritativo ligado a los cuidados de enfermería fundamentalmente en que no asume los votos preceptivos de las órdenes religiosas.

#### ✓ **Edad Moderna**

Hasta el año 1500, la escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos institucionales: nodrizas (didas), parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

En el siglo XVI, la Reforma Protestante tuvo graves consecuencias para los cuidados de salud, debido a la supresión de las instituciones de caridad. La filosofía protestante indica que «no son necesarias las obras de caridad para obtener la salvación». Esto se traduce en un abandono de la consideración del cuidado de enfermería que continuaba existiendo en el ámbito católico. Los avances en otras ciencias, como el invento del microscopio, proporcionaron a todas las

hoy llamadas ciencias de la salud, incluida la enfermería, la posibilidad de procurar a las personas una mayor nivel de bienestar.

✓ **Edad Contemporánea**

Un póster de la Cruz Roja para reclutar enfermeras durante la Primera guerra mundial

Según Eileen Donahue Robinson, el libro Notas sobre la enfermería (Notes on Nursing), publicado por Florence Nightingale en 1859 tras sus experiencias en la guerra de Crimea, supuso «un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna». En 1860 se inauguró la Nightingale Training School for Nurses «Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras», la cual constituyó una institución educativa independiente financiada por la Fundación Nightingale. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería mediante programas específicos de formación y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extrahospitalarias, para el mantenimiento y prevención de la salud tanto del individuo como de las familias

✓ **Los cuidados de enfermería de hoy**

La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico.

Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional.

### **2.2.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS**

#### **Cuidados de enfermería.**

Conjunto de acciones basados en conocimiento científicos y principio bioéticos que brinda la enfermera o al adulto mayor que temporal o indefinidamente lo requiere para satisfacer sus necesidades en sus cuatro dimensiones biopsicosocial y espiritual.<sup>(16)</sup>

## **Escalas de valoración de riesgo de UPP.**

La identificación de los pacientes que potencialmente pueden padecer este problema a través de la valoración de los factores de riesgo de ulceración es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención. Una escala de valoración del riesgo de UPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP.

Las escalas de valoración del riesgo de presentar upp (evrupp) constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando por encima del propio juicio clínico. Uso sistemático aumentará la calidad de los cuidados que prestamos al enfermo. Como

norma general deberemos considerar a todos los pacientes que ingresan en nuestras unidades como de riesgo de padecer ulcera por presión, procediendo a confirmar o descartar este riesgo con la aplicación de una evrupp.

La valoración ha de realizarse inmediatamente al ingreso, y de forma periódica durante su estancia.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) indica que las escalas son un complemento al juicio clínico y no deben usarse de manera aislada, por lo que es a pesar de determinar un riesgo bajo, nuestra experiencia nos lo indica, deberán considerarse como de riesgo. Es preferible aplicar medidas de prevención a algún paciente sin riesgo que luego curar una ulcera ya que los costes son mayores.

La adopción de una escala por parte de los profesionales se basará en una valoración y argumentación científica que tenga en cuenta, los requisitos que debe exigirse a una evrupp ideal, estos son:

- Sensibilidad, concepto que define sus características para identificar adecuadamente a los pacientes que tienen la enfermedad entre todos los que tienen riesgo.
- Especificidad, que definirá si identifica a los pacientes que no tienen la enfermedad entre los que no tienen riesgo.
- Valor predictivo, definido de forma positivo, en cuántos pacientes detectados con riesgo entre el total que las desarrollan y como negativo, en cuántos pacientes sin upp, que fueron definidos como sin riesgo entre el total de lo que las han desarrollado.(16,17)

Escalas de valoración del riesgo, más importantes:

- Escala de Norton
- Escala de Braden
- Escala de Arnell
- Escala Nova 5
- Escala Emina
- Escala de Waterlow

### ESCALA DE NORTON MODIFICADA

nº	Estado físico general	Estado mental	Actividad	movilidad	incontinencia
1	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
2	Medio	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional
3	Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal
4	Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	encamado	Urinaria y fecal

Interpretación:

- 5 a 9: riesgo muy alto.
- 10 a 12: riesgo alto.
- 13 a 14: riesgo medio.
- Más de 14: riesgo mínimo o no riesgo.<sup>18</sup>

### ESCALA DE BRADEN

Ptos.	Percepción sensoria	Exposición a humedad	Actividad	movilidad	nutrición	Fricción/deslizamiento
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Camina ocasionalmente	Ligeramente limitada	adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	

Interpretación:

- Riesgo muy alto: Puntuación total menos de 9
- Alto riesgo: Puntuación total 10-12
- Riesgo moderado: Puntuación total 13-14
- Riesgo leve: Puntuación total 15-18
- Sin Riesgo: Puntuación total 19-23

### Cuidados específicos

#### Piel:

- Examine el estado de la piel al menos una vez al día.
- Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca:
- Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.

- Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción.
- No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (colonias, etc.).
- Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Aplique ácidos grasos hiperoxigenados dos veces al día en las zonas de riesgo de desarrollo de UPP, especialmente en la zona occipital en niños pequeños.
- No realice masajes directamente sobre prominencias óseas.
- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de aparición de nuevas lesiones (recurrencia).<sup>(19,20)</sup>

#### **Exceso de humedad:**

- Valore y trate los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
- Cambie con frecuencia el pañal y utilice si es necesario productos barrera que no contengan alcohol y que protegen contra exudados y adhesivos.

#### **Movilización:**

Cambios posturales:

- Se realizarán cada 2-4 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión.
- Seguirán un orden rotatorio.
- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 minutos.
- No arrastrar al paciente.

- Mantener la alineación corporal, distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí
- Evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral directamente.
- Si es necesario elevar la cabeza de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo y si es posible no pasar de 30°, ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de UPP.
- No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni occipital.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir UPP yatrogénicas.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.
- Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.
- Se considera necesario utilizar un colchón reductor de presión en aquellos casos de alto riesgo y si fuera posible se haría extensivo su uso a los casos de riesgo moderado.

### **Posiciones de cambios posturales:**

Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

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

- Una debajo de la cabeza.

- Una debajo de los gemelos.
- Una manteniendo la posición de la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional)

No se debe producir presión sobre: Talones, cóccix, sacro, escápulas y codos.

- Precauciones

Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada – evitando la hiperextensión-, codos estirados y manos en ligera flexión.

Las piernas deben quedar ligeramente separadas.

Si la cabecera de la cama debe de elevarse, debe de procurarse que no exceda de 30°.

Evitar la rotación del trocánter, colocando una almohada pequeña en la parte externa del muslo.

Evitar la flexión plantar del pie.

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

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otro el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.

No se debe producir presión sobre: Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maleolos.

### Precauciones

La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60°.

Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra.

Los pies formando ángulo recto con la pierna.

Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

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

- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.
- Una debajo de los pies.

No se debe producir presión sobre: Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

- Precauciones

La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme.

No se permitirá la situación inestable del tórax.

Se utilizará un sillón adecuado con respaldo un poco inclinado.

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

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

#### Precauciones

Quedarán libre de presión los dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas.

Los brazos se colocarán en flexión.

### **Medios Complementarios**

Van a reducir considerablemente la presión, y nos van a servir para prevención de las UPP pero por sí solos no son suficientes y no son sustitutos de las movilizaciones

- a) dispositivos de apoyo
- b) protección de talones
- c) movilizaciones pasivas y/o activas

Dispositivos de apoyo:

- a) Colchón antiescaras ,colchón hinchable alternante, colchón de aire, de agua, colchón de latex,colchón de espuma
- b) Almohadas o cojines, soporte textil antidecúbito

Protección de talones:

- Comprobar el estado de la piel, espacios interdigitales, tobillos, uñas.
- Higiene: lavado-secado-hidratación con vaselina y/o apósitos preventivos.
- Utilizaremos materiales naturales (algodón y venda de hilo) porque van a facilitar la transpiración cutánea. No utilizar vendas compresivas. El vendaje debe ser circular, no compresivo. Vigilancia

y reemplazamiento ante cualquier signo de humedad o suciedad. Se efectuará cuanto antes posible y a todos los pacientes ingresados que permanecen en alto riesgo según la escala de valoración.

- Respeto anatómico, procurando evitar pie equino.
- Revisar cada 48-72 horas, dependiendo si existe o no úlcera.
- Colocación de U si tiene úlcera, en cuyo caso se revisará cada 48 h, incluso cada 24 h si el tratamiento lo requiere como es el caso de úlceras en grado III y P si es de prevención, revisándolo cada 72 h, seguida de la fecha en la que se hace la protección.

#### Movilizaciones Pasivas y/o Activas

Aumentan el tono vascular cutáneo y vascular.

Se realizarán cuando el paciente esté en decúbito supino, movilizándolo hombros, codos, y muñecas, caderas, rodillas y tobillos.

Se aprovechará la hora del baño para realizarlos e hidratar la piel, y una vez por turno.

#### **Nutrición**

La alteración de nutrición por defecto o exceso influirá en la aparición de UPP, su conocimiento nos ayudará a promover hábitos dietéticos.

Actuaciones:

- Anotar comidas que toma para realizar control dietético.
- Control de peso periódico.
- Realizar actividad diaria y programa de ejercicios, de acuerdo a sus posibilidades.
- Establecer dieta que cubra aporte protéico/hídrico adecuado a sus necesidades respetando preferencias alimentarias.
- Si es preciso incluir suplementos ricos en proteínas y calorías.

- Ofrecer frecuentes comidas con poca cantidad.
- Suplementos multivitamínicos que contengan vitaminas del grupo A, C y E.
- Deben darse alimentos que mantengan las heces en una consistencia normal o ligeramente firme para evitar defecación involuntaria.
- Evitar alimentos que formen gas o que causen diarrea.(18,19,20)

### 2.2.3. LAS ÚLCERA POR PRESIÓN

#### ❖ Definición.

El National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), grupo de experto en la prevención y tratamiento de úlceras por presión, redefinió recientemente una úlceras por presión como lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, normalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o presión en combinación con fuerzas de cizallamiento y / o fricción (1).

Este término designa la destrucción de tejido que ocurre cuando se restringe la irrigación sanguínea en una zona, debido a presión excesiva o prolongada. Aparecen como consecuencia de una compresión continua en alguna parte del cuerpo, que ocasionan lesión vascular y como consecuencia isquémica y como consecuencia isquémica; se ha demostrado que para que se produzca una úlcera es más decisiva la permanencia de la presión, que la intensidad de la misma. Se puede prevenir su surgimiento si se identifican los pacientes de alto riesgo y se instauran medidas preventivas, adecuadas y correctas, que son fácilmente aplicables si la enfermera conoce la etiología<sup>(4)</sup>.

**Etiología. Esta dada por tres mecanismos:**

**a.- Presión.** Es la fuerza que se ejerce de manera perpendicular a la piel como consecuencia de un padecimiento grave que provoca inmovilidad del

paciente, lo que a su vez causa compresión tisular, entre dos planos, uno del propio cuerpo del paciente y otro extremo a el, por ejemplo, sillón, cama, sondas y otros objetos.

**b.- Fricción.** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel y produce roces por movimientos o arrastres.

**c.- fuerza externa de oclusión vascular.** Se forma por la combinación de los efectos de presión y fricción.

La compresión de los tejidos ocluye la irrigación, provoca hipoxia y, de no corregirse, provoca isquemia en esa zona; la isltadouemia de la membrana capilar aumenta la probabilidad con la consiguiente vasodilatación, extravasación e infiltración celular. de esta forma un proceso inflamatorio activo da como resultado hiperemia reactiva, que es reversible si se reduce completamente y se permite la perfusión de los tejidos y la eliminación de los productos de desechos. No obstante, si no se disminuye o elimina la presión, se produce isquemia local intensa en los tejidos, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, las cuales son irreversibles y desembocan en necrosis y ulceración.

Las úlceras por presión normalmente aparecen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias óseas; los sitios más susceptibles por orden de frecuencia son: sacro, talones, maléolos externos, glúteos, trocánteres, omóplato, isquion, occipucio,

codos, cresta iliaca, orejas, cara interna de rodillas, maléolos internos y bordes laterales de los pies.<sup>(4)</sup>

**Factores predisponentes.** Están los fisiológicos, derivados del tratamiento, situacionales y del desarrollo:

**1. Los fisiológicos.** Aparecen como consecuencia de diferentes problemas de salud como lesiones cutáneas (edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad). Entre los principales podemos mencionar:

- a) Alteraciones en el transporte de oxígeno. Trastornos cardiovasculares, vasculares periféricos y estasis venosa.
- b) Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso). Delgadez, desnutrición obesidad, hipoproteinemia, deshidratación. Los estados de mala nutrición retardan en general la cicatrización de las heridas, el déficit de vitamina C ocasiona alteraciones en la síntesis del colágeno. Además los oligoelementos, como el hierro, el cobre y el cinc, son necesarios para la correcta síntesis del colágeno.
- c) Trastornos inmunitarios. Cáncer, infección.
- d) Alteración de la conciencia. Estupor, confusión, coma.
- e) Deficiencias motoras. Paresia, parálisis.
- f) Deficiencias sensoriales. Pérdida de la percepción del dolor
- g) Alteraciones de la eliminación. (urinaria/intestinal) La humedad provoca por la incontinencia, ya sea urinaria o fecal, la sudoración debida a la hipertermia y las secreciones favorecen la maceración de la piel, con el consiguiente riesgo de que se erosione y origine una infección cutánea.

**2. Derivados del tratamiento.** Estos problemas son consecuencia de algunas terapéuticas o procedimientos diagnósticos:

- a) Inmovilidad impuesta. Derivadas de los procedimientos terapéuticos (dispositivos o aparatos como, respiradores, catéteres, sondas y elementos de tracción).
- b) Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora. Radioterapia, corticoides, citostáticos.

**3. Situacionales.** Modificaciones de las condiciones personales, ambientales y de los hábitos:

- a) Inmovilidad relacionada con dolor, fatiga y estrés.
- b) Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama y objetos que ocasionan rozamiento.

**4. Del desarrollo.** Se relacionan con el proceso de maduración.

- a) Lactantes. Padecen exantema por el pañal
- b) Adulto mayor. Por pérdida de la elasticidad de la piel, movilidad restringida y piel seca.(4)

### **Estadíos de las úlceras por presión**

- Estadio I, Eritema cutáneo que no palidece, con la piel intacta, en las personas de piel oscura hemos de observar la presencia de edema, induración, decoloración y calor local.
- Estadio II, Pérdida parcial del grosor de la piel afectada a la epidermis, a la dermis o a ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III, Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

- Estadio IV, Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.)

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayecto sinuosos <sup>(2)</sup>

### **Complicaciones de las úlceras por presión**

Infección, formación de abscesos, tunelizaciones, socavamiento, celulitis, osteomielitis e invasión a tejidos circundantes, dolor en el interior de la lesión y perilesional, infestaciones por larvas (miasis), fístulas.

**Infección,** En todas las heridas existe contaminación, es decir, en su interior hay presencia de microorganismos, que no proliferan. En la colonización, sí se presenta proliferación de los microorganismos que se encuentran presentes en el lecho de la herida, mientras el número de microorganismos no sea excesivo, no interfiere en el proceso de cicatrización. En la contaminación y en la colonización, mientras en esta última, no exista proliferación excesiva de microorganismos, no se produce daño tisular y no se interrumpe la cicatrización. Los signos clínicos clásicos de infección son los siguientes; dolor creciente en la úlcera, eritema, edema, tumor, calor y exudado purulento. Identificar la infección, en las úlceras por presión no es fácil, las heridas crónicas no presentan los signos clásicos, arriba mencionados, se modifica su curso, por diversos factores; edad avanzada, diabetes, alteración de la perfusión tisular y de la oxigenación, disminución de la inmunocompetencia y consumo de fármacos antiinflamatorios. Para identificar la infección, es necesario buscar otro tipo de indicadores más complejos, los cuales fueron desarrollados por investigadores de la Universidad de Iowa. (Frantz )

2006. Los signos y síntomas clínicos clásicos, para detectar la infección, son 5; dolor en el sitio de la lesión, eritema, edema, calor y exudado purulento, los criterios complementarios, recientemente desarrollados son 7; exudado seroso, retraso en la cicatrización de la lesión, tejido de granulación discrómico, tejido de granulación friable, base de la herida purulenta, olor fétido y ruptura. Los investigadores encontraron que los signos de infección más complejos son mejores indicadores, el retraso en la cicatrización de la herida, es el más eficaz. Una vez que se confirma clínicamente la infección, es necesario aislar al microorganismo causante.

La INFECCIÓN se debe confirmar realizando un cultivo de la lesión, una colonización mayor a 100 000 colonias por gramo de tejido ratifica la infección. Sí la infección progresa, pueden desarrollarse osteomielitis, infección del tejido óseo subyacente, clínicamente se manifiesta, por malestar general, e incremento de la leucocitosis, el diagnóstico se puede hacer por medio de rayos x, pero se requiere, que exista destrucción del 40 al 50% del tejido óseo, para poder observar la lesión. los estudios de elección, para hacer el diagnóstico, son la resonancia magnética, y la biopsia, que tienen una sensibilidad del 90 al 100%. otra complicación local de las úlceras por presión, es la celulitis, inflamación del tejido conectivo subcutáneo y la capa profunda de la dermis, se manifiesta por hiperemia localizada, edema, aumento de la temperatura local, dolor, y puede acompañarse de fiebre. es una complicación muy grave, que puede progresar rápidamente hacia la bacteriemia, presencia de bacterias en sangre, se manifiesta por ataque el estado general, fiebre, leucocitosis, vómito y cambios súbitos en el estado mental, para hacer el diagnóstico se requiere de un hemocultivo, la sepsis, es la

respuesta inflamatoria sistémica a una infección, es un síndrome causado por el propio organismo, al responder a la infección, no se debe a la presencia de microorganismos en sí, sino a la actividad del sistema inmunológico, que libera sustancias que ponen en marcha el síndrome. Se caracteriza por fiebre o hipertermia, hiperventilación, escalofríos, temblor, piel caliente, erupción cutánea, taquicardia, confusión o delirio, disminución del gasto urinario. En los exámenes de laboratorio se reportan, leucocitosis o leucopenia, plaquetopenia, acidosis metabólica, disminución de los niveles de Proteína C Reactiva, elevación de la Procalcitonina, las pruebas de función renal se

Encuentran alteradas, y en el frotis sanguíneo se encuentran hemólisis y presencia de abundantes glóbulos blancos inmaduros. Después de la sepsis sobreviene fácilmente la muerte.

Existe otro concepto reciente, relacionado con la infección de las úlceras por

presión, denominado biofilm o biopelícula bacteriana, se refiere a una comunidad de bacterias adheridas a la superficie de la herida, y adheridas entre sí, por medio de la Sustancia Polimérica Extracelular SPE, puede estar formado por una sola capa de bacterias, situados sobre la superficie de la herida, o una serie de capas, que se agrupan formando auténticas “ciudades microbianas” que cronifican las heridas y retrasan su cicatrización. El Biofilm, se desarrolla al adherirse las bacterias a la superficie de la herida, y comenzar a reproducirse, las bacterias hijas, se colocan alrededor del sitio de unión, hasta que forman una colonia, y comienzan a secretar la Sustancia Polimérica Extracelular, que constituye la matriz del Biofilm, las colonias de microorganismos, forman estructuras semejantes a setas, con canales entre ellas, que permiten el flujo de agua, nutrientes y oxígeno, para garantizar su supervivencia.

Finalmente, de la matriz del biofilm se liberan algunas bacterias, para formar más colonias. Verdú Soriano (2010). El biofilm, se desarrolla hasta en el 80% de las heridas crónicas, es más resistente a los antibióticos, y a la fagocitosis, y prolongan la fase inflamatoria en la lesión, evitando la cicatrización. En caso de sospecha de infección, es importante, confirmarla mediante un cultivo, e identificar el microorganismo causante de la misma, para establecer el tratamiento, el Centro para la Prevención y el Control de la Enfermedad de los Estados Unidos de Norteamérica, recomienda algunos métodos para lograr dicho objetivo.(7.8.9)

**Aspiración percutánea,** Es sencillo y fácil de llevar a cabo, en el caso de las úlceras por presión, se realiza de la siguiente manera, después de desinfectar la piel perilesional con Yodopolividona, al 7.5% se realiza una punción con una jeringa de 10 ml, conectada a una aguja calibre 22, y cargada con 0.5 mililitros de solución salina al 0.9%, la aguja, se introduce a través de la piel integra que rodea la herida, manteniéndola inclinada a 45 grados, una vez que se rebasa el borde de la herida, se aspira el exudado de la misma, posteriormente se coloca el contenido de la jeringa, en un medio de cultivo, al que previamente se le limpio el tapón de goma con Yodopolividona, el material aspirado, se introduce (se inyacta), en el medio de cultivo, sin necesidad de retirar el tapón de goma. La fiabilidad de este método no ha sido totalmente demostrada.

**Biopsia tisular,** Es el método de elección por su alta efectividad diagnóstica, sin embargo, las muestras deben ser tomadas por personal capacitado.

**Frotis de la lesión,** A pesar de su uso tan extendido, tiene varios

inconvenientes, uno de ellos, es que todas las heridas están colonizadas, y al tomar el frotis de la superficie de la lesión, es posible que únicamente se detecten los microorganismos superficiales, y no al verdadero microorganismo infectante.

Para disminuir este riesgo, se debe limpiar la herida previamente con solución salina al 0.9%, después dar vueltas sobre la herida con un hisopo, ejerciendo presión suficiente, para extraer el exudado. Finalmente se

siembra el material obtenido en un medio de cultivo. Este método cada día se utiliza menos, son más efectivos los dos métodos mencionados anteriormente.

Existen otras complicaciones, de las úlceras por presión que únicamente mencionaremos; anemia, hipoalbúminemia, amiloidosis, pseudoaneurismas, artritis séptica, carcinoma escamoso, complicaciones derivadas del uso de antisépticos tópicos.<sup>(9,10)</sup>

### **Tratamiento de las úlceras por presión**

El tratamiento de las úlceras por presión, deberá ser integral, y en él, participará el equipo multidisciplinario de salud, tanto en pacientes, con riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión, como en aquellos que ya las presentan. Antes de iniciar cualquier tratamiento, se debe valorar globalmente al paciente y no concentrarse únicamente en las úlceras por presión. Es fundamental el manejo de las múltiples patologías que puede presentar el anciano, y los factores de riesgo.

Se debe iniciar por, la historia clínica, y una exploración física completa, valorando además, los aspectos; mental, psicológico, económico y social del paciente. Identificar la problemática de los pacientes, permite emprender las acciones preventivas adecuadas y oportunas, para evitar que aparezca la lesión, y limitar el daño, si la lesión ya existe.

Se debe prestar atención especial a los factores de riesgo que favorecen el

desarrollo de las úlceras por presión; inmovilidad, incontinencia, trastornos de la nutrición, alteraciones del estado de conciencia, presencia de enfermedades que interfieren en la cicatrización, trastornos

cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, inmunológicos, neoplasias, tabaquismo, alcoholismo y la ingesta de fármacos, y buscar intencionadamente, las complicaciones de las úlceras por presión; amiloidosis, endocarditis, meningitis, artritis séptica, pseudoaneurismas, abscesos, trayectos fistulosos, carcinoma de células escamosas, infestación por larvas o parásitos, osteomielitis, celulitis, bacteriemia, sepsis y las complicaciones derivadas del tratamiento tópico... Una vez detectados, los factores de riesgo, y las patologías implicadas en el desarrollo de las úlceras por presión, el equipo multidisciplinario, deberá actuar, para resolver la problemática detectada.(11)

### **Valoración nutricional.**

Se lleva a cabo, con la finalidad de asegurar, que el paciente reciba los nutrientes necesarios, para evitar el desarrollo de las úlceras por presión y favorecer su cicatrización. Se debe tomar en cuenta, que la presencia, de una úlcera por presión, es un indicador absoluto, de desnutrición, algunos autores afirman, que el estadio de la úlcera por presión, es inversamente proporcional a la gravedad del déficit

nutricional, sobretodo, sí el déficit nutricio, se caracteriza por carencia de proteínas. Se debe realizar, una escala de valoración nutricional, como la Mini Evaluación Nutricional MNA, que nos indique cuáles son las causas de malnutrición en el anciano. Para lograr un balance nitrogenado positivo, en el anciano, se recomienda, el siguiente, aporte nutricional: 30 a 35 calorías por kilogramo/peso/día. 1.25 a 2.0 gramos de proteínas por kilogramo de peso por día.

Vitamina C 100 a 300 miligramos por día. Sulfato de Zinc 220 miligramos dos

veces al día. Hierro. Ácido Fólico. Vitamina B12. Aporte hídrico 30 mililitros por kilogramo de peso por día. Tomando en cuenta, que generalmente los ancianos necesitan más aporte proteico que los jóvenes. Siendo necesaria la monitorización, repetida de los valores de albúmina sérica, proteínas totales y linfocitos totales, indicadores específicos de desnutrición. Se debe tomar en cuenta, que la deshidratación, produce falsos aumentos en los valores de laboratorio, los valores después de haber hidratado al paciente son más confiables. Un anciano, puede tener su estado nutricional comprometido, bastante antes, de que aparezcan los signos físicos de desnutrición.

La pérdida de peso, considerada el indicio fundamental del deterioro nutricional, es generalmente, un signo que aparece tardíamente. Los signos clínicos de desnutrición crónica, como son, la disminución de la turgencia de la piel, la sequedad y la descamación de la misma, incrementan el riesgo de desarrollar úlceras por presión y condicionan a lesiones dérmicas por fricción y cizallamiento. Un especialista, deberá calcular los requerimientos nutricionales del enfermo, y determinar sí la ingesta de nutrientes, es suficiente para satisfacer sus necesidades corporales, debe realizarse una valoración nutricional incluso sí los ancianos presentan una apariencia sana, para detectar precozmente los problemas de

desnutrición, y otorgar, al paciente los nutrientes necesarios para evitar el desarrollo de las úlceras por presión y favorecer su cicatrización.

### **Valoración del dolor**

El dolor se encuentra presente, en la mayoría de las úlceras por presión, y es el resultado de la combinación de dos tipos de dolor, el nociceptivo provocado por la lesión tisular, y el neuropático, causado por daño al tejido nervioso periférico en la zona de la herida. El dolor disminuye la calidad de vida del paciente, cuando es intenso, provoca severas repercusiones físicas y psicológicas. Los profesionales sanitarios deben tener una sensibilidad especial por el sufrimiento que las úlceras por presión provocan en sus pacientes, y tomar en cuenta que, el dolor es subjetivo, y nadie mejor que el paciente sabe sí le duele , y cuánto le duele, por lo tanto, siempre se tiene que contar con el paciente para hacer la valoración del dolor, y tomar en cuenta, que ninguno de los signos físicos como; el aumento de la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria, o los cambios en la expresión facial, tienen relación directa con la magnitud del dolor experimentado por el paciente. No deberá de considerarse que porque un paciente no se puede expresar o reaccionar ante el dolor, éste no existe. En la actualidad, se dispone de múltiples escalas de valoración del dolor, que nos permiten detectar, la presencia y la intensidad del mismo, una de las más usadas, es la Escala Visual Analógica del dolor, sencilla y fácil de aplicar. Una vez que se determinen la presencia del dolor y su intensidad, este deberá ser tratado por un especialista en dolor.(13,14)

### **Valoración de la humedad**

Tanto la incontinencia urinaria, como la incontinencia fecal, o la combinación de ambas, se encuentran estrechamente relacionadas a las úlceras por presión. Se les considera un importante factor de riesgo, en el desarrollo y cronicidad de las úlceras por presión. Todas las escalas de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión, incluyen a la incontinencia, como un significativo factor de riesgo. Se debe tratar la causa, que condiciona la incontinencia urinaria o fecal, en el que deberá participar el equipo multidisciplinario. Se debe proteger la piel del paciente de la humedad y la irritación que producen la incontinencia urinaria y fecal. Los pañales deberán cambiarse inmediatamente después del evento de incontinencia, ya que su permanencia, prolonga la humedad y el efecto irritativo en la piel.(15)

### **Tratamiento de la inmovilidad y anti – presión aditamentos**

Se deberá elaborar un plan de rehabilitación temprana que ayude a mejorar la movilidad y la actividad del paciente. Y un plan de cambios posturales, de acuerdo a las necesidades del paciente de manera individualizada, se sugiere cada 2 horas en pacientes encamados, siguiendo una rotación programada, en pacientes en silla de ruedas, la movilización se llevará a cabo cada hora. Si es posible, y el paciente es autónomo, se le debe enseñar a movilizarse cada 15 minutos. En pacientes en etapa terminal o con gran ataque al estado general, la movilización deberá realizarse cada hora o menos. Se debe mantener la alineación de los segmentos corporales, y se deben distribuir el peso y el equilibrio. Mantener la cabecera de la cama en el menor grado de elevación. Evitar colocar a los pacientes sobre una úlcera por presión. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. Evitar las fuerzas de fricción y

cizallamiento, evitando jalar al paciente de los hombros para reposicionarlo en su cama, en este caso debe usarse la sábana clínica, o grúas mecánicas. Cuando se coloque al paciente, en decúbito lateral, este no deberá rebasar los 30 grados. La ropa de cama debe

estar perfectamente extendida, sin arrugas y libres de cualquier cuerpo extraño.

Es importante, el uso de aditamentos anti - presión y protecciones locales. Las superficies de apoyo, o superficies de control de la carga tisular, son los medios terapéuticos principales para controlar la presión, están disponibles en varios tamaños y formas, para utilizarse en las camas, las sillas, las mesas de exploración y las mesas de quirófano, la correcta superficie de apoyo intensifica la curación de las úlceras por presión y ayuda a prevenir su desarrollo. Las características con las que debe contar un dispositivo anti – presión ideal, son las siguientes; Que anule la presión sobre las prominencias óseas. Aumente la superficie de apoyo redistribuyendo el peso corporal. No retenga la humedad para evitar la maceración de la piel. Elimine la fricción. Elimine las fuerzas de cizallamiento. Confortable para el paciente y que no le provoque dolor. Que facilite la movilización del paciente al equipo asistencial. Fácil de usar y limpiar, y que tenga buena relación costo – efectividad.

Desde luego, el dispositivo anti – presión ideal NO EXISTE, el uso de dispositivos o superficies anti - presión, es fundamental para la prevención las úlceras por presión, y en aquellos pacientes que aún no las desarrollan. El objetivo de los dispositivos anti –presión es disminuir o anular la presión, sobre las prominencias óseas. Los dispositivos anti – presión se dividen en dos tipos, estáticos y dinámicos. Los estáticos son aquellos que no se mueven, entre los más usados se cuentan; la zalea de borrego, los colchones de hule espuma de huevera, y los colchones de agua. Los dinámicos, están

accionados con electricidad, los más comúnmente usados son los colchones de aire alternante, la colchoneta de aire alternante y el más efectivo, que, es el colchón aerofluidizado aunque su uso aún no está muy extendido. Su uso está indicado tanto para pacientes que ya presentan úlceras por presión, como en aquellos que aún no las desarrollan.(12)

**Zalea de borrego**, su uso está muy difundido entre la población en general. Actúa disminuyendo la presión a nivel de las prominencias óseas, permite el paso del aire entre la zalea y la piel del paciente, con lo que se mantiene la piel libre de humedad. Disminuye la presión sobre las prominencias óseas, pero NO la anula, por lo que los cambios de posición del paciente continúan siendo necesarios. Las desventajas de su uso son; precisamente que no anula la presión sobre las prominencias óseas, se requiere de varias zaleas para cubrir la totalidad de la piel que está expuesta a la presión, deben lavarse continuamente, debido a que en ella se acumulan malos olores y puede ser fuente de infecciones. La lana del borrego, provoca irritación y ocasiona prurito en la piel del paciente, lo que puede dar inicio a una úlcera por presión, el rascado por parte del paciente para tratar de aliviar el prurito también puede ser el portal de inicio de una úlcera por presión.

**Colchón de hule espuma de huevera**, es un colchón de tamaño individual, que tiene la forma de un recipiente para empacar huevos, es de hule espuma no comprimido. Actúa disminuyendo la presión a nivel de las prominencias óseas y permite que circule el aire entre el colchón y la piel del paciente, con lo que mantiene la piel libre de humedad. La mayoría de los pacientes se queja de que genera mucho calor y produce sudoración excesiva. Son delgados y fáciles de lavar, pero con el peso del cuerpo, van perdiendo su forma

original, y es necesario reemplazarlos continuamente. Absorbe olores, y no debe cubrirse, el paciente deberá estar colocado por encima de él. El que no anule la presión sobre las prominencias óseas, obliga al cambio frecuente de posición del paciente. Para que los colchones de hule espuma de huevera sean adecuados, deberán tener por lo menos 7,5 centímetros de espesor.

**Colchón de agua,** Son de tamaño individual, actúa disminuyendo la presión

sobre las prominencias óseas, redistribuye el peso del paciente, los movimientos respiratorios del paciente se transmiten al agua contenida en su interior, que al moverse, masajea la piel del paciente y estimula la circulación sanguínea. Debe llenarse en la cama del paciente, con 150 litros de agua, el agua debe estar a la temperatura ambiente, el agua caliente deforma el colchón, y no es necesario cambiar el agua. La manera de saber, si la cantidad de agua que contiene el colchón es la adecuada, es introduciendo la mano extendida, con la palma hacia la espalda del paciente y los dedos rectos, a nivel del sacro. Si la mano entra y sale sin dificultad, la cantidad de agua es la adecuada, una mayor cantidad de agua, eleva la presión sobre las prominencias óseas, y puede provocar que se separen sus sitios de unión del colchón. Se puede vulcanizar en caso de que se pinche. Las desventajas son, que no anula la presión y debe movilizarse al paciente continuamente, provoca sensación de vértigo y si el ambiente está frío puede provocar hipotermia. El paciente no se puede sentar. Los dispositivos anti presión dinámicos más usados son los siguientes.

**Colchón de aire alternante,** actúa llenando y vaciando celdas de aire, cada 5 a 20 minutos, con lo que desplaza continuamente los

puntos de presión, creando períodos en los que se alivia la presión casi por completo. Este colchón, es de tamaño individual, cuenta con una compresora y tubos para ingresar y vaciar el aire de las celdillas, se activa por medio de electricidad. En la actualidad no son ruidosos y tienen sensores conectados a un ordenador, lo que les permite adaptarse a los distintos pesos de los pacientes. Elimina la fricción y las fuerzas de cizalla, aumenta la superficie de apoyo al distribuir el peso del cuerpo y activan la circulación. Presenta una buena relación costo/beneficio, su manejo y mantenimiento es sencillo, fácil de limpiar, no se mancha, ni adquiere malos olores. Se puede colocar una sábana encima del colchón. Favorece y acorta el tiempo de curación de las úlceras por presión, y previene su formación.

**Colchoneta de aire alternante**, funciona de manera similar al colchón de aire, se presenta en una pequeña caja que incluye la colchoneta plegada, los tubos de conexión, el compresor, y un juego de parches para vulcanizarlo en caso de probables pinchazos. Pesa 2.5 kg., alterna el aire cada 5 minutos, mide 190 por 90 cm., fabricada de vinilo, lo que genera calor y sudoración excesiva, por lo que debe colocarse encima una sábana, no cuenta con sensores ni ordenador para distribuir el peso corporal. Anula la presión sobre las prominencias óseas, es de uso doméstico, funciona con electricidad, no se mancha ni retiene malos olores, fácil de limpiar, buena relación costo beneficio. Favorece y acorta el tiempo de curación de las úlceras por presión y también las previene.

**Colchón aerofluidizado**, Contiene microesferas de cerámica cubiertas de silicón, que se encuentran en su interior, contiene además un filtro, a través del cual pasa el aire, que circula entre las microesferas,

logrando que las mismas, se encuentren en continuo movimiento, con lo que el paciente se encuentra flotando.

Anula totalmente la presión sobre las prominencias óseas, por lo que, no son

necesarios los cambios de posición del paciente. También anulan el riesgo de desarrollar úlceras por presión, y el tiempo de curación de las mismas se reduce de manera impresionante. Funciona con electricidad, únicamente debe apagarse cuando se le alimenta al paciente o se cambia en pañal. Su precio es muy elevado y no todo mundo acceso a comprarlos. Está contraindicado totalmente el uso de donas, flotadores o cojines en forma de

anillo, en el tratamiento de las úlceras por presión, debido a que dichos aditamentos, concentran la presión sobre la zona corporal que queda en contacto con ellos, provocando mayor isquemia, lo que facilita la aparición de las úlceras por presión. Está contraindicado, también el uso de almohadillas que contengan en su interior semillas o alpiste, son muy pesadas, incrementan la presión sobre las prominencias óseas, y al frotarse entre ellas mismas, se desprende su cáscara, lo que puede lesionar la piel del paciente, y ser la vía de inicio de una úlcera por presión.(12)

### **Tratamiento local de las úlceras por presión**

En la actualidad, en muchas instituciones de salud, se siguen utilizando métodos arcaicos, para la curación de las úlceras por presión, esto se debe, a que las tácticas, para la curación de las heridas, han sido adquiridas a

través de los años, por medio, de la transmisión oral. Basarse en las experiencias de terceras personas, ha hecho, que el tratamiento de las úlceras por presión, tenga una sólida base empírica, pero no, una base científica. Sí queremos alcanzar el éxito en el tratamiento de las úlceras por presión, debemos apoyarnos en evidencias científicas.

Por lo tanto, es necesario combatir el uso de métodos y materiales tradicionales, que solamente prolongan el sufrimiento del paciente, elevan los costos económicos y asistenciales, favorecen la aparición de las complicaciones de las heridas y no favorecen la cicatrización. Es necesario, conocer y saber utilizar los métodos y productos que existen, en la actualidad para favorecer y facilitar la cicatrización de las úlceras por presión. Antes de realizar la curación de las úlceras por presión, es necesario conocer la cascada de eventos celulares, metabólicos y humorales, que ocurren durante, el proceso de cicatrización.

En relación, a los antisépticos tópicos, hasta la fecha no existe ningún estudio, que haya demostrado, que disminuyan la carga bacteriana en el lecho de la herida, son citóxicos, lesionan el tejido de granulación y pueden provocar efectos adversos a nivel sistémico, por lo que es necesario, retirarlos inmediatamente después de su aplicación, limpiando y aclarando con solución salina al 0.9%, el lecho de la herida.

**La povidona yodada**, a nivel sistémico, provoca reacciones de hipersensibilidad, toxicidad sistémica, hipernatremia y alteraciones tiroideas. A nivel del lecho de la herida, es citotóxica, altera la migración tisular al lecho de la herida, (inhibiendo la fase inflamatoria de la cicatrización), e inhibe la actividad de los queratinocitos y los fibroblastos (retrasando la fase de maduración o remodelación), e inhibe la actividad de los macrófagos, evitando el desbridamiento autolítico de la herida, lo que altera completamente el proceso de cicatrización, se inactiva en presencia de material orgánico; sangre, grasa o pus elementos frecuentemente presentes en las heridas.

**El peróxido de hidrógeno, o agua oxigenada**, favorece la limpieza de la herida y el desbridamiento. Al momento de su aplicación, en el

lecho de la herida, se separan las moléculas de oxígeno e hidrógeno, y se desprenden burbujas, que provocan que se separen las fibras del tejido necrótico adheridas al lecho de la herida, facilitando su desbridamiento. Por lo que no debe usarse en heridas limpias, o en fase de granulación, debido, a que se desprende el tejido de granulación y se retrasa la fase de remodelación de la cicatrización.

**El ácido acético, o vinagre,** es útil únicamente contra las pseudomonas, es tóxico para los fibroblastos, por lo que inhibe la fase de remodelación de la cicatrización.

**La violeta de genciana,** no tiene ninguna utilidad para la curación de las

heridas, deshidrata los tejidos y los desvitaliza, enmascara las lesiones, al tratar de retirarla, se dañan y desprenden los tejidos adheridos al lecho de la herida (tejido de granulación).

**El jabón** tiene un efecto muy irritante sobre los tejidos, daña el manto ácido de la piel perilesional favoreciendo la infección del mismo, el arrastre mecánico, que ejerce sobre los detritus desprendidos, se debe al agua que se utiliza para aclarar y retirar el jabón del lecho de la herida, no es efectivo contra los microorganismos que se encuentran en la herida, deshidrata los tejidos y los desvitaliza. La curación avanzada de heridas se realiza en un ambiente húmedo fisiológico, utiliza apósitos activos, que son aquellos que interactúan con la herida y facilitan su cicatrización, no requiere de antisépticos tópicos, la frecuencia de las curaciones depende de las condiciones locales de la herida.

**Desbridamiento** tiene como objetivo la eliminación del tejido necrótico para disminuir la carga bacteriana, reduce los productos de

desecho que impiden o retrasan el movimiento celular necesario para la cicatrización, contribuye a la prevención de la infección y permite valorar el lecho y los bordes de la herida. Si no se elimina el tejido necrótico, el paciente sufre importantes pérdidas de proteínas, y tiene mayor riesgo de complicaciones infecciosas; osteomielitis, celulitis, sepsis... Existen varios tipos de desbridamiento:

**Desbridamiento quirúrgico**, método de elección para limpiar la zona y reducir rápidamente el número de bacterias, en una herida con tejido necrótico, infección y una escara adherente. Siempre y cuando no sea de los talones o los dedos de los pies. Es un método sumamente agresivo. Lo debe realizar personal calificado, en el quirófano y bajo anestesia. En ocasiones, desbridar demasiado tejido, puede destruir el entorno necesario para que se produzca el proceso de cicatrización.

Está contraindicado por la Agency for Healthcare Policy and Research, el

desbridamiento, de escaras, secas, estables, sin signos de edema, fluctuación del exudado, ni secreción, en los talones o los dedos de los pies, debido a que la escara actúa como una barrera protectora natural contra la infección. Una escara controlada, se desprende espontáneamente, una vez que la herida cicatriza. En la actualidad, existe en el mercado, un sistema de desbridamiento, rápido y eficaz, que extirpa y elimina, por medio de hidrocirugía, el tejido desvitalizado y contaminado con una gran precisión; su nombre comercial es, versajet, permite excavar con precisión el tejido necrótico, sin dañar el tejido sano, creando un lecho plano que facilita la re – epitelización o la implantación de injertos, lo que facilita el cierre de la herida.

**Desbridamiento mecánico**, los métodos incluyen; la terapia con hidromasaje y la irrigación de la herida (lavados en bolo). Estos métodos NO son selectivos, y siempre existe la posibilidad de eliminar, además del tejido

necrótico, el tejido epitelial y de granulación. El desbridamiento con hidromasaje, se realiza en una tina de hidromasaje, los chorros de agua desprenden el tejido necrótico. La hidroterapia puede provocar hipotensión, quemaduras, si la temperatura del agua, es muy alta, o maceración de la piel perilesional. Algunos autores reportan, un riesgo elevado de transmisión de infecciones cruzadas entre pacientes, a través del agua, especialmente por pseudomona aeruginosa. El personal de salud, también puede verse afectado, por la aerosolización de partículas, si no se toman las medidas preventivas de protección adecuadas. La tina de hidromasaje, debe limpiarse completa y repetidamente con un desinfectante adecuado después de cada uso. Los lavados en bolo, consisten en la irrigación de la herida con solución salina, a presión. El desbridamiento efectivo, se manifiesta cuando en el lecho de la herida aparece tejido de granulación. Este procedimiento está indicado en aquellos pacientes en los que la hidroterapia, está contraindicada. La solución se introduce de manera forzada en la herida, por lo que se corre el riesgo de impulsar microorganismos, al interior de la misma. El personal de salud, corre el riesgo de contaminarse, al inhalar gotitas de la solución de lavado, o salpicarse. El personal de salud, debe utilizar equipo de protección personal.

**Desbridamiento enzimático**, consiste en la aplicación de productos tópicos, que disuelvan el tejido necrótico. Existen tres tipos de enzimas, que degradan el tejido necrótico; proteolíticas, fibrinolíticas y colagenasas,

según el componente tisular sobre el que actúan. Algunas enzimas son selectivas y no dañan los tejidos sanos, otras en cambio, no lo son. Solamente deben aplicarse sobre la escara o la úlcera. Este tipo de desbridamiento, es seguro, efectivo y fácil de usar. Ideal para aquellos pacientes que no pueden someterse a cirugía, o que son atendidos en su domicilio. Antes de aplicarlos, debe limpiarse completamente la herida con solución salina, se debe evitar su aplicación simultánea con productos que contengan iones metales; mercurio o plata, cromo, yodo, alcohol, jabón y peróxido de hidrógeno, porque se anula su eficacia. Si se va aplicar sobre una escara, para facilitar su acción y su penetración a través de la misma, antes debe realizarse un rayado superficial sobre la misma con un bisturí, colocar una capa gruesa del producto sobre la escara, no en la piel perilesional, y cubrir con una gasa que deberá estar permanentemente húmeda. Una vez que aparezca tejido de granulación en el lecho de la herida, deberá suspenderse su uso. Es necesario proteger la piel perilesional con pomadas a base de óxido de zinc.

### **Elección del apósito**

Para realizar la cura avanzada de las heridas, existen en el mercado, una gran variedad de apósitos. Existen en el mercado más de 2000 productos. Iniciaremos por mencionar las características que debe poseer un apósito ideal: Proporcionar un medio óptimo, un ambiente lo más fisiológico posible y un adecuado nivel de humedad en el lecho de la herida. Aislar térmicamente la herida y protegerla. Sirve para todas las etapas de cicatrización de la herida.<sup>(14)</sup>

### **Apósitos de película transparente biofilm**

Opsite flexigrid. ,Son láminas flexibles de poliuretano transparente revestidas de un adhesivo acrílico, lo que lo sostiene en su lugar.

Pueden utilizarse como un apósito primario o secundario. Se adaptan fácilmente al cuerpo del paciente, pero es necesario colocar la orilla del apósito sobre la piel intacta, para que se adhiera. Permite observar la herida, por ser semioclusivos retienen la humedad y favorecen el desbridamiento autolítico, acelerando la granulación de la herida. Ideales para las úlceras por presión en Estadios I y II. No se recomiendan en heridas infectadas, no son absorbentes y no deben utilizarse en heridas exudativas. Permiten el paso de vapor húmedo y de gases atmosféricos, por lo que puede acumularse líquido debajo de apósito, y macerarse la piel, por lo que deberá mantenerse una vigilancia estrecha de la misma. Antes de aplicarlo debe rasurarse el exceso de vello de la zona, limpiar la herida con solución salina al 0.9% y secar el área para que se adhiera el apósito. Al momento de aplicarlo, no debe tener arrugas ni surcos para evitar el estancamiento del líquido, y evitar que entren bacterias a la herida.<sup>(15)</sup>

### **Apósitos de hidrogel**

Intrasite Gel, Intrasite Conformable. Son productos cuya base es agua o glicerina, el gel es claro, amorfo, transparente y permite controlar la herida sin retirarlo. Se utilizan para mantener el entorno húmedo de una herida limpia, en fase de granulación. También sirven para facilitar el desbridamiento autolítico de las heridas con tejido necrótico, y en las escaras. Puede causar maceración, por lo que debe aplicarse sobre la piel circundante. El hidrogel en lámina, intrasite conformable, puede utilizarse para llenar el espacio muerto de una herida. No son adhesivos, por lo que se requiere de un apósito secundario para mantenerlo en su lugar.<sup>(15)</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **Cuidado.** Según Marriner (2003) define el cuidado significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependan de otros por sus condiciones o estado de salud define los sistemas de enfermeros como series y secuencia de acciones prácticas de las enfermeras que actúan para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes como una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas desde la perspectiva del autocuidado. (6)
- **Enfermería.** La enfermería es una ciencia que aborda el cuidado de la salud del ser humano. Comprende el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. La enfermería forma parte de las ciencias de la salud. (6)
- **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<sup>(6)</sup>
- **Úlceras por presión:** Este término designa la destrucción de tejido que ocurre cuando se restringe la irrigación sanguínea en una zona, debido a presión excesiva o prolongada. Aparecen como consecuencia de una compresión continua en alguna parte del cuerpo, que ocasionan lesión vascular y como consecuencia isquémica; se ha demostrado que para que se produzca una úlcera es más decisiva la permanencia de la presión, que la intensidad de la misma. Se puede prevenir su surgimiento si se

identifican los pacientes de alto riesgo y se instauran medidas preventivas, adecuadas y correctas, que son fácilmente aplicables si la enfermera conoce la etiología.<sup>(4)</sup>

- **Adulto mayor:** El periodo adulto mayor comienza a los 65 años, pero puede dividirse en tres periodos: el mayor joven (65 a 74), el mayor mediano (74 a 84) y el muy mayor (más de 85). Al aumentar la edad se producen varios cambios fisiológicos, como se enumeran.<sup>(3)</sup>

## 2.4. HIPÓTESIS

### Hipótesis General

- Ha.- Los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos, son oportunos y efectivos
- H°.- Los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos, no son oportunos ni efectivos

## 2.5. VARIABLES.

### Es univariable

Cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión

- ✓ **Cuidados de enfermería:** 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.

### **2.5.1 Definición operacional de la variable**

**Los cuidados de la úlceras por presión fueron valorados según los siguientes criterios**

1. Se tendrá en cuenta la presencia o no de úlceras
2. El grado de las úlceras
3. Años de condición de postrado del paciente
4. La frecuencia de cuidados:    - Siempre  
  - A veces y Nunca

**Tuvieron la escala de valoración:**

Cuidados oportunos y permanentes: (siempre)

Cuidados no oportunos ni permanentes (Nunca y a veces)



		Nutrición e hidratación	<p>- Usa dispositivos que disminuyan al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc.</p> <p>Evalúa y calcula el índice de masa corporal del paciente.</p> <p>Evalúa y valora resultados de albúmina a los pacientes de alto riesgo.</p> <p>Identifica y sugiere la corrección de diferente déficit nutricional. (coordina con nutrición).</p> <p>Verifica la administración de la dieta indicada.</p> <p>Valora la tolerancia de la ingesta de la dieta.</p> <p>Supervisa la ingesta de líquido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• A veces</li> <li>• Siempre</li> </ul>
--	--	-------------------------	---	---

		Incontinencia fecal y urinaria .	<p>del paciente.</p> <p>Aplica medidas para mantener la zona perineal seca (uso de pañal, colectores urinarios, etc.).</p> <p>Observa los patrones de evacuación del paciente y los episodios de incontinencia.</p> <p>Cambia la ropa y absorbentes húmedos del paciente.</p>	
--	--	----------------------------------	---	--

## CAPITULO III: METODOLOGIA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

#### **Tipo no experimental**

Porque no manipula ninguna de las variables de estudio solamente se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística (Hernández 2003)

#### **Nivel de la Investigación.**

Es de nivel, **descriptivo** porque describe y/o estudia a la variable tal como se presenta en la realidad.

#### **Es de corte Transversal:**

Porque la información se obtiene en un determinado espacio y tiempo.

### **3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN**

El distrito de Lurigancho Chosica es un distrito de la provincia peruana de Lima, situado en la parte oriental de la misma, en la cuenca media del río Rímac. Limita al norte y este con la provincia de Huarochirí, al sur con los distritos de Chaclacayo y Ate, y al oeste con el distrito de San Juan de Lurigancho.

Ubicado a orillas del río Rímac, comparte el Valle del Río Rímac, con los distritos de Ate y Chaclacayo. A 850 m.s.n.m., Chosica continúa siendo una alternativa estupenda para pasar el fin de semana.

Aparte de su centro principal, Chosica, que se encuentra ubicado al extremo este del distrito, Lurigancho cuenta con un centro poblado menor dentro del área urbano de Lima Metropolitana, cuyo nombre es Santa María de Huachipa y se localiza en el extremo oeste del distrito de Lurigancho, colindante con el distrito de San Juan de Lurigancho. Otras áreas urbanas destacables en esa zona son "Los Girasoles", y La Cantuta (que cuenta con una importante Universidad de Educación).

Pero, su clima benigno y soleado, lo convierte en uno de los lugares predilectos para las vacaciones de los limeños, razón por la cual abundan en Lurigancho diversos centros recreacionales. El mismo motivo ha impulsado a importantes clubes sociales peruanos a tener una sede en este distrito, destacando entre ellos el Country Club El Bosque, el Club Regatas Lima, el Country Club de Villa, Los Andes Golf Club y el Club campestre Huachipa. Tiene además grandes centros residenciales como el Club residencial Los Girasoles de Huampaní.

Los asilos de ancianos, que albergan a adultos mayores que necesiten de cuidados especiales son: Hogar Asilo Santa María de la esperanza, la Casa del Edén y Corazón de Jesús, Cristo Rey.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **Población:**

Está constituida por los 40 profesionales de enfermería que trabajan en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015.

#### **Muestra:**

Fue de manera no probabilística e intencional ya se trabajó con los 40 profesionales de Enfermería que trabajan en los asilos de ancianos del distrito de San Juan de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015.

### **3.4. TÉCNICAS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

**Técnica una encuesta** Directa: Encuestas aplicadas a las profesionales de Enfermería de los asilos del distrito de Lurigancho Chosica.

#### **•Encuesta.**

**Instrumento:** Fue el cuestionario y encuesta de dimensiones de cuidados de enfermería en adultos mayores postrados.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

El instrumento fue validado por profesionales expertos y conocedores.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.**

Los datos obtenidos se vaciaron a una base de datos manualmente y posteriormente a un programa de informática; Para el análisis descriptivo se utilizará el paquete SPSS-PC con el cual se elaborará las tablas de contingencia.

Para el análisis estadístico se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Test exacto de Fisher: con un valor P aceptable menor 0.05. Los resultados serán evaluados con un intervalo de confianza del 95%.
- Además se hizo uso de Índice de consistencia interna Alfa de Cronbach: Para comprobar la confiabilidad de los instrumentos.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

**TABLA: 1**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

CARACTERISTICAS	TOTAL	
	N	%
<b>EDAD</b>		
22 a 24 años	29	72
25 a 26 años	7	18
27 a más	4	10
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>GENERO</b>		
Masculino	9	22
Femenino	31	78
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADA		
SOLTERA(0)	32	80
CONVIVIENTE	8	20
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Estudios</b>		
Bachiller	23	57
Licenciada	10	25
Magister y/o especialidad en adulto	7	18
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Interpretación:** El 75%(29) enfermeras tienen 22 a 24 años, seguida por el 18%(7) de 25 a 26 años y un 10%(4) tienen 27 a más. Asimismo el 78%(31) son de género femenino y el 22%(9) de género masculino, respecto al estado civil el 80%(32) son solteros, y el 20%(8) son convivientes. Respecto a sus estudios el 57%(23) son bachilleres, el 25%(10) son licenciadas y el 18%(7) tienen grado de magister y especialidad en adulto mayor.

**TABLA: 2**

**CUIDADOS DE LA PIEL FRENTE A LA POSIBLE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS.**

De que manera son los Cuidados de la piel	Frecuencia	porcentaje
- Oportunos y permanentes	35	88
- No son oportunos ni permanentes	5	12
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que los cuidados de la piel frente a la posible aparición de úlceras por presión en los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 88%(35) y en el 12%(5) los cuidado no son oportunos ni permanentes.

**TABLA: 3**

**CUIDADOS EN LA MOVILIZACIÓN POSTURAL FRENTE A LA POSIBLE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS.**

De que manera son los Cuidados en la movilización	Frecuencia	porcentaje
Oportunos y permanentes	34	85
- Espera que lo haga la familia o el personal técnico por no ser su función.	6	15
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que los cuidados en la movilización frente a la posible aparición de úlceras por presión en los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 85%(34) y en el 15%(6) que refieren no es su función hacerlo y que espera que venga la familia o porque hay muy poco personal técnico de enfermería.

**TABLA: 4**

**CUIDADOS EN LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN FRENTE A LA POSIBLE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS.**

De que manera son los Cuidados en la nutrición	Frecuencia	porcentaje
Oportunos y permanentes	37	93
- Espera que lo haga la familia o el personal técnico por no alcanzarle el tiempo	3	7
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que los cuidados en la nutrición frente a la posible aparición de úlceras por presión en los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 93%(37) y en el 7%(3) que refieren no es su función hacerlo y que espera que venga la familia o el personal técnico porque a veces no le alcanza el tiempo.

**TABLA: 5**

**CUIDADOS EN LA INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL FRENTE A LA POSIBLE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POSTRADOS.**

Cuidados en la incontinencia Y fecal	Frecuencia	porcentaje
- Oportunos y permanentes	34	85
- Espera que lo haga la familia o el personal técnico porque no es su función	6	15
Total	40	100

Fuente: Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que los cuidados en la incontinencia urinaria y fecal frente a la posible aparición de úlceras por presión en los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 85%(34) y en el 15%(6) que refieren que espera que venga la familia o el personal técnico porque no es su función.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Hablar del cuidado del enfermero es referirse surgieron con Florence Ninghtingale, quién postuló que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan los tratamientos con los resultados y se implementan las herramientas para medir un sistema de cuidado por lo tanto, al identificar la necesidad y los posibles riesgos se deben tener en cuenta los cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados sobre todo adultos mayores postrados ya que daremos respuesta a su necesidad que hoy en día se ha convertido en una exigencia de salud ya que la población prioridad son los niños y adultos mayores. Al hacer la investigación entorno al cuidado de enfermería se encuentran multitud de trabajos sobre el tratamiento del dolor pero falta documentación sobre la valoración del mismo pero casi nada sobre los cuidados preventivos frente a la posible formación de escaras donde analizando la documentación sobre el cuidado podemos ver que el cuidado de enfermería utiliza el modelo de Donavedian la cual conecta tres estándares: estructura proceso y resultado, refiriéndonos a la comisión Interinstitucional de Enfermería que define a la calidad de los servicios de enfermería como “La alimentación oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el mejor personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional, competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”. Teniendo en cuenta los resultados se puede evidenciar que el 88 a 85% de las enfermeras manifiestan que oportunamente realizan el cuidado de la piel, la movilización , alimentación y eliminación e incluso muchas de ellas realizan sin ser específicamente su función por necesidad de servicio y muy mínimo porcentaje de ellas no lo hacen a pesar que ponen en riesgo al no movilizar al paciente y también hay que considerar que hay una deficiencia en la gestión de estas instituciones ya que existe déficit de recursos humanos

## CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de enfermeras son muy jóvenes, solteras de género femenino y recién egresadas, ya que un porcentaje significativo de ellas son bachilleres comprendiéndose porque están aceptando incluso trabajar sin el número adecuado de técnicos de enfermería. Asimismo existe un 25%(10) son licenciadas y el 18%(7) tienen grado de magister y especialidad en adulto mayor entendiendo que tiene otro trabajo a parte del que realizan en los asilos.
- Los cuidados de la piel frente a la posible aparición de úlceras por presión en los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 88%(35) y en el 12%(5) los cuidado no son oportunos ni permanentes.
- Los cuidados en la movilización y en la incontinencia urinaria en los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 85%(34) y en el 15%(6) refieren no es su función hacerlo, espera que venga la familia porque hay muy poco personal técnico de enfermería pudiendo verse que los cuidados que brinda no oportunos ni permanentes.
- Los cuidados en la nutrición de los pacientes adultos mayores postrados son oportunos y permanentes en el 93%(37) y en el 7%(3) que refieren no es su función hacerlo y que espera que venga la familia o el personal técnico porque a veces no le alcanza el tiempo.

## RECOMENDACIONES

- Los resultados que hacen reflexionar sobre la trascendencia que tiene los cuidados que brinda la enfermera y más aún la necesidad de personal necesario para lograr un cuidado permanente y oportuno.
- Se recomienda que el profesional de enfermería que labora en los asilos brinde mayor cuidado en la alimentación, movilización y eliminación de los pacientes postrados ya que pueden convertirse en factores causales de la presencia de las úlceras por presión.
- Se recomienda que el profesional de enfermería ponga en claro su labor de enfermera manifestando su disconformidad entorno a la falta de recursos humanos (técnico en enfermería) y que trabaje más de cerca con la familia.
- Se recomienda realizar un trabajo de investigación con los usuarios y/o la familia para conocer el trabajo que realiza el profesional de enfermería, entorno al cuidado preventivo de las úlceras por presión.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Soldevilla J.Javier. Guía de prácticas en la atención de las úlceras de piel.4<sup>ta</sup> edición. Madrid 2010.
2. Fernández Narvaez P, Valles Fernández MJ. Úlceras por presión, evaluación de un protocolo. Rol de Enfermería 2011.
3. Elorriaga Ameyuso B et al. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión: Instituto Nacional de la Salud 2011.
4. Torra Bou JE. Epidemiología de la úlceras por presión. Rol de enfermería 2011.
5. I<sup>o</sup> Simposio Nacional sobre úlceras por presión. Libro de actas. Logroño: Colegio Oficial de Enfermería de la Rioja 2010.
6. I<sup>o</sup> Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica. Libro de actas .Barcelona:Convatec 2010
7. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión. Clasificación de las úlceras por presión. Gerokomos 2011; VII 22/ supl. Helkos nº 22: III.
8. Soldevilla JJ. Como valorar y describir una úlcera cutánea. Gerokomos 2011.
9. García F.P, Pancorbo P.L, Laguna J.M, Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo a desarrollar . España 2010.
10. Arragurren E. A, Rezzonico R.A, auditoria médica garantía de calidad en la atención de salud Madrid 2010.
11. Arrondo I, Huizi X, Gil G, Apaolaza C, Berridi K , Sarasola M,J, Analisis y atención de enfermería, enfermería intensiva
12. Mosby “ El tratado de Enfermería” 2 da Edición, España . Edit. Española 12010 Vol I.
13. Polit Hungler “Investigación Científica en ciencias de la salud” Edit.Mc Graw Hill Interamericana 6<sup>a</sup> edición México.2010

14. Smeltzer, S. "Enfermería Médico Quirúrgica" 3<sup>ra</sup>. Edición, México. Edit. Interamericana. 2011.
15. Tratamiento de las úlceras por presión., guía práctica clínica. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research 2011.
16. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería, estrategias para su aplicación. Autor Ortega Suarez.
17. Manual de enfermería, técnicas y procedimiento autor Inés Carmen Gonzales, Angustia Herrero Alarcó
18. Rodríguez Torrente M. Gabás Gallego G. Olivera Pueyo F.J. Protocolo de asistencia de úlceras por presión en Atención Primaria. FOMECO 2011
19. Saez de Parayuelo V. López E. Ginés P y otros. Prevención de las úlceras por presión con un apósito hidrocoloide extrafino. Enfermería clínica 2011
20. Marriner Tomey A.; Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. Harcourt Brace. Cuarta Edición. 2009. Madrid España.

# ANEXO

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “CUIDADOS DE ENFERMERÍA FRENTE A LA POSIBLE APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES POSTRADOS EN LOS ASILOS DE ANCIANOS DEL DISTRITO DE LURIGANCHO CHOSICA - 2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿De qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica – 2015?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar de qué manera son los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica – 2015</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar de qué manera son los cuidados de la piel frente a la posible aparición de úlceras por presión en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos mayores postrados en los asilos de ancianos, son oportunos ni efectivos</li> <li>➤ Los cuidados de enfermería frente a la posible aparición de úlceras por presión en adultos</li> </ul>	<p>Cuidados de enfermería frente a la posible aparición de Úlceras por presión.</p>	<p><b>Tipo no experimental</b></p> <p>Porque no manipula ninguna de las variables de estudio solamente se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística (Hernández 2003)</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>Está constituida por los 40 profesionales de enfermería que trabajan en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>Será de manera no</p>

	<p>Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015</p> <p>➤ Identificar de qué manera son los cuidados en la movilización postural frente a la posible aparición de úlceras por presión en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015</p> <p>➤ Identificar de qué manera son los cuidados en la nutrición e hidratación frente a la posible aparición de úlceras por presión en pacientes adultos</p>	<p>mayores postrados en los asilos de ancianos, no son oportunos ni efectivos</p>		<p><b>Nivel de la Investigación.</b></p> <p>Es de nivel, <b>descriptivo</b> porque describe y/o estudia a la variable tal como se presenta en la realidad.</p> <p><b>Es de corte transversal :</b></p> <p>Porque la información se obtiene en un determinado espacio y tiempo.</p>	<p>probabilística e intencional ya se trabajará con los 40 profesionales de Enfermería que trabajan en los asilos de ancianos del distrito de San Juan de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015.</p>
--	--	---	--	--	--

	<p>mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015</p> <p>➤ Identificar de qué manera son los cuidados en la incontinencia urinaria y fecal frente a la posible aparición de úlceras por presión en pacientes adultos mayores postrados en los asilos de ancianos del distrito de Lurigancho Chosica en los meses de junio a diciembre en el año 2015</p>				
--	---	--	--	--	--

