



**FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE LA ÚLCERAS POR  
PRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL II -  
CAÑETE, 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:  
SOLDEVILLA VELASQUEZ NANCY NATALY**

**ASESORA:  
MG. ZAIRA SACSI DORIS MARGARITA**

**CHINCHA-ICA-PERÚ, 2016**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre: Iris Velásquez Quispe que siempre me han enseñado excelentes valores, como la unidad familiar, la solidaridad, luchar por nuestros sueños, y por instruirme para la vida con su paciencia, tolerancia y su apoyo constante.

A mi esposo: Freddy Yancce Chaupín por su constante apoyo y tolerancia en los momentos más difíciles que hemos enfrentados en la vida.

A mis hermanos: José y Erick, que siempre me han apoyado en los momentos más difíciles de la vida, gracias hermanos por estar siempre allí apoyando cada uno de mis pasos y decisiones que siempre he tomado teniendo en cuenta su opinión.

**Nancy Nataly**

## **AGRADECIMIENTO**

A los catedráticos de la universidad autónoma de Ica, que de una manera u otra me ayudaron mucho poniendo a mi disposición el valor incalculable de sus conocimientos, compartiendo mis dudas y ansiedades e impulsándome para seguir adelante y culminar mi formación personal y profesional.

A la Universidad Autónoma de Ica y a la Facultad de Enfermería por darme todos los elementos formativos para culminar con el trabajo de investigación.

A la Lic. Maximiliana Navarro por su motivación, apoyo constante e incondicional, por su amplio conocimiento y experiencia en el campo de la enfermería y las úlceras por presión.

**Nancy Nataly**

## ÍNDICE

|                |   |
|----------------|---|
| Carátula       | 1 |
| Dedicatoria    | 2 |
| Agradecimiento | 3 |
| Índice         | 4 |
| Introducción   | 6 |

### CAPÍTULO I

#### Planteamiento del problema

|  |    |
|--|----|
| 1.1.Descripción de la realidad problemática          | 8  |
| 1.2.Formulación del problema                         | 10 |
| 1.2.1.Problema general                               | 10 |
| 1.2.2.Problemas específicos                          | 10 |
| 1.3.Objetivos  | 10 |
| 1.3.1.Objetivo general                               | 10 |
| 1.3.2.Objetivos específicos                          | 11 |
| 1.4.Justificación y delimitación de la investigación | 11 |
| 1.5. Alcances y limitaciones de la investigación     | 12 |

### CAPÍTULO II

#### Marco Teórico

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Bases teórico-científicas                           | 15 |
| 2.1.1. Definición de úlceras por presión.                | 15 |
| 2.1.2. Causas de la aparición de las úlceras por presión | 17 |

|  |    |
|--|----|
| 2.1.3. Localizaciones habituales de las úlceras de presión     | 19 |
| 2.1.4. Localizaciones de riesgo según la posición              | 20 |
| 2.1.5. Clasificación de las úlceras por presión según estadios | 21 |
| 2.1.6. Factores de riesgos                                     | 26 |
| 2.1.7. Los cuatro pilares de la prevención                     | 27 |
| 2.1.8. Prevención de las úlceras por presión                   | 29 |
| 2.1.9. Cuidados de enfermería de las úlceras por presión       | 31 |
| 2.1.10. Tratamiento de las úlceras por presión                 | 32 |
| 2.1.11. Definición de términos básicos                         | 34 |

### **CAPÍTULO III**

#### **Metodología**

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Método de la investigación                                | 36 |
| 3.2. Población y muestra                                       | 36 |
| 3.3. Técnicas e instrumentos que se operan en la investigación | 39 |

### **CAPÍTULO IV:**

#### **Resultados**

|  |    |
|--|----|
| 4.1. Análisis de la información                  | 39 |
| 4.2. Análisis e interpretación de los resultados | 39 |

### **CAPÍTULO V**

#### **Conclusiones y sugerencias**

|              |    |
|--------------|----|
| Conclusiones | 57 |
| Sugerencias  | 58 |

Bibliografía

Anexos

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación sobre las úlceras por presión cuya patología se presenta con frecuencia en la población de adultos mayores como lo señala la Organización Mundial de Salud. La proporción de dicha población viene aumentando considerablemente en los últimos años.

Se estima que para el año 2025 existirán más de 100,5 millones adultos mayores en América latina y Caribe. Al respecto; en el Perú no existe estadística específica y relevante sobre la realidad de esta problemática a pesar de su importancia; sin embargo puede señalarse que el Perú no está ajeno a esta problemática que coexisten con otros problemas de salud.

Su prevalencia varía de 3,8% a 12% en diferentes estudios internacionales, y 11,4% a 16% en el Perú. Algunos estudios reportan como variables asociadas la edad, nivel funcional de dependencia previa a la hospitalización, deterioro cognitivo moderado y severo, presencia de incontinencia urinaria, riesgo de malnutrición y malnutrición, etc.

Algunos estudios realizados en la ciudad de Lima revelan que las características más importantes en los pacientes fueron el deterioro cognitivo, incontinencia urinaria y fecal. En otro estudio de la capital de Perú los pacientes que hicieron sobre úlceras por presión tuvieron Insuficiencia Renal (20%) y Síndrome Isquémico, Coronario Agudo (20%) como motivo de ingreso.

A nivel local es importante identificar los factores de riesgo para prevenir las úlceras por presión, además de disminuir los costos en salud. Previniendo esta complicación se obtienen mejores resultados terapéuticos, así como la reducción de la estancia hospitalaria, la morbilidad y la mortalidad. Se evita un foco dérmico infeccioso per se, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y las enfermeras cuidadoras.

Las enfermeras que tienen a cargo el cuidado de los pacientes se enfrentan día a día a patologías severas, pacientes con alteraciones fisiológicas agudas que ponen en riesgo sus vidas y que necesitan de una atención inmediata, humana y tecnológica que brinde la posibilidad de recuperación; la cual requiere de procedimientos diagnósticos y terapéuticos intensivos, monitoreo invasivo empleándose materiales de ayuda terapéutica para contrarrestar todo estadio de úlceras por presión que se presentan en el centro hospitalario.

# CAPÍTULO I

## PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Descripción de la realidad problemática.

En la actualidad uno de los principales problemas con que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones es la aparición de las úlceras por presión, asimismo un bajo índice de úlceras por presión es sinónimo de un buen cuidado que las enfermeras dan a los pacientes.

Las úlceras por presión son un reto terapéutico para el médico y la enfermera que están directamente implicados en el cuidado de los pacientes. Las úlceras producen sobrecarga de los servicios de salud y aumentan el gasto farmacéutico, además disminuye considerablemente la calidad de vida de las personas que la padecen, son tantos los actores que hay que valorar en las causas que provocan úlceras y son tan abundantes sus tratamientos.

La ocurrencia de úlceras por presión es muy frecuente en el ámbito hospitalario, un gran porcentaje de los pacientes ulcerados han desarrollado la lesión en el centro hospitalario, y estas aparecen generalmente entre la primera y segunda semana de ingreso, por otra parte en pacientes inmovilizados en su domicilio la prevalencia es menor el porcentaje.

Es innegable que en la formación de una úlcera por presión intervienen muchos factores que van a favorecer para que estas aparezcan. Lo más importante es que el 95% de las úlceras por presión son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifiquen los factores de riesgo y ayudan a predecir la afectación de los tejidos.

Los factores de riesgo se agrupan tanto en factores externos como Internos. Entre los factores externos más frecuentes se tienen: los fármacos, ropa de cama, higiene



personal y malos hábitos del paciente. En los factores internos son: la inmovilidad, edad, estado nutricional, el proceso de eliminación y estado de conciencia.

La región anatómica en la que con mayor frecuencia aparecen las úlceras por presión son: el sacro con un 25% de los casos y un 20% aparece en los talones. Otros estudios epidemiológicos más actualizados en otros países mencionen que los talones junto con las zonas sacras y los trocánteres son las zonas más frecuentes las úlceras de presión (Verdú y López. 1998)

En el adulto mayor sobretodo la piel ha sufrido un adelgazamiento epidérmico por consecuencia disminuye el colágeno dérmico y la elasticidad de los tejidos, se ha encontrado que la úlcera por presión sucede con mayor incidencia en las personas mayores. Por ello los dos grupos con mayor riesgo en padecer las úlceras por presión son: los ancianos y los pacientes con inmovilidad prolongada. Por lo tanto es importante identificar los factores de riesgo en los pacientes hospitalizados y los que acuden al centro hospitalario para recibir una atención ambulatoria por el mismo padecimiento, asimismo no debemos olvidar los encargados de los cuidados del paciente en su domicilio hasta curar las úlceras.

Teniendo en cuenta que el cuidado de la piel es una actividad inherente del quehacer de la enfermera y es un indicador de la calidad de atención, es por ello que se realizó la investigación sobre: **Factores de riesgo y tratamiento de la úlceras por presión en los adultos mayores en el Hospital II - Cañete, 2016.**

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la importancia de los factores de riesgo y el tratamiento de las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cómo se puede reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016?

¿De qué manera debe valorarse el grado de riesgo al desarrollar las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016?

¿Cómo se debe identificar y describir correctamente los estadios que presentan en las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016?

¿Cuál es el tipo de tratamiento para cada estadio que se presentan en las úlceras por presión en adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016?

¿Cómo registrar las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016?

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

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la importancia de los factores de riesgo y el tratamiento de las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016.

Valorar el grado de riesgo de desarrollar de las úlceras por presión de una manera efectiva y segura en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016.

Identificar y describir correctamente los estadios que presentan en las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016.

Conocer el tipo de tratamiento para cada estadio que se presentan en las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016.

Registrar las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las úlceras por presión en los adultos mayores del Hospital II – Cañete, 2016.

## **1.4. Justificación y delimitación de la investigación**

### **1.4.1. Técnica**

La enfermera que labora en los servicios del cuidado del paciente, debe aplicar estrategias de intervención que contribuyan en la calidad de atención de enfermería basado en valoración de riesgos e intervenciones que beneficien la salud del paciente. Las profesionales de enfermería en la unidad de cuidados del paciente debe estar actualizada, a fin de que diseñen y elaboren estrategias de intervención con enfoque preventivo promocional, así como programas de educación permanente dirigidos a los profesionales de Enfermería, orientados a disminuir los riesgos de su aparición, promoviendo el uso de planes de mejora, escalas valorativas, comités de prevención, que contribuyan a una atención de enfermería altamente eficiente, eficaz y efectiva en el manejo de las úlceras por presión mejorando la calidad de atención.

### **1.4.2. Económica**

En el área asistencial, las úlceras por presión son de alta incidencia y la estrategia más eficaz es la prevención, ya que por las características específicas de los pacientes: riesgo vital, patologías graves y múltiples condicionantes, se eleva sensiblemente el riesgo de aparición. En este contexto, el personal de salud puede priorizar otros cuidados, relegando la prevención a nivel secundario. Para minimizar esta posibilidad, se requiere disponer de recursos adecuados generando conciencia en el personal de enfermería sobre la relevancia de este problema. Las úlceras de

presión representan una fuente de sufrimiento añadido, de complicaciones y costoso tratamiento.

### **1.4.3. Social**

Es importante conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión para poner en práctica correctas medidas de prevención que evitarán daños en la integridad de la piel de los adultos mayores, es por eso que se tomó la decisión de realizar esta investigación a este grupo de edad ya que merecen mayor atención por ser un grupo vulnerable. La incidencia de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad de los cuidados que presta la enfermera; el papel de la enfermera no solo se centra en el aspecto curativo, sino también preventivo. Se estima que hasta el 95% son evitables. El problema de las úlceras por presión en los hospitales y demás centros de salud constituye un tema de alta significación para desarrollar estrategias que disminuyen la evolución y evitar que llegue a niveles más altos.

El ámbito de la investigación estará limitada al hospital II del distrito de San Vicente en la provincia de Cañete en año 2016.

## **1.5. Alcances y limitaciones de la investigación**

### **Alcance**

Con la ejecución de este trabajo de investigación se concientizará al paciente, a la enfermera y al médico en la prevención, diagnóstico, tratamiento de las úlceras por presión con la finalidad de identificar los factores de riesgo tanto internos como externos, mejorar los cuidados del paciente, reducir y curar las úlceras por presión de los usuarios hospitalizados o los que acuden por atención ambulatoria.

Además de identificar las características de las personas que asisten a la institución de salud con el fin de implementar y diseñar estrategias para mejorar la atención y el cuidado de los pacientes con úlceras por presión y mejorar la calidad de vida.

Dar a conocer a los profesionales de salud herramientas que le permitan identificar oportunamente los factores de riesgos relacionados con las úlceras de presión que afectan a los adultos mayores del Hospital II – Cañete.

Los beneficiarios serán los pacientes hospitalizados así como los que acuden por atención ambulatoria para recibir las curaciones adecuadas y cuidado del personal de enfermería del Hospital II – Cañete.

### **Limitaciones**

Para la concreción del presente trabajo de investigación se encuentran las siguientes limitaciones:

1. Carencia de tiempo suficiente para dedicarse exclusivamente a las tareas de investigación.
2. Escasa bibliografía referida a la temática de investigación, tanto en la biblioteca de las instituciones tecnológicas y las universidades.

Estas limitaciones serán superadas de la siguiente manera:

1. Utilizar el tiempo de manera óptima, estableciendo un cronograma de trabajo y estudio, y especialmente la redacción del trabajo de investigación, a fin de cumplir con los plazos establecidos.
2. Complementando las investigaciones bibliográficas con la participación en conferencias virtuales y presenciales sobre la temática referida en la investigación.
3. También con las orientaciones y sugerencias de la asesora y personal especializados en la materia de estudio

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Bases teórico-científicas

##### 2.1.1. Definición de úlceras por presión.

A fines del año 2009, cuando con la intención de establecer unas guías internacionales de manejo de estas lesiones, las dos sociedades científicas más importantes de Europa y Estados Unidos, la NPUAP norteamericana y la EPUAP europea acordaron la nueva definición internacional sobre úlcera por presión:

*“Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión”.*

La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso. La principal causa de su formación es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos. La principal causa de su formación es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos.

En el desarrollo de una úlcera por presión, además de la presión, fricción, cizallamiento, y tiempo de exposición a éstas, existen otros factores; unos locales y extrínsecos relacionados con la tolerancia de los tejidos a la humedad (incontinencia urinaria y/o fecal, hiperhidrosis por tejidos o calzados oclusivos), temperatura; así como otros más generales e intrínsecos, que tiene que ver con la nutrición, edad (disminución

masa muscular, de formación de colágeno, de perfusión de sangre en los tejidos, etc.), patologías asociadas que actúan modificando la resistencia tisular, y por tanto contribuyen a la formación de las úlceras por presión.

Etiológicamente, las úlceras se suelen clasificar como circulatorias (venosa, arterial, microcirculación), neuropáticas, hematológicas, infecciosas, metabólicas, tumorales, traumáticas, físicas y químicas.

Mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas y de sus cuidadores a través del fomento de los cuidados de prevención y de la mejora de los tratamientos dispensados.

Soldevilla Agreda J, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. (2004), manifestaron que:

*“Las úlceras por presión siguen siendo hoy en día un problema importante que afecta a personas atendidas en todos los niveles asistenciales, especialmente ancianos, discapacitados, enfermos en situación terminal de su enfermedad, etc., confiamos en que el avance en el conocimiento de las ciencias de la salud y de la dimensión real que obran las úlceras por presión en nuestro panorama, desbanque a este proceso de una subestimación y generen cambios rotundos, tanto en su dimensión clínica implicando a todos los profesionales del equipo interdisciplinar de atención de salud, como en otras dimensiones tales como la gestión de los responsables sanitarios y sociales”.*

### **2.1.2. Causas de la aparición de las úlceras por presión**

Teniendo como referencia que la media de la presión ejercida sobre la piel puede ser medida usando la siguiente fórmula:

$$\text{Presión} = \text{Peso Corporal} / \text{Área de contacto de la piel}$$

De ello se pueden señalar que las fuerzas responsables de la aparición de las úlceras por presión son:

- 1.- Por Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6 -32 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.
- 2.- Por Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- 3.- Por Fuerza externa de pinzamiento vascular:** allí se combina los efectos de presión y fricción.

También existen otros factores de riesgo que contribuyen a la producción de úlceras por presión y que pueden agruparse en:

- 1. Fisiopatológicos:** Como consecuencia de diferentes problemas de salud.
  - Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
  - Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
  - Trastornos nutricionales: delgadez, desnutrición, obesidad, desnutrición, hipoproteinemia.
  - Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
  - Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
  - Deficiencias motoras: paresia, parálisis.
  - Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.
  - Alteración de la eliminación: incontinencia urinaria e intestinal.
- 2. Derivados del tratamiento:** Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.
  - Inmovilidad impuesta: resultado de determinadas alternativas terapéuticas: escayolas, tracciones, respiradores.
  - Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora: radioterapia, corticoides, citostáticos.
  - Sondajes (vesical y nasogástrico) con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
- 3. Situacionales:** Resultado de modificaciones de condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.



- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama u objetos de roce.

#### **4. Del desarrollo:** Relacionados con el proceso de maduración.

- Niños lactantes: rash por el pañal.
- Ancianos: Pérdida de elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

#### **5. Del entorno:**

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- Falta de educación sanitaria a los pacientes.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.
- Mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- Desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga del trabajo profesional.

### **2.1.3. Localizaciones habituales de las úlceras de presión**

Las úlceras por presión son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal

Existen una serie de factores de riesgo que predisponen a la aparición de úlceras por presión y que se deberían tener en cuenta, como son: inmovilidad y encamamiento prolongado, edad, accidente cerebrovascular, pérdida de sensibilidad, demencia senil, incontinencia de esfínteres, enfermedades endocrinas (diabetes y obesidad), malnutrición, arterioesclerosis, inmovilizaciones mecánicas: férulas, escayolas, etc., tratamiento con corticoides y citostáticos. Las zonas afectas se localizan en un 90% por debajo de la cintura

y dependen mucho de la posición del paciente, siendo las más frecuentes: sacro, trocánter mayor, tuberosidad isquiática, talones y maléolo externo.

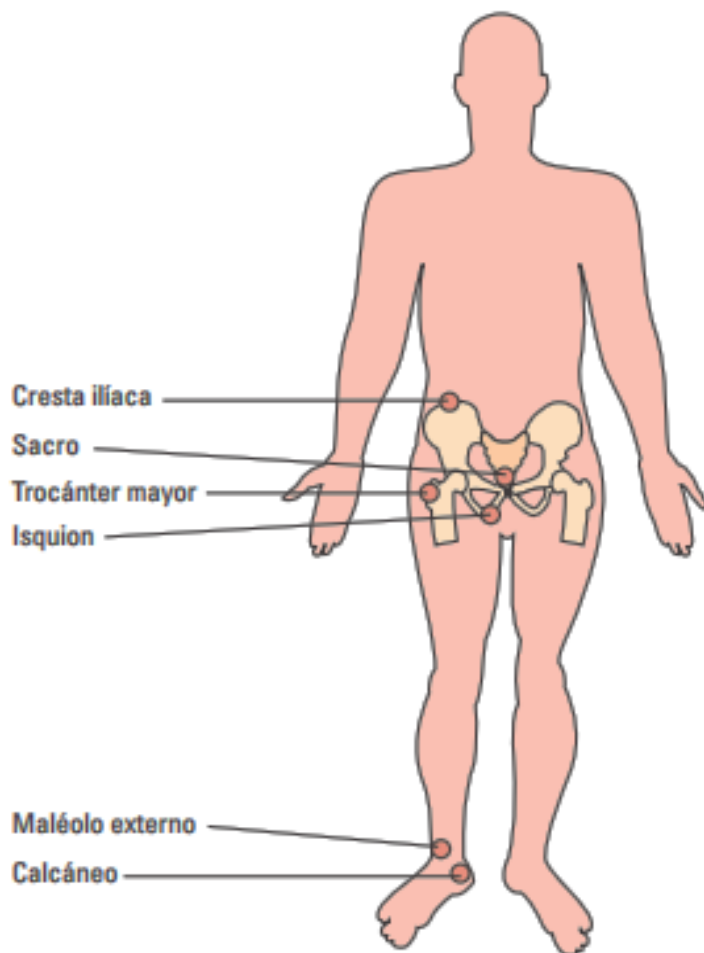


Figura N° 01

#### 2.1.4. Localizaciones de riesgo según la posición

Las úlceras por presión, normalmente, se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos. Los puntos más susceptibles de aparición de úlceras por orden de frecuencia son: sacro, talón, maléolos externos, glúteos, trocánteres, omóplatos, isquion, occipucio, codos, crestas ilíacas, orejas, apófisis espinosas, cara interna de rodillas, cara externa de rodillas, maléolos internos y bordes laterales de los pies. El emplazamiento de las principales úlceras por presión se encuentran, según la posición del paciente, en:

**Decúbito supino:** En la posición de decúbito supino la localización más frecuente de las úlceras por presión son: talones, sacro, codos, omóplatos y zona occipital.

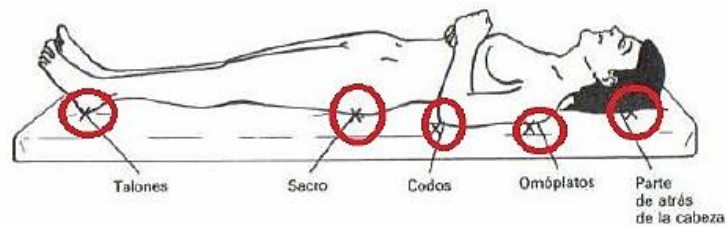


Figura N° 02

**Decúbito lateral:** En la posición de decúbito lateral: orejas, acromion, codos, costillas, caderas, trocánter, cóndilos y maléolos.

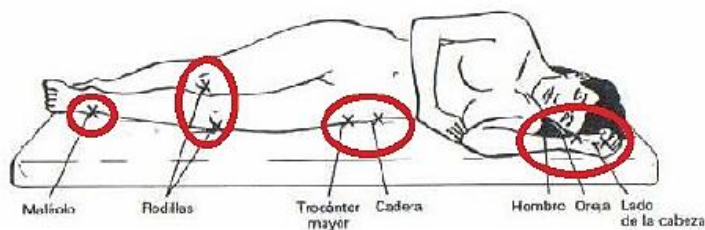


Figura N° 03

**Decúbito prono:** En la posición de decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, espinas ilíacas, órganos genitales en hombres, mamas en mujeres, costillas, mejilla y oreja.

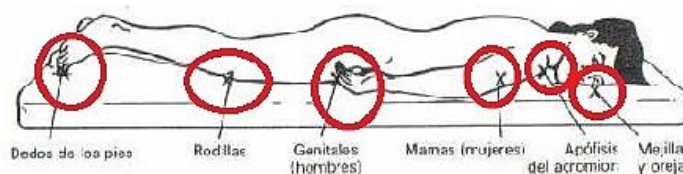


Figura N° 04

**Sentado o fowler:** En otras posiciones, como la de sentado o fowler, los puntos más susceptibles para la aparición de úlceras son los omóplatos, codos, coxis, subglúteos, huecos poplíteos, gemelos y talones.

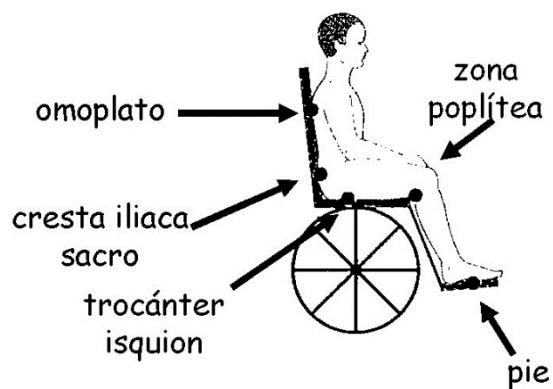


Figura N° 05

También existen úlceras por presión específicas, como son los puntos de presión en portadores de sondas urológicas y nasogástricas, bajo escayolas o prótesis y también en el uso de mascarillas o gafas para el oxígeno. En general, podemos indicar que existe riesgo de la aparición de úlceras en cualquier lugar donde ocurra una presión excesiva sobre alguna parte del cuerpo, independientemente de la posición del paciente.

### 2.1.5. Clasificación de las úlceras por presión según estadios

Existen una diversidad de clasificaciones, pero serán tomadas en cuenta la clasifican en estadios, según el grado de profundidad que tienen los tejidos dañados. Para la investigación se utilizaron los 4 estadios que recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

#### UPP Estadio I

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por una zona eritematosa que no es capaz de recuperar su coloración habitual en treinta minutos. La epidermis y dermis están afectadas pero no destruidas. En pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel: caliente o fría.
- Consistencia del tejido: edema, induración, etc.

– Sensaciones de dolor, escozor, etc.



Figura N° 06 Estadio I - Planta del pie



Figura N° 07 Estadio I – zona de rodilla  
Fuente. Pedro Francisco García. Úlceras por presión en el paciente crítico.

### **UPP Estadio II**

Úlcera superficial que presenta erosiones o ampollas con desprendimiento de la piel. Pérdida de continuidad de la piel únicamente a nivel de la epidermis y dermis parcial o totalmente destruidas. Afectación de la capa subcutánea.



Figura N° 08 Estadio II - Talón del pie



Figura N° 09 Estadio II – zona de rodilla  
Fuente: Pedro Francisco García. Úlceras por presión en el paciente crítico.

### **UPP Estadio III**

Úlcera ligeramente profunda con bordes más evidentes que presenta destrucción de la capa subcutánea. Afectación del tejido muscular. Puede existir necrosis y/o exudación. Según algunos autores su extensión hacia abajo no traspasa la fascia subyacente.



Figura N° 10 Estadio III - Planta del pie



Figura N° 11 Estadio III – zona de los glúteos  
Fuente: Revista cubana Enfermería 2006. Volumen 22, Cura de úlceras por presión.

### **UPP Estadio IV**

Úlcera en forma de cráter profundo, que puede presentar cavernas, fístulas o trayectos sinuosos con destrucción muscular, hasta la estructura ósea o de sostén: tendón, cápsula articular, etc. Exudado abundante y necrosis tisular. En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera, sirviendo la zona de afectación

estructural más profunda de la totalidad de la lesión para definir el estadio en que se encuentra.



Figura N° 12 Estadio IV - Planta del pie



Figura N° 12 Estadio IV – zona de los glúteos

Fuente: Revista cubana Enfermería 2006. Volumen 22, Cura de úlceras por presión.

Finalmente esta definición internacional, con los estadios adicionales sería la que a continuación se detalla. Categoría

**I: Eritema no blanqueable.** Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas en riesgo.

**Categoría II:** Úlcera de espesor parcial. La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero o suero sero-sanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas. Esta categoría

no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoiación.

**Categoría III:** Pérdida total del grosor de la piel. Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/Estadio III varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de Categoría/Estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de Categoría/Estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

**Categoría IV:** Pérdida total del espesor de los tejidos. Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/Estadio IV varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de Categoría/Estadio IV pueden ser poco profundas. Las úlceras de Categoría / Estadio IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

#### **2.1.6. Factores de riesgos**

Las úlceras por presión se pueden presentaren cierto grupo poblacional que tienen lo que se denominan factores de riesgo, los cuales pueden clasificarse como factores intrínsecos y extrínsecos.

- A. Factores intrínsecos. Son aquellas condiciones propias del paciente que hace que aumenten las posibilidades que se presenten las úlceras por presión. Entre estos aspectos se encuentran:



- La edad. Se da en edades extremas de la vida como lo son los niños lactantes y en adultos mayores, pero sobretodo en este último.
- Fisiopatología. Como consecuencia de problemas de salud:
  - Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad, etc.
  - Trastorno en el transporte de oxígeno: Trastorno vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastorno cardiopulmonares.
  - Deficiencias nutricionales por defecto o por exceso: delgadez, desnutrición, obesidad, deshidratación, etc.
  - Trastornos inmunológicos: cáncer, infección, etc.
  - Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
  - Deficiencias motoras: paresia, parálisis, etc.
  - Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal): La humedad provocada por la incontinencia ya sea urinaria o fecal, la sudoración y la presencia de secreciones pueden macerar la piel, con el consiguiente riesgo de erosión cutánea o infección. (Blasco, 2007, p.25)

B. Factores extrínsecos. Son aquellos factores externos al paciente y que contribuyen que aumente el riesgo de presentar las úlceras por presión. Se consideran 3 tipos de fuerzas que intervienen en su formación: presión, fricción y cizallamiento.

- **Presión.** Una úlcera por presión es consecuencia del aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros uno perteneciente al paciente (alguna prominencia ósea, zonas cartilaginosas como nariz o los pabellones auriculares) y otro normalmente externo a él silla, sillón, cama, etc.)
- **Fricción.** Es una fuerza que actúa paralelamente a la piel y se desencadena por el desplazamiento del paciente sobre un plano duro al producirse roces o arrastre en los movimientos.
- **Cizallamiento.** Son las fuerzas tangenciales que combinan los efectos de presión y fricción, que se ejercen en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro.

Asimismo, existen otros factores externos al paciente que pueden influir en la formación de úlceras por presión, como: la humedad, químicos irritantes, etc.

### **2.1.7. Los cuatro pilares de la prevención**

Tratar una úlcera por presión es mucho más difícil que prevenirla. Afortunadamente, en sus primeras etapas, las úlceras por presión suelen curarse por sí solas una vez que se elimina la presión sobre la piel.

Entre los cuatro pilares de la prevención de la úlcera por presión se tiene:

- Valoración de riesgo
- Cuidados de la piel.
- Reducción de la presión
- Educación.

A. Valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión.

Antes de iniciar el tratamiento va a ser necesaria una valoración general tanto del paciente, situación física y psicosocial, así como de la úlcera.

– **Valoración del paciente:** Se debe realizar una historia clínica completa teniendo en cuenta sus enfermedades de base, el riesgo de padecer úlcera por presión, la valoración del estado nutricional y psicosocial.

– **Valoración del entorno:** Es importante que se realice la identificación del cuidador principal, valorar su disponibilidad, sus aptitudes y los recursos de que dispone el paciente.

– **Valoración de la lesión:** El tratamiento varía en función de sus características, por lo que tendremos que fijarnos en la localización, la estadificación, las dimensiones, el tipo de tejido, la piel perilesional, el dolor, la secreción y los signos de infección.

B. Cuidados generales

Mejorar la salud general tomando suplementos de proteínas y calorías, así como un buen soporte emocional puede ayudar a acelerar la curación y evitar la aparición de nuevas lesiones. Es necesario hacer un mayor énfasis en la profilaxis en aquellos pacientes que ya han tenido una úlcera porque el riesgo de volver a presentarla es mayor.

### C. Cuidados de la úlcera Desbridamiento

Beare y Myres (1999) señalan que:

*“El desbridamiento es la extirpación de los tejidos desvitalizados y resulta muy importante en el tratamiento de las heridas contaminadas. El desbridamiento puede ser de tres tipos: mecánico, químico o autolítico”.* (p.1980)

Como se puede observar consiste en hacer desaparecer el tejido húmedo y desvitalizante, que interfiere en el proceso de curación, con métodos distintos en función del tipo de paciente y del tejido que se va a desbridar.

– **Desbridamiento quirúrgico:** Es la forma más rápida de eliminar el tejido necrótico húmedo y desvitalizado en úlceras extensas. Dado que requiere habilidades técnicas y material adecuado debe realizarse en medio hospitalario y si la úlcera es extensa se desbridará en quirófano y por planos comenzando siempre por el centro.

– **Desbridamiento químico o enzimático:** Consiste en ablandar las costras secas y eliminar el tejido necrótico. Es un método más lento aconsejado en úlceras de pequeño tamaño no infectadas. En las de gran tamaño sería muy costoso y acabaría dañando el tejido perilesional. Para llevarlo a cabo se usan productos fibrinolíticos y proteolíticos como la colagenasa.

– **Desbridamiento autolítico:** Se usan apósitos sintéticos que permiten al tejido desvitalizado autodigerirse por enzimas endógenas. Es el método menos traumático y más selectivo aunque es más lento y no se recomienda su uso si hay infección. Los apósitos, principalmente los hidrogeles, producen condiciones de cura húmeda.

– **Desbridamiento mecánico:** Está en desuso dado que es muy traumático y poco selectivo. Realiza una abrasión mecánica y por fuerzas de rozamiento.

### 2.1.8. Prevención de las úlceras por presión

Sholts y Smith (1994) manifiestan que:

*“Las úlceras por presión, son áreas localizadas en la que se han necrosado la piel y los tejidos subcutáneos por presión”.* (p.62)

Entre los pasos para prevenir la aparición de las úlceras por presión se tienen:

1. **Escala de evaluación de riesgo.** La valoración de riesgo, es el primer paso para la prevención de las úlceras por presión que permite determinar qué tan susceptible es el paciente para presentar lesiones en su piel como consecuencias de una permanencia prolongada en cama a causa de algún trastorno físico e incluso emocional; con base en unas variables predeterminadas que se han configurado dentro de instrumentos denominados escalas. Una escala de evaluación de riesgo es el instrumento para determinar una puntuación, en función de una serie de parámetros considerados factores de riesgo. Habitualmente se utilizan la escala de Braden, de Waterlow y diferentes versiones de las escalas de Norton.
2. **Eliminar y reducir la úlcera por presión.** Para reducir y/o eliminar las úlceras por presión se deben realizar cambios posturales:
  - Cada 2 o 3 horas siguiendo una rotación determinada.
  - En los cambios nunca debe ser arrastrado por encima de la cama para evitar la producción de úlceras por tracción o cizallamiento.
  - Levantar al paciente en cuanto sea posible.
  - Movilización pasiva aprovechando los cambios posturales.
  - Utilización de medios complementarios que mitiguen la presión: cojines, apósitos, colchones, etc. Todo ello teniendo en cuenta que solo es material complementario que no sustituye a la movilización.

- Procurar no arrastrar al paciente, que no contacten entre si las prominencias óseas.
- No deben utilizarse flotadores.

### **3. Cuidados de la piel**

Se debe tener mucho cuidado con la piel, teniendo en cuenta:

- Vigilancia de los puntos más frecuentes de localización de úlceras por presión.
- Cuidado de la incontinencia, tanto urinaria como fecal: reeducación de esfínteres, pañales, colectores, sondas vesicales, tratamiento médico.
- Piel limpia, seca y bien hidratada.
- limpiar al paciente con jabón neutro y hacer un secado de la piel.
- Ropa de cama limpia, sábanas estiradas y sin restos de alimentos u objetos.

### **4. Nutrición.**

Seguir los siguientes cuidados:

- Dieta equilibrada según edad y sexo. El paciente requiere de una dieta hiperprotéica e hipercalórica.
- Hidratación. Adecuada, que aumentara el potencial de resistencia de los tejidos ante la presión o fricción.

### **5. Atención a las patologías y alteraciones de base.** Ya sean estas respiratorias, endocrinas, circulatorias, quirúrgicas, etc.

Finalmente, encontrarse ante un paciente que se encuentre en estadio terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de la úlceras por presión.

### 2.1.9. Cuidados de enfermería de las úlceras por presión

| ESTADIO | SIGNOS  | TRATAMIENTO   | OBSERVACIONES  |
|---------|---|---|--|
| I       | Pre-úlceras, epidermis intacta, adherente y eritema que desaparece al aliviar la presión.   | -Apósitos transparentes.<br>-Apósitos hidrocoloides<br>- Apósitos poliuretano.  | Prevención y protección de la zona enrojecida                                      |
| II      | Epidermis intacta, adherente. Posible existencia de edema y/o y eritema que disminuirá si se presiona y que tiene más de 5mm de diámetro                                  | -Apósitos hidrocoloides<br>-Apósitos hidrogeles.<br>-Apósito de espuma.   | Absorben los exudados. Ambiente húmedo.  |
| III     | Esquimosis cardenal en el tejido o en una ampolla o coloración oscura debajo de la piel de más de 5mm de diámetro. También una ampolla clara de más de 15 mm de diámetro. | -Apósitos hidrocoloides<br>Pasta o gránulos hidrocoloides.<br>- Hidrogeles.   | Permiten rellenar la cavidad absorbiendo mejor el exudado.                         |
| IV      | Úlceras superficiales abiertas, posibles lesiones en la dermis e hipodermis pero coloraciones oscuras de más de 5 mm de diámetro.   | -Desbridamiento quirúrgico.<br>-Enzimas<br>-Estreptoquinasa y estreptodornasa<br>-Detranómero<br>-Yodocadexomero<br>-Apósitos hidrocoloides | Activan la fibrinólisis. Eliminan los exudados y las bacterias por acción capilar. |
|         | Úlceras por presión profunda y con exposición de vísceras, hueso o tendón.  | Cirugía<br>Dextranómetro<br>Colagenasa  | Curas cada 24 horas  |

### 2.1.10. Tratamiento de las úlceras por presión

El tratamiento está en relación con la extensión y profundidad de la herida y con cualquier infección asociada.

1. Liberar la zona de la presión: una úlcera por presión no sanará si está sometida a la presión continua.

- a) Continuar con medidas preventivas.
- b) Mejorar la salud general del paciente.
2. Tratar el trastorno fundamental: hay que dominar estos estados para permitir que sane la úlcera.
3. Si hay infección apresurarse a tomar muestras para cultivo de bacterias, las úlceras por presión contienen flora bacteriana.
4. Practicar limpieza mecánica diaria de la úlcera: elimina la infección y estimula la regeneración del epitelio.
  - a) Irrigar las úlceras profundas con solución estéril o lavarla en una tina de hidromasaje.
  - b) Desbridar la úlcera: el tejido necrosado, favorece la infección, retrasa la granulación e impide la curación.
5. Controlar la infección, que puede ser causa precipitante y puede inhibir la curación de la úlcera; la infección crónica contribuye a la anemia, la hipoalbuminemia y la desnutrición.
  - a) Valorar en busca de infección sistémica: fiebre, celulitis, linfangitis.
  - b) Dar tratamiento con antimicrobianos sistémicos basados en la identificación de los gérmenes patógenos y en estudios de su sensibilidad a los antimicrobianos.
  - c) Colocar drenaje al paciente y tener precauciones con la secreción si la úlcera por decúbito está infectada, es menor o está limitada.
6. Utilizar modalidades físicas de tratamiento:
  - a) Exponer la úlcera al aire
  - b) Golpear ligeramente alrededor de la lesión, lo que promueve el retorno venoso y reduce el edema.
  - c) Usar radiación ultravioleta
  - d) Tratamiento con remolinos
  - e) Usar oxígeno a presión, aplicado directamente en la úlcera
7. Utilizar aplicaciones tópicas cuando se indique.
  - a) Barreras cutáneas.
  - b) Pulverizaciones de plástico antiséptico
  - c) Aplicación de aerosoles que contengan corticosteroides y antibióticos.
  - d) Esponjas de gelatina absorbible colocadas en la base de la úlcera.
  - e) Agentes desbridantes enzimáticos
  - f) Películas transparente, elástica y autoadhesiva
  - g) Dextranómetro: útil cuando la profundidad de la úlcera es mayor de 2 mm.

- h) Compresa de absorción de copolímetro de almidón.
- 8. Asegurar una buena nutrición: para invertir la catabolia, corregir la anemia y el edema, y aumentar la oxigenación y perfusión de los tejidos.
  - a) Comida con abundantes proteínas para corregir las deficiencias.
  - b) Hierro y ácido ascórbico según se indique: la vitamina C es necesaria para la formación de colágena, de la que depende la curación de las heridas.
  - c) Complementos con cinc para acelerar la curación
- 9. Preparar al paciente para la intervención quirúrgica si la úlcera no responde a las medidas conservadoras.
  - a) Preparar al paciente para descansar en posición prona antes que se efectúe la cirugía.
  - b) Ayudar al desarrollo del diagnóstico además del tratamiento pre-quirúrgico para la espasticidad y las contracturas.
  - c) Procedimientos quirúrgicos:
  - d) Intervención posoperatoria de enfermería:
    - 1. Aliviar la presión con la posición adecuada y la eliminación de las fuerzas de rasurado por cuatro a seis semanas.
    - 2. Permitir presión controlada en el lugar por 10 a 15 minutos, dos a tres veces al día, bajo vigilancia estricta de la enfermera.

### **2.1.11. Definición de términos básicos**

#### **Úlcera.**

Es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, tejido subcutáneo y musculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

#### **Epidermis**

Capa externa (situada hacia arriba) de la piel

#### **Dermis**

Capa profunda de la piel

#### **Exudado**

Descarga mucosa, en ocasiones mezclada con pus, que se encuentra o desaloja de cavidades orgánicas naturales.



**Pacientes geriátricos**

Personas mayores de 65 años

**Enfermera**

Persona educada y adiestrada para cuidar de pacientes y ayudar a los médicos y cirujanos.

**Eritema**

Enrojecimiento de la piel de origen muy variado.

**Tratamiento**

Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, terapéuticos, y quirúrgicos que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**Apósitos**

Cubierta de gasa, algodón u otro material esterilizado que se aplica sobre una herida o una zona enferma para protegerla de infecciones, absorber las secreciones, controlar una hemorragia o facilitar su curación

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de investigación**

Para realizar el estudio sobre las úlceras por presión en pacientes hospitalizados o que recurren ambulatoriamente al centro de Essalud se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional, dado que se hizo una observación directa y sistemática de la realidad sin intervenir en ella, en este caso la identificación de los pacientes con úlceras por presión se llevó a cabo sin tener en cuenta el tiempo que lleva la lesión en el paciente y si la adquirió antes o durante de la hospitalización.

#### **3.2. Población y muestra**

Se consideran a hombres y mujeres mayores que se encuentran hospitalizados y los que llegan por atención ambulatoria en los servicios de Medicina Interna, unidad de cuidados intensivos y observación-emergencia debido a que padecen úlceras por presión en diversos estadíos en el Hospital II - Cañete.

Para el estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se seleccionó como población los pacientes que se encuentran hospitalizados en el Hospital II – Cañete, cuyas personas son más accesibles para la investigadora. En cambio para la muestra se tomó en cuenta a los pacientes que cumplían los criterios de selección: inclusión y exclusión en los servicios seleccionados con úlceras por presión.

La muestra se obtuvo por observación directa de los adultos mayores en los servicios de medicina interna, cuidados intensivos y observación-emergencia donde se detectaron los pacientes con úlceras por presión.

### 3.3. Técnicas e instrumentos que operan en la investigación

| Técnica                 | Instrumento                              |
|-------------------------|--|
| Observación sistemática | Ficha de observación<br>trabajo de campo |
| Fichaje                 | Fichas                                   |

Se realizaron los siguientes procedimientos, como:

Primera parte:

- Selección de la muestra según criterios de inclusión y exclusión
- Presentación de la investigadora ante el paciente
- Explicación del procedimiento a realizar
- Conocimiento del consentimiento informado por parte del paciente
- Recolección de los datos mediante la observación
- Valoración y registros clínicos e historial del paciente
- Aplicación de una ficha para obtener datos tanto del paciente como de la historia clínica del paciente.

Segunda parte.

- Determinar la presencia de pacientes con úlceras por presión
- Registro de localización y estadio de la úlcera por presión en el paciente
- Organización y clasificación de la información
- Elaboración de cuadros estadísticos con los datos obtenidos
- Presentación de los resultados obtenidos

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de la información

En la investigación realizada en los adultos mayores con úlceras por presión materia del estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 3 pacientes que presentaron úlceras por presión, se localizaron en talón derecho 0%, talón izquierdo 0 % y sacro 100%. En 1 pacientes se presentó una segunda úlcera, en glúteo derecho (33.3 %). Además se encontró correlación con movilidad disminuida, humedad y cizallamiento.

También se realizó la interpretación de las variables como servicio, sexo, nivel de escolaridad, nivel contributivo, antecedentes, estado de conciencia, la actividad, la movilidad, incontinencia, uso de pañal, humedad, uso de oxígeno, temperatura, tensión arterial, niveles de hemoglobina y el índice de la masa corporal.

7 personas hospitalizadas fueron excluidas por las siguientes razones: menor de edad, extubación reciente, en procedimiento de hemofiltración, paciente en aislamiento estricto, intervenciones quirúrgicas recientes, rechazo de participación en el estudio, etc.

#### 4.2. Análisis e interpretación de los resultados

Cuadro N° 01

Distribución porcentual por sexo

| Sexo      | fi | %   |
|-----------|----|-----|
| Masculino | 0  | 00  |
| Femenino  | 3  | 100 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| Total | 3 | 100 |
|-------|---|-----|

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia



Los resultados mostraron que el porcentaje de mujeres es el 100% de los adultos mayores con úlceras por presión en el Hospital II – Cañete.

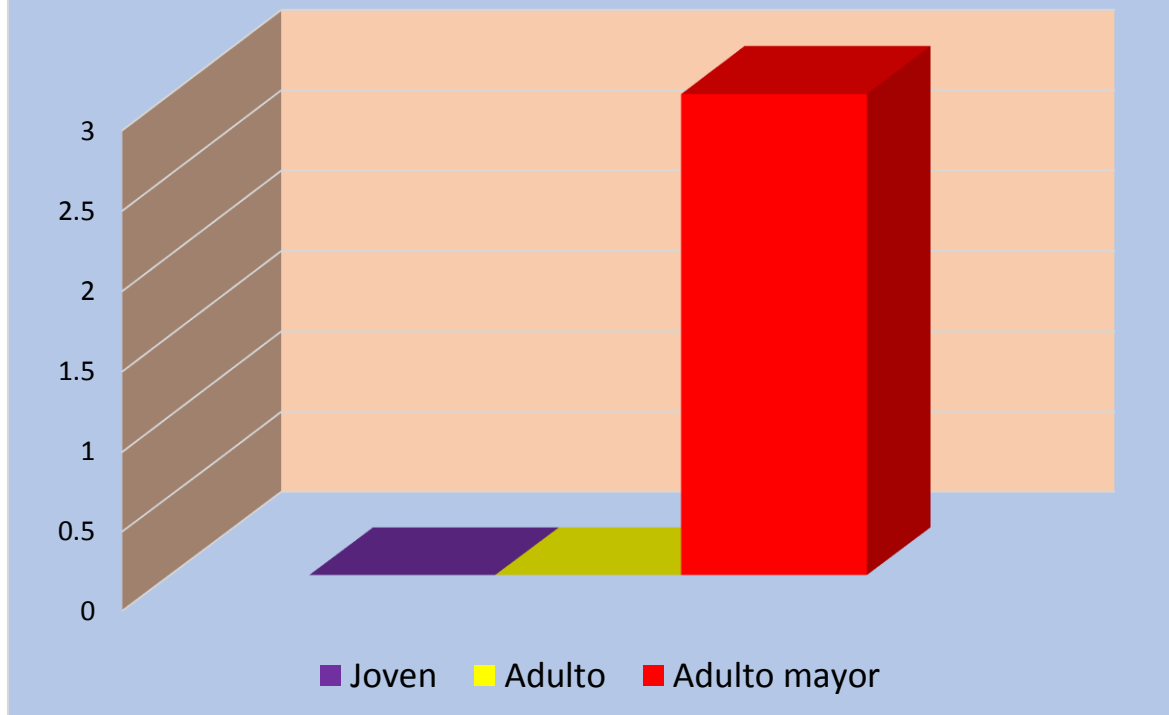
Cuadro N° 02

Clasificación por grupo etareo

| Grupo etareo | fi | %   |
|--------------|----|-----|
| Joven        | 0  | 00  |
| Adulto       | 0  | 00  |
| Adulto mayor | 3  | 100 |
| Total        | 3  | 100 |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICA N°02:  
Clasificación por grupo etareo**



La edad promedio de los participantes es de 86 años, donde la persona mayor cuenta con 104 años y el adulto más joven tiene 74 años. Lo que se podría afirmar es que los adultos mayores representa mayor riesgo para desarrollar ulcers por presión, dado que la hidratación y la capa de grasa disminuyen, aumentando la presión en los sitios de prominencias óseas.

Cuadro N° 03

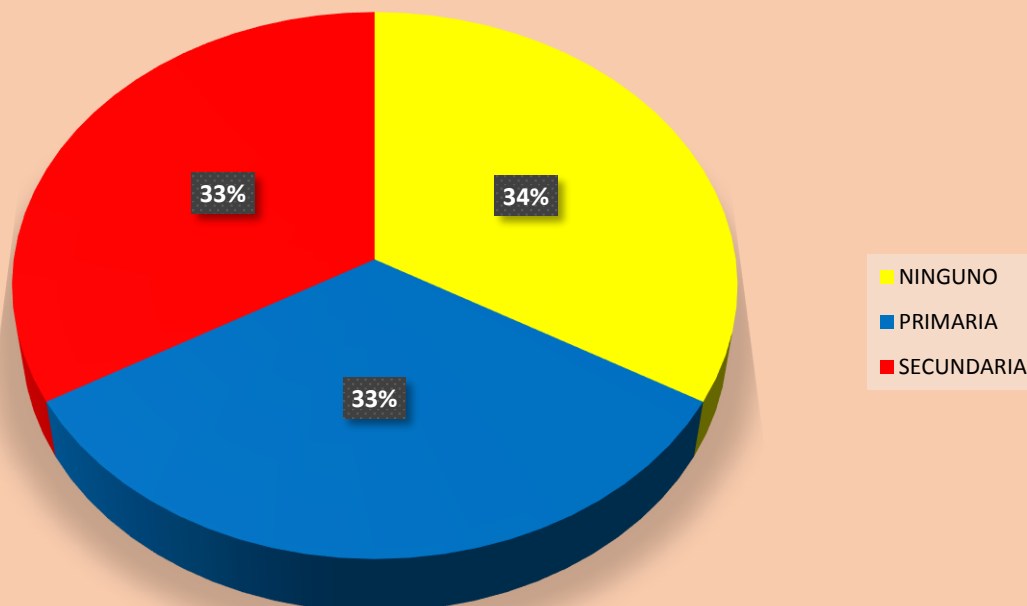
Distribución porcentual por grado de escolaridad

| Escolaridad | fi | %    |
|-------------|----|------|
| NINGUNO     | 1  | 33,3 |
| PRIMARIA    | 1  | 33,3 |
| SECUNDARIA  | 1  | 33,3 |
| Total       | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICO N° 03:**

**Distribución porcentual por nivel de escolaridad**



La gráfica nos muestra el grado de escolaridad que tienen los adultos mayores parte del estudio, siendo 1 paciente que no tiene ningún nivel de escolaridad mientras los otros dos señalan que tiene Nivel primaria y Secundaria respectivamente.

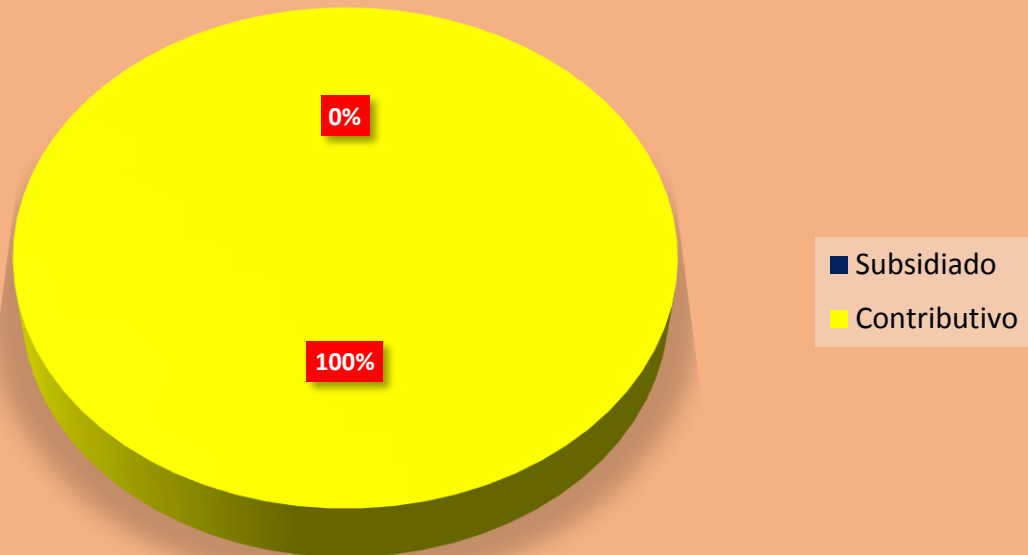
**Cuadro N° 04**

**Distribución porcentual por régimen de salud**

| Régimen de salud | fi | %   |
|------------------|----|-----|
| Subsidiado       | 0  | 00  |
| Contributivo     | 3  | 100 |
| Total            | 3  | 100 |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICA N° 04:  
Distribucion porcentual por regimen de salud**



Se observó que la mayoría de la muestra estudiada se encuentra en el régimen contributivo (100%) de salud y ninguno pertenece al régimen subsidiario.

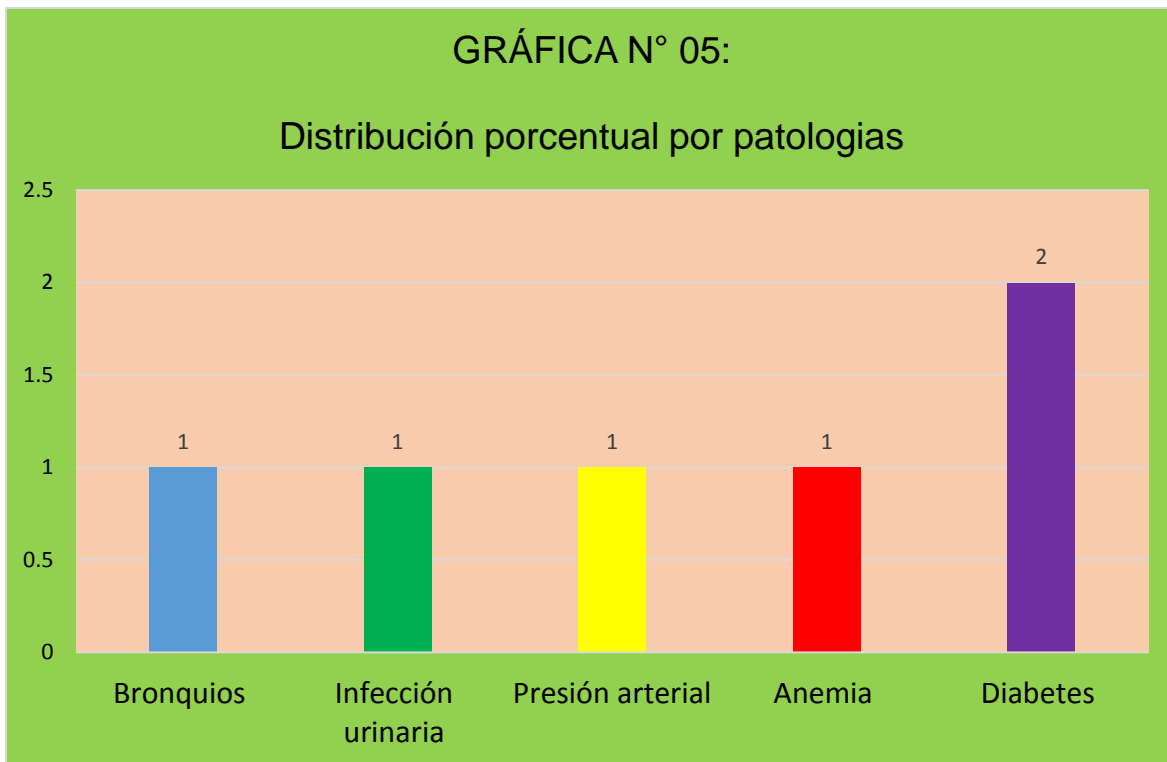
Cuadro N° 05

Distribución porcentual por patologías

| Patologías         | fi | %    |
|--------------------|----|------|
| Bronquios          | 1  | 16,6 |
| Infección urinaria | 1  | 16,6 |
| Presión arterial   | 1  | 16,6 |
| Anemia             | 1  | 16,6 |
| Diabetes           | 2  | 33,3 |
| Total              | 6  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia





La mayoría de los adultos mayores investigados presentaron diabetes y en menor porcentajes los bronquios, infección urinaria, presión arterial y anemia. Lo que nos indica que los pacientes están propensos a ser atacados por cualquier patología; ya que son trastornos inmunológicos que favorecen la formación de úlceras.

Cuadro N° 06

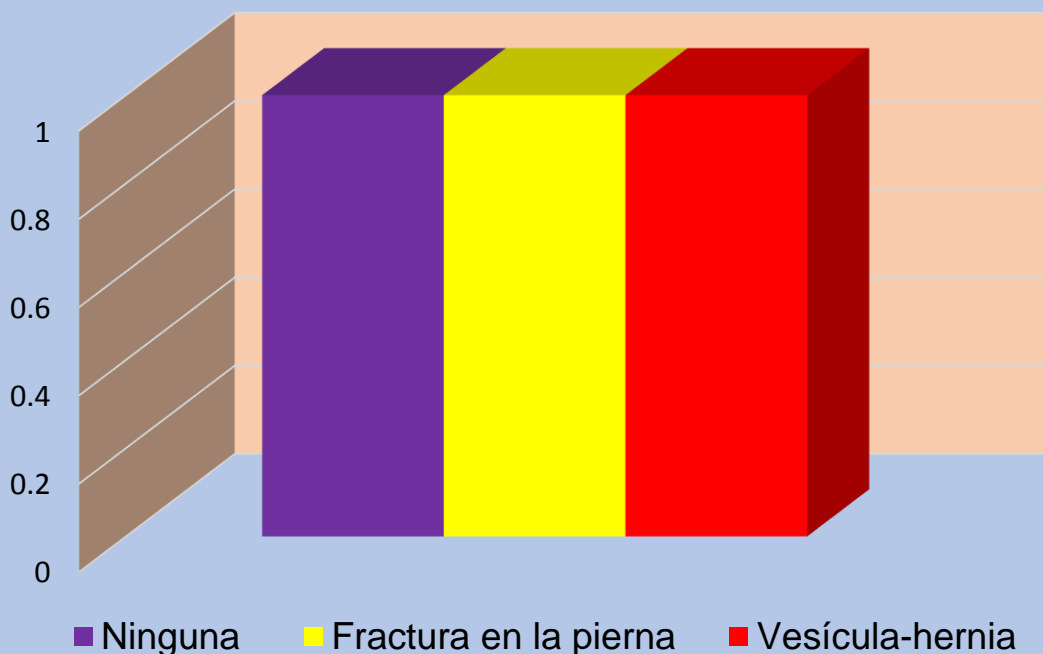
Distribución porcentual por intervención quirúrgica

| Quirúrgica            | fi | %    |
|-----------------------|----|------|
| Ninguna               | 1  | 33,3 |
| Fractura en la pierna | 1  | 33,3 |
| Vesícula-hernia       | 1  | 33,3 |
| Total                 | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

## GRÁFICA N°06:

### Distribución porcentual por intervención quirúrgica



La grafica nos muestra que 1 de los adultos mayores no ha sido intervenido quirúrgicamente mientras los otros dos han sido intervenidos uno por la fractura de una pierna y otro por la vesícula y la hernia y que de alguna manera inciden en las úlceras por presión que sufren.

Cuadro N° 07

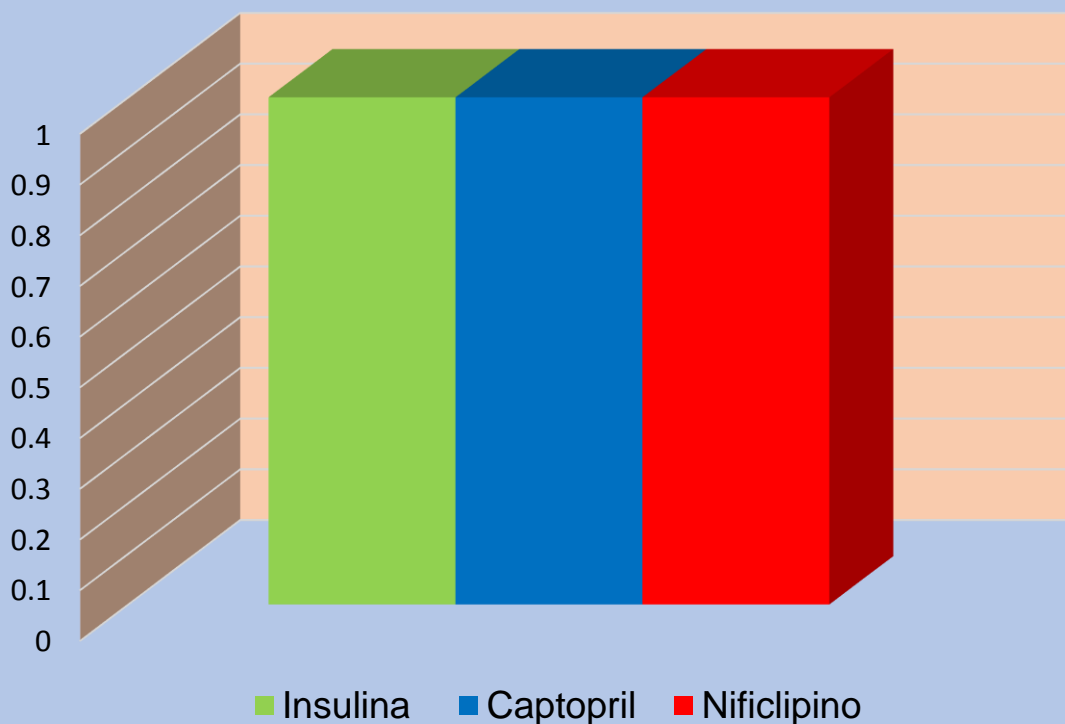
### Distribución porcentual por el uso de fármacos

| Fármacos   | fi | %    |
|------------|----|------|
| Insulina   | 1  | 33,3 |
| Captopril  | 1  | 33,3 |
| Nifedipino | 1  | 33,3 |
| Total      | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICA N°07:**

**Distribución porcentual por el uso de fármacos**



Se puede observar que cada uno de los pacientes utiliza un fármaco distinto uno de otros, que de alguna manera afectan al adulto mayor que sufren úlceras por presión.

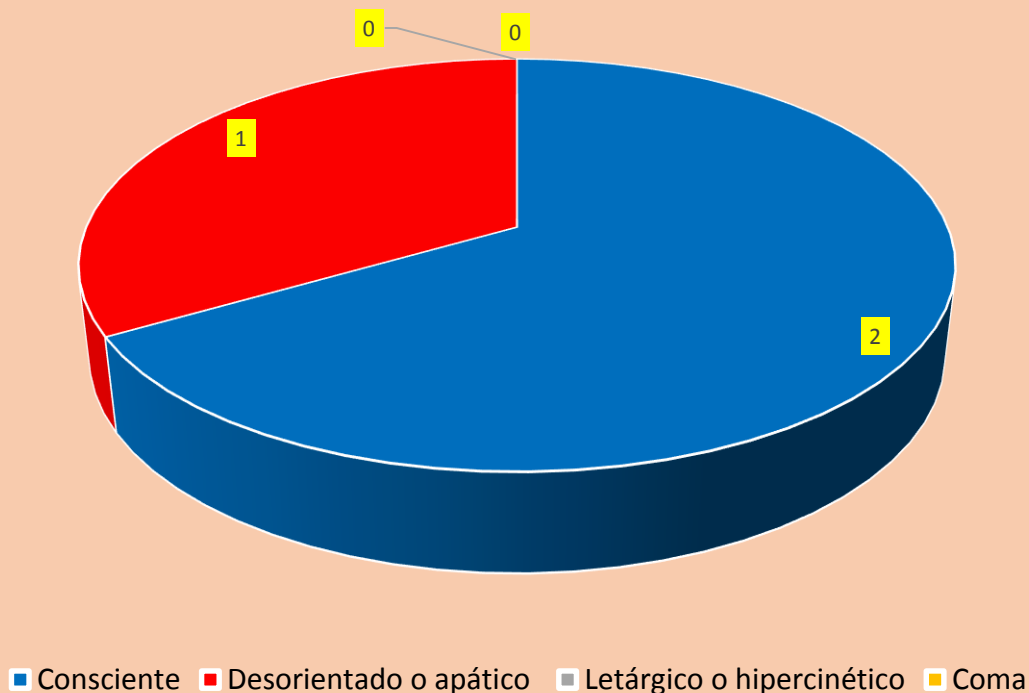
Cuadro N° 08

Distribución porcentual del estado de conciencia

| Estado de conciencia      | fi | %    |
|---------------------------|----|------|
| Consciente                | 2  | 66,7 |
| Desorientado o apático    | 1  | 33,3 |
| Letárgico o hiperkinético | 0  | 00   |
| Coma                      | 0  | 00   |
| Total                     | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICA N° 08:**  
Distribución porcentual del estado de conciencia



En la gráfica se puede observar que 2 de los adultos mayores estaban consciente cuando se le visito lo que equivale a un 66,7% y sólo uno de los pacientes estaba desorientado o apático.

**Cuadro N° 09**

Distribución porcentual valoración de la actividad

| Valoración de la actividad | fi | %   |
|----------------------------|----|-----|
| Encamado                   | 0  | 00  |
| En silla de ruedas         | 3  | 100 |
| Camina con ayuda           | 0  | 00  |
| Caminando                  | 0  | 00  |
| Total                      | 3  | 100 |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

### GRÁFICA N° 09:

Distribución porcentual valoración de la actividad



En la gráfica se puede observar que la mayoría de los adultos mayores se encuentra en silla de ruedas, lo que afecta de una manera a otra el riesgo de la aparición de las úlceras.

### Cuadro N° 10

Distribución porcentual de movilidad del paciente

| Movilidad             | fi | %   |
|-----------------------|----|-----|
| Completamente inmóvil | 0  | 00  |
| Muy limitado          | 3  | 100 |
| Ligeramente limitado  | 0  | 00  |
| Sin limitaciones      | 0  | 00  |
| Total                 | 3  | 100 |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia



En la gráfica se puede observar que la mayoría de los adultos mayores tienen una movilidad muy limitada pues se encuentran en silla de ruedas, lo que afecta las úlceras por presión por lo menos a 2 de ellos.

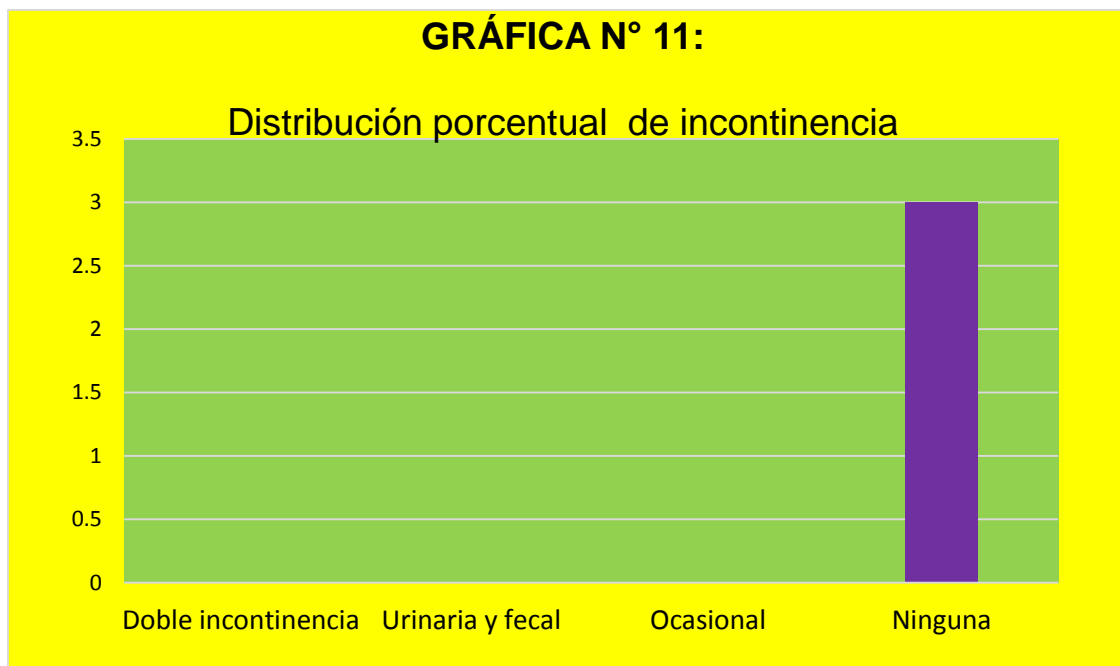
Cuadro N° 11

Distribución porcentual de incontinencia

| Incontinencia       | fi | %   |
|---------------------|----|-----|
| Doble incontinencia | 0  | 00  |
| Urinaria y fecal    | 0  | 00  |
| Ocasional           | 0  | 00  |
| Ninguna             | 3  | 100 |
| Total               | 3  | 100 |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICA N° 11:**



Se puede observar en la gráfica que ninguno de los adultos mayores que equivale el 100%, no sufre incontinencia alguna.

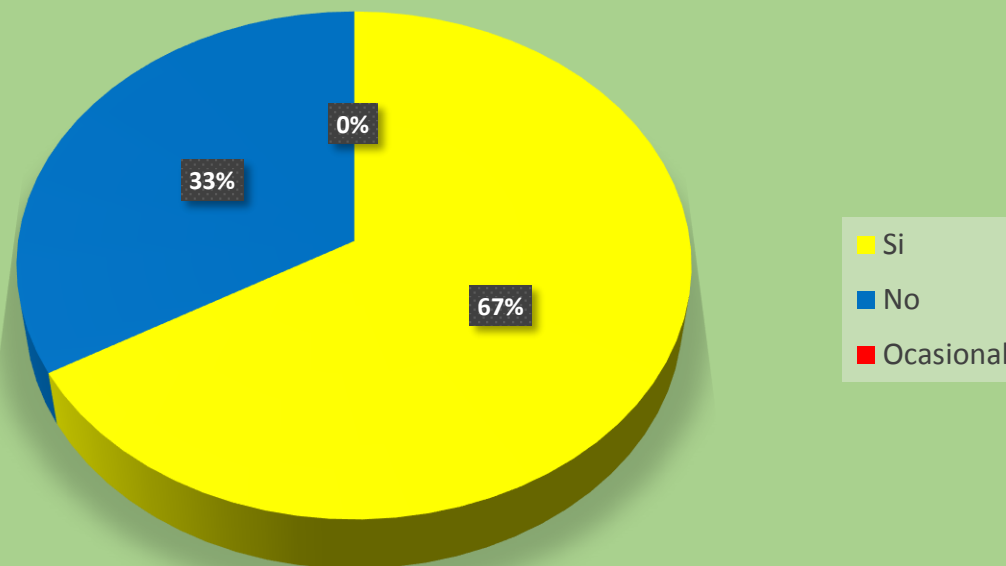
**Cuadro N° 12**

**Distribución porcentual del uso del pañal**

| Uso del pañal | fi | %    |
|---------------|----|------|
| Si            | 2  | 66,7 |
| No            | 0  | 00   |
| Ocasional     | 1  | 33,3 |
| Total         | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICO N° 12:  
Distribución porcentual del uso del pañal**



En la gráfica se puede observar que 2 de los adultos mayores utilizan el pañal, lo que equivale a un 66,7% del total; mientras que el tercero lo utiliza ocasionalmente.

**Cuadro N° 13**

**Distribución porcentual del requerimiento de oxígeno**

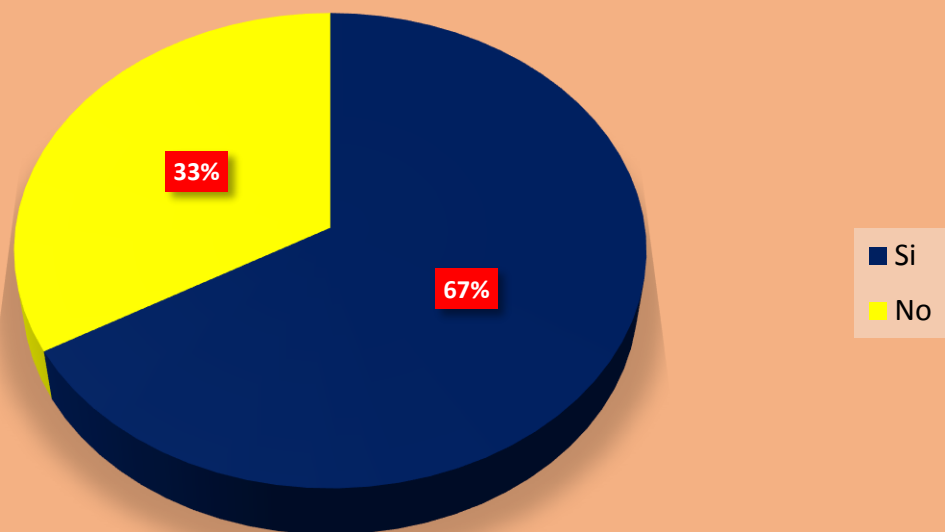
| Requerimiento de oxígeno | fi | %    |
|--------------------------|----|------|
| Si                       | 2  | 66,7 |
| No                       | 1  | 33,3 |
| Total                    | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia



### GRÁFICA N° 13:

#### Distribucion porcentual uso del oxígeno



En la gráfica se puede observar que 2 de los pacientes necesitan el oxígeno para respirar porque a veces se ahogan, mientras que solo uno no lo necesita, aun se siente bien.

#### Cuadro N° 14

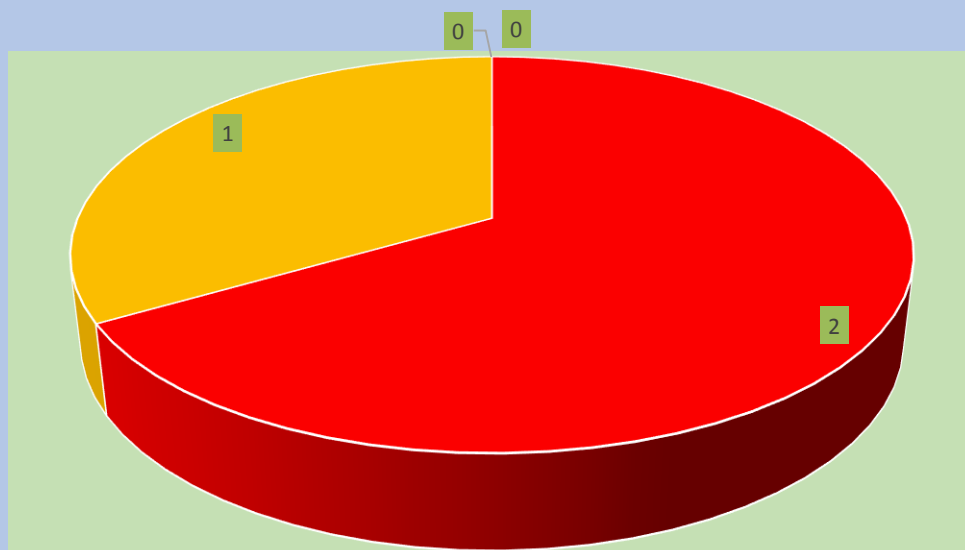
##### Distribución porcentual la humedad

| Humedad               | fi | %    |
|-----------------------|----|------|
| Húmeda constantemente | 0  | 00   |
| A menudo húmeda       | 0  | 00   |
| Ocasionalmente húmeda | 2  | 66,7 |
| Raramente húmeda      | 1  | 33,3 |
| Total                 | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

## GRÁFICA N° 14:

### Distribución porcentual de la humedad



- Húmeda constantemente
- A menudo húmeda
- Ocasionalmente húmeda
- Raramente húmeda

En la gráfica se puede observar que los pacientes parte de la investigación ocasionalmente están humedad, lo que equivale a un 66,7% solo el 33,3% raramente está húmeda; lo que afecta a la úlceras por presión que sufren.

Cuadro N° 15

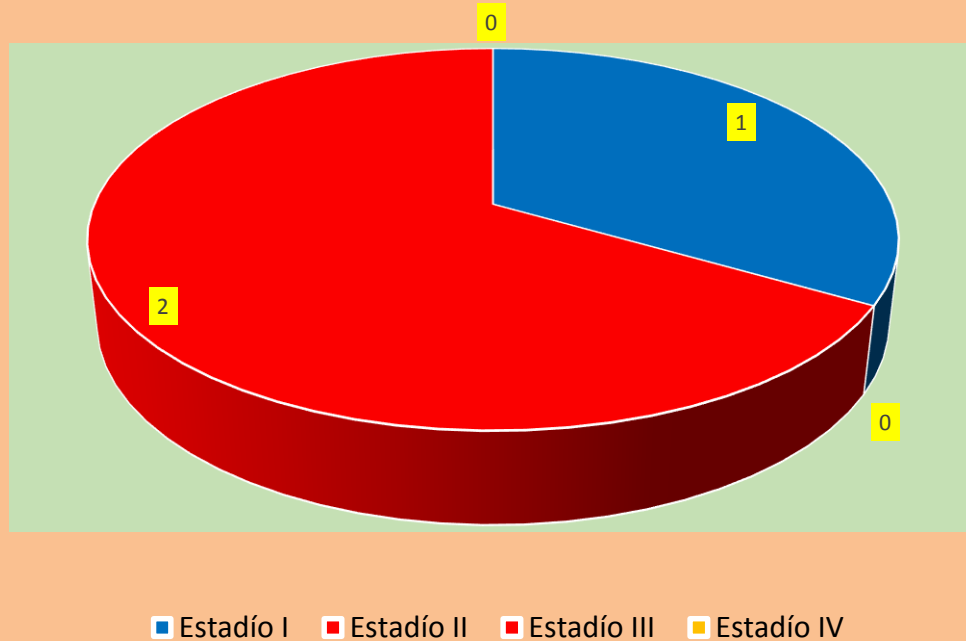
### Distribución porcentual estadio de la ulcera por presión

| Estadio ulcera por presión | fi | %    |
|----------------------------|----|------|
| Estadio I                  | 1  | 33,3 |
| Estadio II                 | 0  | 00   |
| Estadio III                | 2  | 66,7 |
| Estadio IV                 | 0  | 00   |
| Total                      | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

## GRÁFICA N° 15:

Distribución porcentual estadio de la úlcera



En la gráfica se puede observar que una úlcera está localizada en el Estadio I, mientras que las otras dos fueron ubicadas en el Estadio III (en la zona sacra).

## Cuadro N° 16

Distribución porcentual tipo de tejido en la lesión

| Tipo de tejido en la lesión | fi | %    |
|-----------------------------|----|------|
| Herida cerrada              | 1  | 33,3 |
| Tejido epitelial            | 2  | 66,7 |
| Tejido de granulación       | 0  | 00   |
| Esfacelado                  | 0  | 00   |
| Tejido necrótico            | 0  | 00   |
| Total                       | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

### GRÁFICA N° 16:

#### Distribución porcentual tipo de tejido en la lesión



En la gráfica se observa que en una de la úlcera fue curada y la herida está cerrada, mientras en las otras dos se muestran tejido epitelial, lo que significa que se halla en el Estadio III la úlcera por presión.

### Cuadro N° 17

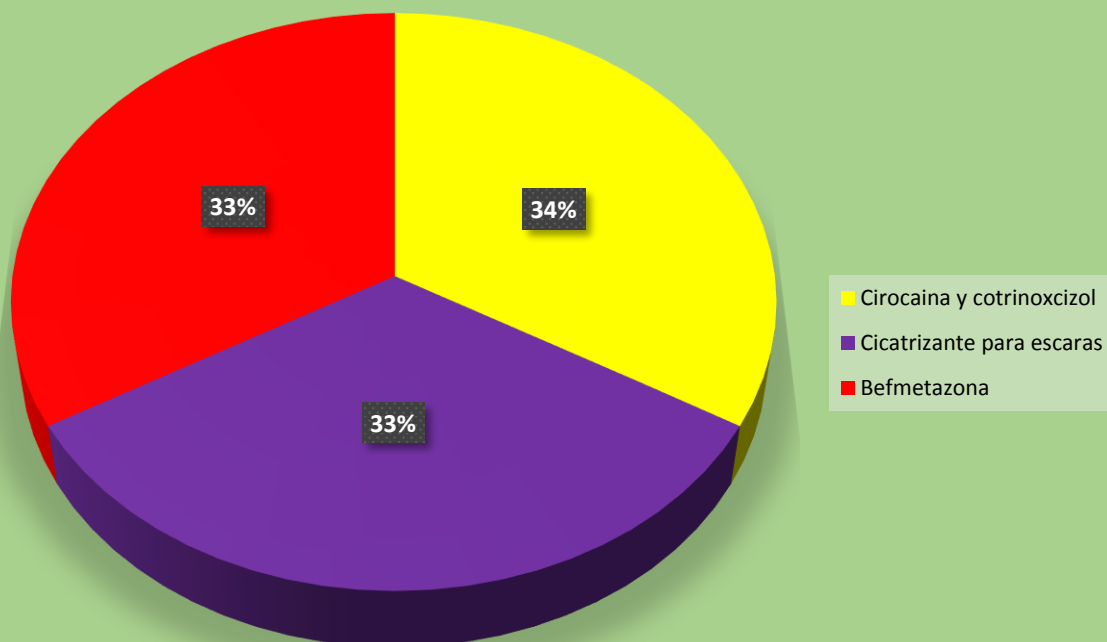
#### Distribución porcentual del material de cicatrización

| Material de cicatrización | fi | %    |
|---------------------------|----|------|
| Cirocaina y cotrinoxazol  | 1  | 33,3 |
| Cicatrizante para escaras | 1  | 33,3 |
| Betametazona              | 1  | 00   |
| Total                     | 3  | 100  |

Fuente: Ficha de observación de factores de riesgo y tratamiento  
Elaboración propia

**GRÁFICA N° 17:**

**Distribución porcentual apósitos o material de cicatrización**



En la gráfica se observa que los principales apósitos o materiales de cicatrización de las úlceras por presión utilizadas son: Cirocaina y cotrinoxazol, Cicatrizante para escaras, Betametazona, etc.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

1. El perfil de riesgo para desarrollo de úlceras por presión, incluye edad promedio de 86 años, diagnóstico de fractura de cadera, presencia de humedad, movilidad limitada, fricción y deslizamiento constante. Es primordial la valoración inicial de los factores de riesgo para úlceras por presión al ingreso del adulto mayor.

2. El perfil de los adultos mayores hospitalizados que desarrolló úlceras por presión reúne características como: ser del sexo femenino, edad promedio de 86 años, presentar déficit en la movilidad y actividad, problemas de humedad, fricción, cizallamiento y deslizamiento constante.

3. La valoración de riesgo para úlceras por presión al ingreso de los adultos mayores debe incluirse como una de las principales medidas preventivas, así como el registro de las intervenciones en la Hoja de Registros Clínicos y Tratamientos de Enfermería.

4. La existencia de escalas ya validadas para valorar este riesgo y de protocolos de atención proporcionan la evidencia necesaria para fundamentar las acciones en el ámbito hospitalario específico. Por lo tanto es prioritario implementar protocolos de intervención para el cuidado de los pacientes, haciendo énfasis en el monitoreo de los casos detectados en riesgo.

5. Desarrollar estrategias de educación permanente para el personal de salud, paciente y familia; a fin de disminuir la incidencia de úlceras de presión y sus complicaciones en el hospital y en el hogar.

#### **5.2. RECOMENDACIONES**

1. La existencia de un protocolo de prevención de las úlceras por presión, junto con el registro de las actividades realizadas, son una herramienta de protección legal ante una demanda por algunos pacientes aducen mala práctica o negligencia médica.
  
2. La enfermera que ejerce su función asistencial, tiene una responsabilidad ética de actualizar sus conocimientos con relación a la prevención de úlceras por presión, de manera de optimizar los recursos tanto del hospital como del paciente, ya que se debe tener en cuenta que los costos de un tratamiento de este tipo de lesiones superan a la prevención.
  
3. Se realizar un estudio que incluya a todas las unidades y servicios del hospital, para determinar la incidencia real de este tipo de lesiones en sus cuatro estadios y poder también realizar un seguimiento de los pacientes no tan sólo en servicios específicos sino que a lo largo de su período de hospitalización, situación que permitiría estar adecuadamente preparados para enfrentar éste tipo de lesiones.

## BIBLIOGRAFÍA

Alfonso Coto J.C., Báez J.C., Cabrera López L.D., (2007). *Cirugía Reconstructivas de las Úlceras por Presión*. Rev. Cubana- Cir. 2007, 46(3).

Beare/Myers (1999). *El Tratado de Enfermería Mosby*. Volumen 4. Mosby/Doyma Libros.

Begoña Elorriaga, Ameyugo y Dolores Rayo, Pascual (1996). *Guía de cuidados enfermeros*. U.P.P. INSALUD Madrid.

Beare, Patricia G.; Myers, Allen R. (1999). *Enfermería Médico-quirúrgica*. (2 vols.). S.A. Elsevier. España. 1999.

Blasco, Silvia (2007). *Manual de Prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. 2007.

Calzada M. I., Gironés P.; García J. y Ruiz P. (1986). *Prevención y tratamiento de las úlceras por decúbito*. Enfermero Integral.

Castellanos Sánchez, Nataly; Muñoz Ordoñez, Milena Tesis. *Escala de valoración de riesgo: estrategia inicial y prioritaria en la prevención de úlceras por presión*.

Colina J. (1988). *Atención de enfermería a pacientes con U.P.P*. Rol 113; 41 – 52.

Díaz, José Miguel (2007). *Prevalencia de las úlceras por presión en una residencia asistida de mayores*. Gerokomos 2007.

Ester Valle L, (2012). *Dermatología general: Enfoque práctico*. 2º ed. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2012. p. 737-48.

Esperon Guimil, José A.; Anguera Castelo, Celsa y Escudero Quiñones, Ana (2007). *Monitorización de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos*. Gerokomos. Vol. 18 N° 03.

García Fernández, F.P.; Pancorbo Hidalgo, P.L.; Laguna Parras, J.M. (2001). *Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión con riesgo de desarrollarlas*. Jaén: Hospital Universitario Princesa de España. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2001.

García Fernández, F.P.; Soldevilla Agreda, J.J.; Pancorbo Hidalgo, P.L.; Verdú Soriano, J.; López Casanova, P.; Rodríguez Palma, M. (2014). *Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP N° II*. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.; 2014.

Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). (2003). *Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión*. Logroño. 2003.



- Hernández, J.C.; Hernández, F.; Arizaga, G. (2005). *Prevalencia de la UPP en instituciones geriátricas*. Enfermería Integral. 2005.
- Lago Gonzales, Maria de la Cruz (2007). *Valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de geriatría*. Gerokomos. Vol. 18 N° 03.
- Lozano, Diana (2001). *Principios de epidemiología*. Bogotá. Ceja Centro Editorial Javeriano. 2001.
- Martínez Morira, Estrella (2000). *Prevención, tratamiento y derivación en úlceras por presión y vasculares en atención primaria de salud*. La Coruña. 2000.
- Maklebert, Joann (1997). *Cómo vencer las úlceras por presión*. Revista Nursing. 1997.
- Mata Ramos, Agustín y Ceballos Atrenzo, Rafael. (2003). *Actuación rehabilitadora al paciente geriátrico*. 2ª Edición.
- Medina, Alejandro (2013). *Manual de terminología Médica*. Vedimpres S.A.C. Lima. Perú.
- Muñoz, M.; Salvador, M.; Pascual, V. (1995). *Prevención y tratamiento de las úlceras por presión en pacientes inmovilizados*. Rehabilitación 1995;(1):332-359.
- Palomar Llatas, Federico y Fornes Pujalte, Begoña. (2007). *Piel perilesional y tratamientos*. Enfermería Dermatológica N° 001, año 1, marzo-abril 2007.
- Palomar Llatas, F.; Fornes Pujalte, B.; Muñoz Mañez, V.; Lucha Fernández, V.; Ruiz Hontangas, A. (2008). *Mejorando la continuidad de cuidados en el departamento de salud N° 9: La teleconsulta de úlceras y heridas*. Rev. Enfermería Dermatológica, N° 4, Abril-junio de 2008.
- Pancorbo, H.; García, F.; Bermejo, C.; Pérez, C.; Ramírez, P.; Cámara, E. (1998). *Efectividad de un programa de prevención de úlceras por presión en un hospital*. Helcos 1998; 9(2):2025-34. 2.
- Pancorbo Hidalgo, Pedro; García Fernández, Francisco; Rodríguez Torres, María del Carmen (2007). *Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras: revisión sistemática de la literatura*. Gerokomos. Vol. 18 N° 04.
- Rueda, Justo; Torra, Joan-Enric; Fernando; Verdú, José; Soldevilla, Javier (2003). *1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por presión de España: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología. 2003.
- Rumbo Prieto, J. M., Romero Martín, M.; Trueba Moreno, M. A.; García Collado, F. y Ramírez Pizano, A. (2011). *La enfermería ante el reto de la promoción de la salud en pacientes y cuidadores con riesgo de deterioro de la integridad cutánea o con heridas (1ª parte)*. Enferm Dermatol. 2011; 13-14: 16-21.
- Sholtis Bruner, Lilian y Smith Suddarth, Doris (1994). *Manual de la Enfermera*. Cuarta edición. Interamericana McGraw-Hill. México.
- Soldevila, J.J. (1994). *¿Cómo valorar y describir una úlcera cutánea?* Gerokomos 1994;5(10):3-11.

Soldevila, J.J. (1998). *Guía práctica en la atención a las úlceras de piel*. 4ª edición. Madrid: Editorial Garsi, 1998

Soldevilla Agreda, J.; Navarro, S.; Rosell, C.; Sarabia, R.; Valls, G. (2004). *Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales*. In: Soldevilla Agreda J, Torra i Bou J, editors. *Atención integral a las heridas crónicas*. Madrid: SPA Grupo Drugfarma; 2004.

Torrai-Bou J.E. (1997). *Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden*. *Rev Rol Enferm* 1997; (224):23-30.

Tucker, Canobbio, Paquette, Wells (1997). *Normas de cuidados del paciente*. 6ª edición. Paradigma Tec. 1997.

Verdú Soriano J. (2003). *Apósitos hidrocélulares para heridas de diversa etiología*. *Rev Rol Enf*. 2003.

Zamora editores (2011). *Manual de Enfermería*. Zamora editores Ltda. Bogotá. Colombia.

# ANEXOS

**INSTRUMENTO DE FACTORES DE RIEGO Y TRATAMIENTO DE ULCERA POR PRESIÓN  
EN ADULTOS MAYORES**

| Fecha  | Servicios   | Fecha de ingreso | Edad | sexo                          |
|--------|---|------------------|------|-------------------------------|
| 15 -08 | Observación -Emergencia( )<br>Cuidados intensivos ( )<br>Medicina ( ) |                  |      | Masculino ( )<br>Femenino ( ) |

| Nivel de escolaridad   | Régimen de salud                     | Cuidador del paciente |
|--|--------------------------------------|-----------------------|
| -Ninguno ( )<br>-Primaria ( )<br>-Secundaria ( )<br>-Técnico ( )<br>-Pedagógico ( )<br>-Universitario ( )<br>-Postgrado ( )<br>-Otro ( ) | -CONTRIBUTIVO ( )<br>-SUBSIDIADO ( ) |                       |

| FACTORES INTRÍNSECOS |  |  |
|----------------------|--|--|
| Antecedentes         |  |  |
| -Patológicos         |  |  |
| -Quirúrgicos         |  |  |
| -Farmacológicos      |  |  |
| -Transfusionales     |  |  |

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| PESO:                   | TALLA: |
| Niveles de albúmina     | Valor: |
| Valoración/ Nutricional | IMC:   |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Estado de conciencia       | -Consciente, alerta, orientado ( )<br>-Desorientado, apático o pasivo ( )<br>-Letárgico o hiperkinético ( )<br>-Coma ( ) |
| Valoración de la actividad | -Encamado ( )  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          | -En silla de ruedas ( )<br>-Camina con ayuda ( )<br>- Caminando ( )                                   |
| Movilidad                | -Completamente inmóvil ( )<br>-Muy limitado ( )<br>-Ligeramente limitado ( )<br>-Sin limitaciones ( ) |
| Incontinencia            | -Doble incontinencia ( )<br>-Urinaria y fecal ( )<br>-Ocasional ( )<br>-Ninguna ( )                   |
| Uso de pañal             | -Si ( )<br>-No ( )<br>-Ocasional ( )  |
| Requerimiento de oxígeno | -Si<br>-No  |
| Tensión arterial         | Valor:  |
| Niveles de hemoglobina   | Valor:  |
| Temperatura              | Valor:  |

| <b>FACTORES EXTRÍNSECOS</b> |   |
|-----------------------------|---|
| Humedad                     | - Húmeda constantemente ( )<br>- A menudo húmeda ( )<br>- Ocasionalmente húmeda ( )<br>- Raramente húmeda ( ) |

### LA ÚLCERA EN EL PACIENTE

| Estadío   | Superficie | Tipo de tejido en la lesión  | Secreción de la úlcera          | Dolor  |
|---|------------|------------------------------|---------------------------------|--------|
| I   | Longitud:  | 0. Herida cerrada ( )        | 1. Serosa ( )                   | Si ( ) |
| II  |            | 1. Tejido epitelial ( )      | 2. Hemorrágica ( )              |        |
| III   | Ancho:     | 2. Tejido de granulación ( ) | 3. Purulenta ( )                | No ( ) |
| IV  |            | 3. Esfacelado ( )            | 4. Profusa ( )                  |        |
|   |            | 4. Tejido Necrótico ( )      | 5. Escasa ( )<br>6. Ninguna ( ) |        |
| Tipo de apósito o material de cicatrización:<br><br>Si ( )<br>No ( )<br><br>Cual: _____ |            |                              |                                 |        |

### LOCALIZACIÓN DE LA ULCERA POR PRESIÓN

