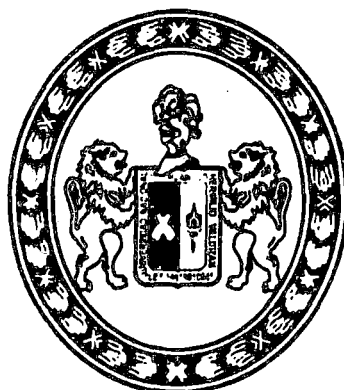


**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"**  
**HUANUCO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA**  
**EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**



---

---

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ÚLCERAS  
POR PRESIÓN CON LOS CUIDADOS PROTECTORES AL  
ADULTO MAYOR CON RIESGO POST ALTA POR EL  
CUIDADOR PRINCIPAL, LIMA 2013 - 2014**

---

---

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN ENFERMERÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

**TESISTAS:**

**Lic.Enf. LAURA NAPAN BRICEÑO**

**Lic.Enf. CECILIA IRENE URTEAGA POMEZ**

**Lic.Enf. JESSICA NELIA VALVERDE CRIBILLERO**

**HUÁNUCO - PERÚ**  
**2015**

## DEDICATORIA

*A Dios por iluminar siempre nuestras acciones y darnos las fuerzas necesarias para poder culminar nuestras metas trazadas en la vida.*

*A nuestras familias por ser fuente de motivación, de nuestros grandes logros por su apoyo, alegría y comprensión.*

## AGRADECIMIENTO

*Al profesor Fonseca Livias Abner por su sincera amistad y valioso apoyo, constancia, orientación, motivación e incentivo en la realización y culminación del presente trabajo de investigación.*

*A todas y cada una de las personas que han vivido con nosotras la realización de esta tesis y les agradecemos el habernos brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo su cariño y amistad.*

*A los familiares de los pacientes, por su participación desinteresada en el presente estudio.*

## RESUMEN

Las úlceras por presión (UPP) forman parte de los grandes síndromes geriátricos y el objetivo de este estudio es determinar la relación existente entre el nivel de conocimientos del cuidador principal, sobre las úlceras por presión y su prevención, con los cuidados protectores que éste mismo le brinda en el hogar después del alta hospitalaria. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo - correlacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformado por 49 adultos mayores con riesgo, dados de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna 10 C del HNERM-ESSALUD+. El instrumento fue un cuestionario y el test de Likert aplicado previo consentimiento informado. Se observó que el 95.9% (47) de los cuidadores conocen sobre UPP y su prevención; mientras que el 4.1% (2) no conocen sobre el tema, la mínima y máxima edad del cuidador son de 20 y 66 respectivamente, el 57.1% (28) de los cuidadores realizan las medidas de prevención; mientras que el 42.9% (21) de los cuidadores no realizan dicha prevención, el 49,0% de los que conocen brindan inadecuados cuidados protectores; pero el 46,9% de los que conocen brindan adecuados cuidados protectores al adulto mayor. En conclusión los adecuados cuidados protectores que recibe el adulto mayor en riesgo post alta son de sus hijos en edad adulta media ( $p= 0.000$ ) y con estado civil conviviente ( $p= 0.017$ ), además determina la relación de dependencia del nivel de conocimientos sobre las UPP y su prevención, del cuidador principal y la aplicación de estos en el cuidado diario del adulto mayor en el hogar.

## SUMMARY

Pressure ulcers (UPP) are part of the great geriatric syndromes and the aim of this study is to determine the relationship between the level of knowledge of the primary caregiver, on pressure ulcers and prevention, with the same protective care it provides in home after hospital discharge. The study is quantitative, descriptive and correlational, cross-sectional and prospective. The sample consisted of 49 older adults at risk, discharged from hospital internal medicine service of HNERM 10 C - ESSALUD. The instrument was a questionnaire and Likert test applied prior informed consent. It was observed that 95.9 % (47) of caregivers and UPP know about prevention; while 4.1 % (2) do not know about it, the minimum and maximum age of the caregiver are 20 and 66 respectively, 57.1 % (28) of caregivers perform preventive measures; while 42.9 % (21) of caregivers do not realize that prevention, 49.0 % of those who know protectors provide inadequate care; but 46.9 % of those who know protectors provide adequate care for the elderly. In conclusion, proper protective care received by the elderly in post high risk are children in middle adulthood ( $p = 0.000$ ) and common law marriage ( $p = 0.017$ ), also determines the dependence of the level of knowledge on the UPP and its prevention, the primary caregiver and the application of these in the daily care of the elderly at home.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	iv
SUMMARY .....	v
ÍNDICE.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	vii
LISTA DE ANEXOS .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA.....	11
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	11
2.2. BASES TEÓRICAS.....	15
2.3. BASES CONCEPTUALES .....	19
CAPÍTULO II ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	39
3.1    ÁMBITO DE ESTUDIO.....	39
3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO Y MUESTRA .....	39
3.3 TIPOS DE ESTUDIO.....	40
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	41
3.6 PROCEDIMIENTO .....	44
3.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS. ....	45
CAPÍTULO III RESULTADOS .....	46
4.1 Análisis descriptivo mediante tablas de frecuencia .....	46
4.2 Análisis mediante tablas de contingencia y prueba de hipótesis .....	57
4.3    Análisis de tablas de contingencia de las variables intervinientes.....	62
DISCUSIÓN.....	63
CONCLUSIONES .....	65
RECOMENDACIONES .....	68
Anexos .....	72

## LISTA DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b>	Estadísticos descriptivos de la edad del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014	46
<b>Tabla 2</b>	Grupo etario del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	49
<b>Tabla 3</b>	Sexo del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	50
<b>Tabla 4</b>	Grado de instrucción del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	51
<b>Tabla 5</b>	Estado civil del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	52
<b>Tabla 6</b>	Parentesco del adulto mayor con riesgo post alta con el cuidador principal, Lima 2013 – 2014.	53
<b>Tabla 7</b>	Nivel de conocimiento del cuidador principal sobre las úlceras por presión y su prevención en el adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	54
<b>Tabla 8</b>	Medidas de prevención que brinda el cuidador principal al adulto mayor con riesgo post, Lima 2013 – 2014.	55
<b>Tabla 9</b>	Cuidados protectores que aplica el cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	56
<b>Tabla 10</b>	Comparación de los conocimientos sobre úlceras por presión y cuidados protectores del cuidador principal que brinda al adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	58
<b>Tabla 11</b>	Comparación de las medidas de prevención y cuidados protectores del cuidador principal que brinda al adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.	59
<b>Tabla 12</b>	Comparación del estado nutricional del adulto mayor con riesgo y los cuidados protectores del cuidador principal, Lima 2013 – 2014.	60
<b>Tabla 13</b>	Comparación de la frecuencia de higiene del adulto mayor con riesgo post alta y los cuidados protectores del cuidador principal, Lima 2013 – 2014.	61
<b>Tabla 14</b>	Comparación de los cambios de posición al adulto mayor con riesgo post alta y los cuidados protectores que brinda el cuidador principal, Lima 2013 – 2014.	63
<b>Tabla 15</b>	Análisis de dependencia de las variables intervinientes y los cuidados protectores en el adulto mayor con riesgo post alta que brinda el cuidador principal, Lima 2013 – 2014.	64

**LISTA DE ANEXOS**

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1</b> Cuestionario de conocimientos sobre UPP	75
<b>Anexo 2</b> Test de Likert	79
<b>Anexo 3</b> Consentimiento Informado	81
<b>Anexo 4</b> Formato de Apreciación del experto	82



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los cambios epidemiológicos de la población son cada vez más notorios. Las enfermedades crónicas degenerativas están ocupando las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población adulta, principalmente en los países desarrollados así como en los países en desarrollo. El impacto de este grupo de enfermedades, traen consigo problemas a todo nivel de la vida de las personas, ya sea en lo fisiológico, psicológico, social y espiritual; así también contribuye al aumento del grado de dependencia, de las funciones motoras y por ende una mayor permanencia en cama por un tiempo prolongado<sup>1</sup>.

Como se sabe, la prolongada permanencia en cama genera problemas respiratorios, de la piel y en el músculo esquelético, siendo específicamente las úlceras por presión (UPP) de mayor incidencia y las más frecuentes. Las UPP son lesiones cutáneas, originadas por la falta de irrigación sanguínea de origen isquémico, que produce daño tisular en las zonas expuestas a una presión prolongada, ocasionando la descomposición cutánea y consiguiente necrosis del tejido subyacente, grasa y músculo<sup>2</sup>.

Varela (1999), reconoce que el 70% de las UPP ocurren en personas mayores de 70 años de edad. Asimismo, se observa que en las residencias e instituciones de salud, cerca del 9.5% de los ancianos presentan úlceras de decúbito al mes del ingreso, llegando hasta un 20% a los dos años de estancia en las mismas<sup>3</sup>.

Por todo ello, se atestigua que actualmente las UPP representan un reto, no sólo para los profesionales de salud, sino también para los familiares y cuidadores de los adultos mayores. Por eso, la evaluación del riesgo y los

cuidados protectores contra la presentación de las mismas, juegan un papel importante en su prevención. Asimismo, reconociendo que el 95% de las úlceras por presión son prevenibles, se hace necesario que tanto el personal de salud, como los familiares conozcan las medidas preventivas para aplicarlas en el cuidado de los ancianos, considerando su estado de salud y su condición física<sup>4</sup>.

Los planes y lineamientos nacionales, en el área dedicada a la salud de los adultos mayores, plantea como una línea genérica clave, prevenir cualquier tipo de enfermedad y promover la salud, para lograr así el objetivo sanitario de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, con el fin de respetar el derecho que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) le confiere a las personas de edad, en cuanto a disponer de servicios de atención sanitaria adecuados, accesibles y adaptados para ellos. (Marín, 2002). Este plan resulta incompleto, si es que no se considera a los familiares como entes activos del cuidado y la prevención de las UPP<sup>5</sup>.

Aunque cada vez es mayor el número de ingresos de adultos mayores en las instituciones de salud sea por alguna patología o enfermedad crónica, demandando así cuidados individuales y totalmente especializados por los profesionales de la salud; se advierte también casos de los mismos con prescripciones de alta institucional requiriendo así una serie de cuidados continuados que en su mayoría lo reciben en el hogar y de la familia. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la familia representa a la "Unidad de Salud que incluye a todas las personas que viven bajo una misma unidad residencial entre los cuales existen lazos de dependencia,

obligaciones recíprocas y que por lo general, pero no siempre, se encuentran ligados por lazos de parentesco"<sup>6</sup>.

La familia generalmente es el principal agente cuidador de una persona en situación de enfermedad crónica discapacitante. Stober<sup>7</sup> señala que en las dos últimas décadas, se ha observado un crecimiento en el número de familias que deciden tomar la responsabilidad de cuidar a sus parientes con enfermedades crónicas y degenerativas.

En consecuencia, reconocemos que el rol de la familia asume un papel protagónico como agente de cuidado en la prevención de úlceras por presión, constituyéndose parte de una estrategia factible de ser implementado en los actuales servicios de salud, no sólo para solucionar la escasez del personal, sino también para dar un enfoque más humanista, personalizado y auto responsable del cuidado de la salud<sup>8</sup>.

El cuidador principal del adulto mayor con riesgo de UPP, tiene que aprender a participar en el autocuidado de su paciente y hacerlo de modo continuo, lo que constituye una característica humana fundamentalmente. Los requisitos infaltables, para realizar dicho cuidado son el aprendizaje y el uso de conocimientos para llevar a cabo las acciones que faciliten la prevención eficaz y oportuna de las UPP<sup>9</sup>.

Clavins y Cols<sup>10</sup> afirman "que el conocimiento que el cuidador principal tenga sobre el grado de complejidad de la situación crónica del paciente, y su habilidad para ofrecer cuidados y apoyos disponibles para el cuidado permiten establecer prioridades de acción". Frente a este planteamiento es importante que los profesionales de enfermería – que son los que más se ocupan de las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades-

reconozcan la importancia de la implicancia del cuidador principal del adulto mayor con riesgo, en la prevención de la formación de las UPP; ya que esto les permitirá implementar estrategias que proporcionen al cuidador principal, apoyo y orientación sobre cómo cuidar y prevenir las UPP, para que de esta manera puedan crecer en el cuidado y autonomía de sus familiares.

Durante las visitas domiciliarias del adulto mayor, se ha observado pacientes con riesgo a formar UPP, entre ellos se encuentran aquellos con postración prolongada y un marcado déficit de autocuidado, incontinentes, obesos, entre otros. Por ello, reconocemos que es de gran utilidad e importancia conocer el nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto sobre las UPP para evaluar su relación con las prácticas y los cuidados protectores que le brindan en el hogar.

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones: las úlceras por presión son complicaciones más frecuentes que causan mayor deterioro de la independencia funcional y de autocuidado de los adultos mayores, principalmente si estos reciben cuidados continuados en el hogar.

El cuidado del paciente adulto con riesgo de UPP, requiere de un tratamiento por parte de una persona con conocimiento específico del problema de salud.

La enfermera representa al agente del cuidado terapéutico, llamado así porque interviene en este caso, a personas que generan demandas de autocuidado, sin embargo reconocemos que el papel de la familia en el cuidado del adulto es imprescindible, ya que desde esta perspectiva, la enfermera planeará e implementará estrategias que proporcionen al cuidador

principal, apoyo y orientación sobre cómo cuidar y prevenir las UPP, para que de esta manera puedan crecer en el cuidado y autonomía de sus familiares.

El profesional de enfermería entenderá que no sólo ella o él, brinda cuidados al paciente, sino también la familia. Por lo que la enfermera que labora en los servicios de hospitalización debe educar y promover la participación activa de la familia como agente de cuidado en la prevención de úlceras por presión, logrando la disminución de complicaciones y pronta recuperación del paciente.

El propósito de los resultados del presente estudio, nos permitirá proporcionar información actualizada a la institución y al profesional de enfermería quien se encargara de formular estrategias y/o actividades de educación para la salud dirigido al paciente y familia sobre la prevención de úlceras por presión mediante la aplicación de un programa preventivo promocional incentivando a la participación activa del grupo familiar contribuyendo en la disminución de la aparición de úlceras por presión y las complicaciones derivadas de la permanencia prolongada en cama.

El problema formulado fue ¿Cómo es la relación del nivel de conocimientos sobre úlceras por presión con los cuidados protectores al adulto mayor con riesgo post alta por el cuidador principal, Lima 2013 – 2014?

**El objetivo general del estudio fue:**

- Determinar la relación existente entre el nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto mayor con riesgo sobre las úlceras por

presión y su prevención, con los cuidados protectores que éste mismo le brinda en el hogar después del alta hospitalaria.

**Los objetivos específicos fueron:**

- Identificar a la muestra en estudio según datos sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, parentesco con el adulto mayor.
- Conocer el nivel del conocimiento sobre las úlceras por presión y su prevención de la muestra en estudio.
- Determinar los cuidados protectores que la muestra en estudio brinda al adulto mayor con riesgo de úlceras por presión.
- Analizar la relación del nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión y su prevención de la muestra en estudio, con los cuidados protectores respecto a la higiene y el cuidado de la piel.
- Estudiar la relación del nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión y su prevención de la muestra en estudio, con los cuidados protectores respecto a la posición y movilización del cuerpo.
- Observar la relación del nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión y su prevención de la muestra en estudio, con los cuidados protectores respecto a la a la nutrición.

**La hipótesis general del estudio formulado fue:**

Hi. Los cuidados protectores al adulto mayor con riesgo post alta son dependiente del nivel de conocimientos sobre úlceras por presión del cuidador principal.

Ho. Los cuidados protectores al adulto mayor con riesgo post alta son independiente del nivel de conocimientos sobre úlceras por presión del cuidador principal.

**Las hipótesis específicas del estudio:**

Hi1: Los cuidados protectores respecto a la higiene y cuidado de la piel, es dependiente del nivel de conocimientos sobre úlceras por presión del cuidador principal al adulto mayor con riesgo.

Ho1: Los cuidados protectores respecto a la higiene y cuidado de la piel, es independiente del nivel de conocimientos sobre úlceras por presión del cuidador principal al adulto mayor con riesgo.

Hi2: Los cuidados protectores relacionados a la posición y movilización del cuerpo, es dependiente del nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión del cuidador principal al adulto mayor con riesgo.

Ho2: Los cuidados protectores relacionados a la posición y movilización del cuerpo, es independiente del nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión del cuidador principal al adulto mayor con riesgo.

Hi3: Los cuidados protectores relacionados a la nutrición, es dependiente del nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión del cuidador principal al adulto mayor con riesgo.

Ho3: Los cuidados protectores relacionados a la nutrición, es independiente del nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión del cuidador principal al adulto mayor con riesgo.

**Las variables de estudio fueron:**

Como *variable independiente*: nivel de conocimientos; como *variable dependiente*: Cuidados protectores, dimensionados de la siguiente forma:

- Higiene y el cuidado de la piel

- Posición y movilización del cuerpo
- Nutrición

También se consideraron las *variables intervinientes*: edad, grado de instrucción, tipo de parentesco del cuidador principal.

Las variables fueron operacionalizados de la siguiente forma:

<b>Variable independiente</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>
Nivel de conocimientos sobre las úlceras y su prevención	Es toda aquella información que posee el cuidador principal del adulto mayor con riesgo, sobre las úlceras por presión y su prevención.	Nivel del conocimiento sobre las úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de úlceras de presión.</li> <li>• Zonas de mayor riesgo</li> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Signos de inicio de las úlceras por presión</li> </ul>	Nominal.
		Nivel del conocimiento sobre las medidas de prevención de las úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de prevención</li> <li>• Importancia de la prevención de las úlceras por presión.</li> <li>• Medidas de prevención: cambios de posición; higiene de la piel: zonas de mayor frecuencia, importancia, frecuencia; importancia de la nutrición; importancia de la ingesta de líquidos.</li> </ul>	Nominal.

<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>
Cuidados protectores del cuidador principal del	Conjunto de acciones, habilidades	<b>HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza de la piel</li> <li>• Secado de la piel</li> </ul>	



adulto mayor con riesgo.	y destrezas que tienen como finalidad evitar las úlceras por presión.	<p style="text-align: center;"><b>POSICIÓN Y MOVILIZACIÓN</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación de la piel</li> <li>• Cambio de ropa húmeda</li> <li>• Cuidado de zonas de mayor riesgo</li> <li>• Elección de ropas de algodón</li> <li>• Uso de pañales absorbentes</li> <li>• Cama limpia, seca y sin arrugas.</li> <li>• Cambios de posición, frecuencia</li> <li>• Alineación del cuerpo</li> <li>• Protección de la piel en las zonas de presión</li> <li>• Control diario de la alimentación y nutrición del paciente.</li> <li>• Dieta rica en carnes, menestras, frutas y verduras</li> <li>• Ingesta de líquidos frecuentemente.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Ordinal.</p> <p style="text-align: center;">Ordinal.</p> <p style="text-align: center;">Ordinal.</p>
--------------------------	---	---	--	---

Las definiciones de términos operacionales son:

1. **Adulto mayor con riesgo:** Es toda persona varón o mujer de 60 años a más, que presenta compromiso y posibilidad de desarrollar úlceras por presión, por diversos factores asociados.
2. **Úlceras por presión:** Zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa.
3. **Cuidador principal:** Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo y cuidado físico al adulto mayor con riesgo de úlceras por presión.
4. **Cuidados protectores:** Son las acciones y las prácticas repetidas que el cuidador principal suele realizar con el fin de prevenir y evitar la formación de las úlceras por presión.
5. **Nivel conocimientos:** Grado de inteligencia, entendimiento. Es una capacidad humana para convertir datos e información en acciones efectivas y seguras. Carece de valor si permanece estático.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA**

### **1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

#### **A NIVEL INTERNACIONAL:**

JANNETY BERTY TEJADA (2006) en España, realizó una publicación sobre “Índices de riesgo en las úlceras de presión (UPP)”, cuyo objetivo fue identificar y analizar trabajos publicados e indexados en los principales bancos electrónicos donde se analizan aspectos importantes de prevención de las úlceras por presión y comprobar de las diferentes escalas de riesgo o valoración que se utilizan en las mismas como instrumento predictor de resultados de rehabilitación. La revisión bibliográfica fue realizada en la base Medline - Pubmed (United States Library of Medicine, la Remi (Revista Electrónica de Medicina Intensiva). Los artículos citados fueron publicados en la citada revista Remi con una totalidad de 36 de los cuales 15 abordaron los aspectos de valoración y prevención e incluso de atención domiciliaria. Dentro de las conclusiones entre otras que:

“Las escala de Braden y el índice de Norton han sido empleados para la evaluación como instrumento predictivo de resultados de rehabilitación en diferentes situaciones médicas que involucran el riesgo de padecer o la presencia de UPP tales como: pacientes hospitalizados, crítico o no, situaciones ortopédicas quirúrgicas y otras de enfermería.

Se destaca el papel de la enfermería de rehabilitación en la valoración de riesgo de aparición y cuidados de la UPP.

Es Precisamente el enfermero quien considera a todos los pacientes potenciales de riesgo, elige y utiliza un método de valoración de riesgo, identifica los factores de riesgo y registra sus actividades y resultados y en muchos casos evalúa. Además desde el punto de vista práctico desarrolla en el paciente todos los cuidados específicos, generales y de educación sanitaria”.

ROCIO VALLEJO EXPOSITO (2005) en Chile, realizó un trabajo de investigación sobre, “Unidad Familiar en Enfermería”, cuyo objetivo fue identificar cual es el papel que cumple la familia dentro de la atención de enfermería en el cuidado del paciente familiar hospitalizado. Este trabajo fue realizado en la Escuela U. Enfermería Virgen del Rocío. Las conclusiones que describieron fueron que la familia debe ser vista de manera sistemática porque cualquier problema de salud acarrea problemas en el entorno familiar y viceversa por lo cual la enfermería debe ver a la familia como una unidad para así poder atender de manera correcta.

Por lo revisado se puede expresar que si bien es cierto se han realizados estudios sobre los cuidados preventivos de UPP por parte del personal de enfermería y la familia, como agente de cuidado, sin embargo aún no se ha realizado un estudio sobre los conocimientos que tiene los familiares sobre los cuidados en la prevención de UPP en pacientes con permanencia prolongada en cama.

JORDAN Y CLARK (1998); realizaron un estudio de “Prevalencia de las úlceras por presión (UPP) entre los ancianos que residen en el Hospital Insular de Lanzarote”; cuyo objetivo fue analizar la prevalencia de las úlceras por presión (UPP), determinar las características de situación mental, física y nutricional de los pacientes que presentan UPP y los que no las presentan y comparar las diferencias existentes en dichas características. Fue de tipo descriptivo y llegó a las siguientes conclusiones: la edad media de la población en estudio fue de 81.25 años, la estancia media de dichos pacientes fue de 33.76 meses aunque un 15% de ellos llevaban más de 5 años, así también se encontró que en un 12% de los casos se presentaban úlceras por presión, siendo esta prevalencia similar a la del ingreso en el hospital. En cuanto al grado se observó: grado 1, un 25% eran grado II, grado III el 16.7% y grado IV un 33.3%. Es llamativo el hecho de que el 83.3% de los afecto de UPP presentaba deterioro cognitivo frente a un 62.5% encontrado entre los que no padecían úlceras. En la Residencia de Asistidos el porcentaje de ancianos que padecían demencia fue un 36%. Un factor importante en la aparición de UPP, como es la incontinencia (urinaria y fecal) alcanza cifras no despreciables en nuestra población, así la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 75% y la fecal era en el momento del estudio padecida por el 67% de los que tenían UPP y el 46.6% de los que no presentaban dichas lesiones.

VIDA ALS ANYS” “SERVEI CATALA DE LA SALUT (1995). “Incidencia y Prevalencia de las úlceras por presión. Clínica del Carmen – España”. Es un estudio descriptivo donde se utilizó la Escala de valoración de Arnell y la

Escala de registro de úlceras (grado y la localización). Las conclusiones a las que se llegaron son: Hay muchos factores que inciden en la formación, evolución y cura de las úlceras, tales como la incontinencia, la movilidad, la nutrición las infecciones, etc.; pero lo fundamental es el trabajo en equipo dentro del plan integral de cuidados que proporcionamos al paciente. La incidencia de úlceras es superior en los meses de verano, seguramente debido al calor, que favorece la deshidratación, la inapetencia, etc. La prevalencia de úlceras por sexos es superior en las mujeres respecto a los hombres.

### **A NIVEL NACIONAL**

CHIGNE, OSCAR (1999); realizó una investigación: "Aplicación de escala de Norton para Evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados". El objetivo de estudio fue: Determinar la prevalencia adulto mayores hospitalizados con riesgo de ulceras por presión en el hospital Nacional Cayetano Heredia. Utilizó un estudio de tipo descriptivo transversal. Las conclusiones a las que se llegaron son: Del total de la muestra un 29.00% lo constituyen los adultos mayores con alto riesgo a UPP. Así mismo el 63.2% son mayores de 85 años y siendo en mayor incidencia el sexo femenino. El 100% de la muestra con más de UPP. El 66.7% con algún grado de inmovilismo tuvieron riesgo de UPP el 54.7% tienen algún grado de dependencia y el 38.1 de los adultos mayores tenían condición física mala.

TRINIDAD MAYTA RAMIRES Y DINA CASTILLO HURTADO (2000) en Lima, realizaron un estudio sobre "La familia como agente de autocuidado en la

prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad de los servicios de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, cuyo objetivo general fue evaluar la efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes de la tercera edad. El método usado fue el cuasi experimental. La población estuvo constituida por 40 pacientes y sus respectivos familiares, distribuidos en dos grupos de 20 cada uno. El instrumento fue un formulario tipo cuestionario que se aplicó antes y después a ambos grupos, y la técnica fue la encuesta. Llegando a las siguientes conclusiones entre otras:

“Que la participación familiar como agente de autocuidado ha demostrado ser efectiva, para la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad (la incidencia de zonas en los pacientes inmovilizados de la tercera edad es menor cuando la familia participa como agente de autocuidado).

La efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado, en relaciona al grupo de comparación puede atribuirse a la capacitación de la familia a través de un programa autoinstruccional de prevención de las úlceras por presión”

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. TEORÍA DE CUIDADO HUMANO:**

EL CUIDADO SÓLO SE PUEDE PRACTICAR DE MANERA INTERPERSONAL:

El ser humano es un individuo en esencia social y gregario, es decir debe permanecer inserto dentro de un medio donde existan otros cómo él y además tiende a reunirse con ellos. Es dentro de tal contexto en que el cuidado surge como una respuesta frente a las necesidades de las personas. Para que exista

un cuidado debe haber dos elementos primarios; un cuidador y un cuidado, los cuales comparten necesidades, experiencias, emociones y deseos. Es decir el cuidado es en sí un estado relacional entre dos individuos. Es una relación de entrega fundamental frente a otro ser humano y por lo cual necesita de otro para ser desarrollado, esto una consideración importante ya que para realizar un cuidado adecuado se deben desarrollar las artes de la comunicación y además desarrollar un sentido altamente intuitivo orientado a comprender la dimensión humana del ser que al que se cuida.

#### EL CUIDADO COMPRENDE Y SE ORIENTA A LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES:

Los seres humanos tienen un objetivo durante toda su existencia y este es la satisfacción de sus diversas necesidades, tanto fisiológicas, como de seguridad, de amor, de aceptación social y de autorrealización. Este objetivo mueve la vida de todas las personas y es la guía del cuidado, ya que un buen cuidado satisface tanto las necesidades sentidas del individuo como las potenciales y emergentes. Es fundamental orientar siempre el cuidado a las necesidades de la persona a la cual se le administra tal, y no a las necesidades del cuidador ya que éstas no son concordantes con el cliente.

#### CUIDADO PROMUEVE LA SALUD Y EL CRECIMIENTO DE LA PERSONA Y DE SU GRUPO FAMILIAR.

El cuidado es un elemento desarrollador del ser humano y de su entorno, puesto que suplende las necesidades y establece condiciones favorables de los seres humanos para su desarrollo. Es por esto que al cuidar uno evita situaciones de enfermedad o ayuda a la recuperación y rehabilitación de ésta. Al permanecer un individuo sin padecimientos (tanto psíquicos, emocionales



o corpóreos) se facilita el desarrollo propio y de su entorno. Cuidado acepta a la persona como ES y cómo puede LLEGAR A SER. Las personas se mueven dentro de una historia de vida, de la cual se entiende que existe un pasado, un presente y un futuro. Es por esto que al momento de cuidar, se debe Valorar (es la recolección de información, análisis y evaluación de ésta) este parámetro para entender el contexto de vida en la cual se desarrollan las necesidades de determinado individuo, ya que los seres humanos son distintos unos de otros en esencia y cada necesidad por similar que sea a la de otro individuo es exclusiva y única, con matices propios que requieren un cuidado específico.

### **2.2.2. MODELO DE DOROTHEA OREM <sup>1</sup>**

Para Dorothea el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados. El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar, etc.
-

- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia.
- Los derivados de desviaciones del estado de salud, procesos patológicos. Ej. úlceras por presión.

En el modelo de Orem se actúa de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse. Los motivos del desequilibrio son riesgo de una enfermedad, una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado. Este modelo incluye también a la familia, como protagonista del cuidado y el mantenimiento de la integridad y la salud de los adultos con déficit del autocuidado.

Según Orem, existen tres tipos de asistencia, que tanto la enfermera así como el agente cuidador (la familia) deben considerarlo al momento de brindar los cuidados al adulto mayor.

- **El sistema de compensación total:** cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- **El sistema de compensación parcial:** cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte del cuidador, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- **El sistema de apoyo educativo:** cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

## **2.3. BASES CONCEPTUALES**

### **2.3.1. ADULTO MAYOR Y EL ENVEJECIMIENTO:**

El envejecimiento se caracteriza por una progresiva reducción de la reserva homeostática de cada sistema y aparato. Este deterioro, conocido como "homeostenosis", comienza en la tercera década de la vida y es gradual, lineal y variable entre los individuos. Estos cambios a su vez son muy diversos entre los distintos órganos y aparatos de una persona y reciben la influencia de la dieta, el medio ambiente y los estilos de vida.

De estos hechos emergen algunos principios: las personas envejecen de diferente manera desacreditando cualquier estereotipo del adulto mayor, una caída brusca en la función de cualquier sistema o aparato es siempre debida a una enfermedad y no al "normal envejecimiento", el deterioro en el funcionamiento de sistemas y aparatos puede ser atenuado mediante la modificación de algunos factores de riesgo como : hipertensión arterial, sedentarismo , tabaquismo y obesidad, el envejecimiento exitoso no es una utopía, es más bien una posibilidad. En ausencia de enfermedad, la reducción en la reserva homeostática, vista con el pasar de la edad, no debe causar síntomas ni imponer restricciones en las actividades de la vida diaria. En otras palabras "los adultos mayores son enfermos a causa de que están enfermos y no debido a que son viejos".

### **2.3.2. LOS SINDROMES GERIATRICOS**

#### **1. CAIDAS**

Con el paso de los años, las articulaciones pierden movilidad y los cartílagos se erosionan, estas alteraciones junto con la desmineralización ósea, colocan

al paciente anciano en elevado riesgo de sufrir dolor, inmovilidad, caídas y fracturas. Estas son la causa más común de muerte accidental en el anciano.

La tasa de incidencia anual de caídas es aproximadamente de 30% en personas mayores de 65 años que son independientes y viven en comunidad, esta tasa aumenta con la edad y si el paciente reside en una casa de reposo o se encuentra hospitalizado. Los principales factores de riesgo para caídas son edad mayor de 75 años, demencia, depresión, uso de psicofármacos o antihipertensivos, inmovilización reciente y alteraciones del equilibrio. En la evaluación se consideran causas intrínsecas, es decir que dependen del paciente así como también extrínsecas o ambientales. Las consecuencias pueden ser variadas, desde la pérdida de la confianza hasta la muerte secundaria a fracturas e inmovilización.

## **2. CONSTIPACION**

Es la queja más frecuente en consulta externa. No hay una definición precisa sobre este problema, aunque se considera que existe constipación cuando hay esfuerzo al defecar o movimientos intestinales infrecuentes o incompletos. Las causas más frecuentes de este síndrome son afectación del llenado rectal, dietas inadecuadas, inactividad, enfermedades, medicamentos e idiopáticas. La evaluación de los pacientes deberá ser integral y el manejo incluir medidas generales y farmacológicas.

## **3. DEPRIVACION NEUROSENSORIAL**

La afectación de la agudeza visual y auditiva se considera entre los problemas más frecuentes en geriatría y que predisponen a la aparición de síndromes geriátricos como caídas, inmovilización, demencia, delirio y depresión. Estas

funciones son evaluadas con el test del susurro y la tarjeta estándar de Jaeger. Una de las formas más frecuentes de privación neurosensorial en nuestros hospitales y quizás la menos reconocida es el empleo de la sujeción mecánica, mediante barras, lazos, y férulas que desencadenan o agravan condiciones como: estasis venosa, ulceraciones, delirio o incluso asfixia por estrangulamiento.

#### **4. INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL**

La incontinencia urinaria es considerada uno de los grandes síndromes geriátricos y se define con la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social y que se puede demostrar objetivamente. Es un síndrome con serias consecuencias médicas (infecciones, úlcera de presión, caídas) afectivas (ansiedad, depresión, pérdida de autoestima), sociales y económicas (aislamiento, mayor necesidad de cuidados y recursos). La prevalencia es de 10- 15% en mayores de 65 años en la comunidad y aumenta a 50-60 % en pacientes de casa de reposo, mientras que la incidencia en hospitalizados por un proceso agudo es de 30- 40%. El enfoque debe ser amplio, determinando el tipo o los tipos de incontinencia involucrados en cada paciente (urgencia, esfuerzo, rebosamiento y funcional), la etiología del síndrome e instaurando apropiadas medidas de modificación de los estilos de vida y medicamentos.

#### **5. INMOVILIZACION**

Se estima que el 18% de las personas mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda y que a partir de los 75 años la cifra sube al 50%. La inmovilización es más frecuente en los pacientes institucionalizados y

reconoce diferentes causas: enfermedades reumatológicas (osteoartritis, osteomalacia, artritis reumatoidea), neurológicas, cardiovasculares, respiratorias y neoplasias en fase terminal. La inmovilidad puede tener origen en un trastorno psicológico o en el aislamiento social.

A continuación las alteraciones más frecuentes de los principales sistemas en los individuos inmovilizados son:

- SISTEMA CARDIOVASCULAR: hipotensión ortostática. Disminución de la tolerancia al ejercicio. Reducción del volumen circulante y de la reserva funcional. Trombosis venosa profunda y trombo embolismo.
- SISTEMA RESPIRATORIO: disminución de la capacidad vital. Aumento producción de moco Disminución movilidad ciliar. Menor reflejo tusígeno. Atelectasía. Neumonías por Aspiración.
- SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: debilidad muscular. Atrofia por desuso. Contracturas, rigidez y deformidad articular. Osteoporosis por inmovilización. Tendencia a las fracturas. Retracciones tendinosas. Posturas viciosas
- SISTEMA NERVIOSO: privación sensorial. Mayor deterioro cognitivo. Alteración del equilibrio y la coordinación. Trastornos de la atención y falta de motivación.
- SISTEMA DIGESTIVO: pérdida de apetito. Trastornos de la deglución y absorción digestiva. Tendencia al reflujo gastro esofágico. Estreñimiento e impactación fecal.
- SISTEMA GENITOURINARIO: retención, Incontinencia, Cálculos. Infecciones urinarias.
- ALTERACIONES METABOLICAS Y HORMONALES: balances minerales negativos (N, Ca, S, P, Mg, K, Na). Mayor resistencia a la insulina. Elevación de la parathormona. Deficiencias inmunológicas y alteración de su respuesta.

- PIEL: áreas cutáneas dolorosas y eritematosas. Maceración y atrofas. Úlceras por presión. Constituyen la principal complicación de la inmovilidad.

## **6. ULCERAS POR PRESION**

Las úlceras por presión, conocidas también como úlceras decúbito o escaras, constituyen áreas localizadas de necrosis tisular de la piel y reas localizadas de necrosis tisular de la piel y el tejido celular subcutáneo, incluyendo los neo, incluyendo los músculos, que han estado sujetas a períodos prolongados de presión.

La isquemia y anoxia tisulares aparecen cuando la isquemia y anoxia tisulares aparecen cuando la presión supera la presión capilar. Las presiones capilares en circunstancias normales son 32 mm capilares en circunstancias normales son 32 mm lado arterial y de 13 a 15 mm en el segmento venoso.

### **6.1. ETIOPATOGENIA**

Las úlceras pueden aparecer cuando se mantiene una posición determinada por un periodo de tiempo de dos horas o más. Una presión superior a 20 mmHg. Entre dos o cuatro horas conduce a la aparición de la úlcera ya que los tejidos blandos están comprimidos entre dos planos, las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa, esta presión interfiere en el riego sanguíneo, se origina una isquemia de la membrana vascular, lo que produce vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. En algunas ocasiones se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, las cuales conducen, finalmente, a una necrosis y ulceración.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. El tamaño de estas úlceras puede variar desde pequeñas y superficiales a grandes y profundas. Se presentan principalmente en individuos inmobilizados, ya sea en silla de ruedas o encamados. Es importante señalar que el tejido muscular es más sensible a la isquemia que la piel, de manera que los músculos profundos pueden estar necrosados antes que se afecte la piel que los recubre.

## **6.2. CAUSAS:**

**Directas:** La presión

**Indirectas:** Contrapresión.

Deficiencia sensorial.

Deficiencias motoras.

Fricción de las partes blandas.

Presión de corte.

Espasticidad, humedad e infección

Factores psicosociales

Anemia e hipoalbuminemia.

## **6.3. CLASIFICACION:**

### ***Estadio I.***

Eritema no blanqueante de la piel intacta (no está rota la piel) que constituye el antecedente de la ulceración. Puede ser también indicadores el aumento



de indicadores el aumento de temperatura, el edema, el endurecimiento y en individuos de piel oscura la decoloración de la piel.

### ***Estadio II.***

Pérdida parcial del grosor de la piel que involucra la epidermis, la dermis o ambas involucra la epidermis, la dermis o ambas .La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una como una abrasión, ampollas o cráteres pocos profundos, superficial..

### ***Estadio III.***

Pérdida total del grosor de la piel con daños del tejido subcutáneo o necrosis del mismo. El daño no se extiende hasta la fascia. Clínicamente la úlcera aparece como un cráter profundo. Pueden presentarse excavaciones en el tejido adyacentes.

### ***Estadio IV.***

Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensiva del tejido subcutáneo que puede involucrar capas musculares, articulaciones y/o involucrar capas musculares, articulaciones y/o huesos. Pueden presentarse como un cráter profundo con excavaciones, y pueden incluir la profundo con excavaciones, y pueden incluir la presencia de tejido necrótico.

## **6.4. EVOLUCION ANATOMOPATOLOGICAS**

Inicialmente isquemia por compresión más o menos irreversible.

Endoteritis local progresiva e irreversible.

Necrosis profunda (formación de la escara fuertemente adherida a los tejidos profundos) Ulceración posterior a la eliminación de la escara con infección secundaria.

Formación de un tejido de granulación más o menos exuberante.

Proliferación epitelial periférica y fibrosa en el lecho de la úlcera.

Retracción cicatricial con ulceración persistente y aparente estabilización de la lesión.

## **6.5. EVALUACION DE RIESGO MEDIANTE LA ESCALA DE BRADEN**

Estos parámetros tienen relación directa con las determinantes cruciales de las úlceras por presión tales como: Intensidad y duración de la presión, tolerancia de la piel y estructuras de sostén para resistir dicha presión.

### **6.5.1. DESCRIPCIÓN DE ESCALA DE BRADEN**

***Percepción sensorial.*** Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.

*1. Completamente limitada.* No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.

*2. Muy limitada.* Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.

3. Levemente limitada. Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades.

4. *No alterada*. Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.

**Humedad.** Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. *Constantemente húmeda*. La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.

2. *Muy húmeda*. La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).

3. *Ocasionalmente humedad*. La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).

4. *Rara vez húmeda*. La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

**Actividad.** Grado de actividad física.

1. *En cama*. Confinado a la cama

2. *En silla*. Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.

3. *Camina ocasionalmente*. Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.

4. *Camina con frecuencia*. Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

**Movilidad.** Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. *Completamente inmóvil.* No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.
2. *Muy limitada.* Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.
3. *Ligeramente limitada.* Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.
4. *Sin limitaciones.* Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

**Nutrición.** Patrón usual de consumo alimentario.

1. *Muy pobre.* Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.
2. *Probablemente inadecuada.* Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.
3. *Adecuada.* Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.

4. *Excelente*. Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

### ***Fricción y deslizamiento***

1. *Es un problema*. Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.
2. *Es un problema potencial*. Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.
3. *Sin problema aparente*. Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.

### **6.5.2. ESCALA DE RIESGO DE UPP – BRADEN**

Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de: 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Se sugiere tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional:

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con Frecuencia
	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablement e inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

## 6.6. TRATAMIENTO:

El tratamiento de las UPP debe abarcar dos esferas, sin las cuales será imposible la cicatrización de la misma:

- a) **ESFERA CLÍNICA.**- Como siempre en la actividad clínica debemos de empezar por un historia clínica completa con anamnesis, exploración y valoración geriátrica completa. Antecedentes personales, tratamiento actual, grado de incapacidad mental y funcional son factores que van a determinar las posibilidades de curación de la UPP. No podemos olvidar

que tanto la aparición como la curación de la UPP será una consecuencia de muchos factores clínicos asociados, por ello estaremos obligados a mejorar la situación clínica global del paciente, del mismo modo, tendremos en cuenta que existen fármacos con gran riesgo de dificultar la curación de la UPP como son los que afectan al SNC, antihipertensivos, diuréticos y corticoides, fármacos todos ellos que deberemos usar con medida en este tipo de pacientes.

b) **ESFERA NUTRICIONAL.**- Es esencial para la resolución de la UPP que se mantenga un buen estado nutricional, la UPP en si misma supone un catabolismo importante en el paciente, y si no somos capaces de aportar la suficiente cantidad de calorías y de proteínas estaremos ante balances negativos que en nada favorecerán el proceso de cicatrización.

- Tipos de tratamiento
- Preventivo profiláctico
- Inspección y cuidado de la piel
- Terapia postural
- Superficies de apoyo
- Nutrición
- Tratamiento Médico
- Desbridamiento
- Quirúrgico
- Enzimáticos
- Autolítico
- Mecánico
- Limpieza de la herida

- Tratamientos basados en medicina física
- Estimulación eléctrica
- Láser terapia
- Ultrasonido
- Magneto terapia

## **6.7. ROL DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION**

Sería inapropiado centrarse exclusivamente en la valoración de la ulcera por presión y no tener en cuenta la valoración global del paciente. La evaluación integral al paciente con úlceras por presión precisa de una valoración en tres dimensiones: "Estado del paciente", "la lesión" y "su entorno de cuidados".

### **6.7.1. VALORACION INICIAL DEL PACIENTE**

- Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia).
- Identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares y del colágeno, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión).
- Edad avanzada
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol
- Hábitos y estado de higiene
- Tratamientos farmacológicos (corticoides, antiinflamatorios no esteroides, inmunosupresores, fármacos citotóxicos).



Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que se debe aplicar los protocolos de prevención. El uso de esta tabla u otras similares, debe ser el primer paso en la PREVENCIÓN.

### **6.7.2. VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADO: ROL DE LA FAMILIA**

Identificación del cuidador principal: Valoración de actitudes habilidades conocimientos y posibilidades del entorno cuidador (Familia, cuidadores informales).

Cuando se vive en comunidad, cuando se aman los unos a otros, cuando cada uno ama a los demás aún más que a sí mismo, cuando se disfruta con el bien que le acontece a los otros; cuando se está presto para auxiliar a los demás, en el caso que necesiten de nuestros auxilios, cuando se prefiere sufrir a ver sufrir a los otros y cuando, por último, en todos palpita un solo corazón, entonces existe en realidad lo que se denomina la familia.

Tradicionalmente se considera a la familia como el núcleo básico de la sociedad. A lo largo de las diferentes estructuras socioeconómicas que han existido, la familia ha permanecido como eje central del conglomerado social Existen numerosas definiciones de familia, para su mejor comprensión utilizaremos la definición utilizada por la OMS, cuando dice: "Familia es el grupo de personas del hogar con cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio".

La familia como institución expresa el conjunto de valores de la sociedad en la que tiene lugar, cumpliendo también una serie de normas y patrones

que se reproducen de generación en generación, de modo que cada una de estas últimas, enriquecen a la anterior al fortalecer o modificar rasgos de esta. No obstante, en cada formación socioeconómica, la familia cumple determinadas funciones, tal es el caso de las funciones espiritual y cultural, ya que por medio de ellas se transmiten los valores, se forman los sentimientos y se perpetúan el amor y la solidaridad humana aspecto muy importante durante el proceso salud enfermedad.

La enfermedad es un proceso que genera desequilibrio no sólo en la persona enferma, sino que abarca áreas más extensas tales como: sectores económicos, laboral, de relaciones sociales, afectivas, etc. Es por ello que el equipo de salud debe tratar todos los problemas de salud de la persona centrado en el contexto familiar. Es imprescindible tener presentes todos los recursos disponibles por la familia y valerse de esta como un gran sistema de apoyo, que pueda contribuir al restablecimiento del equilibrio perdido, de aquí la necesidad de interactuar armónicamente con la familia, al formar un solo equipo de trabajo entre la familia y los diferentes profesionales, en el que cada profesional aporte los elementos de su disciplina para la toma de decisiones.

A la familia como grupo social se le concede un rol mediatizado del proceso salud-enfermedad. En su seno, se mantiene la salud, se produce y desencadena la enfermedad, tiene lugar el proceso de curación, la rehabilitación y en muchos casos la muerte. Sin duda, el término de la vida, con la muerte, constituye el mayor impacto para la familia, por mucho

que la sociedad moderna tiende a negarla y a alejar este acontecimiento de su perspectiva natural y de su enclave familiar.

En la actualidad existe una marcada tendencia a que estas personas sean atendidas en su hogar mediante los Programas de Atención Domiciliaria, en estos Programas de atención la familia juega el rol fundamental. De hecho, es quien se encarga de llevar a cabo el tratamiento, la alimentación, el baño, en fin es la encargada de ayudar al individuo a satisfacer todas las necesidades, tanto físicas, como emocionales y espirituales.

El papel de la familia como agente potencializadora del equipo de salud en el cuidado del individuo enfermo ejerce una influencia extraordinaria y en particular, los aspectos concernientes al cuidador principal y el rol de los especialistas en cuidados paliativos en la asesoría y entrenamiento de la familia para su cuidado fundamentalmente en el hogar.

Las intervenciones en la familia deben ser desarrolladas por el equipo de cuidados paliativos que tienen a su cargo la atención del paciente. Durante la primera visita al hogar, es importante hacer una valoración de las condiciones físicas, económicas y socioculturales de la familia, a fin de conocer si existe realmente las condiciones para brindar la atención adecuada, ya que se deberá afrontar no solo la enfermedad y la muerte, sino también múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar.

## **7. CUIDADO DEL CUIDADOR**

En nuestra sociedad, el cuidado de los adultos mayores dependientes ha recaído históricamente en la familia; la cual ha enfrentado este cuidado sin

apoyos formales. Hasta ahora la sociedad no ha considerado que el cuidado sea una labor que merezca ser mirada con atención.

Políticas y lineamientos y programas nacionales para el adulto mayor (Abril 1996), afirman que parte importante de esta problemática, "debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad".

La familia que cuida, dentro de cuál sean los medios que esa familia posea, está haciendo un esfuerzo, con costos importantes de todo tipo: físicos, económicos y emocionales. El esfuerzo de cuidar se hace por muy diferentes razones. Puede ser que el adulto mayor postrado sea muy amado por su familia, puede ser que no sea tan amado pero que consideren un deber cuidarlo, y también puede ser que no quieran cuidarlo, pero no han encontrado una alternativa. Pero sean cual sea las razones, de por qué la persona está siendo asistida en casa, hay dos aspectos que son transversales: uno es la gratuidad con que se asumen las acciones y el otro es que en todo acto de cuidado, siempre existirán problemas, y esto por la tremenda carga física, económica y emocional que significa cuidar.

El cuidado familiar, realizado como opción y bien apoyado por los entes técnicos correspondientes, significa un rescate de los valores del amor y la reciprocidad. Cuidar a quien te cuidó.

Existe un valor en el hecho de cuidar. Nadie discute hoy día el valor de criar, ¿por qué nadie ve el valor de cuidar? Es el rescate de ese valor, el valor de cuidar, lo que el equipo de salud debe propiciar con su accionar. ¿Cómo?

En primer lugar, valorizando al cuidador. Reconociendo lo invaluable de su rol.

En segundo lugar, entregando información. La información sobre técnicas de cuidado, facilitará y mejorará todo el acto de cuidar.

En tercer lugar, considerando al cuidador como un interlocutor válido con quien dialogar con respecto a la persona postrada.

## **8. LA FAMILIA Y SU ROL EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

La familia cumple un rol importante en los cuidados a tener en la prevención de úlceras por presión en sus pacientes, siendo el rol del profesional de enfermería el más importante, ya que aquí, se ve claramente dos funciones importantes: la promoción y la prevención a través de la educación, por lo tanto, se encarga de la preparación a la familia, brindándole los conocimientos importantes para su actuación en la prevención de las úlceras por presión. El profesional de enfermería se encarga de promover la importancia de la participación familiar, ya que constituyen el mejor apoyo para la recuperación rápida del paciente, así como también el de prevenir las posibles complicaciones en el paciente postrado.

En el caso de las úlceras por presión estas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía, autoimagen, autoestima, etc. por lo que habrá de tenerse presente esta importante dimensión al tiempo de planificar sus cuidados.

El programa de educación para la salud debe ser una parte integral de la mejora de la calidad. Los programas educativos son un componente esencial de los cuidados de las úlceras por presión. Estos deben integrar conocimientos básicos sobre estas lesiones y deben cubrir las prácticas de cuidados para la prevención y tratamiento. Serán dirigidos hacia los pacientes, familia y cuidadores.

Un bajo índice de aparición de úlceras por presión es sinónimo de buen trabajo del equipo de atención primaria, pero en su prevención y tratamiento debe estar implicado tanto el personal sanitario, como el propio paciente y familiares, a los cuales se deberá prestar todo nuestro apoyo y enseñanza adecuada de los conocimientos y practicas a aplicar.

## **CAPÍTULO II ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO**

- El presente estudio se realizó en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima, en los diferentes hogares de los pacientes adultos mayores con riesgo, Post alta del Servicio de Medicina Interna-10C del H.N.E.R.M., siendo este una institución de cuarto nivel que pertenece a la Seguridad Social (Es Salud), brindando atención a asegurados; cuyas actividades fundamentales son de promoción; protección, recuperación y rehabilitación.

### **3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO Y MUESTRA**

#### **3.2.1 POBLACIÓN MUESTRAL**

La selección de la población muestra se realizó en base al método no probabilístico por conveniencia; y estuvo conformado por un total de 49 adultos mayores con riesgo, dados de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna 10 C del HNERM-ESSALUD.

#### **3.2.2 CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Cuidador principal del adulto mayor con riesgo de úlceras por presión, con alta hospitalaria.
- Cuidador principal del adulto mayor con riesgo de úlceras por presión, de ambos sexos: masculino y femenino.
- Cuidador principal del adulto mayor con riesgo de úlceras por presión, que desea participar en el estudio de forma voluntaria (acepten el consentimiento informado).

### 3.2.3 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Cuidador principal del adulto mayor con riesgo de úlceras por presión, que ha aceptado el consentimiento informado y que luego se muestra negativo a participar en las encuestas.

### 3.3 TIPOS DE ESTUDIO

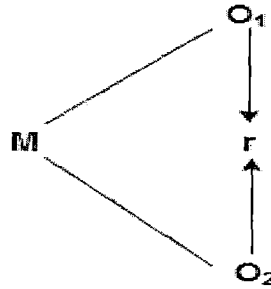
- ✓ Según los paradigmas, el estudio de investigación es de tipo cuantitativo, dado que se manejaron variables cuantitativas sujetas a ser medibles, estimables y flexibles.
- ✓ Según el método de investigación, fue no experimental, porque la variable dependiente (cuidados protectores del cuidador principal) no fue manipulada.
- ✓ Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos; el estudio es una investigación aplicada, pues se obtuvo información significativa sobre la realidad.
- ✓ Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio fue de tipo descriptivo-correlacional, porque se describieron y se explicaron relacionando las variables: nivel de conocimientos y cuidados protectores del cuidador principal; para buscar una relación entre ambos.
- ✓ Según el período y secuencia de los hechos y registro de la información, el estudio fue de tipo transversal, porque la recolección de datos se tomó en un sólo momento determinado.



- ✓ Por último, de acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información; el estudio es de tipo prospectivo ya que se registraron los hechos conforme iban ocurriendo.

### 3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para efecto de la investigación, se utilizó el diseño descriptivo-correlacional.



Donde:

**M** = Población muestra en estudio: Cuidador principal del adulto mayor con riesgo de úlceras por presión.

**O<sub>1</sub>** = Observación de la variable independiente: Nivel de conocimientos del cuidador principal con riesgo.

**O<sub>2</sub>** = Observación de la variable dependiente: Cuidados protectores del cuidador principal del adulto mayor con riesgo

**r** = Relación entre las variables en estudio.

### 3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### TÉCNICAS:

Las técnicas que se emplearon para la recolección de datos fueron:

La **Encuesta** para medir el nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto mayor con riesgo.

Y la **Escala de Likert** para valorar los cuidados protectores del cuidador principal del adulto mayor con riesgo.

### **INSTRUMENTOS:**

- **Cuestionario.** Consta de las siguientes partes: la introducción, donde se encuentra el título y los alcances del estudio, las indicaciones para el llenado del instrumento; datos generales que sirvieron para determinar: edad, sexo, grado de instrucción y parentesco del cuidador con el adulto mayor de riesgo. Está estructurado según las dimensiones e indicadores, previamente operacionalizadas que en conjunto constan de 14 preguntas cerradas con 5 alternativas.

Para estimación del nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto mayor, se consideró la siguiente puntuación:

Conoce: 1

Desconoce: 2

El puntaje de 1 y 2 puntos fue solo para diferenciar las etiquetas y no indica el valor real de cada respuesta.

### **VALIDEZ**

El cuestionario fue validado por cinco especialistas en el tema:

1. Dra. Vilma Siu Delgado. - Jefa del programa de COPHOES.
2. Dra. Elizabeth Che R. – Especialista en Geriátría
3. Enfermera Jefa del programa de COPHOES Lic Gladys Palacios P.
4. Enfermera Sara Muñoz Casana
5. Enfermera Yoriela Escajadillo Lando

## **CONFIABILIDAD**

Así mismo, después de la aplicación de la prueba piloto se halló el Alfa de Cronbach de 0.524, que indica confiabilidad moderada del instrumento.

- **Test de Lickert** . Está constituido por el título de la investigación, objetivo del instrumento, instrucción del llenado y leyenda. Está ordenado según las dimensiones de los cuidados protectores del familiar al adulto mayor con riesgo de úlceras por presión en el hogar; constan de 24 afirmaciones en forma de preguntas con alternativas múltiples.

La valoración para cada una de las respuestas será calificada mediante las siguientes categorías:

- Cuidados protectores adecuados 24 al 46 puntos
- Cuidados protectores inadecuados 47 al 67 puntos

## **VALIDEZ**

La escala fue validada por cinco especialistas en el tema:

1. Dra. Vilma Siu Delgado. - Jefa del programa de COPHOES.
2. Dra. Elizabeth Che R. – Especialista en Geriatría
3. Enfermera Jefa del programa de COPHOES Lic Gladys Palacios P.
4. Enfermera Sara Muñoz Casana
5. Enfermera Yoriela Escajadillo Lando

## **CONFIABILIDAD**

Así mismo, después de la aplicación de la prueba piloto se halló el Alfa de Cronbach de 0.820, que indica confiabilidad fuerte de la presente escala.

### **3.6 PROCEDIMIENTO**

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- En primer lugar se efectuó la validación externa de los instrumentos (juicio de expertos), seguidamente se aplicará la prueba piloto en una muestra semejante al del estudio.
- Luego se realizó el cálculo de la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, que para con un nivel de significancia de 95%.
- Se solicitó autorización del ámbito de estudio, a los familiares (cuidador principal) del adulto mayor con riesgo, para intervenir y ejecutar el proyecto de investigación.
- Inicialmente se aplicó el cuestionario (anexo 1) al cuidador principal del adulto, con la finalidad de conocer sus conocimientos sobre las úlceras por presión y su prevención.
- Luego, se procedió a la aplicación del test de Likert, para valorar sus conductas protectoras que brinda al adulto mayor con riesgo de úlceras por presión.
- Se procedió a clasificar y tabular los datos obtenidos, de acuerdo a las normas estadísticas para su efecto.

- Y finalmente, se elaboró el informe de investigación para su presentación respectiva.

### **3.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.**

Para el análisis de los datos, se empleó las frecuencias absolutas y relativas, en cual se observaron los valores de las variables que se obtuvieron después de realizar la tabulación de datos. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS. Versión 22 y Microsoft Word Excel. El análisis descriptivo se presentó en tablas de frecuencia y contingencia, con sus respectivos gráficos e interpretación. Además para el análisis inferencial se aplicó la prueba de la  $\chi^2$  de dependencia con un nivel de significancia de 95%.

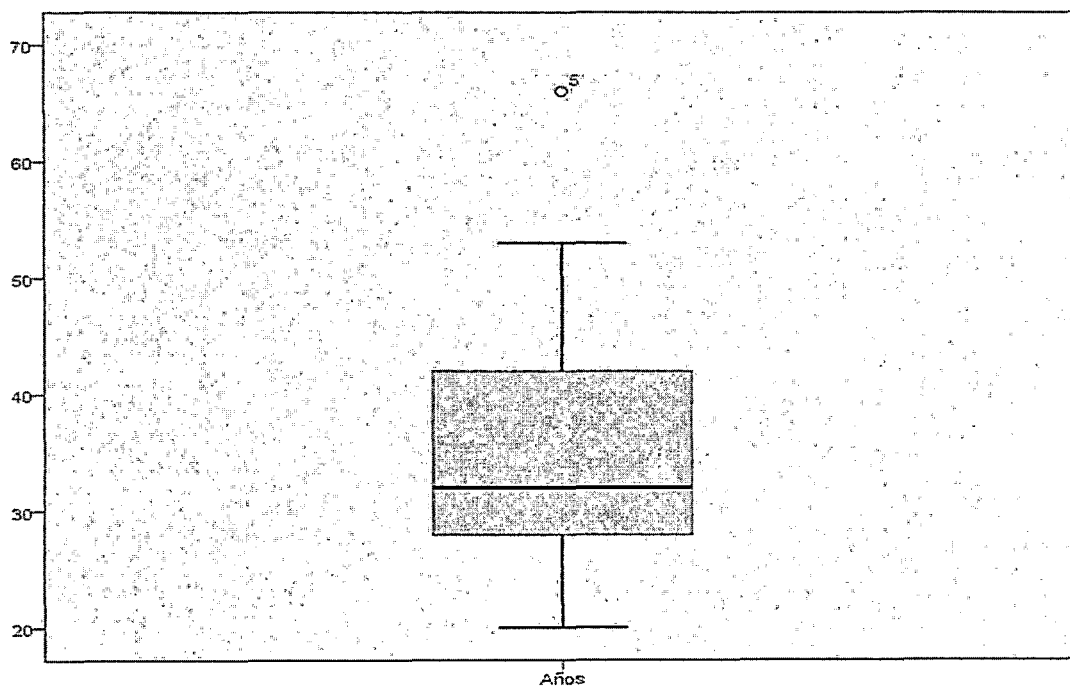
## CAPÍTULO III RESULTADOS

### 4.1 Análisis descriptivo mediante tablas de frecuencia

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de la edad del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Medidas descriptivas	Estadístico
Media	35.2
Mediana	32.0
Varianza	89.2
Desviación estándar	9.4
Mínimo	20.0
Máximo	66.0
Rango	46.0
Rango intercuartil	14.0
Asimetría	0.936
Curtosis	0.921

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.



**Figura 1.** Diagrama de caja y bigotes de la edad del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

En la tabla 1 se observa que la media y mediana de la edad del cuidador principal son 35.2 y 32.0 respectivamente; mientras que la varianza y desviación estándar son 89.2 y 9.4; asimismo la mínima y máxima edad del

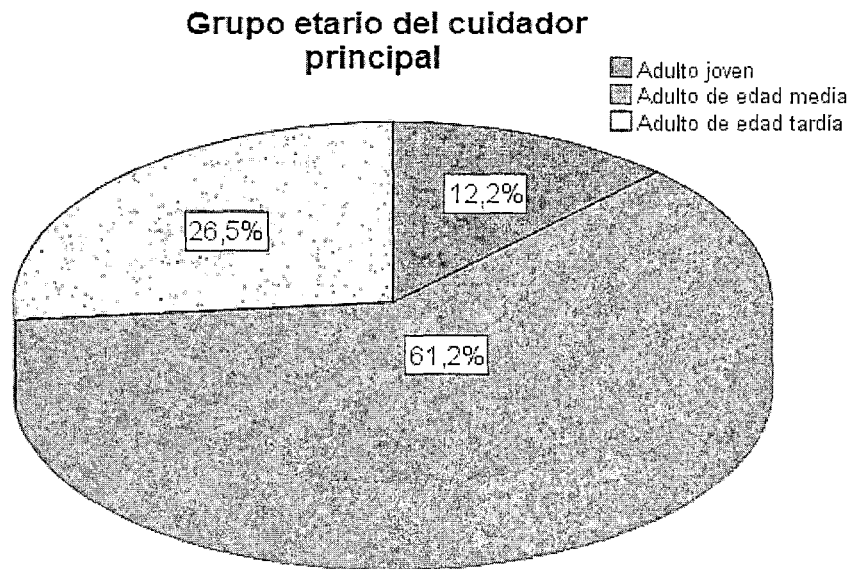
cuidador principal son de 20.0 y 66.0 respectivamente; el rango es de 46.0, además el rango intercuartil, asimetría y curtosis son 14.0, 0.936 y 0.921 respectivamente para la edad del cuidador principal del adulto mayor.

En la figura de cajas y bigotes se aprecia un dato discordante en el número 5 de la lista de los datos de los cuidadores, el cual es de 66 años. Esta data se encuentra muy por encima del percentil 90 y hace que la desviación estándar sea relativamente espaciada.

**Tabla 2.** Grupo etario del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Edad de los cuidadores (años)	Frecuencia	Porcentaje
Adulto joven (20 a 25)	6	12.2
Adulto de edad media (25 a 40)	30	61.2
Adulto de edad tardía (40 a 66)	13	26.5
Total	49	100.0

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.



**Figura 2.** Grupo etario del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

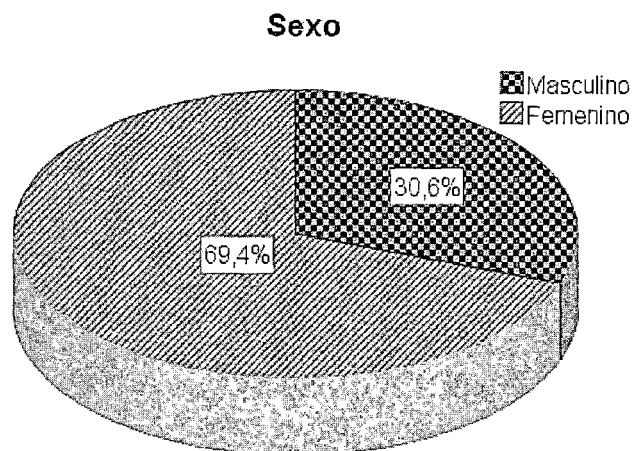
Los cuidadores de edad media (25 a 40 años) representan al 61.2% (30), mientras que los de 40 a 66 años es el 26.5% (13) de los cuidadores.



**Tabla 3.** Sexo del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	15	30.6
Femenino	34	69.4
Total	49	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.



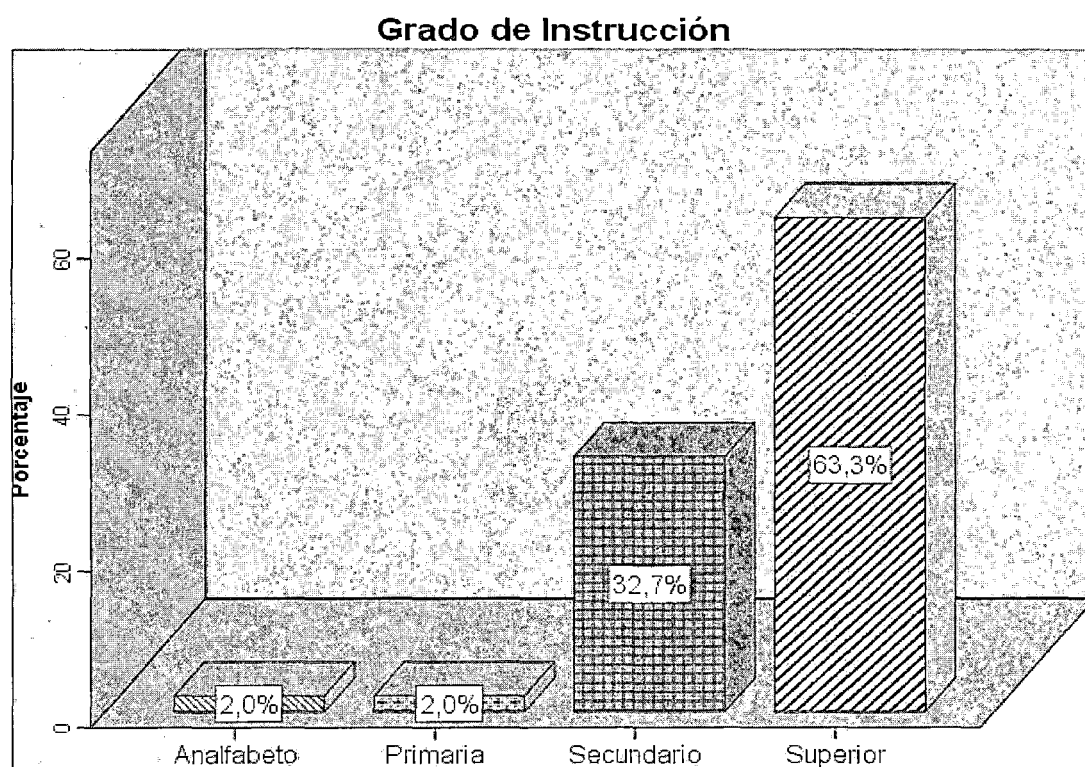
**Figura 3.** Sexo del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

En la tabla 3 se indica que el 30.6% (15) de los cuidadores principales son de sexo masculino; mientras que el 69.4% (34) son de sexo femenino.

**Tabla 4.** Grado de instrucción del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	1	2.0
Primaria	1	2.0
Secundario	16	32.7
Superior	31	63.3
Total	49	100.0

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.



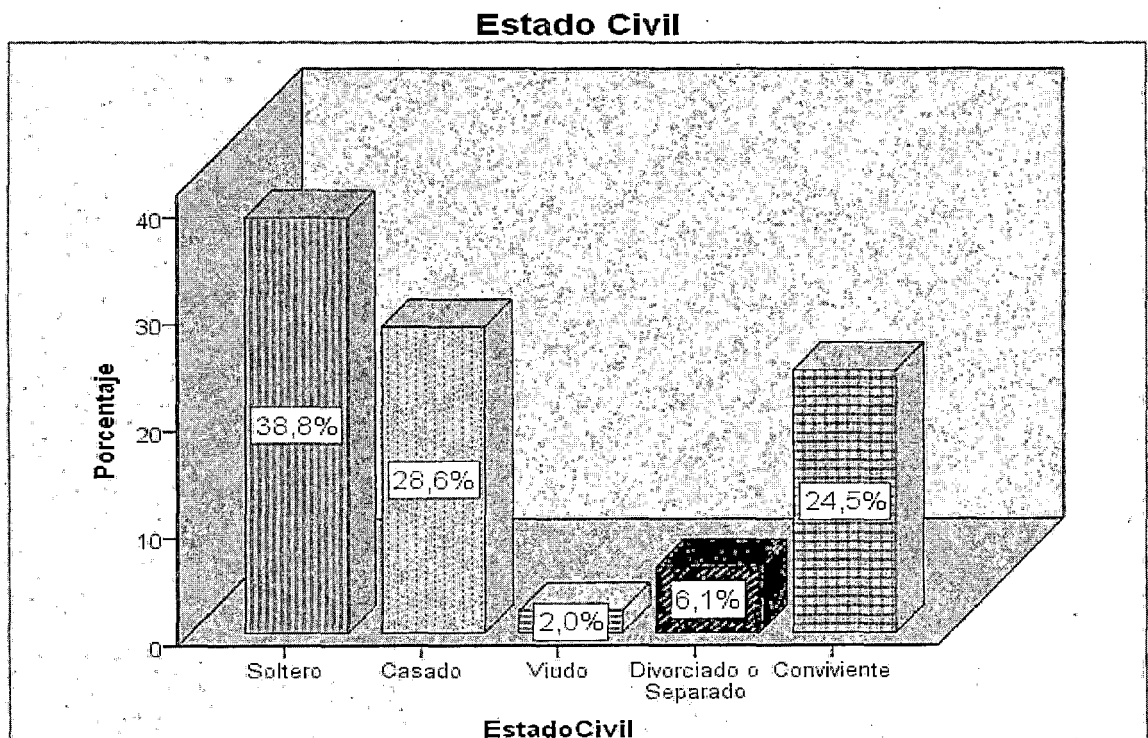
**Figura 4.** Grado de instrucción del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

En la tabla 4 se observa que el 2.0% (1) de los cuidadores tienen grado de instrucción analfabeto y primario; asimismo que el 32.7% (16) de los cuidadores principales tienen el grado de instrucción secundario; y finalmente que el 63.3% (49) de los cuidadores tienen un grado de instrucción superior.

**Tabla 5.** Estado civil del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	19	38.8
Casado	14	28.6
Viudo	1	2.0
Divorciado o Separado	3	6.1
Conviviente	12	24.5
Total	49	100.0

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.



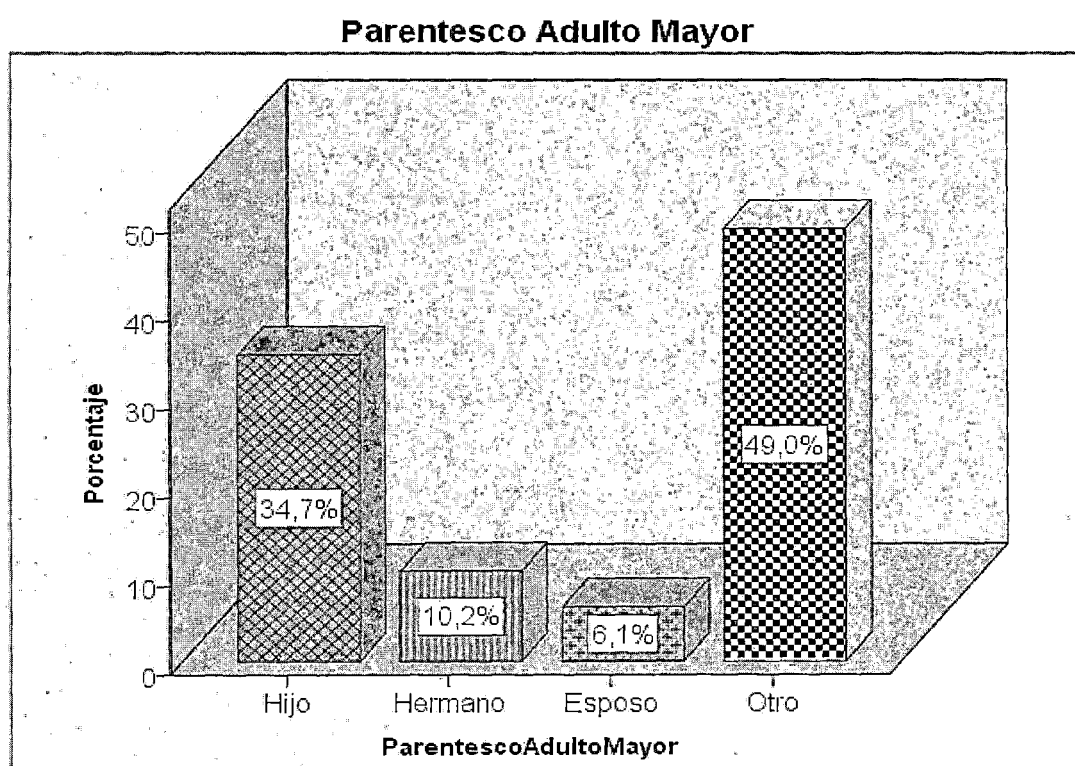
**Figura 5.** Estado civil del cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

En la tabla 5 se indica que el 38.8% (19) de los cuidadores tiene el estado civil solteros; asimismo el 28.6% (14) de los cuidadores son casados; además que el 2.0% (1) de los cuidadores es viudo; mientras que el 6.1% (3) y 24.5% (12) de los cuidadores tienen estado civil divorciado/separado y el de conviviente respectivamente.

**Tabla 6.** Parentesco del adulto mayor con riesgo post alta con el cuidador principal, Lima 2013 – 2014.

Parentesco Adulto mayor	Frecuencia	Porcentaje
Hijo	17	34.7
Hermano	5	10.2
Esposo	3	6.1
Otro	24	49.0
Total	49	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.



**Figura 6.** Parentesco del adulto mayor con el cuidador principal, Lima 2013 – 2014.

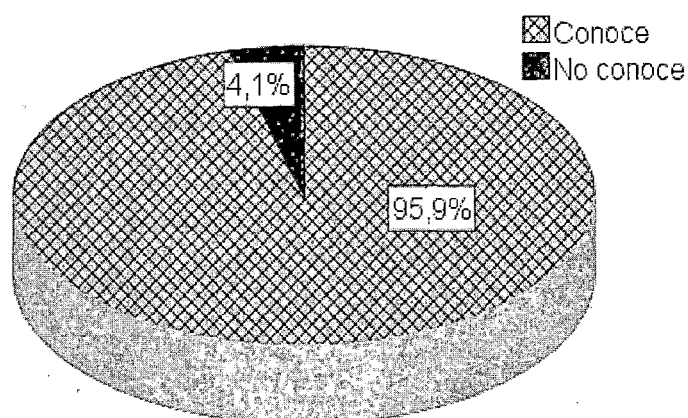
En la tabla 6 se observa que el 34.7% (17) de los cuidadores tienen un parentesco de hijo con el adulto mayor; así también el 10.2% (5) de los cuidadores son hermanos del adulto mayor; mientras que el 6.1% (3) de los cuidadores son esposos (as) del adulto mayor; y finalmente el 49.0% (24) de los cuidadores son de otro tipo de parentesco.

**Tabla 7.** Nivel de conocimiento del cuidador principal sobre las úlceras por presión y su prevención en el adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Conoce	47	95.9
No conoce	2	4.1
Total	49	100.0

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.

### Conocimiento sobre úlceras por presión



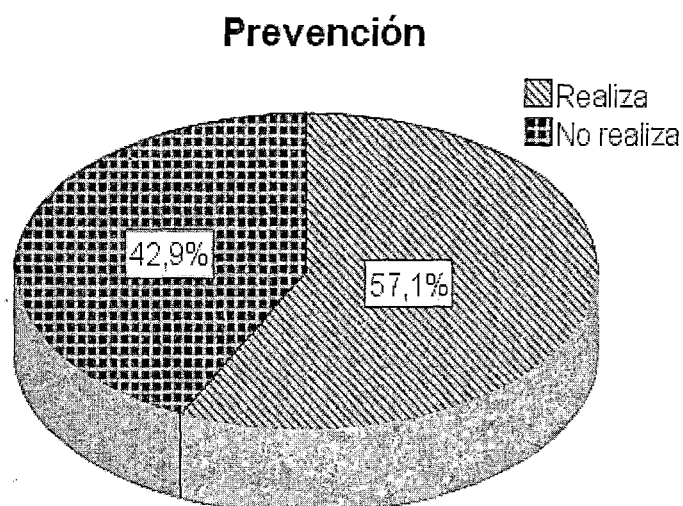
**Figura 7.** Nivel de conocimiento del cuidador principal sobre las úlceras por presión y su prevención en el adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

En la tabla 7 se observa que el 95.9% (47) de los cuidadores principales de los adultos mayores conocen sobre las úlceras por presión y su prevención; mientras que el 4.1% (2) de los cuidadores principales de los adultos mayores no conocen sobre el tema.

**Tabla 8.** Medidas de prevención que brinda el cuidador principal al adulto mayor con riesgo post, Lima 2013 – 2014.

Medidas de prevención	Frecuencia	Porcentaje
Realiza	28	57.1
No realiza	21	42.9
Total	49	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.



**Figura 8.** Medidas de prevención que brinda el cuidador principal al adulto mayor con riesgo post, Lima 2013 – 2014.

En la tabla 8 se muestra que el 57.1% (28) de los cuidadores principales de los adultos mayores realizan las medidas de prevención; mientras que el 42.9% (21) de los cuidadores no realizan dicha prevención.

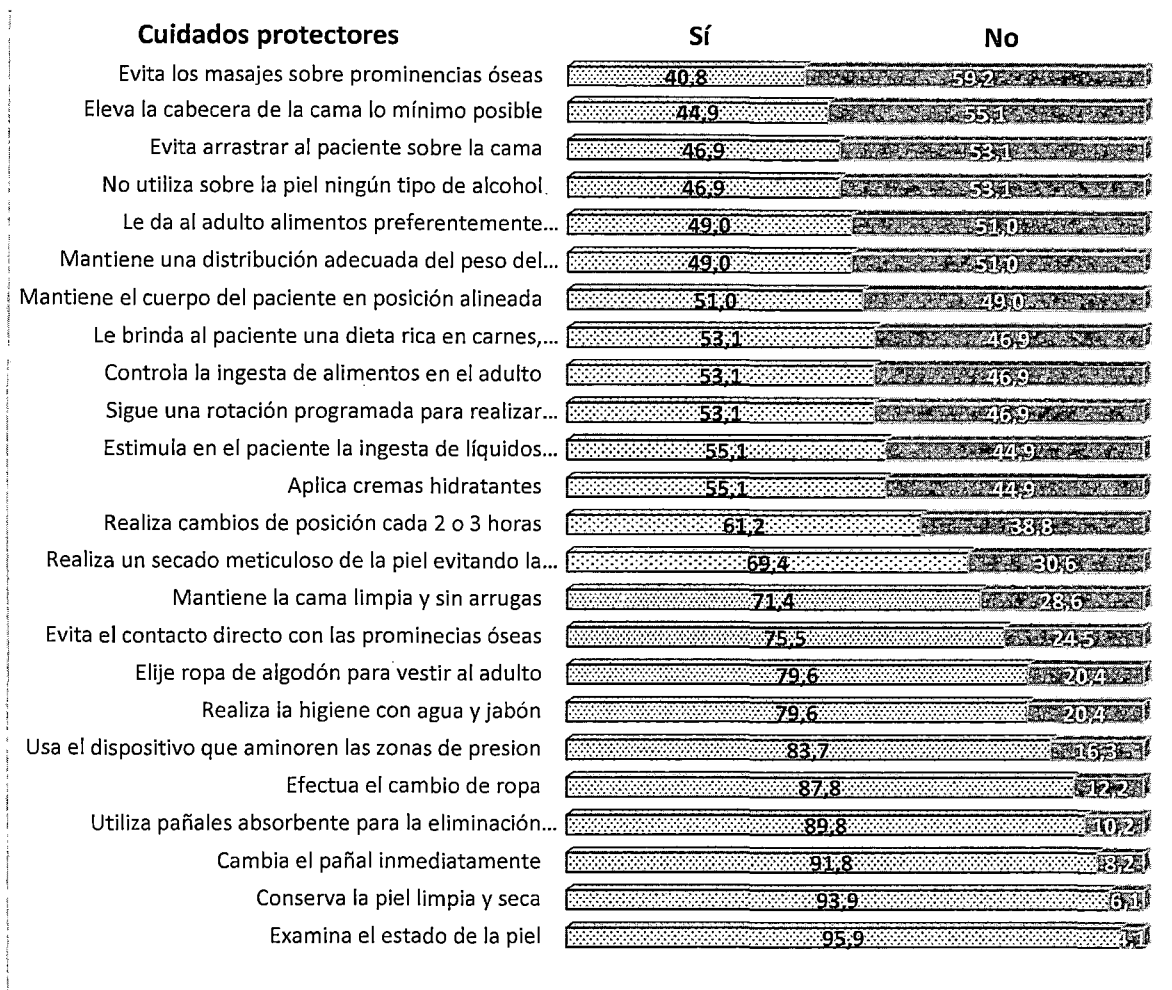
**Tabla 9.** Cuidados protectores que aplica el cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Cuidados protectores	Sí	No
Evita los masajes sobre prominencias óseas	20 40.8	29 59.2
Eleva la cabecera de la cama lo mínimo posible	22 44.9	27 55.1
No utiliza sobre la piel ningún tipo de alcohol	23 46.9	26 53.1
Evita arrastrar al paciente sobre la cama	23 46.9	26 53.1
Mantiene una distribución adecuada del peso del paciente	24 49.0	25 51.0
Le da al adulto alimentos preferentemente sancochados	24 49.0	25 51.0
Mantiene el cuerpo del paciente con posición alineada	25 51.0	24 49.0
Sigue una rotación programada para realizar cambios de posición	26 53.1	23 46.9
Controla la ingesta de alimentos en el adulto	26 53.1	23 46.9
Le brinda al paciente una dieta rica en carnes, menestras y frutas	26 53.1	23 46.9
Aplica cremas hidratantes	27 55.1	22 44.9
Estimula en el paciente la ingesta de líquidos frecuentemente	27 55.1	22 44.9
Realiza cambios de posición cada 2 o 3 horas	30 61.2	19 38.8
Realiza un secado meticuloso de la piel evitando la fricción	34 69.4	15 30.6
Mantiene la cama limpia y sin arrugas	35 71.4	14 28.6
Evita el contacto directo con las prominencias óseas	37 75.5	12 24.5
Realiza la higiene con agua y jabón	39 79.6	10 20.4
Elige ropa de algodón para vestir al adulto	39 79.6	10 20.4
Usa el dispositivo que aminoren las zonas de presión	41 83.7	8 16.3
Efectúa el cambio de ropa	43 87.8	6 12.2
Utiliza pañales absorbente para la eliminación urinaria	44 89.8	5 10.2
Cambia el pañal inmediatamente	45 91.8	4 8.2
Conserva la piel limpia y seca	46 93.9	3 6.1
Examina el estado de la piel	47 95.9	2 4.1

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimiento sobre úlceras por presión.

En la figura se aprecian los cuidados protectores que aplica el cuidador principal, debido a la importancia de las mismas se analiza los seis cuidados que se realiza con mayor frecuencia y los seis cuidados con menor frecuencia. Los cuidados que se realizan con mayor frecuencia son: el 95.9% (47) de los cuidadores realizan el cuidado de examinar el estado de la piel; el 93.9% (46) realizan el cuidado de conservar la piel limpia y seca; el 91.8% (45) de los cuidadores cambian el pañal inmediatamente; el 89.8% (44) utilizan pañales absorbentes; el 87.8% (43) de los cuidadores cambian de ropa frecuentemente; y el 83.7% (41) usan dispositivos para aminorar las zonas de presión. Los seis cuidados que no realiza el cuidador principal son: no evitar

los masajes sobre prominencias óseas el 59.2% (29); no elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible el 55.1% (27); utiliza alcohol sobre la piel el 53.1% (26); no evita arrastrar al paciente sobre la cama el 53.1% (26); no mantiene una distribución adecuada del peso del paciente el 51.0% (25); y, no le da al adulto alimentos preferentemente sancochados, el 51.0% (25). Se aprecia mejor en la siguiente figura.



**Figura 9.** Cuidados protectores que aplica el cuidador principal del adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.



## 4.2 Análisis mediante tablas de contingencia y prueba de hipótesis

**Tabla 10.** Comparación de los conocimientos sobre úlceras por presión y cuidados protectores del cuidador principal que brinda al adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Conocimiento sobre Úlceras por presión	Cuidados Protectores		Total	Chi <sup>2</sup>	GI	P valor	
	Adecuados	Inadecuados					
Conoce	N°	23	24	47	2,144	1	0.162
	%	46,9%	49,0%	95,9%			
No conoce	N°	2	0	2	2,144	1	0.162
	%	4,1%	0,0%	4,1%			
Total	N°	25	24	49			
	%	51,0%	49,0%	100,0%			

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimientos sobre úlceras por presión y escala de Likert de cuidados protectores.

El análisis que se realiza mediante la tabla de contingencia fue interrelacionando las variables de estudio; así se observa que el 46.9% (23) de los cuidadores del adulto mayor brindan adecuados cuidados protectores porque conocen sobre las úlceras por presión; y esta se explica porque no existe ningún cuidador (0.0%) que desconozca sobre las úlceras por presión y por lo tanto, los cuidados protectores que brindan se fundamentan en algún conocimiento.

Para el presente análisis inferencial se consideró 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa y 1 grado de libertad. Se utilizó el estadístico de prueba Chi<sup>2</sup> considerando que ambas variables son categóricas, el Chi<sup>2</sup> calculado fue 2.144, valor inferior al Chi<sup>2</sup> de la tabla de 3,84 para un grado de libertad; el p valor de 0,162, corresponde a 16,2% de error alfa, el cual se encuentra por encima del 5% de error aceptable. Por lo que se acepta la primera hipótesis de nula (H<sub>01</sub>): Los cuidados protectores que brinda el cuidador principal al adulto mayor con riesgo son independientes del nivel de conocimientos de úlceras por presión.

**Tabla 11.** Comparación de las medidas de prevención y cuidados protectores del cuidador principal que brinda al adulto mayor con riesgo post alta, Lima 2013 – 2014.

Medidas de prevención		Cuidados Protectores		Total	Chi <sup>2</sup>	Gl	p valor
		Adecuados	Inadecuados				
Realiza	N°	12	16	28	1,742	1	0.151
	%	24,5%	32,7%	57,1%			
No realiza	N°	13	8	21			
	%	26,5%	16,3%	42,9%			
Total	N°	25	24	49			
	%	51,0%	49,0%	100,0%			

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimientos sobre úlceras por presión y escala de Likert de cuidados protectores.

El análisis que se realiza mediante la tabla de contingencia fue interrelacionando las variables de medidas de prevención y cuidados protectores; así se observa que el 24,5% (12) de los cuidadores de los adultos mayores realizan la prevención y también adecuados cuidados protectores; mientras que el 16,3% (8) de los cuidadores de los adultos mayores no realizan medidas de previenen por lo que tampoco brindan adecuados cuidados protectores.

Para el análisis inferencial se consideró 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa y 1 grado de libertad. Se utilizó el estadístico de prueba Chi<sup>2</sup> de dependencia considerando que ambas variables son categóricas, el Chi<sup>2</sup> calculado fue 1.742, inferior al Chi<sup>2</sup> de la tabla que es 3.84; a su vez se calculó el p valor de 0,151, que corresponde al 15.1%, el cual se encuentra por encima del límite aceptable 5% de error alfa. Por lo que se acepta la segunda hipótesis nula (Ho<sub>2</sub>): Las medidas de prevención que brinda el cuidador principal al adulto mayor con riesgo son independientes del nivel de conocimientos de úlceras por presión.

**Tabla 12.** Comparación del estado nutricional del adulto mayor con riesgo y los cuidados protectores del cuidador principal, Lima 2013 – 2014.

Estado nutricional		Cuidados Protectores		Total	Chi2	Gl	p valor
		Adecuados	Inadecuados				
Eutrófico	N°	20	24	44	2,144	1	0.162
	%	40,8%	49,0%	89,8%			
Distrófico	N°	4	1	5			
	%	8,2%	2,0%	10,2%			
Total	N°	24	25	49			
	%	49,0%	51,0%	100,0%			

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimientos sobre úlceras por presión y escala de Likert de cuidados protectores.

El análisis que se realiza mediante la tabla de contingencia interrelacionando las variables estado nutricional y los cuidados protectores; así se observa que en el 40.8% (20) de los adultos mayores con estado nutricional eutrófico se brinda adecuados cuidados protectores; mientras que en el 2.0% (1) de los adultos mayores con estado nutricional distrófico se brindaron inadecuados cuidados protectores.

Para el presente análisis inferencial se consideró 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa y 1 grado de libertad. Se utilizó el estadístico de prueba  $\chi^2$  considerando que ambas variables son categóricas, el  $\chi^2$  calculado fue 2,144, inferior al  $\chi^2$  de la tabla 3,84 para un grado de libertad; el p valor fue 0,162, que corresponde al 16,2% de error alfa, el cual se encuentra por encima del límite aceptable 5%. Por lo que se acepta la tercera hipótesis de nula ( $H_{03}$ ): Los cuidados protectores que brinda el cuidador principal es independiente del estado nutricional del adulto mayor con riesgo.

**Tabla 13.** Comparación de la frecuencia de higiene del adulto mayor con riesgo post alta y los cuidados protectores del cuidador principal, Lima 2013 – 2014.

Frecuencia de higiene al adulto	Cuidados protectores			Chi <sup>2</sup>	Gl	p valor
	Adecuados	Inadecuados	Total			
Diario	N°	22	3	31	1	0.000
	%	44.9%	6.1%			
Interdiario	N°	2	22	31	1	0.000
	%	4.1%	44.9%			
Total	N°	24	25	31	1	0.000
	%	49.0%	51.0%			

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimientos sobre úlceras por presión y escala de Likert de cuidados protectores.

El análisis se realiza mediante la tabla de contingencia interrelacionando las variables frecuencia de higiene al adulto y los cuidados protectores; así se observa que en el 44.9% (22) de los adultos mayores la higiene que realiza el cuidador principal es diaria y los cuidados protectores son adecuados; en el 44.9% (24) de los adultos mayores con riesgo la higiene que realiza el cuidador es interdiario y como resultado los cuidados protectores son inadecuados.

Para el presente análisis inferencial se consideró 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa y 1 grado de libertad. Se utilizó el estadístico de prueba Chi<sup>2</sup>, y fue 31.0, superior al Chi<sup>2</sup> de la tabla 3,84 para un grado de libertad; el p valor fue 0.000, que corresponde al 0.0% de error alfa, el cual se encuentra por debajo del límite aceptable 5%. Por lo que se rechaza la hipótesis de nula y se acepta la cuarta hipótesis de investigación Hi<sub>4</sub>: Los cuidados protectores que brinda el cuidador principal es dependiente de la frecuencia de higiene al adulto mayor con riesgo.

**Tabla 14.** Comparación de los cambios de posición al adulto mayor con riesgo post alta y los cuidados protectores que brinda el cuidador principal, Lima 2013 – 2014.

Cambios de posición		Cuidados protectores		Total	Chi <sup>2</sup>	GI	P valor
		Adecuados	Inadecuados				
Cada cierto tiempo	N°	15	15	30	6,6	2	0.038
	%	30.6%	30.6%	61.2%			
Moviéndolo todo lo que sea posible	N°	6	1	7			
	%	12.2%	2.0%	14.3%			
Con posturas adecuadas	N°	3	9	12			
	%	6.1%	18.4%	24.5%			
Total	N°	24	25	49			
	%	49.0%	51.0%	100.0%			

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimientos sobre úlceras por presión y escala de Likert de cuidados protectores.

El análisis se realiza mediante la tabla de contingencia interrelacionando las variables cambios de posición al adulto mayor con riesgo y los cuidados protectores; así se observa que en el 30.6% (15) de los adultos mayores el cambio de posición que realiza el cuidador principal es cada cierto tiempo y los cuidados protectores son adecuados pero también en la misma proporción son inadecuados; en el 18.4% (25) de los adultos mayores con riesgo el cambio de posición con posturas adecuadas que realiza el cuidador, los cuidados protectores fueron inadecuados.

Para el presente análisis inferencial se consideró 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa y 1 grado de libertad. Se utilizó el estadístico de prueba Chi<sup>2</sup>, y fue 6.0, superior al Chi<sup>2</sup> de la tabla 5.9 para dos grados de libertad; el p valor fue 0.038, que corresponde al 3.8% de error alfa, el cual se encuentra por debajo del límite aceptable 5%. Por lo que se rechaza la hipótesis de nula y se acepta la cuarta hipótesis de investigación Hi<sub>5</sub>: Los cuidados protectores que brinda el cuidador principal es dependiente de los cambios de posición al adulto mayor con riesgo.

### 4.3 Análisis de tablas de contingencia de las variables intervinientes

**Tabla 15.** Análisis de dependencia de las variables intervinientes y los cuidados protectores en el adulto mayor con riesgo post alta que brinda el cuidador principal, Lima 2013 – 2014.

<b>VARIABLES INTERVINIENTES Y CUIDADOS PROTECTORES</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>	<b>Gl</b>	<b>P valor</b>
Edad del cuidador y los cuidados protectores al adulto mayor	11.7	2	0.003
Sexo del cuidador y los cuidados protectores al adulto mayor	15.5	1	0.000
Grado de instrucción del cuidador y los cuidados protectores al adulto mayor	3.8	3	0.285
Estado civil del cuidador y los cuidados protectores al adulto mayor	12.1	4	0.017
Parentesco del cuidador y los cuidados protectores al adulto mayor	18.6	3	0.000

**Fuente:** Cuestionario de nivel de conocimientos sobre úlceras por presión y escala de Likert de cuidados protectores.

En esta tabla se analiza la dependencia de las variables intervinientes (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y parentesco del cuidador) sobre los cuidados protectores; y para ello se consideró 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa y diferentes grados de libertad (1, 2, 3 y 4) con sus respectivos puntos críticos (3.84, 5.99, 7.81 y 9.48).

Los cuidados protectores que brinda el cuidador al adulto mayor con riesgo post alta; son dependientes, de la edad del cuidador de edad media (25 a 40 años, p 0.003); del sexo del cuidador (masculino, p 0.000); del estado civil del cuidador (conviviente, p 0.017); del parentesco con el cuidador (hijo, p 0.000). En conclusión, los adecuados cuidados protectores que recibe el adulto mayor en riesgo post alta son de sus hijos en edad adulta media y con estado civil conviviente.

## DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido determinar la relación de dependencia del nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto mayor con riesgo sobre las úlceras por presión y su prevención; también se analizó las variables intervinientes que concierne a este estudio; además nos permitió conocer la frecuencia y el análisis de contingencia de determinadas variables.

Se pudo observar en la actual investigación que el 95.9% de los cuidadores principales de los adultos mayores en riesgo post alta hospitalaria, en la ciudad de lima, conocen sobre las UPP, cumpliendo así un rol importante en los cuidados a tener en la prevención de estas; dato similar al del estudio realizado por Trinidad Mayte Ramírez y Dina Castillo<sup>11</sup>; evidenciándose así la efectividad de la participación del cuidador principal y/o familia, con conocimientos previos, como agente de autocuidado en el hogar.

Además, se encontró que el 57.1% de las medidas preventivas de UPP, son puestas en práctica, por parte del cuidador principal del adulto mayor en el hogar, conociéndose así que el 95% de las UPP son prevenibles, siendo necesario, que estas sean aplicadas , en forma activa y efectiva, tomándose como referencia a Ramón CC, Torra i B JE.<sup>4</sup> .

En cuanto a los resultados obtenidos de la aplicación de los cuidados protectores relacionados con la higiene, cambios de posición y estado nutricional al adulto mayor por parte del cuidador principal post alta hospitalaria, se da adecuadamente en un porcentaje promedio, convirtiéndose así en factores importantes y predisponentes, para la formación, evolución y curación de las UPP, resultado similar al estudio realizado por VIDA ALS ANYS "SERVEI CATALA DE LA SALUT".

Los adecuados cuidados protectores que recibe el adulto mayor en riesgo post alta en la ciudad de Lima, son los que provienen de sus hijos, identificándose así el rol importante de la familia, en los cuidados a tener en la prevención de UPP, coincidiendo con el estudio realizado por Rocío vallejo Expósito y el realizado por Trinidad Mayte Ramírez y Dina Castillo.

La edad de promedio de los cuidadores fue de 35.2 años, que corresponde al adulto de edad media, resultado similar al estudio realizado por López Gil. En efecto, los cuidadores principales de los adultos mayores en riesgo post alta en la ciudad de Lima son los más frecuentes en las casas de familias constituidas por adultos mayores con hijos con estado civil convivientes.



## CONCLUSIONES

Los cuidadores principales de los adultos mayores en riesgo en el estudio tienen las siguientes características:

1. La edad promedio fue 35.2 años, que corresponde al adulto de edad media 61.5%. El sexo predominante fue femenino en una proporción de 7 de 10 personas. El grado de instrucción predominante fue superior de 63.3% y el de nivel secundario de 32.7%. El estado civil sobresaliente fue el de soltero de 38.8% y el casado con 28.6%. El parentesco del cuidador con el adulto mayor es el de ser hijo 34.7%.
2. El 95.9% de los cuidadores principales conocen sobre las úlceras por presión y también ponen en práctica las medidas preventivas en un 57.1%.
3. Los cuidados protectores que realizan con mayor frecuencia fueron: el cuidado de examinar el estado de la piel en 95.9%; el 93.9% de los cuidadores realizan y conservan la piel limpia y seca; mientras que el 91.8% de los cuidadores cambian el pañal inmediatamente.
4. Al comparar los conocimientos del cuidador sobre úlceras por presión y cuidados protectores que brinda al adulto mayor con riesgo post alta, se evidencio que el 49,0% de los que conocen brindan inadecuados cuidados protectores pero el 46,9% de los que conocen brindan adecuados cuidados protectores al adulto mayor. El  $\chi^2$  de dependencia fue 2.144 ( $p$  0.162), resultado que demuestra que no existe dependencia entre ambas variables.
5. Al comparar de las medidas de prevención y cuidados protectores del cuidador principal que brinda al adulto mayor con riesgo post alta, se

observó que el 37.7% (16) cuidadores que realiza medidas preventivas brinda cuidados inadecuados al adulto mayor con riesgo post alta; el 26.5% (13) de los cuidadores no realizan medidas de prevención pero brindan cuidados protectores adecuados. El  $\chi^2$  de dependencia 1.742 (p 0.151) indica que los datos no son significativos.

6. Al comparar el estado nutricional del adulto mayor con riesgo post alta y los cuidados protectores del cuidador principal, se observó que el 49.0% (24) adultos mayores en estudio con estado nutricional eutrófico reciben cuidados inadecuados por el cuidador principal; el 40.8% (20) de los adultos mayores con estado nutricional distrófico reciben cuidados adecuados por el cuidador principal. El  $\chi^2$  de dependencia 2.144 (p 0.162) indica que los datos no son significativos.
7. Al comparar la frecuencia de higiene del adulto mayor con riesgo post alta y los cuidados protectores del cuidador principal, se observó que el 44.9% (22) adultos mayores que realizan higiene a diario reciben cuidados adecuados por el cuidador principal, pero también la misma cantidad de los adultos en estudio que realizan higiene interdiario reciben cuidados inadecuados por el cuidador principal. El  $\chi^2$  de dependencia 31.0 (p 0.000) indica que los datos son significativos.
8. Al comparar los cambios de posición realizados en el adulto mayor con riesgo post alta y los cuidados protectores del cuidador principal, se observó que el 30.6% (15) de los adultos mayores en que los cambios de

posición es cada cierto tiempo reciben cuidados adecuados por el cuidador principal; el 18.4% (9) de los adultos en estudio que reciben cambios de posición con posturas adecuadas reciben cuidados inadecuados por el cuidador principal. El  $\chi^2$  de dependencia 6.6 (p 0.038) indica que los datos son significativos.

9. Al analizar las variables intervinientes (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y parentesco) del cuidador principal y la relación de dependencia en la aplicación de los cuidados protectores al adulto mayor con riesgo post alta, se halló que los cuidados protectores dependen de la edad ( $\chi^2$  31.0; p 0.000); del sexo ( $\chi^2$  15.5; p 0.000); del estado civil ( $\chi^2$  12.1; p 0.017); y del parentesco ( $\chi^2$  18.6; p 0.000) de los cuidadores principales.

## RECOMENDACIONES

- Reorganizar los cuidados de enfermería, incluyéndose así la participación directa del cuidador principal, durante la atención del adulto mayor en riesgo, hospitalizado, fortaleciéndose así la toma de conciencia e implementación de estrategias para brindar una atención integral, humana y de calidad en el hogar.
- Involucrar de manera activa al paciente y la familia y/o cuidador principal, durante su estancia hospitalaria, fomentando el cuidado directo en casa; a través de educación continua sobre prevención y cuidados protectores de UPP; teniendo en cuenta la edad y el grado de instrucción por parte del cuidador principal, según el estudio realizado.
- Implementar programas hospitalarios, para el manejo del paciente post alta hospitalaria, con riesgos asociados y disminuir así las úlceras por presión, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida y cuidado, brindados por el cuidador principal y/o la familia, generando así menos costos a la institución por complicaciones de los pacientes por estas situaciones específicamente.
- Evaluar durante la etapa de hospitalización del adulto mayor en riesgo, los conocimientos que tienen los familiares y/o cuidadores principales sobre la Prevención y los cuidados protectores de las Úlceras por Presión en el Hogar.
- Implementar, entregar y reforzar contenidos educativos sobre la prevención y los cuidados protectores de las UPP, que se brindaran en el hogar, al paciente y cuidador principal, durante la estancia hospitalaria.

- Entregar trípticos de Prevención de Úlceras por Presión y cuidados protectores del adulto mayor, en el Hogar, al cuidador principal.
- Realizar visitas domiciliarias inopinadas y continuas y observar y evaluar, la aplicación de las medidas preventivas y los cuidados protectores brindados por parte del cuidador principal para la prevención de UPP, del adulto mayor en riesgo post alta hospitalaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2006.  
Disponible:<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/imagenes/boletin/pdf/ReporteEpidemiologic/NS2006-20.pdf>.
2. Merck Research Laboratories. Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 10ª Edición. España: Elsevier España; 2005. p.1000-1002.
3. María Cañón Abuchar y otros. Úlcera-Guía de Intervención en Enfermería basada en la Evidencia Científica. 18ava Ed. Colombia: Edit. Interamericana; 2000.
4. Ramón CC, Torra i B JE. Prevención activa y efectiva de las úlceras por presión: un reto pendiente. Diagnóstico. Perú 2003; 120(15):576-7.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Boletín. Volumen 98. Perú. 1985.
6. Stober B. habilidad de cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; 2002. Pág. 373
7. Dorotea Orem. Teoría del Autocuidado. España: Edit. Pinedo; 1980.
8. Dorotea Orem. Teoría del Autocuidado. España: Edit. Pinedo; 1980.
9. Galvis C.R, Pinzon M.L, Romero E. comparación entre la habilidad del cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedades crónicas en Villavicencio, Meta. Avance en Enfermería 2004; XXVII (1): 6
10. MARRIER TOMEY, A. y colab. "Modelos y teorías de enfermería" 4ta Edición Madrid, 2000.

11. MAYTA RAMÍREZ, TRINIDAD; CASTILLA HURTADO, DINA (1997). La familia como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la Tercera Edad de los servicios de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis de Licenciada]. Lima: Facultad de Medicina.
12. Universidad Nacional Mayor San Marcos; 1997.
13. Leddy, Susan; Pepper, J. Mae, "Bases conceptuales de la enfermería profesional" OPS 1989.
14. López Gil J. y col. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. REV CLÍN MED FAM 2009; 2 (7): 332-334. p. 5.
15. Mariner, Ann, 2003. Modelos y teorías de enfermería, Mosby.

## **Anexos**



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN GERIATRIA**

**CUESTIONARIO**

(ANEXO N° 01)

**CODIGO:**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Relación del nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto mayor con riesgo sobre las úlceras por presión y su prevención; con los cuidados protectores que éste le brinda en el hogar, después del alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna del H.N.E.R.M., Lima, 2013 – 2014.

**OBJETIVO:** Conocer el nivel de conocimientos sobre las úlceras por presión y su prevención, del cuidador principal del adulto mayor con riesgo.

**RESPONSABLES:** Lic. Enf. Napán Briceño Laura Haydée  
 Lic. Enf. Urteaga Pomez Cecilia Irene

**INSTRUCCIONES:** Estimado (a) señor, a continuación le presentamos una serie de preguntas que deberán ser contestadas con total veracidad. Sírvase a marcar con un aspa (X) en los recuadros y/o completar en los espacios en blanco, la respuesta que considere conveniente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial y anónimo, por lo que le agradecemos contestar todas las preguntas en forma veraz y sincera.

**GRACIAS.**

**I. DATOS GENERALES:**

1. ¿Cuántos años de edad tiene Ud.? \_\_\_\_\_.
2. ¿A qué sexo pertenece?    Masculino ( )    Femenino ( )
3. ¿Cuál es su grado de instrucción?  
     Analfabeto (a) ( )                      Secundaria ( )  
     Primaria ( )                              Superior ( )
4. ¿Cuál es su estado civil?  
     Soltero(a) ( )                              Casado(a) ( )                      Viudo(a) ( )  
     Divorciado(a)/Separado(a) ( )      Conviviente ( )
5. ¿Qué parentesco tiene Ud. con el adulto mayor?  
     Hijo(a) ( )      Hermano(a) ( )      Esposo(a) ( )      Otro ( )  
     Especifique: \_\_\_\_\_

## II. SOBRE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

### 1. ¿Qué son las úlceras por presión?

- a. Lesiones de la piel producidas por un virus.
- b. Lesiones dérmicas, producidas por la presión excesiva y continua de la piel sobre una prominencia ósea.
- c. Lesiones contagiosas producidas por la picadura de un insecto.
- d. Lesiones producidas por el estrés.

### 2. ¿En qué parte del cuerpo considera Ud. que las úlceras por presión se producen más?

- a) Nariz, ojos, boca.
- b) Solamente los tobillos.
- c) Cadera, espalda, hombros, talones, tobillos, codos, etc.
- d) Solamente la cadera.

### 3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para contraer las úlceras por presión?

- a) Edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad, inmovilidad prolongada.
- b) Disminución del grado de conciencia, deficiencias sensoriales, incontinencia, cánceres.
- c) Desnutrición, obesidad, deshidratación, fármacos corticoides
- d) Todas las anteriores.

### 4. ¿Cuáles son los primeros signos para reconocer las úlceras por presión?

- a) Pérdida total del grosor de la piel, con daño de tejido graso, excavaciones, etc.
- b) Ampollas, ulceración, pérdida parcial del grosor de la piel
- c) Enrojecimiento, hinchazón, aumento de temperatura en la zona afectada y endurecimiento.
- d) Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensa del tejido graso, que involucra capas musculares, articulaciones, huesos.

### III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

**5. ¿En qué consiste la prevención?**

- a) Advertir sobre algo que puede suceder.
- b) Evitar a través de acciones y cuidados, la formación de daños a futuro.
- c) Controlar una enfermedad incurable.
- d) Educar sobre el tratamiento de una enfermedad.

**6. ¿Considera Ud. que las úlceras por presión se pueden evitar?**

Si                      No

**7. ¿Por qué cree Ud. que es importante prevenir la formación de úlceras por presión?**

- a) Porque impedimos que la piel se dañe.
- b) Porque evitamos que se forme un foco infeccioso para el paciente
- c) Porque evitamos que se complique aún más, el estado actual de salud del paciente.
- d) Todas las anteriores.

**8. ¿Cuáles son las medidas de prevención de las úlceras por presión?**

- a) Higiene de la piel, movilización del paciente, cambio de posiciones cada 2 a 3 horas.
- b) Hidratación, lubricación, secado de la piel sin fricción y masaje circular alrededor de la piel de las zonas de presión.
- c) Uso de dispositivos que aminoren la presión de las zonas de riesgo (ej. cojines, almohadas, etc.)
- d) Todas las anteriores.

**9. ¿En qué consiste los cambios de posición que se debe realizar al paciente?**

- a) Mantenerlo con posturas adecuadas (posición anatómica).
- b) Realizarle movimientos alternados cada cierto tiempo.
- c) Moverlo todo lo que sea posible al paciente.
- d) Movilizarlo sólo cuando se le realiza la higiene.

**10. ¿Considera que es importante la higiene de piel del paciente en la prevención de las úlceras por presión?**

Si

No

**11. ¿Con qué frecuencia se debe realizar la higiene al paciente?**

a) Diario.

b) Interdiario.

c) Semanal.

d) Quincenal.

**12. ¿En qué zonas del cuerpo se debe realizar la higiene con mayor frecuencia?**

a) Todo el cuerpo.

b) Las zonas donde se eliminan la orina y heces (vagina, ingle, nalgas, ano y pliegues de la piel).

c) Los pies y las manos.

d) Solo la cara.

**13. ¿Considera Ud. que es importante la alimentación y la nutrición para disminuir el riesgo a úlceras por presión?**

Si

No

**14. ¿Considera importante la ingesta de líquidos en el paciente?**

Si

No

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN GERIATRIA

TEST DE LIKERT

(ANEXO Nº 02)

CODIGO:

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Relación del nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto mayor con riesgo sobre las úlceras por presión y su prevención; con los cuidados protectores que éste le brinda en el hogar, después del alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna del H.N.E.R.M., Lima, 2013 – 2014.

**OBJETIVO:** Evaluar las acciones y los cuidados de prevención contra las úlceras por presión, del cuidador principal del adulto mayor con riesgo.

**INSTRUCCIONES:** Estimado (a) señor, a continuación le presentamos una serie de preguntas que deberán ser contestadas con total veracidad. Sírvase a marcar con un aspa (X) en los recuadros en blanco, la respuesta que considere conveniente. Le recordamos que no hay respuestas correctas o incorrectas, éstas solamente reflejan su opinión; las cuales serán manejadas con carácter confidencial y anónimo.

**GRACIAS.**

**Leyenda:**

- TA = Totalmente de acuerdo
- PA = Parcialmente de acuerdo
- I = Indiferente
- PD = Parcialmente en desacuerdo
- TD = Totalmente en desacuerdo

N°	Las acciones y cuidados que brinda al adulto mayor con riesgo, para evitar las úlceras por presión	RESPUESTAS				
		TA	PA	I	PD	TD
1	Examina el estado de la piel diariamente					
2	Conserva la piel limpia y seca					
3	Realiza la higiene de la piel con agua y jabón neutro					
4	Realiza un secado meticuloso de la piel evitando la fricción					
5	No utiliza sobre la piel, ningún tipo de alcohol (de romero, colonias, etc.)					
6	Aplica cremas hidratantes sobre la piel, procurando su completa absorción					
7	Efectúa el cambio de ropa, cuando éstas se mojan					
8	Evita los masajes sobre prominencias óseas (talón, codo, caderas, etc.)					
9	Elije ropa de algodón para vestir al adulto					
10	Utiliza pañales absorbentes para la eliminación urinaria del paciente					
11	Cambia inmediatamente el pañal húmedo					
12	Mantiene la cama limpia, seca y sin arrugas					
13	Realiza cambios de posición cada 2-3 horas al paciente					
14	Sigue una rotación programada para realizar los cambios de posición					
15	Mantiene el cuerpo del paciente con posición alineada					
16	Mantiene una distribución adecuada del peso del paciente					
17	Evita el contacto directo de las prominencias óseas entre sí (ej. rodilla-rodilla, talón-talón)					
18	Evita arrastrar al paciente sobre la cama					
19	Eleva la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°)					
20	Usa dispositivos que aminoren las zonas de presión (ej. colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc.)					
21	Controla la ingesta diaria de alimentos del adulto					
22	Le brinda al paciente, una dieta rica en carnes, menestras, frutas y verduras					
23	Le da al adulto alimentos preferentemente sancochados					
24	Estimula en el paciente, la ingesta de líquidos frecuentemente.					

**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA**

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
 (ANEXO N° 03)

**CODIGO:**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Relación del nivel de conocimientos del cuidador principal del adulto mayor con riesgo sobre las úlceras por presión y su prevención; con los cuidados protectores que éste le brinda en el hogar, después del alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna del H.N.E.R.M., Lima, 2013 – 2014.

Se me solicita participar voluntariamente en un estudio que realizan las licenciadas en enfermería Laura Napan Briceño y Cecilia Urteaga Pomez del H.N.E.R.M. Yo entiendo que mi participación en este estudio no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y/o paciente (adulto mayor), y puedo negarme a participar durante el transcurso de éste. He realizado varias preguntas acerca del estudio y sé, que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Mi identidad es confidencial, sin embargo, los resultados que arroje el estudio pueden ser divulgados y/o publicados.

**YO**.....con DNI No.....  
 con parentesco.....doy libremente mi consentimiento  
 para participar en el presente estudio. Por tal motivo autorizo el uso de la  
 información para los propósitos de la investigación.

Firma: .....



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL  
 TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN  
 GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los nueve días del mes de julio de 2015, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0311-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN CON LOS CUIDADOS PROTECTORES AL ADULTO MAYOR CON RIESGO POST ALTA POR EL CUIDADOR PRINCIPAL, LIMA 2013 - 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Cecilia Irene URTEAGA POMEZ**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

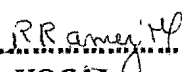
- |                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| • Dra. Enit Villar Carbajal        | <b>PRESIDENTA</b>  |
| • Mg. Florián Fabián Flores        | <b>SECRETARIO</b>  |
| • Dra. Rosalinda Ramírez Montaldo  | <b>VOCAL</b>       |
| • Lic. Enf. Alcira Medina Céspedes | <b>ACCESITARIA</b> |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: *...Aprobado...* por *unanimidad...*; con el calificativo cuantitativo de *...B...* y cualitativo de *muy.buena...*, quedando *...apto...* para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.**

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

  
 .....  
**PRESIDENTE (A)**

  
 .....  
**SECRETARIO (A)**

  
 .....  
**VOCAL**

Deficiente (11, 12, 13)  
 Bueno (14, 15, 16)  
 Muy Bueno (17, 18)  
 Excelente (19, 20)