

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “*TÚ ME CUIDAS*” EN LA MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN FAMILIARES DE LOS PACIENTES POSTRADOS REGISTRADOS EN OMAPED, MALA - CAÑETE”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**Bach. ZEVALLOS YEREN CINDY YOHANNA**

**ASESORA:**

**Dra. FERRER MEJÍA MERCEDES LULILEA**

Callao, 2021

PERÚ

“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “**TÚ ME  
CUIDAS**” EN LA MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE  
CUIDADO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN  
FAMILIARES DE LOS PACIENTES POSTRADOS  
REGISTRADOS EN OMAPED, MALA - CAÑETE”

**BACHILLER:**  
**CINDY YOHANNA ZEVALLOS YEREN**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ACTA N° 013/2021

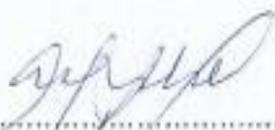
Siendo las 14:00 horas del martes 26 de octubre del 2021, se inicia la sustentación de tesis mediante el uso de la **Plataforma Google Meet** de la Facultad de Ciencias de la Salud, en presencia de los miembros de Jurado de Tesis:

<b>Dra. Ana Lucy Siccha Macassi</b>	<b>Presidenta</b>
<b>Dra. Ana María Yamunaqué Morales</b>	<b>Secretaria</b>
<b>Dra. Haydeé Blanca Román Aramburú</b>	<b>Miembro</b>

Previa lectura de la Resolución de Decanato N° 123-2021-D/FCS de fecha 12 de agosto del 2021 y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, Art. 79° y 80°, aprobado con Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de octubre de 2018 y su modificatoria Resolución de Consejo Universitario N° 084-2021-CU de fecha 27 de mayo del 2021; se inició el acto de sustentación a través de la **Plataforma Virtual Google Meet**, invitando a la bachiller: **ZEVALLOS YEREN CINDY YOHANNA**, a la sustentación de la tesis, titulada **"EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO "TÚ ME CUIDAS" EN LA MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN FAMILIARES DE LOS PACIENTES POSTRADOS REGISTRADOS EN OMAPED, MALA"**, finalizada la exposición la bachiller absolvió las preguntas y observaciones formuladas por el Jurado Examinador con relación a la tesis; luego de deliberar se acordó: **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa **MUY BUENO**, y calificación cuantitativa **DIECISIETE ( 17 )**.

Por consiguiente, los miembros de jurado acordaron declarar **APTO(A)** para optar el **Título Profesional de Licenciado en Enfermería** a la bachiller: **ZEVALLOS YEREN CINDY YOHANNA**, culminando la ceremonia de Sustentación de Tesis a las 15:00 horas del mismo día.

Como constancia del acto, firman los miembros presentes.

  
.....  
**Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI**  
**Presidenta**

  
.....  
**Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES**  
**Secretaria**

### **Dedicatorias**

A Dios todo poderoso, a mis padres, esposo y amigos que apoyaron en la realización de esta investigación.

### **Agradecimientos**

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy,  
A mis adorados padres por sus enseñanzas,  
apoyo y amor incondicional que día a día me han  
brindado, a mi amado esposo por ser mi mejor  
apoyo, por su amor y cariño, a mis adorados hijos  
por ser mi motor día a día para poder culminar  
esta gran meta trazada.

A mis estimados profesores por transmitirme sus  
enseñanzas y conocimientos que fueron vitales  
en mi formación profesional.

## INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD : CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN : CIENCIAS DE LA SALUD

TÍTULO : “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “TÚ ME CUIDAS” EN LA MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES POSTRADOS REGISTRADOS EN OMAPED, MALA - CAÑETE”

AUTORA : CINDY YOHANNA ZEVALLOS YEREN

ASESOR : Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

LUGAR DE EJECUCIÓN : OMAPED DEL DISTRITO DE MALA

TIPO DE INVESTIGACIÓN : DESCRIPTIVA CUASI EXPERIMENTAL

UNIDADES DE ANÁLISIS :

## RESUMEN

La presente investigación titulada “efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete cuyo objetivo Determinar la efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete. Es un estudio de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo de método descriptivo; de corte longitudinal, el diseño de investigación fue de tipo pre-experimental, con una muestra de 60 familiares en donde se llego a las siguientes conclusiones:

La mayoría de los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, fluctúan entre los 32 a 41 años de edad, predomina el género masculino, la mayoría solo tienen estudios de secundaria, están casados, y su condición laboral es dependientes. El programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete, varia antes y después de la aplicación del programa educativo. Las Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete, la mayoría no practican un buen cuidado de las lesiones por presión. Las Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete, casi la totalidad de los familiares practican un buen cuidado de las lesiones por presión

**Palabras claves:** Paciente postrado, lesiones por presión, familiares, programa educativo

## ABSTRAC

The present investigation entitled "effectiveness of the educational program" "Tú me Cuidas" in the improvement of care practices for pressure injuries in relatives of bedridden patients registered in OMAPED, Mala - Cañete, whose objective is to determine the effectiveness of the educational program "Tú You take care of me" in the improvement of care practices for pressure injuries in relatives of bedridden patients registered in OMAPED, Mala - Cañete. It is an applicative-level study, of a quantitative type of descriptive method; longitudinal section, the research design was pre-experimental, with a sample of 60 relatives where the following conclusions were reached:

Most of the relatives of the bedridden patients registered in OMAPED, fluctuate between 32 and 41 years of age, the male gender predominates, the majority only have high school studies, they are married, and their employment status is dependent. The educational program "Tú me Cuidas" in the improvement of the care practices of pressure injuries in relatives of bedridden patients registered in OMAPED, Mala - Cañete, varies before and after the application of the educational program. The practices of the relatives of bedridden patients registered in OMAPED, in the care of pressure injuries before the application of the educational program "You take care of me", Mala - Cañete, most do not practice good care of pressure injuries. The Practices of the relatives of bedridden patients registered in OMAPED, in the care of pressure injuries after the application of the educational program "Tú me Cuidas", Mala - Cañete, almost all of the relatives practice good care of the injuries by pressure

**Keywords:** Bedridden patient, pressure injuries, family members, educational program

## ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRAC	2
INDICE	3
INTRODUCCIÓN	6
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática	7
1.2 Formulación del Problema	
1.2.1 Problema General	11
1.2.2 Problemas Específicos	11
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo General	11
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 Justificación	12
1.5 Limitantes de la investigación	14
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales	15
2.1.2 Antecedentes Nacionales	18
2.2 Base Teórica	24
2.3 Definición de términos básicos	46
<b>III. HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Hipótesis	
3.1.1 Hipótesis General	48
3.1.2 Hipótesis Específicas	48
3.2 Definición conceptual de variables	48
3.3 Operacionalización de variables	49

<b>IV. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	50
4.1.1 Tipo de la Investigación	50
4.1.2 Diseño de la Investigación	50
4.2 Método de investigación	50
4.3 Población y muestra	
4.3.1 Población	51
4.3.2 Muestra	51
4.3.3 Criterios de Inclusión	51
4.3.4 Criterios de Exclusión	51
4.4 Lugar del estudio	51
4.5 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	52
4.6 Análisis y procedimiento de datos	52
<b>V. RESULTADOS</b>	54
<b>VI. DISCUSIÓN</b>	58
<b>VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	60
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	62
<b>IX. ANEXOS</b>	
Anexo 1: Matriz de consistencia	68
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	71
Anexo 4: Consentimiento informado	77

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
<b>Tabla 1</b>	53
Perfil de los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete.	
<b>Gráfico 1</b>	54
Efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete.	
<b>Gráfico 2</b>	55
Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.	
<b>Gráfico 3</b>	56
Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión en después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.	

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las Lesiones por Presión (LPP) han generado un fuerte impacto en el sistema de salud configurándose como un problema asistencial y de calidad de vida en los pacientes críticos, postrados o con discapacidad motriz.

Las lesiones por presión son lesiones en la piel causadas por la permanencia en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman en los tobillos, los talones, los codos, las caderas y el coxis.

Las personas postradas en su mayoría desarrollan lesiones por presión, con frecuencia presentan una condición de salud compleja generando un mayor cuidado y gastos adicionales a la familia. Las lesiones por presión (LPP) pueden prevenirse, si conocemos los factores de riesgo. Entre los factores de riesgo tenemos la falta de movilización, edad, estado nutricional, enfermedades crónicas.

El presente trabajo de investigación titulado “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “TÚ ME CUIDAS” EN LA MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES POSTRADOS REGISTRADOS EN OMAPED, MALA - CAÑETE”, tiene como finalidad prevenir las LPP a través de cuidados de calidad brindados por el familiar.

El presente informe final de investigación consta de siete apartados; I: planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación, II: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III: considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, IV: metodología; V: cronograma, VI: presupuesto; VII: referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

El cuidado de las heridas es un tema tan antiguo como la historia del hombre. <sup>(1)</sup> A modo de ejemplo, el hombre de Neandertal, en Irak, hace 60.000 años A.C. usó hierbas contra las quemaduras y las atendía y cuidaba hasta que cerraban. En el papiro de Smith (Hace más de 5000 años) el Asu o sanador egipcio, aplicaba curaciones compuestas por grasa animal, miel y fibras de algodón; sin saberlo estaba aplicando una curación no adherente, antibacteriana, osmótica, enzimática y finalmente absorbente de exudado, llevando a la herida a la cicatrización. <sup>(2)</sup>

Las lesiones por presión (LPP) constituyen un problema sanitario de especial importancia, al estimarse que su prevalencia alcanza hasta un 12% de los pacientes residentes en instituciones diversas (p. ej., hospitales). Los ancianos son el grupo de edad más afectado, ya que del 45% al 70% serían mayores de 70 años. Además, las LPP pueden tener repercusiones graves aumentando el riesgo de muerte <sup>(3, 4)</sup>

Las LPP, también denominadas escaras, aparecen debido a la presión sostenida de una prominencia ósea sobre una superficie externa. Dicha presión, bien sea directa, por fricción, deslizamiento o cizalla, puede reducir el flujo sanguíneo capilar de la piel y tejidos subyacentes; y, si la presión no desaparece, producir muerte celular, necrosis y rotura tisular, pudiendo desembocar en osteomielitis y sepsis, que son las complicaciones más graves. (3, 5, 6)

La Lesiones por Presión (LPP) puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición. Dichas lesiones son producidas como resultado de una presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas. Encontrando que en el 80% de los casos las zonas más comprometidas son: sacro, trocánteres, nalgas, maléolo externo y talones. <sup>(7)</sup> La buena evolución y resolución de las lesiones cutáneas es un indicador de calidad asistencial tanto a nivel intra como extrahospitalario.

Las úlceras por presión son lesiones cutáneas originadas como consecuencia de una 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>(8, 9)</sup> En la mayoría de los casos se presentan entre los 76 y 80 años de edad, principalmente en aquellos adultos mayores frágiles, dependientes o postrados debido a su limitada movilidad y autovalencia <sup>(10)</sup>

Existen numerosos factores de riesgo que promueven la aparición y desarrollo de las LPP, tales como: edad avanzada, inmovilidad, obesidad, pérdida de la sensibilidad, estado nutricional inadecuado, humedad excesiva de la piel, temperatura de la piel superior a 25°C, dolor, nivel de conciencia disminuido, algunos tratamientos (simpaticomiméticos, corticoesteroides, citostáticos) y ciertas enfermedades que pueden interferir el proceso de curación: diabetes, cáncer, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, cardiovasculares y respiratorias que disminuyan la oxigenación tisular, etc. <sup>(11, 12, 13)</sup>

Esta complicación ocurre con mayor frecuencia en pacientes postrados, en silla de ruedas, desnutridos, la mayoría de las LPP se localiza en la zona sacro, trocánteres, nalgas, maléolos externos y talones. También son

conocidas como escaras, son lesiones localizadas que se producen en la piel y el tejido que se encuentra debajo.

Estas lesiones son consideradas una puerta de entrada para la invasión de microorganismos patógenos que provocan infecciones, además la edad avanzada, la estancia prolongada en cama o a silla de ruedas, desnutridos, pluripatológicos, comprometidos de conciencia y mal apoyo familiar; complican el estado de salud de la persona hasta causarle la muerte, es así que la enfermera siendo un miembro primordial del equipo de salud realiza intervenciones destinadas a conseguir un objetivo previsto, basado en el conocimiento y juicio clínico, para favorecer el resultado esperado del paciente. <sup>(14)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha conceptualizado discapacidad como una restricción, resultado de la falta de capacidad para llevar a cabo una actividad normal del hombre. <sup>(15)</sup>

A nivel mundial en el año 2013, los diferentes estudios epidemiológicos reportaron 29.000 muertes a causa de las LPP; además centros especializados de otros países tales como Japón donde el 91% de su población enfrenta esta problemática. <sup>(16)</sup> Cada año en Estados Unidos más de 2,5 millones sufren estas afecciones, así también se estima que para el 2025 en América latina y Caribe existirán más de 100,5 millones adultos mayores afectados, representando en el Perú el 13,3% de la población. <sup>(17)</sup>

La incidencia y prevalencia de las LPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan LPP; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 9,5% en el primer mes de estancia,

y hasta el 20,4% a los dos años. Los pacientes con LPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. Por tanto, el mejor cuidado de las LPP es su prevención, estimándose que al menos el 95% de las mismas son evitables <sup>(18, 19)</sup>

Madeleine Leininger los cuidados “como la esencia del quehacer de enfermería y constituye un objetivo distintivo, dominante primordial y unificador. Los cuidados son vitales para el bienestar, la salud, la recuperación de la salud, el crecimiento y la supervivencia, y para afrontar los impedimentos físicos o mentales y la muerte”.

Por otro lado Jean Watson se refiere frente al cuidado como “solo se puede manifestar de manera eficaz y solo se puede practicar de manera interpersonal. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo potencial a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado. La práctica de cuidado lo integra el conocimiento biofísico, conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidado a los enfermos” en vista a estos argumentos prevenir las LPP se convierte en prioridad

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los

demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Mala es un Distrito cuya mayor extensión comprende básicamente áreas rurales, siendo una zona relativamente pequeña. Donde la principal actividad económica es la agropecuaria.

En el distrito de Mala - Cañete durante el desarrollo de las practicas comunitaria se hizo contacto con OMADEP y se trabajó con las personas adscritas, la mayoría de ellas postradas y otros se movilizan a través de silla de ruedas, todos ellos son atendidos por sus familiares quienes satisfacer sus necesidades. Estos pacientes en su mayoría han desarrollado lesiones por presión debido a diversos factores desencadenantes como, una mala alimentación, humedad continua, poca o nada de movilidad, resequedad en la piel. Al interactuar con sus familiares se pudo obtener la información que muchos no saben que es una LPP, como se cura, como se previene, también se pudo saber que si bien es cierto están bajo el cuidado de un familiar muchos de ellos salen a trabajar medio día y al regresar los cambian de ropa ya que están mojados, lo movilizan y le dan sus alimentos. Los pacientes postrados se ven y se sienten limitados convirtiéndolos en personas totalmente dependientes de sus familiares. En vista de ello se hace necesario desarrollar un Programa educativo a través del cual se pueda incrementar y fortalecer los conocimientos y las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados. Así también las acciones preventivas que reduzcan significativamente el desarrollo de lesiones por presión. Una de las acciones preventivas de mayor impacto resulta ser la educación.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión

en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala - Cañete?

### **1.2.2. Sub Problemas**

- ¿Cuáles son las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala - Cañete?
  
- ¿Cuáles son las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala - Cañete?

## **1.3. Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.
  
- Identificar las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión en después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.

#### **1.4. Justificación**

Las lesiones por presión representan un problema de salud que afecta mayormente a los pacientes postrados y según Kulzer, k (2003) las lesiones por presión constituyen un serio problema en la capacidad funcional del adulto mayor.

Uno de los problemas médicos de las personas postradas, son las lesiones por presión, o comúnmente llamadas escaras. Obviamente no es una patología poco atractiva o agradable de tratar, además requiere cuidados y dedicación prolongada y quizás por esto los médicos han dejado de lado a este tipo de pacientes y encomendando el manejo del profesional de enfermería. Sin embargo, se debe tener presente que es una enfermedad como cualquier otra, por lo que requiere la valoración del médico y la colaboración del resto del equipo de salud, así mismo del apoyo constante del familiar a cargo del paciente.

Las lesiones por presión son un reto muy importante al que nos enfrentamos los enfermeros constantemente en la práctica asistencial. Para la enfermera asistir a las personas que padecen una lesión por presión es una lesión claramente mejorable, se debe tener en cuenta que ella afecta de forma grave la calidad de vida de las personas que la padecen. Toda persona que presenta riesgos de lesiones por presión requiere de un cuidado especial por parte del familiar, tanto en la prevención como en su curación. Como resultado de ello; la vida de la persona sufre un cambio no solo en el aspecto físico, sino también en lo económico, social y psicológico, si hubiese un manejo inadecuado devienen las complicaciones y la disminución de la calidad de vida del paciente.

Los resultados de esta investigación permitirán modificar los conocimientos y las prácticas de cuidado sobre las LPP y por ende conocer las medidas preventivas que aplican los familiares de los pacientes postrados en el cuidado diario con el fin de evitar las LPP.

Para la sociedad sirve como referencia de cómo se encuentran las prácticas de cuidado sobre las LPP en los familiares de los pacientes postrados, así puedan ellos saber la importancia de la educación en la prevención y manejo de las LPP a través de los medios de información, disminuyendo el riesgo de complicaciones que pueden conllevar en poner en riesgo la vida de su familiar.

Para Nola Pender, en el modelo de promoción para la salud, el cual ilustra la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, donde se identifica en el individuo factores cognitivos - perceptuales que son modificados por las características, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud.

Para Enfermería sirve como una información valiosa por la cual se puedan tomar decisiones y acciones tendientes a proteger a este grupo de pacientes postrados y/o discapacitados en mejorar la información ya existente, mediante actividades educativas, volantes informativos, tendientes a disminuir la incidencia de las LPP, y por último los resultados de esta investigación servirán para sustentar investigaciones futuras relacionadas al tema.

### **1.5. Limitantes de la investigación**

La primera limitación, corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo corresponde a los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED.

La segunda limitación, corresponde a los resultados sólo servirán para la institución donde se llevará a cabo la investigación.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes del Estudio

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**FLORES Ávila Ana Mercedes; FELIGRA Torres Gladys Marielisa** en su estudio titulado “Valoración de enfermería en el riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor en un hospicio de la ciudad de Guayaquil. Ecuador. 2016”. Los adultos mayores por el hecho de cursar por una edad avanzada, aumenta su vulnerabilidad para desarrollar úlceras por presión, dado que la piel se vuelve reseca, la movilidad se deteriora con el pasar del tiempo y algunos padecen de enfermedades metabólicas o circulatorias que lo predisponen a desarrollar dichas lesiones en la piel. La presente investigación tuvo como objetivo Determinar la valoración de enfermería en adultos mayores con riesgo de úlceras por presión. La metodología utilizada es de tipo descriptiva, cualitativa, observacional y de corte transversal. Los instrumentos para la recolección de datos se conforman de una ficha documental y guía de observación para obtener datos demográficos y factores de riesgo respectivamente. Los resultados indican que el 100 % no utiliza escalas de valoración para el riesgo úlceras por presión, el 28% de los adultos mayores tiene diabetes y el 86% no es orientado acerca del cuidado de la piel. Llegando a la Conclusión:

“El personal de auxiliar de enfermería no aplican escalas validadas para la valoración del riesgo de úlceras por presión en el centro geriátrico por lo tanto existe un alto riesgo de desarrollar úlceras por presión, se recomienda implementar métodos estandarizados de valoración del riesgo, capacitar al personal en cuanto a la

valoración y elaborar estrategias que garanticen el cumplimiento de esta por parte del personal de enfermería”. (20)

**GONZALES M.** (2013) realizó una investigación titulada “Prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay. Estudio de tipo descriptiva y transversal, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay. Resultados: La población de estudio estuvo conformada por un total de 8,765 pacientes de diversas entidades, el 59% fue de sexo masculino, la edad prevalente fue la comprendida entre los 55 y 70 años con un 59%, de estos se encuentran semi-postrados un 46% y postrados un 49%. El 33% de 21 pacientes contaba con cuidados de sus familiares durante su hospitalización. En las entidades públicas no existe personal específico para los cuidados del paciente. En las entidades públicas solo el 23% pone en práctica los protocolos de atención para úlceras por presión y en la residencia geriátrica privada el 59% de profesionales lo pone en prácticas; la educación a los familiares sobre las medidas preventivas solo se presentó en un 34%. Solo un 21% de pacientes cuentan con dispositivos propios para el cuidado y prevención de escaras; la movilización realizada en las entidades públicas solo se da cada 4 o 5 horas con un 47%. En las entidades privadas se realizan cada 2 o 3 horas con un 67%. Conclusión: “En este sentido y en base a los resultados se propuso a las autoridades ministeriales la realización del presente estudio en forma conjunta, aspecto fundamental para lograr una mayor adherencia de las diferentes instituciones prestadoras de salud y de los profesionales sanitarios y para iniciar un trabajo conjunto y establecer estrategias sanitarias que mejoren el estado de salud de la población” (21)

**GONZALES R, CARDONA D, MURCIA P, MATIZ G.** Bogotá (2014). En su estudio titulado “Prevalencia de las úlceras por presión en los hospitales nacionales. Bogotá” cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de las úlceras por presión en los hospitales nacionales. Bogotá. Estudio de tipo descriptivo y transversal, Se encontró que el 68% de úlceras por presión en hombres, 64% en instituciones públicas, el 44% en el primer nivel, el 65% de la información proviene de personas afiliadas al régimen subsidiado de Salud. La causa principal en el 98% de los casos es la presión, seguido por cizalla, humedad e incontinencia. Se destaca el desconocimiento de los ácidos grasos hiperoxigenados y el escaso uso de superficies especiales para el manejo de la presión; el 43% no utiliza escalas para medir el riesgo. Conclusión. “Estos resultados son el preámbulo de una investigación nacional que permita establecer indicadores propios, encaminados a estrategias de prevención reales” (22)

**RODRÍGUEZ Renobato Ricardo; ESPARZA Acosta, Guadalupe del Rocío; GONZÁLEZ Flores Silvia Patricia,** México (2017). En su estudio Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Estudio descriptivo, correlacional y transversal en una muestra aleatoria no probabilística por conveniencia de 102 enfermeros de cinco servicios de un hospital público. Se aplicó el instrumento ReAc-PUKT, que es de estructura dicotómica falso/verdadero y está basado en recomendaciones y evidencias de la guía de práctica clínica mexicana (alfa = 0.73). Resultados: el 62.7% fueron mujeres; 70.4% contaban con formación básica de enfermería. El puntaje global de conocimiento fue de 60.4%. Por categoría, en generalidades 56%, en prevención 63% y en tratamiento 62.2%. A

mayor grado de estudios, mayores son los conocimientos sobre UPP ( $r = 0.238$ ,  $p = 0.008$ ). Conclusión: “El nivel de conocimiento fue insuficiente. Hay una notable falta de actualización sobre el tema. Son relevantes los resultados obtenidos para implementar cursos de actualización y mejoras en la atención hospitalaria mediante la evaluación de la disminución de la incidencia de UPP”.  
(23)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**MÉNDEZ Ibañez, Yuneyri Edith; MÉNDEZ Merino, Paola;** Trujillo (2012) en su estudio titulado “Conocimientos y práctica del cuidado de Enfermería en la prevención de úlceras por presión. Hospital Belén de Trujillo – 2012” La presente investigación de tipo descriptivo correlacional, fue realizada en enfermeras de los servicios de medicina del Hospital Belén de Trujillo, con la finalidad de determinar la relación del nivel de conocimientos y la práctica del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión. El universo muestral estuvo constituido por 22 enfermeras a las cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: “Cuestionario sobre nivel de conocimientos de la enfermera en la prevención de úlceras por presión” y “Test para valorar la práctica del cuidado de la enfermera en la prevención de úlceras por presión”. Los resultados fueron procesados en el programa SPSS versión 15.0 y presentados en tablas simples y dobles, con frecuencias numéricas y porcentuales. Para el análisis estadístico se aplicó a prueba Gamma. Se encontró que el 45,45 por ciento de las enfermeras tienen un nivel de conocimientos medio, el 54,5 por ciento por ciento de enfermeras tienen una regular práctica de cuidado; resultados que muestran que no existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la práctica del cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión ( $P=0.885$ )<sup>(24)</sup>

**DÍAZ Jiménez, Carolina y HUANCA Escalante, Lizbeth,** Arequipa, (2013). En su estudio titulado “Factores asociados a la presencia de úlceras por presión en pacientes Hospitalizados del servicio de emergencia Hospital Nacional Carlos Alberto Serquin Escobedo Arequipa”, cuyo objetivo fue; Identificar la asociación de los factores intrínsecos y extrínsecos con la prevalencia de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados de emergencia del hospital referido. El método de estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal y de diseño correlacional; la población total en el periodo de estudio estuvo conformada por 85 pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de emergencia, se seleccionó a los pacientes que se encontraban hospitalizados en las distintas áreas del servicio de emergencia que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión siendo un total de 25 pacientes. Los que participaron en la presente investigación. Conclusiones: “El 72% de la población de estudio tiene entre 51 a más años, el 36% es de sexo femenino, el 76% de la población en estudio presenta úlceras por presión, con respecto a los factores intrínsecos que muestran relación significativa con el desarrollo de úlceras por presión son la edad, el IMC, estado físico general, estado de conciencia, actividad, movilidad e incontinencia., con respecto a los factores extrínsecos que muestran relación significativa con el desarrollo de úlceras por presión. Son tiempo de estadía y humedad”. (25)

**BUSTAMANTE Usnayo, Laura Evelyn; PEÑA Caceres, Jennifer,** Cusco (2014) con su estudio titulado “Factores relacionados con el riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Antonio Lorena Cusco”. La presente investigación titulada Factores relacionados con el Riesgo de Úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital

Antonio Lorena Cusco 2014, estudio de tipo descriptivo, de correlación, prospectivo y transversal. El objetivo general fue Identificar los factores relacionados con el riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos. Se aplicó una guía de observación a 30 pacientes; donde se obtuvo como resultado que el 63.3% fue femenino, y un 36.7% masculino, el 53.3% fluctuaba entre las edades de 21 a 45 años. El 53.3% se encontraba en un grado de dependencia III, y un 46.7% en un grado de dependencia IV, se obtuvo que el 50% tuvo un riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión. En pacientes con un Grado de dependencia III existe riesgo de desarrollar úlceras por presión (68.8%), mientras que en pacientes con dependencia Grado IV existe un riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión (85.7%) al aplicar la prueba estadística Chi-Cuadrado existe asociación estadística entre el grado de dependencia y la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión, también existe asociación estadística entre la nutrición parenteral, el uso de Sonda Foley y los irritantes químicos la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Se llegó a la conclusión:

“Existe Significancia entre la edad, género y el riesgo de desarrollar úlceras por presión, a mayor edad mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión, y el género masculino tiene mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión”. (26)

**MANCINI Bautista, Pierina Marilú y OYANGUREN Rubio, Rosa María,** Chiclayo (2014). En su estudio titulado “Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados”. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. El método de Estudio fue de Casos y Controles anidado en una cohorte realizado en adultos mayores hospitalizados en diferentes servicios del Hospital Nacional

Almanzor Aguinaga Asenjo; de Mayo a Setiembre 2012. Se realizó un muestreo probabilístico por densidad de incidencia, obteniéndose 61 casos y 122 controles. Se aplicó una ficha de recolección de datos inicial y se evaluó cada 48 horas. Se calcularon medidas de frecuencia y asociación y se aplicó la prueba de X<sup>2</sup> para variables cualitativas. Llegando a la conclusión: “Las variables asociadas al desarrollo de Úlceras por Presión son: edad, sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta”. (27)

**CARBAJAL Rixe, Jessica Mireya;** Lima (2015) Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento del cuidador primario en la prevención de las úlceras por presión en los servicios de medicina de un hospital nacional Cayetano Heredia. Lima. 2015”  
Un programa educativo es una gran herramienta para fortalecer conocimientos, para aprender algo nuevo y permite sensibilizar a las personas por eso, el estudio tiene como objetivo determinar la efectividad de un Programa Educativo en el Nivel de conocimiento del Cuidador Primario sobre la Prevención de las Úlceras por Presión en pacientes con permanencia prolongada en cama hospitalizados en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. El estudio fue cuantitativo, preexperimental, la intervención se hizo mediante la aplicación de un programa educativo y se midió su efectividad aplicando un instrumento antes y después. La población estuvo constituida por 55 familiares o cuidadores primarios del servicio de medicina. La técnica fue la entrevista y el instrumento aplicado un cuestionario de 20 preguntas cerradas. Resultados: antes de la intervención educativa prevaleció el nivel de conocimiento medio con el 47.3%, seguido del alto con el 41.8%, y un 10.9% presentó bajo nivel de conocimientos. Después de la intervención educativa, el 100.0% de los cuidadores primarios presentaron alto nivel de conocimiento

sobre la prevención de las úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama. Conclusión:

“El nivel de conocimientos de los cuidadores primarios de pacientes con permanencia prolongada en cama mejoró después de recibir el programa educativo sobre prevención de las Úlceras por Presión”.<sup>(28)</sup>

**LÁZARO Chávez, Katherine Rossy**, Lima (2016) en su estudio titulado “Conocimientos y actitudes del cuidador hacia las úlceras por presión en el adulto mayor. Clínica Ricardo Palma, 2016”. Objetivo: Determinar la relación entre conocimientos y actitudes del cuidador hacia las úlceras por presión en adultos mayores de la Clínica Ricardo Palma. Metodología: Estudio descriptivo correlacional de diseño no experimental y corte transversal. Población y muestra: Conformada por 38 cuidadores de adultos mayores con úlceras por presión. La técnica utilizada es la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Resultados: 55,3% de cuidadores tienen un nivel medio de conocimientos y el 57,9% de cuidadores muestran una actitud desfavorable hacia las úlceras por presión en el adulto mayor. Conclusiones:

“Si existe una relación significativa entre los conocimientos y actitudes del cuidador hacia las úlceras por presión en el adulto mayor”.<sup>(29)</sup>

**CANO Cusirramos, Karla Yesenia; PHUÑO Mamani, Pamela Asunción**, Arequipa (2018) en su estudio titulada “Presencia de úlceras por presión y factores intrínsecos y extrínsecos en pacientes de la uci. Hospital Goyeneche”. La investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la presencia de úlceras por presión en los pacientes de la UCI del Hospital Goyeneche. Para la recolección de datos, se utilizó el método de la observación, como

técnica el cuestionario y como instrumentos: una guía de recolección de datos. La población en estudio estuvo conformada por 20 pacientes, se aplicó la prueba estadística no paramétrica del  $\chi^2$ : se encontró que existe relación entre algunos factores intrínsecos y extrínsecos con la presencia de úlceras por presión. No habiendo relación con el nivel de conciencia, el tiempo de estancia hospitalaria y la hemoglobina. Se llegó a la conclusión: “El mayor porcentaje de la población en estudio estuvo representado por pacientes de 51 años a más; cuya procedencia en su mayoría fueron de Arequipa. En relación a los factores intrínsecos se encontró que el 80.0% de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Goyeneche presentan un nivel disminuido de albumina, el 40.0% tienen sobrepeso con igual porcentaje bajo de peso, el 80.0% tiene la presión arterial normal, el 90.0% 78 tienen los niveles de hemoglobina disminuida, el 80.0% tienen la temperatura normal, el 60.0% de los pacientes se encontraron en coma, el 90.0% estaban postrados, el 70.0% de ellos se encontraban completamente inmóviles, mientras que el 80.0% presentaron doble incontinencia. En los factores extrínsecos se obtuvo los siguientes resultados: que el 80.0% de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Goyeneche si requirieron de oxígeno, el 70.0% de los pacientes de UCI tuvieron un tiempo de estadía de entre 7 a 14 días. En relación con la presencia y características de úlceras por Presión se obtuvo el 90.0% de los pacientes presentaron Úlceras por presión. De lo cuales el 40% de los pacientes presentaron Úlceras por presión grado I y III, el 20% presentaron una cantidad de exudado ligera, mientras que el 40% de los pacientes de UCI presentaron la herida cerrada. En cuanto a la relación estadística obtenida mediante la aplicación del estadístico no paramétrico del  $\chi^2$ : se encontró que existe relación entre algunos factores intrínsecos y extrínsecos con la presencia de úlceras por presión. No habiendo relación con el nivel de conciencia, el tiempo de estancia hospitalaria y la hemoglobina”<sup>(30)</sup>

## **2.2. Base Teórica**

### **2.2.1. Lesiones por presión**

Lambert S, Andrea María, en su estudio basado en la identificación de las causas de las úlceras, las fuerzas tangenciales han sido consideradas sin duda como uno de los factores más consecuentes en la formación de úlceras por presión, que afecta directamente al sistema tegumentario del paciente, convirtiéndolo en un serio problema en todos los países del mundo, que pueden y deben evitarse con la atención de enfermería a través de planes de cuidados direccionados al seguimiento de las directrices para su prevención. Concluyendo que la mejor ulcera por presión es la que no existe. O sea que el mejor tratamiento es la prevención, y lo podremos lograr a través de los cuidados de enfermería que están encaminados a la prevención de úlceras por presión y al tratamiento de estas, cuyo objetivo es lograr la mejoría del estado del paciente <sup>(31)</sup>

Hernández V, Jhonatan, Moreno M. Maria, en su estudio con el objetivo de determinar el cuidado perdido por el personal de enfermería y su relación con el cuidado perdido identificado en la valoración de pacientes con riesgo o con presencia de UPP, concluyo que se encontró un alto porcentaje de cuidado de enfermería perdido de acuerdo a la percepción del personal, sin embargo, el cuidado perdido valorado fue mucho mayor. No se encontró relación significativa entre ambos por lo que es prioritario reflexionar acerca de la importancia de realizar valoraciones objetivas en los pacientes <sup>(32)</sup>

Irene Lauzarika Erkiaga, en su estudio de los cuidados de las UPP en una UCI del Hospital Virgen del Camino, donde se evidencio un aumento significativo de la incidencia de UPP, concluye que el cambio de camas, y los cambios posturales, disminuye

considerablemente la formación de úlceras por presión, y sus complicaciones. El uso de aceites grasos hiperoxigenados, y la colocación de protecciones locales con taloneras, coderas, etc., al igual que el aumento de la atención sobre las úlceras de localización poco común, también han sido un gran aporte a la hora de alcanzar los objetivos de mejora <sup>(33)</sup>

Según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), “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 músculos donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulaciones y huesos” <sup>(34)</sup>

El padecer las lesiones por presión tiene importantes repercusiones tanto personales como socioeconómicas, convirtiéndose así en un problema de salud pública; en primer lugar se considera como problema personal porque se ve vulnerada la calidad de vida de los adultos mayores afectados, de su familia y de sus cuidadores, ya que se inicia una secuencia de situaciones a las que debe ser sometido el paciente, algunas de ellas son la curación de las lesiones, administración de antibióticos, factores que al articularse entre sí generan una influencia negativa para el adulto mayor y todo su entorno familiar. Las úlceras por presión son evitables y más aún si se aplican escalas validadas para la valoración del riesgo de padecer tal lesión.

Las lesiones por presión pueden aparecer cuando se mantiene una posición determinada por un período de tiempo mayor de dos horas. Entre dos y cuatro horas conduce a la aparición de las lesiones 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. <sup>(35)</sup>

Definiremos a las LPP como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión, fricción o a la combinación de ambas sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo y como consecuencia de ello se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Se clasifican según sus características y profundidad en grados I, II, III y IV. Su ubicación es preferentemente en zonas de prominencias óseas como el sacro, talones, maléolos externos, entre otras. Los principales factores de riesgo son la edad avanzada, déficit nutricional, inmovilidad, humedad y el deterioro del estado mental. <sup>(36)</sup>

Los cambios anátomo-fisiológicos propios del ser humano, así como en el envejecimiento, tales como el adelgazamiento de las capas de la piel, disminución de las fibras elásticas y del colágeno, reducción de la cantidad de grasa subcutánea y disminución de los capilares de la piel, favorecen la aparición de una LPP, asociándose otros factores causales como la desnutrición y la inmovilidad.

### **Causa de la formación de las lesiones**

- **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 ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, se dará necrosis de los mismos <sup>(35)</sup>
- **Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En los pacientes hospitalizados o encamados, se puede producir fricción al tirar de las sábanas en los cambios de postura, esta acción puede erosionar el estrato córneo, y la piel pierde su función de barrera. <sup>(35)</sup>
- **Estiramiento:** Desgarramiento del tejido que puede producirse al “resbalar” el paciente de la cama al estar sentado. Este deslizamiento hace que los tejidos externos se mantengan pegados a las sábanas mientras que los profundos se deslizan hacia abajo. Los tejidos estirados en direcciones opuestas producen estiramiento, obstrucción o desgarramiento del tejido. <sup>(35)</sup>

### **2.2.2. Factores de riesgo**

Existen factores que van a predisponer al paciente, a desarrollar las lesiones por presión o no, ellos son:

**Fisiopatológicos:** Resultan como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Lesiones Cutáneas: Como el edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el Transporte de Oxígeno: Entre ellos tenemos los trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares
- Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): El déficit nutricional ocasiona pérdida de peso, atrofia muscular y pérdida de tejido subcutáneo. La ingesta inadecuada de proteínas, carbohidratos, líquidos y vitamina C contribuye a la formación de LPP, entre ellos tenemos la delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.
- Trastornos Inmunológicos: Cáncer, infección.
- Alteración del Estado de Conciencia: Los pacientes con niveles de conciencia disminuidos son menos capaces de reconocer y responder al dolor asociado con la presión prologada. Estupor, confusión, coma.
- Deficiencias Motoras: Se define como la alteración en el control y cantidad de movimiento. La persona se mueve cuando siente molestias a causa de la presión. Situaciones como parálisis, debilidad y tracciones ortopédicas, entre otras, pueden alterar la capacidad para cambiar de posición de manera involuntaria e independiente. Paresia, parálisis.
- Deficiencias Sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal): Incontinencia urinaria e intestinal.

**Derivados del Tratamiento:** Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos:

- Inmovilidad Impuesta, o como resultado de determinadas alternativas terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.

- Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, nasogástrico.

### **Derivados del entorno** <sup>(37)</sup>

Poca educación sanitaria de los cuidadores para los pacientes dependientes.

- Cambios poco frecuentes de posición.
- Demasiado tiempo con el pañal húmedo
- Colchonetas o sillas demasiado rígidas o demasiado blandas, fáciles de aplastar.
- Praxis deficiente por parte de los equipos sanitarios.

### **Factores de riesgo intrínsecos** <sup>(38)</sup>

- **Estado de movilidad:** la movilidad reducida afecta a la capacidad para liberar la presión en los tejidos vulnerables. <sup>(38)</sup>
- **Estado nutricional:** una mala nutrición puede tener múltiples efectos; el estado nutricional puede evaluarse mediante un sencillo control del peso y la evaluación de indicadores específicos como la hemoglobina o la albúmina sérica <sup>(38)</sup>
- **Humedad de la piel:** ésta es una sección polifacética; es fundamental ser consciente de la incontinencia, sin embargo, también se debe considerar el aumento de la temperatura corporal y sus efectos <sup>(38)</sup>
- **Edad:** se ha demostrado que los efectos de la edad se asocian con un aumento del riesgo, sin embargo, tenga en cuenta que las úlceras por presión pueden aparecer a cualquier edad si se presenta una combinación de factores de riesgo <sup>(38)</sup>
- **Antecedentes de úlceras por presión previas:** los sitios con úlceras curadas representan un sitio de alto riesgo, ya que el

tejido cicatricial tendrá un máximo del 80 % de la resistencia a la tensión original <sup>(38)</sup>

- **Antecedentes farmacológicos:** como el uso de esteroides, que puede afectar a la integridad de la piel Problemas relacionados con la perfusión / oxigenación: se ha descrito que la inestabilidad CV, el apoyo inotrópico o la necesidad de oxígeno aumenta el riesgo de úlcera por presión. <sup>(38)</sup>

Los factores intrínsecos son aquellas condiciones propias del paciente, que lo predisponen a desarrollar úlceras por presión. Se debe evaluar en todo paciente dependiente como:

- Inmovilidad o movilidad limitada.
- Hospitalización prolongada.
- Deterioro de la consciencia.
- Enfermedades neuro-degenerativas
- Enfermedades preexistentes (diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia cardiaca, etc.).
- Hipotensión.
- Cáncer.
- Fracturas
- Déficit nutricional
- Fármacos que deprimen el sistema nervioso central.
- Depresión
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Envejecimiento de la piel.
- Pérdida de elasticidad en la piel. (Instituto Mexicano de Seguro Social 2015)

### **Factores de riesgo extrínsecos**

Los factores extrínsecos son aquellas condiciones relacionadas con el entorno del individuo. Entre ellos tenemos:

- **Presión:** La presión que se ejerce y se mantiene por largos periodos de tiempo, en especial sobre una prominencia ósea es la principal causa para el desarrollo de una úlcera por presión. <sup>(39)</sup>
- **Fricción:** se considera a la acción que produce el roce de la superficie de la piel con otras superficies. Se da cuando la piel que entra en contacto con otras superficies rígidas produciendo descamación y deteriorando la resistencia de la epidermis. <sup>(39)</sup>
- **Cizallamiento:** se conoce como las fuerzas paralelas cuando dos superficies se deslizan la una sobre la otra. En el paciente se evidencia cuando se encuentra sentado o la cabecera se eleva, en esta posición los tejidos externos se quedan fijos contra la cama, sin embargo, internamente los vasos sanguíneos se oclucionan disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos periféricos. <sup>(39)</sup>
- **Humedad:** se conoce como cualquier tipo de líquido que logre impregnar la superficie de la piel, estos pueden ser heces fecales, orina, saliva, sudor, etc. Provocando la erosión y ulceración de la piel. Cabe indicar que la piel húmeda disminuye su resistencia y por ende aumenta el riesgo de padecer úlceras por presión. <sup>(39)</sup>

#### 2.1.1. Clasificación de las lesiones por presión <sup>(40)</sup>

Se clasifican en 4 grados, de acuerdo a las características que presentan y a la profundidad:

**Grado I.** Aparición de una lesión que afecta sólo a la epidermis. La piel permanece intacta. Es una mácula eritematosa, que no palidece, delimitada y de color rojo brillante, acompañada de dolor intenso. En pacientes de piel oscura, se observa edema, induración, decoloración de la piel o calor local. <sup>(40)</sup>

**Grado II.** La lesión que afecta tanto a la epidermis como a la dermis, se observa pérdida del grosor de la piel. La úlcera se caracteriza porque la zona eritematosa se acompaña de edema, vesículas y flictenas. La base de la lesión es de color rosado y la base se encuentra húmeda. <sup>(40)</sup>

**Grado III.** El daño tisular llega hasta el tejido subcutáneo y se presenta en forma de escara necrótica, con presencia de exudado pudiendo afectar la fascia muscular. La base normalmente no es dolorosa. <sup>(40)</sup>

**Grado IV.** La destrucción del espesor de la piel es total y la lesión se extiende hasta la fascia, músculo, el hueso, etc. Presenta lesiones que asemejan cavernas o adoptan trayectos sinuosos. El dolor es nulo y la zona puede, incluso, estar insensible. Abundante exudado y tejido necrótico. <sup>(40)</sup>

### 2.2.3. Tratamiento de las lesiones por presión

Antes de iniciar el tratamiento de la LPP, debemos:

- Se debe valorar por medio de la observación en que estadio o grado se encuentra, su localización, su dimensión (tamaño), presencia de tejido necrótico, signos de infección como inflamación, exudado purulento, calor, dolor, mal olor, decoloración del tejido de granulación.
- Como segundo paso reduciremos la presión sobre la lesión y estimular la cicatrización.
- Desbridamiento de la herida: Es un método que se utilizará teniendo en cuenta la condición general del paciente ello favorecerá a la formación de tejido de granulación y por ende la cicatrización. Estos pueden ser: **Quirúrgico**. Se realiza con el objetivo de eliminar todos los tejidos necróticos hasta llegar al tejido sano. **Enzimático o químico**. En la zona de la lesión

se aplican enzimas tópicas (generalmente colagenasa), para conseguir la hidrólisis del tejido necrótico y reblandecer la escara. **Autólítico.** Está basado en la cura húmeda. Que consiste en aplicar geles o apósitos que aportan humedad para favorecer que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas destruyan el material necrótico. En los casos de exceso de exudado se puede utilizar un Alginato.

### **Cuidados de las úlceras por presión**

**Limpieza de las lesiones:** Es el principio del tratamiento de cualquier herida crónica. Así, el propio organismo inicia este proceso durante la fase inflamatoria de la cicatrización (se produce una reacción inflamatoria con aumento de la permeabilidad capilar y la liberación de sustancias sanguíneas con el objetivo de eliminar los restos necróticos y cuerpos extraños). La limpieza de la lesión es requisito indispensable para que la cicatrización progrese adecuadamente. Para ello se utiliza suero fisiológico preferiblemente a chorro, ejerciendo una presión adecuada que permita por arrastre eliminar cualquier resto no deseable. Como complemento se usan gasas estériles para secar la úlcera y retirar el posible tejido esfacelado que puede aparecer. Se debe ejercer una mínima fuerza mecánica, no se debe utilizar antisépticos, ya que afectan negativamente el proceso de cicatrización.

**Desbridamiento:** Es un paso imprescindible para evaluar el grado de la LPP. Tiene como objetivo eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana. Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar: Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le

aportamos. a. Desbridamiento Quirúrgico Retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, se lleva a cabo en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia; pueden sangrar por lo que es necesario contar con apósitos hemostáticos. Esta indicado en úlceras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, de localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis.

**Desbridamiento Cortante:** Retirada de forma selectiva de tejido necrótico y desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable, es el más efectivo y permite el desbridamiento de forma más rápida. Se realiza “a pie de cama”. Se debe considerar el uso de medidas de control del dolor, generales y locales antes de iniciar la técnica Tener especial precaución en personas con coagulopatías o tratadas con anticoagulantes. En caso de sangrado, controlarlo con presión digital, apósitos hemostáticos, o apósitos de Alginato Ca. Vigilar los signos de sangrado significativo durante las primeras 24 horas, valorando la conveniencia de mantener los apósitos. No está indicado en zonas de escasa o nula vascularización, dificulta la cicatrización Realizar con instrumental estéril, extremando las medidas de asepsia.

**Desbridamiento Enzimático:** Es la aplicación local de enzimas exógenas (principalmente colagenasa, estreptoquinasa) que funciona de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, separando el tejido necrótico del tejido viable. Se recomienda realizar cortes con bisturí en caso de placa dura necrótica, para facilitar que el producto penetre en la lesión Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción Proteger la piel perilesional. Su acción puede ser neutralizada en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y antisépticos.

**Desbridamiento Autolítico:** Es el fisiológico, ocurre en todas las heridas de forma natural, aunque su acción es más lenta que otros métodos. Se favorece con la aplicación de apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo. Es el método más selectivo, atraumático y no doloroso. Bien aceptado por el paciente puede provocar maceración de la piel periulceral si no es bien utilizado.

Al limpiar una úlcera su temperatura disminuye a 22- 24°C, por ello los apósitos deben permitir espaciar las curas lo máximo posible; ayuda al desbridamiento, los apósitos utilizados no deben lesionar el lecho de la herida en su retirada, ni dejar restos que la puedan contaminar.

**A la hora de iniciar el tratamiento de la herida hay que valorar los siguientes parámetros:**

Dimensión: se expresará en centímetros la longitud y la anchura.

Tipo de tejido existente en el lecho: granulación, esfacelo y/o necrótico seco o húmedo.

Existencia de tunelizaciones, fístulas.

Signos de infección, exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre, etc. Presencia de dolor.

Antigüedad de la lesión.

Estado de la piel perilesional reflejando si está íntegra, lacerada, macerada, reseca.

**Apósitos basados en la cura humeda**

**Hidrocolide en placa, en granulos o en pasta:** solo ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida. Gran capacidad de absorción. Están compuestas de carboximetilcelulosa sódica (CMC). Su uso es sencillo.

**Hidrogeles, en estructura amorfa o en placa:** Por su acción hidratante facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de heridas con tejido esfacelado o necrótico.

**Alginatos:** El alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presente por ejemplo en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado, tiene gran capacidad para absorber el exudado. Se crea un medio húmedo y caliente que favorece la cicatrización. Están compuestos principalmente por polisacáridos naturales aunque en su presentación pueden combinarse con plata o CMC. Como propiedades de los alginatos cabe destacar que son insolubles, forman un gel hidrocólicoide que recubre la herida, son hemostáticos y necesitan un apósito secundario.

**Poliuterano:** Su presentación es un film. Son transparentes, por lo que la inspección de la zona que cubren es fácil y, además, son permeables al vapor. No absorben, son combinables con alginatos o hidrogeles y además son aptos como apósitos secundarios.

**Apósitos de Plata:** Son apósitos que contienen plata en diferentes concentraciones. Son efectivos frente a gérmenes ya que liberan la plata en el lecho de la lesión, por lo que se utilizan en heridas infectadas o contaminadas. Antes de su aplicación es importante confirmar que el paciente no sea alérgico a la plata.

**El Apósito de elección tiene que cumplir con los requisitos**

Proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas. Aportar la humedad necesaria para facilitar la migración celular acelerando así el proceso de curación.

Controlar el exudado, manteniendo la cantidad adecuada de humedad en la ulcera.

Ser de fácil manejo y cómodos para el paciente.

Controlar el olor y la presión.

Mantener la temperatura constante en el lecho de la herida.

No lesionar el lecho de la herida con su retirada, ni dejar restos.

**Descripción del estado de las úlceras Según el estadio de la ulcera, el tratamiento varia:**

**Lesiones de grado I:** Lavar la zona con suero fisiológico y secar cuidadosamente, posteriormente aplicar un apósito hidrocólicoide de baja absorción en placa (transparente/ extrafino). Sin son prominencias óseas, aplicar además refuerzo para aliviar la presión.

**Lesiones de grado II:** Lavar la zona, secar y eliminar esfacelos si los hubiera. Una vez que la ulcera este limpia, aplicar apósitos hidrocólicos en placa que favorecen la limpieza rápida de la herida y recogen el exceso de exudado. Si la situación lo requiere, para favorecer la limpieza de la ulcera se realizará desbridamiento enzimático.

**Lesiones de grado III y IV:** Se procederá de forma diferente según su estado:

**Úlceras sin esfacelos (limpia):** Limpiar la zona con suero fisiológico, secar con una torunda de gasa estéril suavemente y, después, colocar un apósito hidrocólicoide o un hidrogel. En ocasiones y cuando sea necesario se puede aplicar una pomada que estimule la granulación y epitelización de la ulcera.

**Úlceras con esfacelos o tejidos necróticos:** Lavar la ulcera con suero fisiológico, a continuación, se realiza el desbridamiento quirúrgico para eliminar el tejido desvitalizado. Si la ulcera es profunda, aplicar gel, pasta o gránulos hasta rellenar la cavidad en 2/3 partes, además de la placa superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa. Si tras el desbridamiento quedase limpia completamente de

esfacelos y tejidos necrótico, entonces se puede seguir lo descrito anteriormente, es decir, aplicar un apósito hidrocoloide o hidrogel.

#### 2.2.4. Complicaciones

- **Infección.** Se debe tener siempre en cuenta que una correcta limpieza de la lesión minimiza los riesgos de colonización. En el caso de la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse el desbridamiento de los tejidos necróticos y la limpieza, que se realizarán cada 24 horas o antes si existe deterioro del apósito. Si hay mal olor o exudado abundante. En caso de existir signos de infección se coordinará con el médico y según el protocolo iniciaremos antibióticoterapia el cual debe ser efectivo frente a gram-negativos, gram-positivos y anaerobios. En caso de bacteriemia, sepsis, celulitis u osteomielitis se debe usar antibioterapia sistémica.
- **Malignización:** Es un proceso muy poco frecuente que se origina por la presencia de venas varicosas, no doloroso irregulares produciendo cáncer de piel.
- **Dermatitis.** Se caracteriza por la presencia de eritema y descamación, con frecuencia se diagnostica erróneamente como infección. Cuya causa principal son los apósitos y los agentes químicos aplicados.
- **Criterios de derivación.** Los pacientes con la presencia de alguno de los siguientes diagnósticos deben ser enviados al especialista de segundo nivel: Enfermedad sistémica asociada a la lesión. Sospecha de malignidad. Distribución atípica de las lesiones. Dermatitis de contacto o dermatitis que no mejora con corticoides tópicos. Pacientes susceptibles de reparación quirúrgica de la lesión como son aquellos que presentan lesión de tejidos profundos.
- **Complicaciones secundarias:** son la pérdida de calidad de vida y aumento de morbi-mortalidad derivada de una mayor

estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o iatrogenia.

### **2.2.5. Prevención de las lesiones por presión**

Conociendo los factores que inciden en la aparición de las lesiones por presión y sus complicaciones, prevenir su aparición es nuestro principal objetivo. Al momento de enfrentarnos a la atención de un paciente, independiente de la patología, se debe realizar una valoración integral e individualizada, que considere las características que le son propias, tales como enfermedades asociadas y factores de riesgo.

- Evaluación del riesgo
- Medidas generales en cuanto al cuidado de la piel.
- Educación sanitaria al paciente y sus familiares
- Capacitación continua al cuidador
- Disminución de la presión en la zona afectada
- Valorar el estado nutricional del paciente.

Se debe capacitar al personal de salud en cuanto a la valoración y detección de alteraciones en la integridad de la piel. Para ello se debe establecer la utilización de un instrumento para valorar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión. <sup>(39)</sup>

Además, se debe instruir al familiar y a los pacientes en cuanto al reconocimiento de signos de deterioro de la piel. La información que se debe brindar a dichas personas debe contener:

- Cómo prevenir la úlcera por presión
- Evaluación de la humedad de la piel
- Curación adecuada de las heridas
- Cómo movilizar al paciente

- Reducción de fricción y disminución de presión en zona afectada. <sup>(39)</sup>

Al valorar los signos del riesgo de úlcera por presión se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Identificación de piel seca
- Eritema.
- Maceración
- Valoración de la piel en zonas donde haya dispositivos invasivos como sondas vesicales, tubo endotraqueal, sonda oro gástrica, etc
- Identificar en especial en personas con piel oscura la presencia de edema, calor local, eritema, etc.
- La secuencia para cambios posturales es:
  - Decúbito supino.
  - Decúbito lateral derecho.
  - Decúbito lateral izquierdo.
- En la medida de lo posible posición fowler, evitando cizallamiento en cóccix y sacro. <sup>(39)</sup>

Un bajo índice de aparición de lesiones por presión es sinónimo de buen trabajo del equipo de salud, en la cual están implicados tanto el personal de salud, como el propio paciente y sus familiares, a los cuales se deberá prestar todo nuestro apoyo y enseñanza adecuada de las técnicas a aplicar.

**Inspeccionar la piel diariamente:** En los pacientes pertenecientes a grupos de riesgo, tras la evaluación inicial y con una puntuación elevada, es imprescindible realizar una inspección diaria de toda la piel, desde la cabeza hasta los pies. Con especial cuidado en las áreas de máximo riesgo para el desarrollo de LPP tales como sacro, isquion, trocánteres, talones, maléolos.

**Control de la humedad:** La piel húmeda es propicia para la aparición de rash, es más frágil, y con tendencia a erosionarse más fácilmente. Hay que limpiarla de forma regular y siempre que esté sucia con un producto que no irrite la piel. En los pacientes con incontinencia se utilizarán pañales de un material que absorba la humedad y mantenga seca la piel.

**Optimización de la nutrición e hidratación:** La evaluación de los pacientes en riesgo de desarrollar lesiones por presión se debe de incluir una revisión y evaluación de su situación nutricional y del balance hídrico diariamente.

#### **2.2.6. Escalas de Evaluación de Riesgo**

Una de las vengas de escalas descritas para valorar el riesgo de úlceras por presión fue la de Norton. Por otro lado, Bárbara Braden en desarrolló su escala utilizando conceptos y conocimientos ya existentes acerca de la úlcera por presión, los cuales delinearon lo fundamentos en los que se basa su escala. <sup>(43)</sup>

Los argumentos presentados por las autoras antes descritas han servido de referencia para reunir los requisitos que componen una escala de valoración ideal, la cual debe permitir valorar, evaluar y prevenir los riesgos para desarrollar dicha lesión. Entre las características que deben estar presentes se tienen: - Alta sensibilidad: la escala debe permitir identificar a las personas que tienen patologías o se encuentran en situaciones de riesgo para desarrollar úlceras por presión. <sup>(43)</sup>

Alta especificidad: la escala debe enfocarse correctamente en la persona o pacientes y filtrar a las que no presentan patologías o situaciones de riesgo para desarrollar úlceras por presión. Debe ser

fácil para su utilización y que se pueda aplicar en todas las situaciones de la atención asistencial <sup>(43)</sup>

Se considera que una escala es válida cuando se ha realizado más de dos trabajos que hayan demostrado su eficacia, identificando a los pacientes en riesgo para desarrollar úlceras por presión. <sup>(43)</sup> Entre los factores que indican la validez de la escala tenemos la eficacia al momento de identificar los pacientes que se presentan riesgo y los que no presentan riesgo para desarrollar úlceras por presión. <sup>(43)</sup>

**Escala de Braden:** Esta Escala fue desarrollada en 1985 en EE.UU y presentada por primera vez en 1987 por Braden y Bergstrom en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios, como un intento de dar respuesta a algunas limitaciones de la Escala de Norton. Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una evaluación de riesgo de UPP. <sup>(44)</sup>

La Escala de Braden consta de seis aspectos: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados, se evalúan clínicamente y se califican de manera ordinal, asignando a cada uno puntuaciones entre 1 y 4 (excepto para fricción que va de 1 a 3) para dar una calificación final de entre 6 y 23 puntos. Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma. <sup>(44)</sup>

**Escala de NORTON:** Fue desarrollada por Doreen Norton y colaboradores en el año 1962. La escala de Norton es un instrumento que nos permite valorar el riesgo que tiene un paciente para desarrollar úlceras por presión. Evalúa factores de riesgo que incrementa la vulnerabilidad para desarrollar estas lesiones en la piel. Cada factor se pondera con puntuaciones que van de 1 a 4 puntos según se incremente o disminuya el riesgo, el puntaje total es de 20 puntos. A menor puntaje, mayor vulnerabilidad. En el caso que nos ocupa los factores de riesgo que se valoraron 5 parámetros los cuales son los siguientes: estado físico y mental, actividad, movilidad, presencia incontinencia de cualquier índole y edad. <sup>(45)</sup>

- Puntuación de 5 a 9: riesgo muy alto.
- Puntuación de 10 a 12: riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14: riesgo medio.
- Puntuación >14: riesgo mínimo/sin riesgo

**Escala de Waterlow:** Esta escala fue desarrollada en Inglaterra, en 1985, a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que se encontró que la Escala de Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que finalmente presentaban úlceras. Waterlow presentó una escala con seis subescalas (relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito) y cuatro categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación).<sup>(45)</sup>

**Escala EMINA:** Es una escala elaborada y validada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de la Salud para el seguimiento de las UPP. Contempla cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Con la primera letra de cada factor se le ha dado nombre a la escala (EMINA).

Al igual que la Escala de Braden tiene una buena definición operativa de términos, lo que hace que disminuya la variabilidad entre inter observadores.

**Escala de Cubbin-Jackson:** Se trata de una evaluación de riesgo de UPP (EVRUPP) desarrollada de forma específica para pacientes críticos. Consta de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro (edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámica, respiración, nutrición, incontinencia e higiene). Es una escala muy compleja, difícil de utilizar.<sup>(45)</sup>

**Virginia Henderson** crea un modelo influenciado por la jerarquización de las necesidades de “MASLOW”, en el cual define a Enfermería como la persona capaz de dar cuidados a la persona sana o enferma, asistirlo en la realización de intervenciones que contribuyen a su recuperación.

**Henderson** considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad. Considera que tiene 14 necesidades básicas interrelacionadas entre sí. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

**Henderson** se interrelaciona con cada paciente para saber lo que necesita, desea, es el apoyo constante en la que se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente.

La enfermera coordina con el familiar ayudan al paciente a seguir el tratamiento indicado por el médico y colabora con los miembros del equipo multidisciplinario. El trabajo en equipo permite observar

las necesidades de los pacientes en diferentes situaciones y momentos, practicando los cuidados enfermeros. No cabe duda, que la aceptación y puesta en práctica del modelo de Henderson por mejoraría notablemente la parte asistencial y por ende la profesión.

#### **2.2.7. Intervenciones del familiar**

- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección para eliminar el exceso de humedad según protocolo.
- Cambios posturales
- Evitar masajes en punto de presión enrojecidos.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas y sin pliegues.
- Utilizar colchones especiales según protocolo
- Higiene de la piel
- Aplicar protectores para los codos y los talones.
- Controlar la movilidad y la actividad del individuo.
- Asegurar una nutrición adecuada, alimentos ricos en proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.
- Observar si hay zonas de enrojecimiento
- Colocar pañal si fuese necesario por incontinencia.

#### **2.4 Definiciones de términos básicos**

**Lesiones por presión:** Es aquella lesión provocada por la restricción de flujo sanguíneo, como resultado de una presión prolongada (aplastamiento tisular), que si no se corrige evoluciona a necrosis del tejido afectado. Generalmente aparecen en zonas con prominencias óseas, pliegues

cutáneos de personas obesas, zonas de apoyo de sonda o tubos y zonas de compresión de férulas de yeso y/o tracciones.

**Tejido necrótico:** Es un tejido oscuro, negro o marrón, que se adhiere al lecho o los bordes de la herida.

**Tejido de granulación:** Es un tejido de color rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante.

**Lesión contaminada:** Es una lesión con presencia de bacterias en su superficie, se considera que todas las lesiones crónicas están contaminadas.

**Lesión colonizada:** Cuando en la superficie de la lesión existen gérmenes contaminantes que están multiplicando, sin producir infección.

**Lesión infectada:** Cuando existen invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos de la lesión, ocasionando una lesión local y aparecen signos de inflamación, dolor, mal olor y exudado purulento.

**Cuidados:** Es la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud necesarios para todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida. Dicho en otras palabras es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr el mantenimiento de la vida.

**Tratamiento:** Hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la curación o el alivio de la enfermedad.

**Prevención:** Medida que se toman de manera anticipada para evitar que una cosa mala suceda o un problema no aparezca o al menos para que disminuyan sus efectos, mediante la preparación y educación de un

individuo solidario, informado y sensibilizado en torno a las causas e impactos de los problemas.

### III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Hipótesis

##### 3.1.1. Hipótesis General

$H_g$  = El programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, es efectivo.

$H_0$  = El programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, no es efectivo.

##### 3.1.2. Hipótesis Específicas

- Las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, podría ser deficiente en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.
- Las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, puede ser efectivo en el cuidado de las

lesiones por presión en después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete

### **3.2. Definición conceptual de las variables**

#### **3.2.1. Variable**

Programa educativo “Tú me Cuidas”

### 3.2.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Programa educativo “ Tú me Cuidas”	Es aquella lesión provocada por la restricción de flujo sanguíneo, como resultado de una presión prolongada. Generalmente aparecen en zonas con prominencias óseas, pliegues cutáneos de personas obesas, zonas de apoyo de sonda o tubos y zonas de compresión de férulas de yeso y/o tracciones.	Laceraciones causadas habitualmente por presión o roce localizadas mayormente en las zonas de las prominencias óseas.	1ra sesión educativa Generalidades de las LPP  2da sesión educativa Valoración  3ra sesión educativa Tratamiento  4ta sesión educativa Medidas de Prevención	Definición Factores de riesgo Clasificación de LPP Complicaciones  Valoración general del paciente Valorar el grado y extensión de la lesión  Desbridamiento Quirúrgico Cortante Enzimático  Cuidado de la piel Control de la humedad Optimización de la nutrición e hidratación Movilización		Ordinal

## IV. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1. Tipo y Diseño de la Investigación

#### 4.1.1. Tipo de Investigación

El presente estudio fue de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo debido a su estructura y facilidad para la medición de la variable, el método fue descriptivo porque busco describir los aspectos relacionados a la variable; de corte longitudinal porque lo que pretendió fue presentar la realidad de una circunstancia determinada conforme se vaya presentando.

#### 4.1.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue de tipo pre-experimental, ya que se trabajó con un solo grupo, al cual se le brindó el programa educativo y se realizó la medición antes y después.

M: O<sub>1</sub>----- X-----O<sub>2</sub>

**Donde:**

M: Representa la muestra con la que realizó el estudio.

O<sub>1</sub>: N° de observaciones previos al programa educativo (pre - test).

X: Programa educativo (Intervención).

O<sub>2</sub>: N° de observaciones post taller (post – test).

### 4.2. Método de Investigación

Método hipotético deductivo. Se trata del método que parte de una hipótesis o explicación inicial, para luego obtener conclusiones particulares de ella, que luego serán a su vez comprobadas experimentalmente. Es decir, comprende un paso inicial de inferencias empíricas (observación).

### **4.3. Población y Muestra**

#### **4.3.1. Población**

La población estuvo conformada, por los 60 familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED durante los meses de junio a julio del 2019.

#### **4.3.2. Muestra de Estudio**

La muestra estuvo conformada por los 60 familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED. Se utilizó el diseño muestral no probabilístico por intención y se tomaron los siguientes criterios:

##### **Criterio de inclusión:**

- Familiares de ambos sexos.
- Familiares que tengan a su cargo un paciente postrado.
- Familiares mayores de 22 años y menores de 60 años.
- Familiar y pacientes registrados en OMAPED.

##### **Criterios de exclusión:**

- Familiares que no deseen participar.
- Familiares que no registrados en OMAPED.
- Familiares menores de 22 años y mayores de 60 años.

### **4.4. Lugar de estudio**

La OMAPED es la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad y es un servicio que la municipalidad brinda a sus vecinos en situación de discapacidad.

En esta oficina las personas podrán registrarse y buscar información sobre las instituciones que ofrecen servicios para las personas con diversas discapacidades. También se informará sobre actividades que el municipio realice a favor de dichos vecinos.

Los municipios como gobiernos locales tienen la responsabilidad de velar por el bienestar de sus ciudadanos. Por tanto, deben facilitar y promover la adecuada concertación entre las necesidades de los vecinos con discapacidad y las instituciones que ofrecen servicios, promoviendo así su integración.

La provincia de Mala – Cañete, aproximadamente el 9% de la población padecen de enfermedades neurológicas que lo obliga a permanecer postrados y son cuidados por sus familiares. La vivienda de estos pacientes es de material noble; cuentan con servicios básicos; El área donde viven estos pacientes con sus familiares según el último catastro está catalogado como zona rural.

#### **4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

##### **4.5.1. Técnicas**

La técnica que se utilizó para medir la efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” dirigido a los familiares de pacientes postrados para prevenir las lesiones por presión registrados en OMAPED, fue un cuestionario de pre-tes el cual permitirá conocer los conocimientos y la aplicación de los cuidados de las lesiones por presión por parte de los familiares de los pacientes postrados.

##### **4.5.2. Instrumentos**

Se elaboró un cuestionario teniendo como objetivo proporcionar información permitiendo medir el antes y después de la aplicación del programa educativo “Tú me cuidas”.

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

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el siguiente proceso:

**Seriación:** Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

**Codificación:** Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

**Tabulación:** Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

**Gráfica:** Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar la hipótesis con la variable y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

## V. RESULTADOS

**Tabla 1**

Perfil de los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED,  
Mala – Cañete.

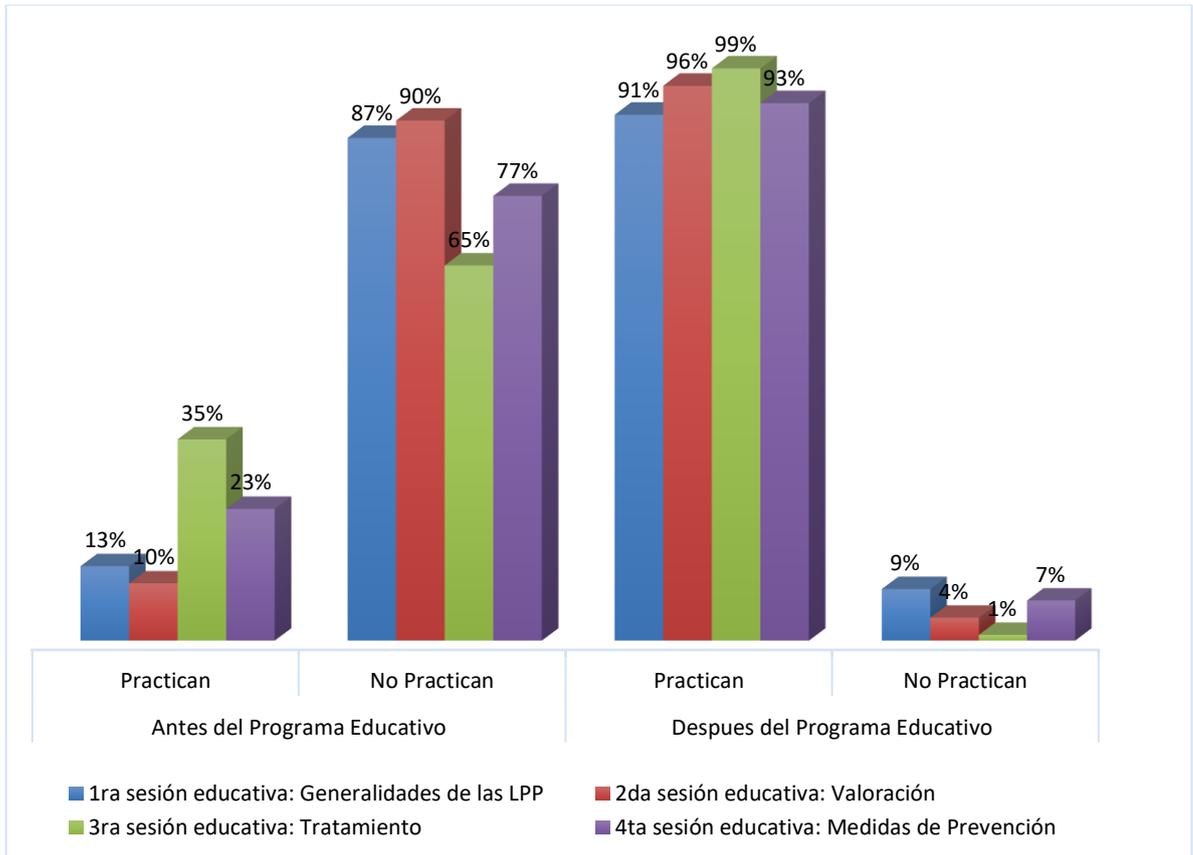
Perfil	Familiares de los Pacientes postrados	
	f	%
<b>Edad</b>		
22 a 31	15	25%
32 a 41	24	40%
42 a 51	12	20%
52 a 60	9	15%
Total	60	100%
<b>Genero</b>		
Femenino	25	42%
Masculino	35	58%
Total	60	100%
<b>Grado de Instrucción</b>		
Primaria	13	22%
Secundaria	26	43%
Superior Univ	17	28%
Superior técnico	4	7%
Total	60	100%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	11	18%
Casado	29	48%
Viudo	10	17%
Divorciado	7	12%
Conviviente	3	5%
Total	60	100%
<b>Condición Laboral</b>		
Independiente	9	15%
Dependiente	41	68%
Ama de casa	10	17%
Total	60	100%

**Fuente:** Encuesta a los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete

El 40% de los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, fluctúan entre los 32 a 41 años, el 58% son de género masculino, el 43% solo terminaron estudios de secundaria, el 48% están casados, el 68% su condición laboral es dependientes

**Gráfico 1**

Efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete.

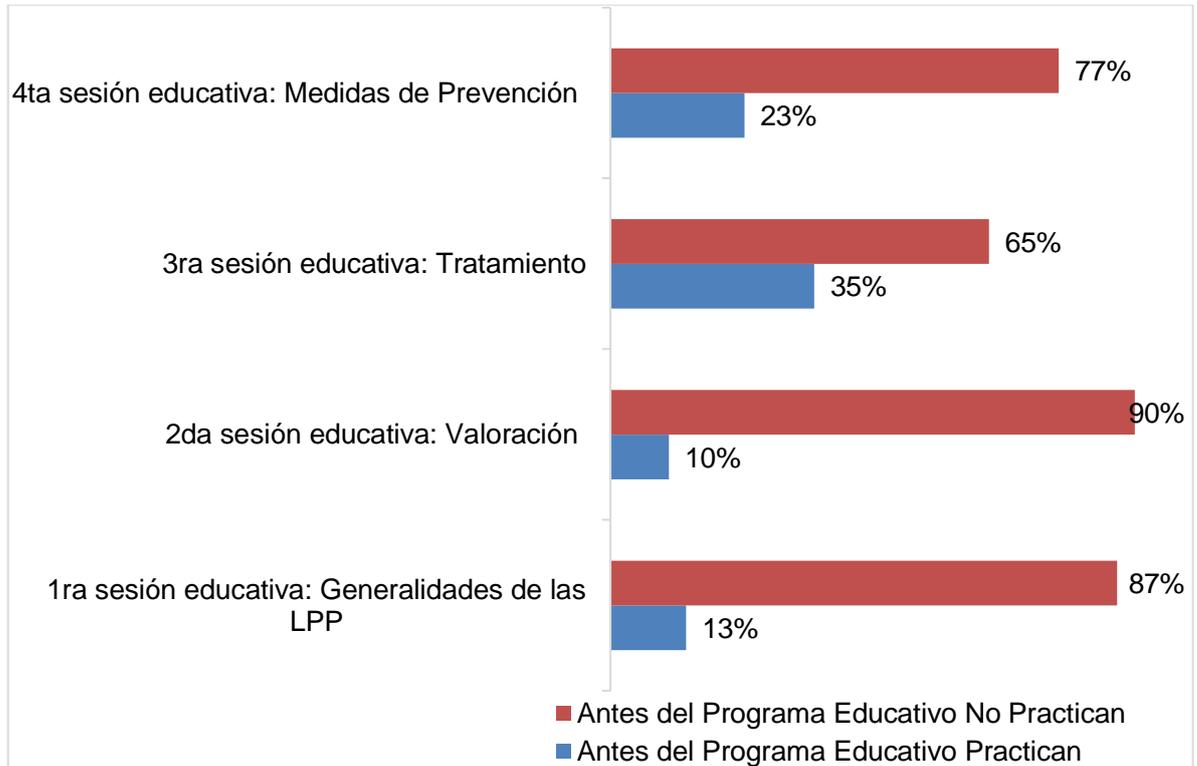


**Fuente:** Encuesta a los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete

Efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete, es efectivo ya que se tuvo como resultado el 91% en la 1ra sesión educativa: Generalidades de las LPP, el 96% en la 2da sesión educativa: Valoración, el 99% en la 3ra sesión educativa: Tratamiento, el 93% en la 4ta sesión educativa: Medidas de Prevención han mejorado sus prácticas de cuidado de las lesiones por presión

## Gráfico 2

Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.

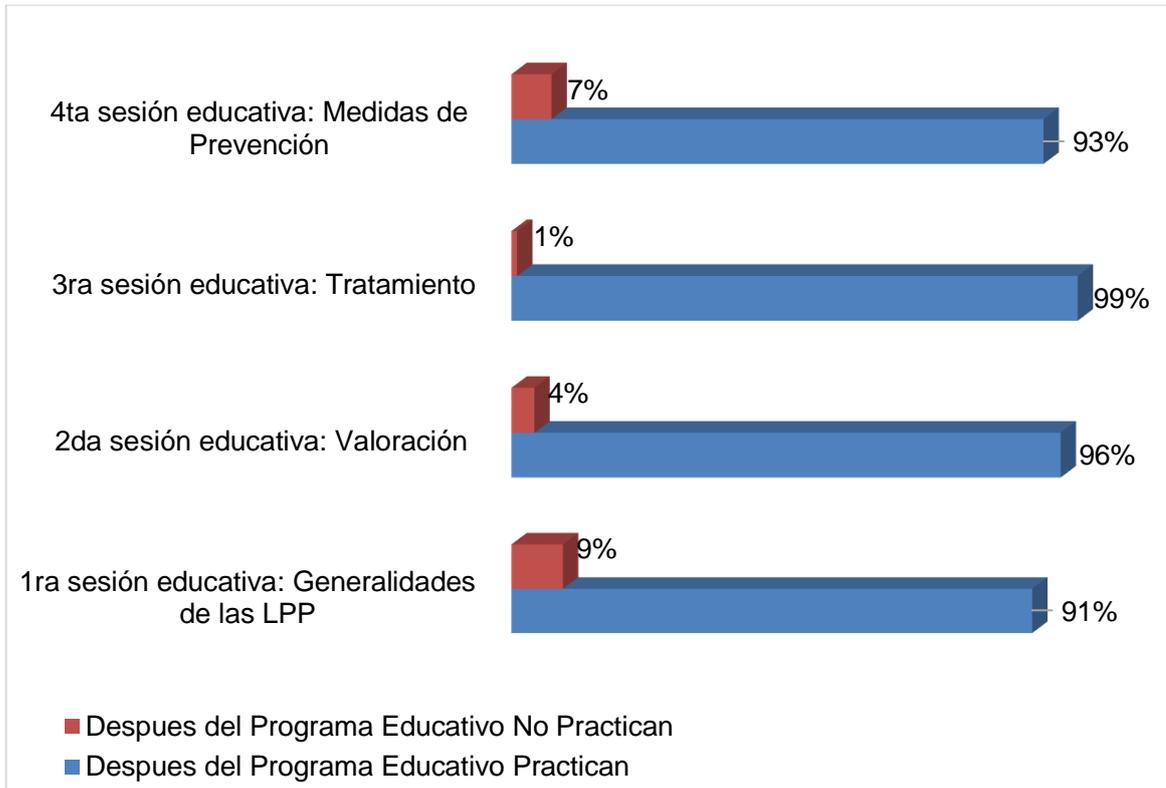


Fuente: Encuesta a los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete

En las Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete, el 87% en la 1ra sesión educativa: Generalidades de las LPP, el 90% en la 2da sesión educativa: Valoración, el 65% en la 3ra sesión educativa: Tratamiento, el 77% en la 4ta sesión educativa: Medidas de prevención antes de la aplicación del programa educativo no practican un buen cuidado de las lesiones por presión

### Gráfico 3

Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión en después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.



Fuente: Encuesta a los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete

En las Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete, el 91% en la 1ra sesión educativa: Generalidades de las LPP, el 96% en la 2da sesión educativa: Valoración, el 99% en la 3ra sesión educativa: Tratamiento, el 93% en la 4ta sesión educativa: Medidas de prevención después de la aplicación del programa educativo practican un buen cuidado de las lesiones por presión

## VI. DISCUSIÓN

Aproximadamente el 9% de la población de Mala Cañete, padecen de enfermedades neurológicas que los obliga a permanecer postrados y son cuidados por sus familiares. Al valorar oportunamente el riesgo a que están expuestos a desarrollar las úlceras por presión, se puede tomar medidas que eviten el desarrollo de las LPP. En este caso se debería considerarse el uso de colchones de espuma, en lugar de colchones estándar.

El programa educativo “Tú me Cuidas”, busca proporcionar a los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, mejores Prácticas de cuidado de las lesiones por presión de manera específicas para cada uno de los pacientes. La complejidad del paciente, así como las limitaciones financieras, hacen de ello una tarea desafiante. Todos los familiares de los pacientes que padecen de enfermedades neurológicas deberían recibir un mínimo de educación sobre los cuidados preventivos de lesiones por presión (LPP), como una adecuada nutrición o un manejo eficiente de la exposición a la humedad y de las pérdidas urinarias y fecales. También evaluaciones frecuentes del estado de la piel, cambios posturales

Uno de los factores que limita la práctica de cuidados de las LPP está referido al desconocimiento de como valorar e identificar los factores de riesgo de LPP, y como aplicar las medidas preventivas de LPP. En el trabajo realizado por CARBAJAL Rixe, Jessica Mireya, en Lima el 2015 concluyo que el conocimiento de los cuidadores de pacientes postrados mejoró después de recibir el programa educativo sobre prevención de las Úlceras por Presión. La población en estudio presenta lesiones por presión, con respecto a los factores intrínsecos que muestran relación significativa con el desarrollo de úlceras por presión son la edad, el IMC, estado físico general, estado de conciencia, actividad, movilidad e incontinencia., con respecto a los factores extrínsecos que muestran relación significativa con el desarrollo de ulceras por presión. Son tiempo de estadía y humedad. En el trabajo realizado por Mancini Bautista, Pierina Marilú y

Oyanguren Rubio, Rosa María, en Chiclayo el 2014 concluye que las variables asociadas al desarrollo de Úlceras por Presión son: edad, sujeción mecánica, escala de Norton alta y muy alta. En el trabajo realizado por CANO Cusirramos, Karla Yesenia; PHUÑO Mamani, Pamela Asunción, Arequipa el 2018 concluye en que el mayor porcentaje de la población en estudio tienen sobrepeso o bajo peso, están postrados, incontinencia. Así mismo encontró relación entre los factores intrínsecos y extrínsecos con la presencia de úlceras por presión.

## **VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, fluctúan entre los 32 a 41 años de edad, predomina el género masculino, la mayoría solo tienen estudios de secundaria, están casados, y su condición laboral es dependientes
2. El programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete, varía antes y después de la aplicación del programa educativo.
3. Las Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete, la mayoría no practican un buen cuidado de las lesiones por presión
4. Las Prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete, casi la totalidad de los familiares practican un buen cuidado de las lesiones por presión

### **RECOMENDACIONES**

1. Se sugiere a la Institución OMAPED realizar programas de capacitación continua, dirigido a los familiares de los pacientes postrados para mejorar el nivel de conocimientos y por ende las prácticas de cuidado de las lesiones por presión evitando complicaciones en mejora de la calidad de vida

2. El programa educativo será mucho más efectivo, si el conocimiento de los familiares de pacientes postrados aplica las medidas preventivas de las lesiones por presión después de la aplicación del programa educativo
3. A la enfermera debe poner mayor énfasis en actividades preventivo – promocionales en relación a los factores de riesgo de lesiones por presión, siguiendo un programa educativo multidisciplinario, para así poder brindar un adecuado cuidado
4. Se recomienda a la institución OMAPED elaborar protocolos de actuación de enfermería y del familiar de los pacientes postrados frente a la presencia de lesiones por presión. Para así poder actuar de manera oportuna y optimizando los recursos
5. Se recomienda instruir a los familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED el uso de escala NORTON y/o BRADEN para poder clasificar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión y así brindar un mejor cuidado óptimo e individualizado.
6. Se recomienda educar a los familiares, en temas de prevención y recuperación de lesiones por presión.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón W. (2001). Historia de la cirugía plástica mundial. In A. Y. W. Calderón (Ed.), *Cirugía Plástica* (pp. 200). Santiago: Sociedad de Cirujanos de Chile
2. Ladin D. (1998). Understanding dressings in wound healing: State of the Art. *Clinics in Plastic Surgery*, 25, 433-441
3. Orlando PL. Pressure ulcer management in the geriatric patient. *Ann Pharmacother* 1998; 32(11): 1221-7.
4. Young JB et al. Pressure sores. Epidemiology and current management concepts. *Drugs Aging* 1992; 2(1): 42-57.
5. *Úlceras de presión. Monograf Prof Col Of Farm Badajoz* 1996; (11): 1-16
6. Carrascal Gutiérrez MI et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Bol Farmacoter A.P. Zamora* 1997; II(6): 1-4.
7. SUZANNE, C. y Col. (2013), "Enfermería Médico Quirúrgico". 12º Edición. Editorial Ovid Technologies. Madrid- España
8. Merck Research Laboratories. Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 10ª Edición. España: Elsevier España; 2005. p.1000-1002.
9. García F, Pancorbo P, Laguna J. Guía para el cuidado del paciente con úlcera por presión o con riesgo de desarrollarlas. España. 2001.
10. Céspedes Ramírez M. Valoración de la capacidad funcional en el paciente anciano. [CD-ROM]. 1ª Edición. Perú. Hospital Edgardo Rebagliati Martins; 2006.
11. Soldevilla Agreda JJ. Tratamiento tópico de las úlceras por presión. *Bol Inf Farmacoter Navarra* 1999; 7(2): 9-13.
12. *Úlceras de presión. Monograf Prof Col Of Farm Badajoz* 1996; (11): 1-16
13. Perez D. Pressure ulcers: updated guidelines for treatment and prevention. *Geriatrics* 1993; 48(1): 39-44.
14. Elorriaga, B., & Royo, D. (2000). *Úlceras por presión*. Recuperado el Agosto de 2008. Disponible en: [http://www.personal.redestb.es/a\\_sanguesa/upp.html](http://www.personal.redestb.es/a_sanguesa/upp.html).

15. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo -EDUSP; 2009.
16. Zabala J. Prevención de las úlceras por presión como derecho universal. Revista Enfermería 2013; 36 (2): 33.
17. Ulceras.net, Úlceras por presión: epidemiología 2015. Disponible en: <http://www.ulceras.net/monograficos/86/96/ulceras-por-presion-epidemiologia.html>
18. GRS (Geriatrics Review Syllabus). 5.ª edición. 2003.
19. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriatria. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
20. Flores Ávila Ana Mercedes; Feligra Torres Gladys Marielisa en su estudio titulado "Valoración de enfermería en el riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor en un hospicio de la ciudad de Guayaquil. Ecuador. 2016". <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6471/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-308.pdf>
21. Gonzales M. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay. Montevideo. 2013. [Tesis para optar el grado de licenciado]. [Fecha de acceso 07 de Junio del 2016]. URL disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2603/GonzalezGarciaR.pdf?sequence=1>
22. Gonzales R, Cardona D, Murcia P, Matiz G. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: Informe preliminar. Rev. Fac. Med. Vol 62. N° 3. Bogotá. 2014. [Fecha de acceso 27 de Mayo del 2016]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112014000300006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000300006)
23. RODRÍGUEZ Renobato Ricardo; ESPARZA Acosta, Guadalupe del Rocío; GONZÁLEZ Flores Silvia Patricia, México (2017). En su estudio Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25(4):245-56. Disponible en:

file:///C:/Users/Jenny/Desktop/Asesorias%20privadas%202019/Proyecto%20Cindy/eim174b.pdf

24. Méndez Ibañez, Yuneiry Edith; MÉNDEZ Merino, Paola; Trujillo (2012) en su estudio titulado “Conocimientos y práctica del cuidado de Enfermería en la prevención de úlceras por presión. Hospital Belén de Trujillo – 2012” <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8603/1504.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Díaz C, Huanca L. Factores asociados a la presencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados del servicio de emergencia. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud. Arequipa. 2013. [Tesis para optar el título de especialista]. [Fecha de acceso 07 de Junio del 2016]. URL disponible en: <http://es.slideshare.net/lizita/factores-asociados-a-presencia-upp>
26. Bustamante Usnayo, Laura Evelyn; Peña Caceres, Jennifer, Cusco (2014) con su estudio titulado “Factores relacionados con el riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Antonio Lorena Cusco” <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/144697>
27. Mancini P, Oyanguren R. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo. Lambayeque. 2012, publicado en el 2014 [Fecha de acceso 02 de Junio del 2016]. URL disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/190>
28. Carbajal Rixe, Jessica Mireya; Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento del cuidador primario en la prevención de las úlceras por presión en los servicios de medicina de un hospital nacional Cayetano Heredia. Lima. 2015” [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/60/Efectividad\\_CarbajalRixe\\_Jessica.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/60/Efectividad_CarbajalRixe_Jessica.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
29. Lázaro Chávez, Katherine Rossy, Lima (2016) en su estudio titulado “Conocimientos y actitudes del cuidador hacia las úlceras por presión en el adulto mayor. Clínica Ricardo Palma, 2016” <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/552210>

30. CANO Cusirramos, Karla Yesenia; PHUÑO Mamani, Pamela Asunción en su estudio titulada “Presencia de úlceras por presión y factores intrínsecos y extrínsecos en pacientes de la uci. Hospital Goyeneche Arequipa – 2018”. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8778/ENScacuky1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
31. Lambert Sánchez. Cuidados de Enfermería basados en la prevención de las úlceras por presión. 2015. Machala.
32. Rev. Latino-Am. Enfermagem - 2016; 24: e 2817 - DOI: 10.1590/1518-8345.1462.2817 - www.eerp.usp.br/rlae. Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión
33. Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería .Elsevier.8va edición. España 2015.pag 670-679.
34. Saboya L. Aproximación a una Escala de Valoración de Ulcera por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Complejo Hospitalario de Navarra. [Monografía en Internet]. Universidad Pública de Navarra. Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios; España- Navarra. 2013 [acceso: 8 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/>.
35. García C. R. Artículo. Úlceras por Presión o Escaras. AURASALUD.COM. 2001
36. Varela F., Verónica. Las Úlceras por Presión. Disponible en: <http://www.inheridas.cl/wp-content/uploads/Revista-Hetidas.pdf>
37. Queralt, Dra. M. 2012. “Úlceras por presión en personas mayores.” MAPFRE Salud. Retrieved Agosto 23, 2016 (<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/factores-riesgo-ulceraspresion.shtml>).
38. Mölnlycke Health Care. 2013. “Factores de riesgo.” Mölnlycke Health Care. Retrieved Mayo 30, 2016 (<http://www.molnlycke.es/conocimiento/prevencion-de-las-ulceras-porpresion/factores-riesgo-ulceras-por-presion/>).
39. Instituto Mexicano de Seguro Social. 2015. “Prevención, Diagnóstico y Manejo de las ÚLCERAS POR PRESIÓN en el Adulto.” (<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>).

40. Tu cuidas. Disponible en:  
[http://www.laenfermeria.es/revista/num5/tu\\_cuidas\\_5\\_alta.pdf](http://www.laenfermeria.es/revista/num5/tu_cuidas_5_alta.pdf)
41. Marriner, A, & Raile, M. (2007). Modelos y teorías de enfermería. (Sexta edición). España: Elsevier Mosby.
42. Dugass, B. (2001). Tratado de enfermería practica. Madrid: Mc Graw - Hill Interamericana.
43. García, Francisco, Pedro Pancorbo, Javier Soldevilla, and Carmen Blasco. 2011. "Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión." Scielo 19. Retrieved Junio 24, 2016 ([http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2008003300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008003300005)).
44. Braden y Bergstrom. Escala de valoración de las úlceras por presión. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2008000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2008000300005&script=sci_arttext)
45. Jiménez de León, María del R; González Hernández, Evangelina; Largo Gallegos, Marcia B; Úlceras por decúbito valoración por escala de Norton. Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/3DC33824-F65D-4630-93A9-110FB7847811/0/2002\\_8991.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/3DC33824-F65D-4630-93A9-110FB7847811/0/2002_8991.pdf) citado el 12 de abril 2011

# ANEXOS

**ANEXO 01:**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO:** “Efectividad del programa educativo “tú me cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete.

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala - Cañete?</p> <p><b>Sub Problemas</b> ¿Cuáles son las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala - Cañete?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala - Cañete?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la efectividad del programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Identificar las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.</p> <p>Identificar las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, en el cuidado de las lesiones por presión en después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.</p>	<p><b>Hipótesis General</b> <math>H_g</math> = El programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, es efectivo.</p> <p><math>H_0</math> = El programa educativo “Tú me Cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, no es efectivo.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b> Las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, podría ser deficiente en el cuidado de las lesiones por presión antes de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete.</p> <p>Las prácticas de los familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED, puede ser efectivo en el cuidado de las lesiones por presión en después de la aplicación del programa educativo “Tú me Cuidas”, Mala – Cañete</p>	<p>Variable independiente Programa educativo “Tú me Cuidas”</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Programa educativo “ Tú me Cuidas”	Es aquella lesión provocada por la restricción de flujo sanguíneo, como resultado de una presión prolongada. Generalmente aparecen en zonas con prominencias óseas, pliegues cutáneos de personas obesas, zonas de apoyo de sonda o tubos y zonas de compresión de férulas de yeso y/o tracciones.	Laceraciones causadas habitualmente por presión o roce localizadas mayormente en las zonas de las prominencias óseas.	1ra sesión educativa Generalidades de las LPP  2da sesión educativa Valoración  3ra sesión educativa Tratamiento  4ta sesión educativa Medidas de Prevención	Definición Factores de riesgo Clasificación de LPP Complicaciones  Valoración general del paciente Valorar el grado y extensión de la lesión  Desbridamiento Quirúrgico Cortante Enzimático  Cuidado de la piel Control de la humedad Optimización de la nutrición e hidratación Movilización		Ordinal

TIPO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS
<p>Tipo de Investigación El presente estudio fue de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo debido a su estructura y facilidad para la medición de la variable, el método fue descriptivo porque busco describir los aspectos relacionados a la variable; de corte longitudinal porque lo que pretendió fue presentar la realidad de una circunstancia determinada conforme se vaya presentando.</p> <p>Diseño de la Investigación El diseño de investigación fue de tipo pre-experimental, ya que se trabajó con un solo grupo, al cual se le brindó el programa educativo y se realizó la medición antes y después.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <math display="block">M: O_1-----X-----O_2</math> </div> <p>Donde: M: Representa la muestra con la que realizó el estudio. O<sub>1</sub>: N° de observaciones previas al programa educativo (pre - test). X: Programa educativo (Intervención). O<sub>2</sub>: N° de observaciones post taller (post – test).</p> <p>Método de Investigación Método hipotético deductivo. Se trata del método que parte de una hipótesis o explicación inicial, para luego obtener conclusiones particulares de ella, que luego serán a su vez comprobadas experimentalmente. Es decir, comprende un paso inicial de inferencias empíricas (observación).</p>	<p>Población La población estuvo conformada, por los 60 familiares de pacientes postrados registrados en OMAPED durante los meses de junio a julio del 2019.</p> <p>Muestra de Estudio La muestra estuvo conformada por los 60 familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED. Se utilizó el diseño muestral no probabilístico por intención y se tomaron los siguientes criterios:</p> <p>Criterio de inclusión: Familiares de ambos sexos. Familiares que tengan a su cargo un paciente postrado. Familiares mayores de 22 años y menores de 60 años. Familiar y pacientes registrados en OMAPED.</p> <p>Criterios de exclusión: Familiares que no deseen participar. Familiares que no estén registrados en OMAPED. Familiares menores de 22 años y mayores de 60 años.</p>	<p>Técnicas La técnica que se utilizó para medir la efectividad del programa educativo "Tú me Cuidas" dirigido a los familiares de pacientes postrados para prevenir las lesiones por presión registrados en OMAPED, fue un cuestionario de pre-test el cual permitirá conocer los conocimientos y la aplicación de los cuidados de las lesiones por presión por parte de los familiares de los pacientes postrados.</p> <p>Instrumentos Se elaboró un cuestionario teniendo como objetivo proporcionar información permitiendo medir el antes y después de la aplicación del programa educativo "Tú me cuidas".</p>	<p>El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:</p> <p>Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.</p> <p>Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.</p> <p>Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.</p> <p>Gráfica: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.</p> <p>Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar la hipótesis con la variable y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada</p>

**ANEXO 02:**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

**INSTRUMENTO**

**Estimado Señor**

El presente cuestionario, tiene por finalidad identificar las prácticas de cuidado de las lesiones por presión que ustedes realizan a sus familiares postrados registrados en OMAPED.

A continuación, se presentan una serie de ítems, los primeros dirigidos a aspectos generales; llenar los espacios en blanco o marcar según, corresponda. La encuesta es anónima, responderla demorara aproximadamente 30 minutos, la información es confidencial y solo será utilizada para fines de la investigación.

**I. Datos Generales del Familiar:**

Edad: .....

Genero:  M  F

Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Conviviente ( ) Viudo ( )

Grado de Instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior Univ. ( ) Tec. ( )

Condición laboral: Independiente ( ) Dependiente ( ) Ama de casa ( )

Parentesco: Hijo/a ( ) Pareja ( ) Sobrino/a ( ) Nieto/a ( ) Madre ( ) Otros

Especifique: .....

Tiempo que cuida a su familiar: Menos de 6 meses ( )

De 6 meses a 11 meses ( ) De 1 a 2 años ( ) Mas de 2 años ( )

**II. Datos Generales del paciente:**

Días de postración

Genero:  M  F

Edad

Diagnostico

.....

Su familiar sufre alguna de estas enfermedades

Diabetes mellitus  Artritis reumatoide

Hipertensión arterial

Accidente cerebrovascular  EPOC  Cáncer

Insuficiencia renal crónica  Otras (especificar). .....

Peso: .....Kg

Talla: .....cm

**Para ser llenado por la enfermera**

IMC: ..... (peso en Kg/ talla en cm<sup>2</sup>) =

Bajo peso < 23

Peso normal >23 y <= 28

Sobrepeso > 28 y < 30

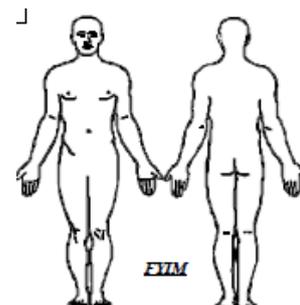
Obesidad > 30

1. Las úlceras por presión consisten en:
  - a. Lesiones dérmicas producidas por un virus.
  - b. Lesiones contagiosas producidas por la picadura de un insecto.
  - c. Lesiones producidas por el estrés.
  - d. Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejidos subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo que se puede ver alterada la integridad de la piel?
  - a) Presión, fricción
  - b) humedad
  - c) cizallamiento
  - d) todas

Marcar con una "X" según corresponda

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
Bueno	Alerta	Normal	Ambulante	Ninguna
Mediano	Apático	Camina con ayuda	Con ayuda	Ocasional
Regular	Confuso	Sentado en silla de rueda	Muy limitada	Urinaria
Muy malo	Estuporoso comatoso	Encamado	Inmóvil	Urinaria y fecal

3. En la limpieza y cuidados locales de la piel que elementos utiliza:
  - a. Solo agua.
  - b. Agua más jabón líquido
  - c. Agua más hierbas, medicinales
  - d. Agua, jabones y sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el PH de la piel.
4. ¿En qué parte del cuerpo Ud. Considera que se produce más úlceras por presión?
  - a. Nariz, ojos, boca.
  - b. Solamente los tobillos
  - c. Cadera, espalda, hombros, talones, tobillos, codos, sacro, trocánter.
  - d. Solamente la cadera.



5. Usted conoce el grado de la lesión por presión que tiene su familiar
  - a. Grado I
  - b. Grado II
  - c. Grado III
  - d. Grado IV
6. En el grado I de la lesión por presión es definida como piel intacta que presenta enrojecimiento que no palidece a la presión, normalmente se localiza encima de una prominencia ósea  
Si  No
7. Una lesión por presión en etapa III es una pérdida total del espesor de la piel, puede incluir trayectos sinuosos o tunelizaciones  
Si  No
8. La lesión por presión, en la etapa IV, presentan pérdida total del espesor de los tejidos con exposición de hueso, tendón o músculos.  
Si  No
9. En la zona de escara hay presencia de Celulitis (enrojecimiento)  
Si  No
10. Las almohadas auxilian en la prevención de las lesiones por presión.  
Si  No
11. La piel del paciente debe permanecer limpia y libre de humedad.  
Si  No
12. Las medidas para prevenir nuevas lesiones no necesitan ser adoptadas continuamente cuando el paciente ya posee una lesión por presión.  
Si  No
13. Todo paciente que no deambula puede desarrollar una lesión por presión.  
Si  No
14. Todo cuidado para prevenir o tratar las lesiones por presión no necesita ser registrado.  
Si  No
15. En el último examen de laboratorio cuanto tubo de hemoglobina su familiar  
.....
16. Su familiar se queja de mucho dolor en la zona de la lesión  
Si  No
17. La zona de la lesión tiene mucho exudado y mal oliente  
Si  No
18. La zona de la lesión tiene exudado seroso y observa inflamación circundante  
Si  No
19. Usted ha podido observar un Eritema progresivamente mayor  
Si  No
20. Usted visualiza en la zona de la lesión tejido se vuelve esfacelado (necrótico)  
Si  No
21. Al tocar el tejido circundante a la lesión lo siente caliente  
Si  No
22. Cicatrización interrumpida pese a las medidas tomadas  
Si  No
23. Aumento de tamaño de la herida pese al alivio de la presión

- Si  No
24. La piel presenta Eritemas  
Si  No
25. El tejido de granulación sangra con facilidad  
Si  No
26. A usted OMAPED lo capacito para que realice la curación de la lesión  
Si  No
27. Usted realiza la curación de la lesión todos los días  
Si  No
28. Usted cuenta con todo el material para realizar las curaciones de la lesión  
Si  No
29. Usted al realizar la curación puede percibir el mal olor que emana de la lesión  
Si  No
30. La zona de la lesión se encuentra con Edema  
Si  No
31. La zona de la lesión se encuentra con infección  
Si  No
32. Su familiar recibe dieta por  
Vía Oral  SNG  Enteral
33. Su familiar recibe una ingesta adecuada de calorías, proteínas, minerales, vitaminas. Si  No
34. Su familiar tiene una ingesta de líquidos adecuado.  
Si  No
35. Su familiar es reevaluación periódicamente su estado nutricional  
Si  No
36. En la higiene de la piel usted lo realiza:  
Diaria                      Inter diaria                      Semanal
37. La hidratación de la piel de su familiar es:  
Buena                      Regular                      Mala
38. Su familiar tolera bien los cambios posturales:  
Si  No
39. Usted lo levanta diariamente a su paciente  
Si  No
40. Usted realiza cambios posturales cada 2 a 3 hrs a su familiar  
Si  No
41. Su familiar usa un Colchón anti escaras:  
Si  No
42. Para dar comodidad usted utiliza almohadones, bolsas de agua.  
Si  No
43. Usted utiliza férulas en la protección de:  
Talones: Si  No   
Codods: Si  No   
Zona Sacro: Si  No
44. Usted, su familia y el propio paciente reciben educación continua sobre los cuidados preventivos y de tratamiento ante una lesión por presión.  
Si  No

45. Los pacientes y familiares deben ser orientados en cuanto a las causas y a los factores de riesgo para el desarrollo de la úlcera por presión.  
Si  No
46. El desarrollo de programas educacionales en OMAPED puede reducir la incidencia de la úlcera por presión.  
Si  No

**¡Gracias!**

Hoja de Enfermería para tener en cuenta en algunos aspectos del Instrumento

**Factores de riesgo de úlceras por presión (Escala Norton)**

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia	
Buena	Alerta	Normal	Ambulante	Ninguna	<input type="checkbox"/> 4
Mediano	Apático	Camina con ayuda	Con ayuda	Ocasional	<input type="checkbox"/> 3
Regular	Confuso	Sentado en silla de rueda	Muy limitada	Urinaria	<input type="checkbox"/> 2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Encamado	Inmóvil	Urinaria y fecal	<input type="checkbox"/> 1

**Total de puntos:**

Si es > 14 puntos  el riesgo es mínimo o no hay riesgo

Si es de 5 – 11 puntos  el riesgo es alto (revisar la úlcera cada día)

Si es de 12 – 14 puntos  el riesgo es medio (revisar la úlcera cada semana)

Presencia de úlceras por presión (LPP) Si  No

**ANEXO 03:**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “Efectividad del programa educativo “Tú me cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala - Cañete, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende determinar la “Efectividad del programa educativo “Tú me cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala - Cañete. Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

**DECLARACIÓN PERSONAL**

He sido invitado a participar en el estudio titulado “Efectividad del programa educativo “Tú me cuidas” en la mejora de las prácticas de cuidado de las lesiones por presión en familiares de los pacientes postrados registrados en OMAPED, Mala – Cañete. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

---

Firma del participante

## ANEXO 04:

PROGRAMA EDUCATIVO "TÚ ME CUIDAS" EN LA MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN FAMILIARES DE LOS PACIENTES POSTRADOS REGISTRADOS EN OMAPED, MALA - CAÑETE.



COORDINACIÓN CON EL JEFE DE OMAPED  
JOSÉ ORESTES DEL DISTRITO DE MALA



AUTORIZACION Y PERMISO DE AUTORIDADES  
A CARGO

## TRABAJOS REALIZADOS



Asistencia de los pacientes registrados en OMAPED



Asistencia de los familiares de los pacientes registrados de OMAPED



Trabajo realizado conjuntamente de la mano con el apoyo y presencia de la Alcaldesa Sonia Ramos y autoridades.

# PROGRAMA EDUCATIVA "TÚ ME CUIDAS"

## 1ra sesión educativa: Factores de riesgo

### Introducción

Las **úlceras** por **presión** son áreas de piel lesionada **por permanecer** en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas y pueden poner la vida en peligro.



El cuidado de las heridas es sin duda una de las acciones más cotidianas desarrollada comúnmente por los enfermeros en distintos contextos asistenciales. Pero las úlceras por presión no son un fenómeno nuevo. Su cuidado ha variado desde la prehistoria hasta la actualidad, relacionado con su condición y evolución de las lesiones

### Objetivo:

Brindar información a los familiares de pacientes postrados sobre las LPP brindándoles con la finalidad de prevenir y disminuir los factores de riesgo del desarrollo de lesiones

### Definición

Las lesiones por presión son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel.

### Factores de riesgo

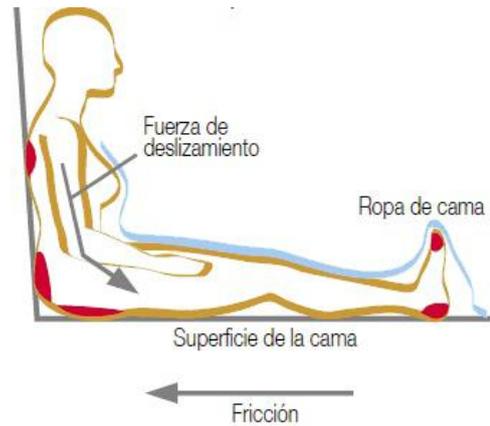
**Factores intrínsecos:** Estos factores están directamente relacionados con el paciente y podemos enumerar los siguientes:

- Estado general de salud del paciente: Cuanto peor sea el estado general de salud de un paciente más riesgo tendrá de desarrollar una Lesión por Presión
- Los pacientes con una movilidad reducida aumentan su riesgo de sufrir una LPP
- Conviene mantener la piel hidratada para disminuir el riesgo de que ésta pueda romperse
- Estado nutricional
- Edad

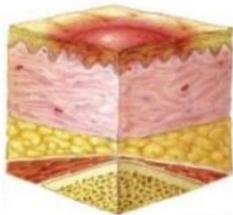


### Factores extrínsecos

- **Presión:** presión que deforma la piel y el tejido, a menudo se produce entre una estructura ósea y una superficie externa y provoca isquemia y necrosis en la zona afectada.
- **Fricción.** Fuerzas de contacto paralelas a la superficie de la piel en caso de movimiento. La fricción entre el tejido y la superficie de contacto puede provocar el deterioro de las capas de la piel.
- **Cizalla.** Consecuencia de las fuerzas tangenciales aplicadas a la superficie del tejido. Estas fuerzas ocurren en combinación con la presión y aumentan como consecuencia de los movimientos laterales del paciente sobre la zona afectada.
- **Humedad.** En general se refiere a las condiciones de humedad y temperatura del tejido y de la superficie de contacto. Debilita la piel aumentando el riesgo de maceración y aumenta el riesgo de erosión favoreciendo la adhesión a la superficie de contacto y facilita la abrasión, la descamación y la ulceración de la piel

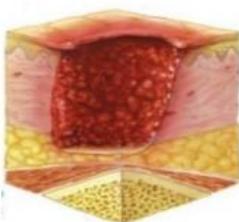
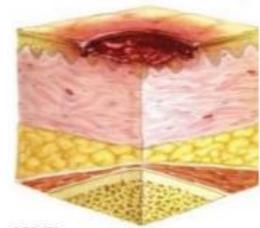


### Clasificación de LPP



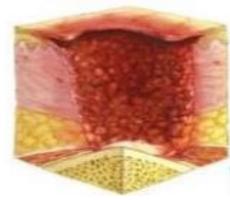
**Estadio Grado I:** Piel indemne, eritema que no cede tras treinta minutos de descompresión. La presencia de eritema blanqueable, cambios en la sensibilidad, temperatura o turgencia de la piel puede preceder a cambios visuales.

**Estadio Grado II:** Pérdida de la continuidad de la piel que compromete epidermis y/o dermis. El lecho de la lesión se aprecia rosado o rojo, húmedo, e incluso puede presentar una flictena intacta o rota. No puede presentar tejido adiposo ni tejido más profundos. Este estadio no debería ser usado en relación a daño de la piel asociado a humedad, dermatitis asociado a incontinencia, daño de la piel asociado a adhesivos o heridas traumáticas.



**Estadio Grado III:** Pérdida total del espesor de la piel. Es posible ver tejido adiposo, tejido granulatorio, esfacelo y tejido necrótico. La profundidad del daño tisular depende de la localización anatómica. Áreas con mucha adiposidad pueden profundizarse. Puede haber presencia de bolsillos y túneles. No hay exposición de fascia, músculo, tendón, ligamentos, cartílagos o hueso

**Estadio Grado IV:** Pérdida total del espesor de la piel con estructuras de soporte comprometidas. Exposición de fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso en la úlcera. Puede haber esfacelo y/o tejido necrótico. Pueden existir bolsillos y tunelizaciones. La profundidad depende de la localización anatómica



### Complicaciones

Las complicaciones de las úlceras por presión, algunas de las cuales pueden poner en riesgo la vida, comprenden:

- **Celulitis.** La celulitis es una infección de la piel y está relacionada con los tejidos blandos. Puede causar calor, enrojecimiento e hinchazón en la zona afectada. Las personas con lesión a los nervios a menudo no sienten dolor en la zona afectada por la celulitis.
- **Infecciones óseas y articulares.** Una infección de una úlcera de decúbito puede traspasar las articulaciones y los huesos. Las infecciones en las articulaciones (artritis séptica) pueden dañar cartílagos y tejidos. Las infecciones óseas (osteomielitis) pueden reducir la función de las articulaciones y de las extremidades.
- **Cáncer.** Las heridas crónicas que no se curan (úlceras de Marjolin) pueden evolucionar y transformarse en un tipo de carcinoma epidermoide.
- **Septicemia.** En raras ocasiones, las úlceras de la piel producen septicemia.



## 2da sesión educativa – Valoración

### Valoración general del paciente:

La valoración general debe hacerse de forma individualizada e integral

La evaluación integral siempre debe incluir

Alteraciones de la piel intacta: piel seca, eritema, edema, induración.

Alteración de la movilidad y actividad.

Evaluación nutricional.

Evaluación del dolor.

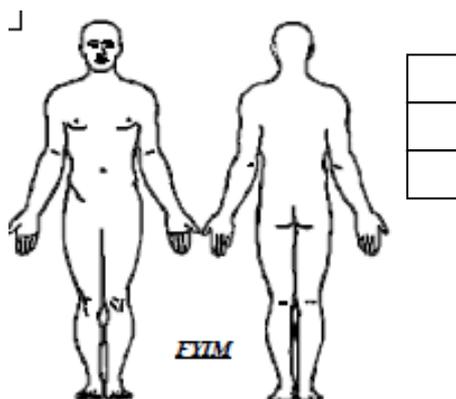
Identificación de posibles factores de riesgo.

### Valoración estructurada del riesgo

Realizar una valoración del riesgo, mediante una escala validada, a todos los pacientes adultos ingresados, con exclusión de las pacientes.

### Valorar grado y extensión de la lesión

#### Localización



#### Estadio de úlceras por presión:

Grado I

Grado II

Grado III

Grado IV

### Valoración según Escala Norton

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
Buena	Alerta	Normal	Ambulante	Ninguna
Mediano	Apático	Camina con ayuda	Con ayuda	Ocasional
Regular	Confuso	Sentado en silla de rueda	Muy limitada	Urinaria
Muy malo	Estuporoso comatoso	Encamado	Inmóvil	Urinaria y fecal

4

3

2

1

#### Total de puntos:

Si es > 14 puntos  el riesgo es mínimo o no hay riesgo

Si es de 5 – 11 puntos  el riesgo es alto (revisar la úlcera cada día)

Si es de 12 – 14 puntos  el riesgo es medio (revisar la úlcera cada semana)

Presencia de úlceras por presión (LPP) Si  No



**Escara de 4to Grado**



**Escara 2do Grado en el muñón**

## 3ra sesión educativa - Tratamiento

### Cuidados básicos de la úlcera

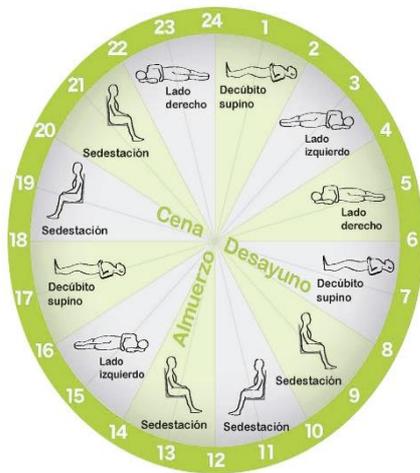
Desbridamiento del tejido necrótico.

Limpieza de la herida.

Descripción del estado de las lesiones.

Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

Prevención y abordaje de la infección bacteriana.



**El Desbridamiento** es un paso imprescindible para evaluar el grado de la UPP

Eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana.

Eliminar el mal olor.

Favorecer la restauración estructural y funcional de la piel.

Facilitar la curación, acelerando las fases de proliferación celular.

Permitir ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abscesos.

Permitir evaluar la profundidad de la lesión.

Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar:

Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos. Es necesario prestar una consideración especial en personas en situación terminal de su enfermedad. Características de la lesión (tipo de tejido, profundidad, localización, presencia de dolor, signos de infección)

Vascularización de la zona: si es una zona altamente vascularizada, controlar el sangrado; de lo contrario si es una zona con falta de riego sanguíneo no va a permitir una óptima regeneración tisular, alargándose el proceso.



### Tratamiento con anticoagulantes

Métodos de desbridamiento

**Quirúrgico:** Retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, se lleva a cabo en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia.

Indicado en escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, de



localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis.

**Cortante:** Retirada de forma selectiva de tejido necrótico y desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable, es el más efectivo y permite el desbridamiento de forma más rápida. Se realiza "a pie de cama".



**Enzimático:** Es la aplicación local de enzimas exógenas (principalmente colagenasa, estreptoquinasa) que funciona de forma sinérgica con las

enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, separando el tejido necrótico del tejido viable.

Se recomienda realizar cortes con bisturí en caso de placa dura necrótica, para facilitar que el producto penetre en la lesión

Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

Proteger la piel perilesional

Su acción puede ser neutralizada en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y antiséptico.

**Autolítico:** Es el fisiológico, ocurre en todas las heridas de forma natural, aunque su acción es más lenta que otros métodos. Se favorece con la aplicación de apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo. Es el método más selectivo, atraumático y no doloroso. Bien aceptado por el paciente puede provocar maceración de la piel periulceral si no es bien utilizado

#### **Fases de curación de una úlcera**

**Fase Exudativa o de Limpieza:** Se produce la coagulación, inflamación y limpieza de la herida. La finalidad de esta fase es la de limpiar la herida y luchar contra la infección, eliminando las células y tejidos desvitalizados.

**Fase de Granulación:** Se produce la reconstrucción vascular, que va a facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al nuevo tejido, que irá rellenando el lecho de la herida para reemplazar el tejido original destruido. El tejido de granulación presenta un aspecto brillante, carnoso y rojo.

**Fase de Epitelización:** Una vez el lecho de la lesión se ha rellenado con tejido neoformado, éste se va revistiendo de nuevo tejido epitelial, desde los bordes de la herida hasta recubrirla totalmente. El tejido epitelial presenta un aspecto rosa aperlado.

**Fase de Maduración:** Esta fase puede durar hasta un año o más, y nuestro objetivo en ella es proteger la zona cicatricial, ya que es muy sensible a las agresiones físicas y químicas. El lecho ulceral es rellenado por tejido de granulación, compuesto por células endoteliales, fibroblastos, colágeno y matriz extracelular

## 4ta sesión educativa – Medidas preventivas

El cuidado de la piel es una de las estrategias para la prevención de las úlceras, bien sean producidas por presión (LPP) o por humedad (UPH). Es importante conocer bien la etiopatogenia de estas lesiones para aplicar los cuidados específicos para su prevención; para ello se debe inspeccionar la piel, controlar la humedad, reducir al mínimo la presión y asegurar la hidratación mediante la ingesta adecuada de líquidos.

### Valoración de la piel

- Los signos indicativos de lesión por presión son: eritema, calor localizado, edema, induración y deterioro de la piel. Los tonos más oscuros de piel pueden ser más difíciles de evaluar visualmente, por lo que se debe prestar atención al calor localizado, edema e induración en estos casos
- Es necesario: Inspeccionar la piel de todos los pacientes al ingreso hospitalario
- Inspeccionar la piel al menos cada 24 horas para detectar signos de enrojecimiento en los pacientes con riesgo de padecer UPP
- Prestar especial atención a las prominencias óseas, los talones, tuberosidades isquiáticas, región sacra y zonas con lesiones anteriores. Observar la zona de la piel donde se encuentren dispositivos terapéuticos que produzcan presión sobre la misma, siempre que sea posible.

### Cuidados de la piel

- Utilizar un jabón con pH adecuado a la piel, evitando usar agua muy caliente
- Aclarar y secar completamente la piel para protegerla del exceso de humedad prestando especial atención a los pliegues cutáneos
- Mantener una adecuada hidratación para proteger la piel, ya que si está seca hay mayor riesgo de aparición de lesiones
- No frotar vigorosamente la piel del paciente
- Las cremas hidratantes, se deben aplicar con suavidad, no frotando sobre las prominencias óseas ya que esto podría producir una rotura capilar y provocar al paciente una úlcera de forma involuntaria
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados, solamente en las zonas de mayor riesgo de presión, además de aportar la hidratación, evitar la sequedad y la descamación que proporcionan las cremas hidratantes, aumentan la resistencia de la piel
- No usar agentes irritantes para la piel como los productos que contienen alcohol

### Manejo de la humedad

- La humedad relacionada con la incontinencia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión. Es necesario limpiar y secar la piel tan pronto como sea posible después de cada episodio de incontinencia, eliminando los productos de desecho como orina, heces y transpiración para prevenir la irritación química que se produce, además si la piel está húmeda es frágil y más susceptible a la fricción, por ello es necesario: Cambiar los absorbentes, con frecuencia
- Cambiar la ropa de la cama cuando está húmeda
- Siempre que sea posible evitar los productos de plástico, ya que aumentan el calor y retienen la humedad en la piel
- Proteger la piel de los excesos de humedad, utilizando agentes tópicos que proporcionen barreras de protección
- Si se usa como protector de la piel el óxido de zinc debe ser retirado con productos oleosos, la retirada con agua resulta ineficaz y el frotamiento necesario para ello puede dañar la piel. Las soluciones transparentes además permiten la valoración continua de la piel
- Evitar los productos humectantes como urea, glicerina, ácido alfa hidroxilo o ácido láctico, porque retienen agua.

## Manejo de la presión

El manejo adecuado de la presión contribuye a reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Dicho manejo incluye la movilización, los cambios posturales, las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y la protección local de las zonas vulnerables

## Movilización

Planificar los cuidados fomentando la movilización del paciente, educando e implicando, siempre que sea posible al paciente, familiares y cuidadores

Proporcionar dispositivos que faciliten el movimiento independiente (trapezio, barandilla en el lateral de la cama, andador, etc.) para facilitar la movilización

## Cambios Posturales

Los cambios posturales reducen la duración y la magnitud de la presión ejercida sobre las zonas vulnerables.

Se realizarán, siempre que no exista contraindicación, para evitar o minimizar la presión en pacientes con movilidad y actividad reducida

Deben mantener la comodidad del paciente y su capacidad funcional

Su frecuencia vendrá determinada por el estado de la piel, las necesidades del paciente y la redistribución de las presiones de la superficie de apoyo. Es necesario realizarlos con mayor frecuencia cuando la superficie donde se encuentra el paciente no redistribuye la presión

Como norma general se realizarán cada 2-3 horas durante el día y, como máximo, cada 4 horas durante la noche, coordinándolo con otras actividades cuando sea posible, para favorecer el descanso del paciente



## Recomendaciones para la realización de cambios posturales:

Seguir una rotación programada e individualizada, alternando decúbito supino, lateral derecho y lateral izquierdo; incluir en la rotación de decúbito prono si la situación hemodinámica del paciente lo permite y es tolerado. Mantener la alineación corporal y fisiológica, la distribución del peso y el equilibrio del paciente

Evitar exponer la piel a la presión y a la cizalla, utilizando aparatos auxiliares para desplazar a los pacientes. Elevar y no arrastrar al paciente cuando se le realice un cambio postural

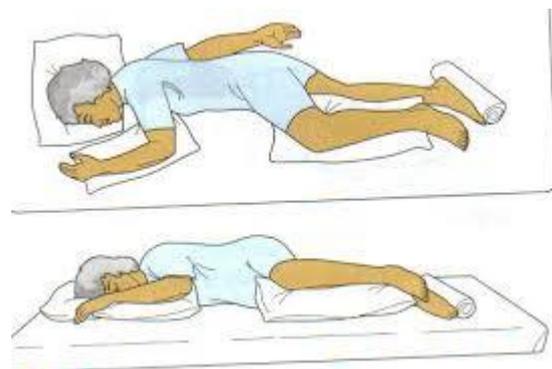


Fig. 5.18. Técnicas de colocación de almohadas y cojines.

No colocar al paciente sobre prominencias óseas que presenten eritemas que no desaparecen al eliminar la presión.

En decúbito lateral es aconsejable no sobrepasar los 30° para no apoyar directamente sobre los trocánteres, elevando la zona de los pies como máximo 20°

Utilizar almohadas o cuñas de espuma para evitar el contacto entre las prominencias óseas. Evitar colocar al paciente sobre catéteres, drenajes u otros dispositivos terapéuticos

Entre un cambio postural y otro, se realizarán pequeñas modificaciones dentro de la misma posición

### Protección local de zonas vulnerables

En zonas de especial riesgo de UPP como los talones es necesario utilizar dispositivos que alivien totalmente la presión sobre los mismos

Utilizar una almohada u otro dispositivo debajo de las pantorrillas para que los talones queden elevados completamente, de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla, manteniendo la rodilla ligeramente flexionada.

Inspeccionar la piel de los talones al menos cada 24 horas. En las zonas de apoyo de dispositivos terapéuticos como sondas, mascarillas de oxígeno, gafas nasales, drenajes.

Vigilar la zona y movilizar el dispositivo, si es posible.

Utilizar protecciones cuando exista riesgo de fricción

