

**INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO**

**“SAN GABRIEL”**



**CARRERA DE TECNOLOGÍA SUPERIOR EN ENFERMERÍA**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Tecnóloga Superior  
en Enfermería

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE  
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ENCAMADOS  
DIRIGIDO A LOS CUIDADORES DE LA PARROQUIA PUYO,  
CANTÓN PASTAZA, PROVINCIA PASTAZA, PERÍODO  
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2021.

**Autora:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

**Tutora:** Lic. Cujano Ortiz Doménica

**Riobamba – Ecuador**

**JULIO – 2022**

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el estudiante TANIA MARLENE TASHIGUANO VALIENTE con el N° de Cédula 165000502-6 ha elaborado bajo mi asesoría el trabajo de Investigación titulado: “INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ENCAMADOS DIRIGIDOS A LOS CUIDADORES DE LA PARROQUIA PUYO, CANTÓN PASTAZA, PROVINCIA PASTAZA, PERIODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2021”

Por tanto, autorizo la presentación para la calificación respectiva.

---

Lcda. Joselyn Doménica Cujano Ortiz

**Profesor del ISTSGA**

## CERTIFICACIÓN

Los miembros del tribunal de graduación de la investigación titulada: “INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ENCAMADOS DIRIGIDO A LOS CUIDADORES DE LA PARROQUIA PUYO, CANTÓN PASTAZA, PROVINCIA PASTAZA, PERÍODO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2021”, presentado por: Tashiguano Valiente Tania Marlene y dirigido por: Lcda. Joselyn Doménica Cujano Ortiz. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el trabajo final de la investigación con fines de graduación escrito. Da cumplimiento con las observaciones realizadas, remite el presente para uso y custodia en la biblioteca del Instituto Superior Tecnológico San Gabriel.

Para constancia firman:

**Lcda. Mirian Ilbay Paca**

Presidente del tribunal

---

**Lcda. Adriana Abigail Taipe**

Miembro 1

---

**Ing. Lilian Patricia Cáceres**

**Ruiz**

Miembro 2

---

**Nota del trabajo de titulación**

---

## **AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

Declaro que la investigación es absolutamente original, auténtica, y personal. Los resultados y conclusiones a los que se han llegado son de absoluta responsabilidad y corresponden exclusivamente a: Tashiguano Valiente Tania Marlene (autora), Lcda. Cujano Ortiz Doménica Joselyn (tutora) y el contenido de la misma al Instituto Superior Tecnológico "San Gabriel"

---

Tashiguano Valiente Tania Marlene  
NUI.1650005026

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades y luchar día a día. A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mi hermana y hermano que son mi fortaleza y el pilar de apoyo, ellos me han elevado espiritualmente y anímicamente para llegar a cumplir con mis objetivos, que me ven con admiración.

**Tania**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios quien ha sido mi guía constante el que me da la fuerza para seguir adelante y no darme por vencida ante los problemas que se me presentaban, ayudándome a levantar frente a las adversidades y luchar día a día mi mejor maestro.

A mis padres Edwin Carrillo y Vilma Valiente quienes han confiado en mí apoyándome incasablemente para alcanzar mis metas, me han dado todo lo que soy como persona y el mejor de los regalos que los padres entregan a los hijos el estudio que con sus esfuerzos pude cumplirlos.

**Tania**

# INDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN.....	II
CERTIFICACIÓN.....	III
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
INDICE DE CONTENIDO .....	VII
ÍNDICE DE TABLAS .....	XI
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS .....	XIII
RESUMEN .....	XIV
SUMMARY .....	XV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I .....	3
MARCO REFERENCIAL .....	3
1.1    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2    HIPOTESIS.....	5
1.3    JUSTIFICACIÓN.....	6
1.4    OBJETIVOS.....	7
1.4.1    OBJETIVO GENERAL.....	7
1.4.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
CAPITULO II .....	8
MARCO TEORICO.....	8
2.1    ADULTO MAYOR.....	8
2.2    EL ENVEJECIMIENTO.....	8
2.2.1    Aspectos Fisiológicos y Psicológicos del envejecimiento.....	8
2.2.2    La Función Renal .....	9
2.2.3    En el Sistema Cardiovascular.....	9
2.2.4    Los cambios en el Sistema Nervioso .....	9
2.2.5    El Metabolismo de los Hidratos de Carbono .....	9
2.2.6    Los Órganos de los Sentidos están perturbados .....	10
2.2.7    El Aparato Digestivo .....	10
2.2.8    El Envejecimiento también se asocia a alteraciones importantes en	

los huesos y las articulaciones.....	10
2.2.9 La Función Inmunitaria .....	10
2.2.10 Los Trastornos Afectivos .....	10
2.2.11 Aspectos Sociales del Envejecimiento.....	11
2.2.12 Envejecimiento Activo y Saludable .....	13
2.2.13 Alimentación Saludable .....	14
2.2.14 Actividad Física .....	14
2.2.15 Cuidados Corporales .....	15
2.2.16 Mente Activa.....	15
2.3 PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES .....	16
2.3.1 Cuidado de las Emociones y las Relaciones .....	16
2.3.2 Cuidados Médicos y Asistencia Farmacéutica .....	16
2.4 ENFERMEDADES FRECUENTES EN EL PACIENTE ENCAMADO.....	17
2.5 PACIENTE ENCAMADO .....	19
2.6 ÚLCERAS POR PRESIÓN .....	19
2.7 ETIOLOGÍA.....	20
2.8 FACTORES DE RIESGO.....	21
2.8.1 Fisiopatológicos.....	21
2.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS .....	24
2.10 TIPOS DE ÚLCERAS .....	25
2.11 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS SEGÚN SU ORIGEN .....	25
2.11.1 Úlceras por Presión .....	25
2.11.2 Úlceras Venosas .....	26
2.11.3 Úlceras Arteriales .....	26
2.11.4 Úlceras Mixtas .....	26
2.11.5 Úlceras Diabéticas.....	26
2.11.6 Úlceras Iatrogénicas.....	26
2.11.7 Inmunológico .....	27
2.11.8 Úlceras Oncológicas.....	27
2.12 MEDIOS DE DIAGNOSTICO .....	27
2.12.1 Escala de Braden .....	28
2.13 TRATAMIENTO.....	29
2.13.1 Valoración Inicial .....	29
2.14 PREVENCIÓN .....	33
2.15 CAMBIOS POSTURALES .....	34
2.16 CUIDADOS DE LA PIEL.....	35
2.16.1 Higiene .....	35
2.16.2 Baño total de Esponja.....	35

2.16.3	Baño de Ducha.....	36
2.16.4	Manejo de la Presión.....	37
2.16.5	Movilización Pasiva.....	37
2.17	CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	38
2.17.1	Cuidados de la Piel.....	38
2.17.2	Incontinencia.....	38
2.17.3	Movilización.....	38
2.18	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	39
2.18.1	Fase 1: Diagnóstico de la Comunidad.....	39
2.18.2	Fase 2. Característica del grupo.....	41
2.18.3	Fase 3. Evaluación de las necesidades del grupo.....	41
2.18.4	Fase 4. Diseño y planificación de la intervención.....	42
2.18.5	Fase 5. Evaluación inicial.....	43
2.18.6	Fase 6. Ejecución e implicación.....	44
2.18.7	Fase 7. Evaluación final.....	44
2.18.8	Fase 8. Diseminación de los resultados.....	45
CAPÍTULO III.....		46
MARCO METODOLÓGICO.....		46
3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.3	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.4	POBLACIÓN.....	47
3.5	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.6	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUCCIÓN DE DATOS.....	47
3.7	PLAN DE ANALISIS DE DATOS OBTENIDOS.....	48
CAPÍTULO IV.....		49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS.....		49
4.1	Encuesta realizada a cuidadores de adultos mayores encamados.....	49
CAPÍTULO V.....		59
PLAN DE INTERVENCIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		59
5.1	PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ENCAMADOS.....	59
5.2	FOLLETO EDUCATIVO.....	59
5.3	DISPOSICIÓN DE VISITAS.....	67
5.4	RESULTADOS OBTENIDOS DEL PLAN EDUCATIVO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	84
5.5	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	86

CONCLUSIONES .....	88
RECOMENDACIONES .....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	90
ANEXOS .....	93
6.1    Anexo 1. Abreviaturas .....	93
6.2    Anexo 2: Entrevista al médico del centro de salud Puyo .....	94
6.3    Anexo 3: Consentimiento Informado .....	95
6.4    Anexo 4: Encuesta a los cuidadores a cargo de un adulto mayor encamado.....	100
6.5    Anexo 5: Encuesta dirigida a los cuidadores del adulto mayor.....	103
6.6    Anexo 6: Escala de Braden. ....	104
6.7    Anexo 7: Evidencias fotográficas.....	105
6.8    Anexo 8: Glosario .....	114

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> ¿El adulto mayor encamado presenta alguna lesión, enrojecimiento, laceración, hinchado, raspadura u otra alteración en la piel de cualquier parte del cuerpo? .....	49
<b>Tabla 2.</b> ¿Cuándo el adulto mayor encamado presenta alguna alteración en la piel usted a donde acude para su curación? .....	50
<b>Tabla 3.</b> ¿Usted conoce qué es una úlcera por presión (UPP)? .....	51
<b>Tabla 4.</b> ¿Usted realiza cambio de posición a su adulto mayor encamado cada 2 horas? .....	52
<b>Tabla 5.</b> ¿Usted cree que los cambios que ocurren en la piel asociados al envejecimiento incrementan la susceptibilidad al desarrollo de úlceras?.....	53
<b>Tabla 6.</b> ¿Usted cree que la mala nutrición en el adulto mayor encamado incrementa la susceptibilidad al desarrollo de úlceras? .....	54
<b>Tabla 7.</b> ¿Marque con una X, cuales considera que son los factores de riesgo para la formación de úlceras por presión? .....	55
<b>Tabla 8.</b> ¿Usted realiza el aseo general y cambio de ropa diario del adulto mayor encamado?.....	56
<b>Tabla 9.</b> ¿Usted cree que la falta de cambio de las sábanas de la cama aumenta el riesgo de úlceras en el adulto mayor encamado? .....	57
<b>Tabla 10.</b> ¿Usted ha recibido asesoría para dar los cuidados diarios del adulto mayor encamado?.....	58
<b>Tabla 11.</b> Cronograma de capacitación por barrios de la parroquia Puyo para la primera semana: Jornada educativa 1 - 2. ....	67
<b>Tabla 12.</b> Cronograma de capacitación por barrios de la parroquia Puyo para la segunda semana: Jornada educativa 3 - 4.....	68
<b>Tabla 13.</b> Cronograma de capacitación por barrios de la parroquia Puyo para la tercera semana: Jornada educativa 5 -6. ....	69
<b>Tabla 14.</b> Intervención de Enfermería para la prevención de úlceras por presión. ....	69
<b>Tabla 15.</b> Considera que la capacitación recibida sobre la prevención de las úlceras por presión fue: .....	86
<b>Tabla 16.</b> La capacitación de los factores de riesgo y cuidados generales en adultos mayores encamados logró incrementar su conocimiento sobre este tema:	

..... 86

**Tabla 17.** Le gustaría recibir más información sobre el tema, recomendaría esta capacitación a más personas..... 87

## ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía. 1. Socialización de consentimiento informado .....	105
Fotografía. 2 Socialización de la encuesta .....	105
Fotografía. 3.. Encuesta al centro de salud.....	106
Fotografía. 4 Capacitación a los cuidadores definición de paciente encamado	106
Fotografía. 5 Métodos de prevención de las úlceras por presión .....	107
Fotografía. 6 Dinámica reconocer los cambios posturales. ....	107
Fotografía. 7 Charla de cambio de posiciones acorde al reloj postural .....	108
Fotografía. 8 Cambios posturales en paciente encamado .....	108
Fotografía. 9 Hidratación de la piel.....	109
Fotografía. 10 Educación sobre las capas de la piel .....	109
Fotografía. 11 Educación sobre los 4 estadios de las úlceras por presión .....	110
Fotografía. 12 Dinámica Reconoce tu cuerpo. ....	110
Fotografía. 13 Baño de esponja .....	111
Fotografía. 14 Exposición oral al cuidador sobre la prevención de las úlceras por presión .....	111
Fotografía. 15 material didáctico sobre información de las úlceras por presión	112
Fotografía. 16 Reloj para cambios posturales .....	112
Fotografía. 17 Información sobre las zonas de presión.....	113
Fotografía. 18 Exposición oral didáctico sobre los estadios las úlceras por presión .....	113

## RESUMEN

Las úlceras por presión representan un importante problema de salud pública que afecta a millones de adultos mayores encamados en el mundo perturbando su salud, su calidad de vida y que pueden conducir a la discapacidad, inclusive la muerte. Hoy en día el interés en el cuidado en los adultos mayores relacionado con estas lesiones ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia el tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas ya que se estima que el 95-98% de las úlceras por presión son evitables. Por ello la investigación tuvo como objetivo desarrollar intervenciones de enfermería en la prevención de las úlceras por presión en los adultos mayores encamados pertenecientes a la parroquia Puyo. La presente investigación fue de tipo descriptivo, con diseño no experimental, con un enfoque mixto cuantitativo - cualitativo. En la investigación a través de la encuesta aplicada a los cuidadores se encontraron los siguientes resultados, frente a la prevención de úlceras por presión existe desconocimiento por parte de los cuidadores.

Para lo cual se diseñó un folleto educativo de enfermería con temas como los cambios de posición en base a las posiciones anatómicas y el cuidado adecuado en los pacientes encamados. Se concluyó que los factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión son la falta de movilidad del paciente, el aseo inadecuado y el cambio diario de ropa. Se recomienda a futuras investigaciones cuando se desarrollan procesos educativos debe existir un lenguaje sencillo y comprensible para que la información sea receptada de forma clara y precisa.

**PALABRAS CLAVES:** úlceras por presión, adultos mayores encamados, prevención.

## **SUMMARY**

Pressure ulcers represent an important public health problem that affects millions of bedridden older adults in the world, disturbing their health, their quality of life and that can lead to disability, including death. Today, interest in the care of older adults related to these injuries has been increasing, not only directed towards effective treatment, but also directed towards their prevention, since it is estimated that 95-98% of pressure ulcers are preventable. Therefore, the research aimed to develop nursing interventions in the prevention of pressure ulcers in bedridden older adults belonging to the Puyo parish. This research was descriptive, with a non-experimental design, with a mixed quantitative - qualitative approach. In the investigation through the survey applied to the caregivers, the following results were found, regarding the prevention of pressure ulcers, there is ignorance on the part of the caregivers.

For which an educational nursing guide was designed with topics such as position changes based on anatomical positions and adequate care in bedridden patients. It was concluded that the risk factors for the appearance of pressure ulcers are the patient's lack of mobility, inadequate hygiene and changing clothes. It is recommended for future research when educational processes are developed, there should be a simple and understandable language so that the information is received clearly and precisely.

**KEY WORDS:** pressure ulcers, bedridden older adults, prevention.

## INTRODUCCIÓN

La úlcera por presión es el daño en la piel y los tejidos subyacentes, debido a la falta de oxígeno e irrigación sanguínea en una zona del cuerpo donde se ejerce presión entre la piel y la protuberancia ósea, los mismos que son denominados como puntos únicos de apoyo. Categorizadas por etapas o grados determinándose según el cambio en la piel, las áreas más propensas a desarrollar úlcera por presión son: el sacro, las nalgas, los talones, los pliegues entre el cuerpo lúteo, el trocánter de la piel y los nódulos (1).

Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria del profesional en enfermería, siendo responsabilidad tanto su prevención como su tratamiento. El desafío es trabajar sistemáticamente, utilizando evidencia científica, para reducir las disparidades en las prácticas de atención. Las úlceras por presión son un problema de salud que necesita atención especial en el día a día, ya que afecta a los pacientes física, mental y socialmente, provocando que las laceraciones ocasionen cambios en la salud por factores como dolor e inmovilidad y autoestima baja. Segundo, el círculo familiar se ve afectado, con mayor carga de trabajo económico y emocional, y tercero se ve afectada el sistema de salud (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las úlceras por presión constituye un problema serio y esta complicación se puede presentar en cualquier tipo de paciente, sin embargo existen grupos de mayor riesgo como los pacientes geriátricos, con variaciones motoras, en estado de abstracción, por lo que la repercusión y prevalencia de las úlceras por presión cambia ampliamente dependiendo del lugar; varios estudios estiman que entre un 3 a 11% de los usuarios que ingresan en los dispensarios desarrollan este tipo de lesiones; el 70% se ocasionan en las iniciales dos semanas de hospitalización. Estos pacientes tienen una mortalidad hospitalaria del 23 al 27% y el peligro de muerte acrecienta de 2 a 5 veces en los domicilios frecuentados (1). El reposo extenso de un usuario es un contexto de alto peligro, sea cual sea la circunstancia del paciente. Esta circunstancia se puede ver agravada por la dificultad o imposibilidad de que el paciente realice movimientos por sí solo (3).

En Ecuador, el concepto de pacientes postrados crónicos que presente úlceras por presión no es de gran vinculación con la sociedad, por lo tanto, existe una

desinformación y esto genera que el paciente esté sujeto a tratamientos o cuidados que no sean los adecuados para personas con esa deficiencia física, causando, así un deterioro en la salud del paciente e incluso causarle la muerte (4).

El cuidado de un paciente encamado debe ser realizado por un profesional o mínimo tener la guía de un profesional para que sus familiares lo cuiden de la mejor manera posible, dicho profesional conocerá actividades básicas como es la alimentación, vestimenta, inocuidad del paciente, además debe conocer técnicas establecidas para el manejo del paciente, el medio que lo rodea que física y emocionalmente ayudará al paciente a sentirse mejor y así disminuir la tasa de mortalidad.

Al menos el 95% de las mismas son eludibles. Es por tal razón que la investigación se enfoca en el cuidado y prevención de las úlceras por presión, con la colaboración de los familiares y/o cuidadores, enfermería cumpla el rol de educadora en la atención de pacientes encamados.

La investigación está conformada por los siguientes capítulos:

Capítulo I. Marco Referencial: está conformado por el planteamiento del problema, hipótesis, justificación, objetivo general y objetivos específicos, los cuales permiten desarrollar la investigación y buscar las posibles soluciones.

El Capítulo II. Marco Teórico: que contiene la fundamentación teórica de las úlceras por presión, prevención y cuidados de enfermería, para poder educar y garantizar una capacitación adecuada.

El Capítulo III: Marco Metodológico: de la investigación, población y muestra del estudio, además de las técnicas e instrumentos de recolección de datos que se utilizaron para la investigación y que ayudaron a cumplir los objetivos planteados.

El Capítulo IV. Análisis e Interpretación de Datos Empíricos: está conformado por los resultados obtenidos con su respectivo análisis, donde se conocerá mediante la encuesta realizada el nivel de conocimiento que tiene el cuidador sobre las úlceras por presión.

El Capítulo V. Plan de Intervención, Análisis y Discusión de Resultados: está conformada por el plan de intervenciones de enfermería donde se conocerá si las capacitaciones sobre la atención y el manejo de las úlceras por presión, ayudaron a educar a los cuidadores que tienen a cargo a un adulto mayor.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO REFERENCIAL**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las úlceras por presión, son un problema muy común en la práctica diaria de enfermería la cual es prioritaria para la prevención; por lo tanto, las úlceras por presión son lesiones producidas por la tensión de la piel al permanecer por largos períodos de tiempo en una sola posición. Representan un inconveniente de salud por su prevalencia, así como por su impacto en la salud y la calidad de vida del paciente (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, la aparición de las úlceras por presión (UPP), a nivel mundial está entre el 5 y 12%, lo que causa una complicación en la salud pública, porque al aparecer úlceras por presión es uno de los indicadores más importantes para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país ya que tiene repercusiones sanitarias, sociales y supone costos muy considerables en el estado (5).

Un solo paciente puede tener varias úlceras por presión en diferentes fases: se encontró que en la I y II combinadas son las de mayor frecuencia con un 30 %; seguido de la I y II con un 25 % cada una; en la fase IV con un 7.5 %; un 5 % en las II y III; en la I y III 2.5 % y las I, II y III con un 2.5 %. La fase indeterminada ocupó el 2.5 % (6).

En países modernos como Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos, la prevalencia de úlceras por presión se ha estimado entre un 14,8 % y un 26 % en entornos sanitarios, un 25 % en pacientes agudos y un 30 % en pacientes crónicos 15% en la comunidad y en Latinoamérica un estimado de 7%, aunque este porcentaje puede ser mayor por problema de entrada a los servicios de salud (7).

En Ecuador no existen datos sobre la epidemiología de estas infecciones, sus estrategias de prevención, ni su impacto en pacientes, cuidadores, organizaciones de salud, sistemas de salud o pacientes en todo el país.

Cada hospital maneja sus propias estadísticas de úlceras por presión para aplicar sus protocolos, por lo que se hace referencia el siguiente estudio sobre la incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardio centro, Manta, Ecuador, durante el año 2019 fue del 3,16%; el 34% se presentó en pacientes con edades entre 61–70 años, el 75% de los

pacientes del sexo masculino se vio afectado. El 83% de la causa de ingreso fue médica. Según la Escala Norton el riesgo era alto en un 58% de los usuarios, al instante del diagnóstico el 50% mostraba úlceras categoría II y la ubicación anatómica más perjudicada fue la región sacra, con el 42% (8).

En la provincia de Pastaza, ciudad del Puyo se obtiene un estudio realizado sobre el cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería del Hospital General Puyo en el año 2018, refiere que la prevención de úlceras por presión es del 88%, además, más del 85% de los protocolos son cumplidos como la norma establecida debido a su gran importancia (9).

Conforme a los datos estadísticos proporcionados por la Dra. Fiorella Capuz médico general del centro de salud del morete Puyo menciona que en la parroquia existían 15 pacientes encamados de los cuales 3 fallecieron durante la pandemia y 2 fueron referidos a unidades de tercer nivel, en la actualidad existen 10 adultos mayores encamados presentando patologías como accidente cerebro vascular, osteoporosis, artritis y artrosis, refiere que las visitas domiciliarias para valoración y asistencia por el personal de salud, se priorizan de acuerdo a las parroquias que abarca el centro de salud, indica que algunas ocasiones los cuidadores no están en casa y no le dan la importancia necesaria por desconocimiento de cómo se pueden desarrollar las úlceras por presión y posibles complicaciones como: reducción de la circulación sanguínea, aparición de laceraciones, piel enrojecida, celulitis, la depresión, septicemia e infecciones óseas y articulares. Además, si se realizan capacitaciones para la prevención de úlceras por presión, pero la acogida no es satisfactoria, se menciona que solo un 40% de los cuidadores lleva a los adultos mayores cuando estos presentan complicaciones, mientras que el 60% decide tratarlo en casa con medicina tradicional creando un factor de riesgo para complicaciones en su salud. Esta información se pudo evidenciar de forma verbal con un documento escrito sellado que respalde dicha información (Ver anexo 2, pág. 94).

## 1.2 HIPOTESIS

Mediante la ejecución de las intervenciones de enfermería para la prevención de las úlceras por presión, se contribuirá a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores encamados.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión se han convertido en un problema de salud en los adultos mayores encamados, causando molestias, dolores e inclusive la muerte. Para esta patología no existe una cura efectiva, pero con tratamiento farmacológico y no farmacológico se puede evitar las úlceras por presión, ayudando a cuidar la salud y el bienestar del adulto mayor encamado. La presente investigación nace por la necesidad de implementar varias intervenciones de enfermería básicas que permita capacitar y educar a los cuidadores sobre la prevención que requieren los pacientes encamados a padecer úlceras por presión basándose en evidencia científico-clínica en la parroquia Puyo.

La realización de este trabajo investigativo es factible porque cuenta con la predisposición de los cuidadores de los adultos mayores encamados de la ciudad de Puyo, para ejecutar cada una de las intervenciones de enfermería mediante un folleto educativo y poder garantizar la prevención de las úlceras por presión.

El grupo beneficiario directo de este proyecto investigativo es de 10 adultos mayores encamados de la parroquia Puyo, y los beneficiarios indirectos son los cuidadores que están a cargo del cuidado de los mismos; se realizó visitas domiciliarias de cada paciente, donde se impartieron temas de suma importancia como la prevención de las úlceras por presión, con el fin de educar a los cuidadores sobre la importancia de los cambios posturales, los tipos de pomadas y equipo que ayudaran a la prevención eficaz de las úlceras por presión.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Desarrollar un plan de intervención de enfermería para la prevención de úlceras por presión en adultos mayores encamados de la parroquia Puyo, contribuyendo a la disminución del riesgo de complicaciones, así como al bienestar y confort del usuario.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de conocimiento que poseen los cuidadores sobre las úlceras por presión.
- Diseñar un folleto educativo para la prevención de úlceras por presión, en base a la encuesta aplicada a los cuidadores de los adultos mayores encamados.
- Ejecutar acciones de enfermería que ayuden a prevenir las úlceras por presión en el adulto mayor encamado.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 ADULTO MAYOR**

Existe una tendencia mundial hacia un incremento demográfico en la población >65 años que son los adultos mayores. Con el envejecimiento aparecen una cadena de disfunciones esofágicas, padecimientos sistémicos, como la diabetes mellitus o con enfermedades neurológicas etc. (8).

El envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc., que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico, reduciendo su autonomía, calidad de vida, habilidad y capacidad de aprendizaje motriz. La movilidad se limita con la edad y establece un cuadro de salud.

El deterioro de movimiento, asociado con reflejos lentos y disminución del tono muscular relajado, junto con otros factores conduce al desgaste de coordinación y movimientos torpes. La inmovilidad y la inactividad se encuentran entre los elementos más agravantes del envejecimiento y la discapacidad ocasionando que la avanzada edad pronto se vuelve un problema (9).

#### **2.2 EL ENVEJECIMIENTO**

Es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la muerte (OMS). Esta definición es una de las más aceptadas, pero es necesario aclarar que en la vida de una persona existen dos etapas, lo que significa el primer proceso evolutivo desde el nacimiento hasta la niñez y la adolescencia, y finaliza con la madurez, ronda los 25 años (11).

##### **2.2.1 Aspectos Fisiológicos y Psicológicos del envejecimiento**

La población está envejeciendo rápidamente, lo que requiere una serie de cambios fisiológicos asociados, ya que la mayoría de los sistemas y funciones corporales se encuentran general y progresivamente deteriorados (11). Hay una serie de alteraciones en la estructura corporal, con un aumento y redistribución de la masa grasa y decrecimiento en la masa magra. La baja masa y empleo muscular concerniente con la edad se conoce como «sarcopenia», un síndrome

caracterizado por un desgaste generalizado y progresivo del músculo esquelético. Suele ir acompañada de inactividad física, depreciación de la movilidad y la capacidad para realizar ejercicios de resistencia. Esto significa un metabolismo basal más bajo (y un gasto calórico más bajo), por lo que los adultos mayores tienen necesidades energéticas más bajas que los adultos (9).

### **2.2.2 La Función Renal**

Disminuye el índice de filtración glomerular, los vasos sanguíneos y la glomeruloesclerosis y la capacidad de concentrar la orina. Como resultado, la capacidad de separar los desechos metabólicos puede verse reducida. (9)

### **2.2.3 En el Sistema Cardiovascular**

Son característicos la extensión de la dureza arterial y el grosor de la pared ventricular y la depreciación de la contractilidad miocárdica. El efecto más importante de la vejez se ve reflejado en el corazón y se observa durante la actividad física, ya que disminuye la capacidad de aumentar la frecuencia cardíaca, una mayor prevalencia de la hipertensión arterial y un mayor riesgo de arritmias (9).

### **2.2.4 Los cambios en el Sistema Nervioso**

Pueden ser determinantes importantes de la discapacidad. El contenido intracraneal se mantiene a medias que disminuye el volumen cerebral, pero aumenta el líquido cefalorraquídeo. Los cambios en el número de neuronas y dendritas y la función cognitiva no son uniformes, siendo la memoria y la atención los dominios cognitivos más afectados. También hay cambios en la función motora y los procesos del sueño (9).

### **2.2.5 El Metabolismo de los Hidratos de Carbono**

También está alterado, y se ha demostrado que la sarcopenia está implicada en el desarrollo de resistencia a la insulina. Observando un aumento paulatino de la proporción del peso corporal compuesto por grasa (en particular el aumento de la grasa visceral), y se ha demostrado que el tejido adiposo ha demostrado ser un órgano endocrino muy activo en el metabolismo de la glucosa. En España, la prevalencia de diabetes en personas mayores de 75 años se sitúa por encima del

30%, y es importante porque activa la evolución de enfermedades como cataratas, alteraciones retinianas y arterioesclerosis (9).

### **2.2.6 Los Órganos de los Sentidos están perturbados**

Es usual que desencadene en cataratas, presbicia y degeneración macular. El envejecimiento coclear y otros factores son signos de la hipoacusia, con predisposición genético y ambiental. Ocasiona disminución en la sensibilidad gustativa y olfativa. Lo que ocasiona que los envejecidos sean propensos a problemas de seguridad alimentaria (9).

### **2.2.7 El Aparato Digestivo**

La funcionalidad es normal en mayores sanos. Pero es muy común que los procesos del tracto digestivo sean anormales y que el peristaltismo sea menor, produciendo que la absorción de nutrientes sea baja. Además, es necesario tomar en cuenta que el deterioro bucal y dental ocasionado por la edad, hace que la masticación sea dolorosa y, que en consecuencia a esto se produzca un cambio en el estilo alimentario que podría tener pocos nutrientes (9).

### **2.2.8 El Envejecimiento también se asocia a alteraciones importantes en los huesos y las articulaciones.**

El grosor óseo también disminuye, principalmente en el sexo femenino posmenopáusicas, lo cual genera que sean propensas a tener problemas de osteoporosis. Los cartílagos también tienen cambios estructurales, celulares y motores significativos, desencadenando un proceso degenerativo que causa artrosis, volviendo la articulación más rígida y frágil (9).

### **2.2.9 La Función Inmunitaria**

Las células T, se deterioran a esta edad. Por lo tanto, el mecanismo de protección del sistema inmunológico disminuye (9).

### **2.2.10 Los Trastornos Afectivos**

En todo el ciclo de la vida los problemas psicológicos son comunes, pero en la vejez es cuando más se intensifica, poniendo en peligro sucesos contrarios a la vida. La

constancia en personas mayores que se encuentran en centros gerontológicos es mayor. La ansiedad y depresión por lo habitual se presentan juntos. Sobrellevando estos trastornos a problemas de nutrición, ocasiones por falta de interés a la hora de alimentarse (9).

A esta edad las patologías más comunes son la demencia, afectando las funciones cerebrales cognitivas de memoria, lenguaje, percepción del pensamiento, inhibiendo la rutina diaria. La OMS menciona que las demencias más comunes es el Alzheimer y demencia vascular. Según artículos científicos al reducir los padecimientos cardiovasculares, se disminuye cualquier demencia (9).

### **2.2.11 Aspectos Sociales del Envejecimiento**

La vejez es un proceso inalterable, una experiencia personal única que afecta todos los aspectos del ser humano, incluido el camino hacia la aceptación y la muerte. Esta es una fase en la que ocurren muchos cambios importantes (además de los cambios fisiológicos y biológicos), como la jubilación, el traslado a una vivienda más adecuada y la muerte de amigos y parejas (11).

La pérdida emocional es insuperable y se supone que tiene un impacto psicológico significativo. La jubilación, por el contrario, conlleva una reducción de los ingresos económicos, así como un aumento significativo del tiempo de inactividad, que debe aprenderse a gestionar adecuadamente (11).

El senior ve un cambio dramático en su papel en la vida después de la jubilación, de un sujeto activo a un sujeto más pasivo. Además, si a esto se le suman preocupaciones de salud, es posible que necesite cuidados especiales. Ocasionado que se cambie de vivienda y, en algunos casos, para entrar en un establecimiento (11). En adultos mayores sanos, con autonomía y en un entorno con familiares que los aman y conocen socioeconómicamente bastante, el envejecimiento puede ser un proceso satisfactorio. Existe amplia evidencia de que los adultos mayores contribuyen a la sociedad de muchas maneras, sin embargo, a menudo se los estereotipa como personas frágiles y dependientes con cargas financieras o deterioro físico y cognitivo. Estas actitudes esconden una discriminación basada en la edad que está arraigada en la sociedad y puede

convertirse en realidad al promoverla (11).

Entre la creciente población anciana, las mujeres superan en número a los hombres y sus características sociodemográficas y de salud están bien definidas. Se ven afectados por los bajos niveles de ingresos, el analfabetismo, la soledad y los entornos hostiles. En esta población, el hecho de ser mujer también es un factor que contribuye a una severa desigualdad. Algunas medidas para reducir la desigualdad de género son (11):

- Evitar hábitos peligrosos (tabaco, alcohol...) y fomentar una vida sana en las mujeres mayores, como una dieta rica en calcio.
- Prevenir y tratar enfermedades que afectan significativamente el envejecimiento de la mujer, como las enfermedades cardiovasculares, la pérdida de visión y audición, la osteoporosis, la depresión y el deterioro cognitivo y las enfermedades osteoarticulares y reumatológicas.
- Reducir los estereotipos basados en el género, especialmente sobre la menopausia y la vejez de la mujer, y dejar de vincular la salud de la mujer con los aspectos reproductivos.
- Evitar los prejuicios que etiquetan a las mujeres mayores como pacientes problema que visitan con frecuencia la consulta del médico de cabecera. Es necesario analizar y corregir la discriminación por razón de género en la prestación de servicios de salud a los adultos mayores.
- Estar muy atentos para detectar abusos en la familia, incluida la violencia de género y otros abusos hacia las personas mayores.
- Promover la alfabetización de las mujeres mayores y cualquier oportunidad de aprendizaje y educación continua (11).

Los servicios de salud deben ayudar a corregir estas desigualdades a través de la prevención, la planificación, la atención y la investigación (11).

Se entiende por "envejecimiento satisfactorio" el hecho de retrasar y compensar el deterioro de las funciones físicas y psíquicas relacionado con la edad. Esta expresión implica una sensación de bienestar, no solo física y espiritualmente, sino

también social. En su último informe sobre adultos mayores, la OMS propone una estrategia de salud pública que considera el envejecimiento en un sentido amplio desde una perspectiva funcional y de curso de vida y promueve el envejecimiento activo y saludable (11).

### **2.2.12 Envejecimiento Activo y Saludable**

Según la Organización Mundial de la Salud, envejecer saludable es “el proceso de promover y mantener la suficiencia funcional que consiente el bienestar en la vejez” (11).

Envejecer saludablemente se basa en un curso de vida y una perspectiva funcional. Las capacidades funcionales incluyen atributos que admiten a un individuo ser quien quiere ser y hacer cosas que son importantes para ella.

Consisten en las capacidades subjetivas de una persona, tanto físicas como mentales, y las particularidades del entorno, como la familia, la sociedad y la sociedad en su conjunto, y las interacciones de una persona con estas características. Finalmente, la felicidad de los ancianos es vista en su sentido amplio incluyendo temas como felicidad, contentamiento y contentamiento (11).

El envejecer saludablemente empieza al nacer con nuestra composición genética, que puede cambiar durante el útero y la posterior exposición y hábitos ambientales. Algunas características personales, como el género y la raza, pueden ser fijas, y otras reflejan las influencias del entorno social, como el nivel educativo, el género o la situación económica. Las oportunidades y los recursos no siempre se alinean con nuestras necesidades o derechos (aunque sí se alinean con nuestro estatus social o económico) y pueden ser injustos o desiguales (9).

El envejecimiento activo se define como “el proceso de mejorar las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS) (9). Los pilares del envejecimiento activo son la salud, el compromiso y la seguridad. Las claves específicas son factores económicos, comportamentales, personales, sociales, sanitarios y del sistema social, y factores del entorno físico.

El objetivo es prolongar la calidad y la longevidad, es decir, disfrutar de la vejez de forma activa y saludable, es decir, participar socialmente con las propias necesidades, aspiraciones y capacidades y aprovechar las oportunidades para una buena salud física y emocional. Bienestar y vivir en un entorno social de apoyo (11).

En resumen, de lo tratado, se debe realizar una receta saludable, que ayude a mejorar los años de la vejez, permitiendo que sean de calidad.

### **2.2.13 Alimentación Saludable**

Se recomienda realizar cinco comidas al día, siendo las más importantes el desayuno y el almuerzo. Para lograr una alimentación diaria equilibrada, debes:

- Consigue frutas, verduras y hortalizas (frescas o cocidas, preferiblemente de temporada) en las cantidades adecuadas.
- Poner cereales y patatas en un segundo plano.
- Agregar proteína a la dieta, la cual debe ser alternada durante la semana. Las carnes blancas, el pescado, las legumbres, los frutos secos y los huevos son los más adecuados.
- Para el resto, utiliza aceite de oliva virgen extra, una pizca de sal y bebe mucha agua.
- Evitar en la medida de lo posible los alimentos procesados, la bollería y los alimentos salados.
- Utilizar sistemas de cocción como asado, hervido, al vapor, horneado ya la plancha, y evitar las frituras.

### **2.2.14 Actividad Física**

El ejercicio diario fortalece los músculos, mejora la salud ósea, el peso y el equilibrio, y reduce el riesgo de caídas. Ayudando en la salud psicológica, ayuda a conciliar el sueño, previene y reduce enfermedades como infartos, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y más (9).

Se puede realizar cualquier deporte: ½ hora de ejercicio físico al día es bastante para optimar la salud. Uso de menos automóviles y ascensores en comparación con caminar y utilizar escaleras. También es importante que dediques parte de tu

tiempo libre a actividades como nadar, bailar, tenis de mesa, yoga, etc. También puede ser por alguna condición médica que no haya opción de hacer esta actividad física, por lo que animamos a que se haga dentro de la capacidad de cada persona y siempre teniendo en cuenta que el ejercicio no debe causar ningún daño (9).

### **2.2.15 Cuidados Corporales**

Es muy importante mantener una buena salud bucal, incluido el cepillado de los dientes después de cada comida y el uso de hilo dental. Si se utilizan prótesis, deben limpiarse y retirarse por la noche. No olvides hacerte chequeos regulares en el dentista (11).

A medida que envejecemos, la piel pierde su elasticidad, se seca y se vuelve más frágil. El tratamiento comienza con un baño diario con un jabón neutro que seca los pliegues cutáneos, y finaliza con la aplicación de una crema hidratante para prevenir la sequedad. Las llagas y los lunares pequeños deben controlarse de cerca (esté atento a los cambios de tamaño y color), y se debe prestar atención a las áreas de pliegues si se produce enrojecimiento (11).

A estas edades, la exposición al sol es más dañina debido a la fragilidad de la piel, por lo que se deben extremar las precauciones. Use un SPF alto o muy alto y beba mucha agua (11). El cuidado de los pies es fundamental. Debe revisarlos regularmente y buscar llagas, uñas encarnadas o ampollas. Se recomiendan calcetines de algodón y zapatos holgados y cómodos con tacones bajos (11). Dormir bien por la noche evita el mal humor y la fatiga, y por lo tanto aumenta el riesgo de caídas. Es una buena idea mantener una rutina regular, comer menos alimentos, evitar las bebidas estimulantes y hacer ejercicio durante el día para poder descansar mejor por la noche (11).

### **2.2.16 Mente Activa**

En la vejez a menudo se preocupan por el detrimento cognitivo, que no es un problema si no es gradual y no afecta el diario vivir (11).

Varios consejos sugieren que el cerebro se mantenga activo incluyen dormir bien por la noche y participar en actividades que fortalezcan el cerebro, como leer, escribir o pasatiempos. También ayuda a comunicarse con el entorno y a desarrollar conocimientos o habilidades propias del individuo, ya que la edad no es

una desventaja para seguir aprendiendo (9).

## **2.3 PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES**

Los riesgos de caídas y accidentes aumentan con la edad, debido a la pérdida de órganos sensoriales, reflejos y fuerza muscular, así como a los efectos de ciertos medicamentos y enfermedades. Para evitarlo, es importante mantener una actividad física regular para no perder la fuerza y el equilibrio, y realizar movimientos cuidadosos (pararse, girar, etc.) si es necesario. (11). En la casa la iluminación debe ser suficiente y suficiente, procura tener a mano todo lo necesario, no te subas a las bancas, no uses alfombras, y si hay escalones, usa pasamanos. En los baños se recomienda utilizar asideros y ducha en lugar de bañera y utilizar sistemas antideslizantes (11)

### **2.3.1 Cuidado de las Emociones y las Relaciones**

De acuerdo a la edad del adulto mayor se presentan problemas serios como la pérdida emocional de familiares o amigos, que muchas veces es difícil de superar y afecta su salud mental. Tener una actitud positiva ante la vida te ayuda a avanzar con seguridad y superar las adversidades que se han presentado a lo largo de los años. Por ello, es fundamental aprender a disfrutar de las pequeñas distracciones y mejorar el estado de ánimo, así como encontrar la felicidad y la felicidad en la familia y las personas amables (9).

La integración social es de gran importancia durante esta etapa de la vida, por lo que debes salir de casa e integrarte en la sociedad. Es importante cuidar a la familia, a los amigos, a los vecinos... Hoy en día, en todas las ciudades existen diversas actividades dirigidas a este público, pudiendo participar en ellas según las preferencias de cada uno (9).

### **2.3.2 Cuidados Médicos y Asistencia Farmacéutica**

Es fundamental que el adulto mayor asista a controles médicos y averiguar sobre los padecimientos que presentan para poder tratarlas, e incluso con ayuda profesional mejorarlas. Si se presentan nuevos síntomas es necesario acudir al médico de manera prioritaria (9). Además, es necesario que participen de las campañas de vacunación anual de la influenza (9).

A la hora de la medicación, se recomienda que el paciente y familiares dispongan

de un registro de medicamentos y horarios. Este registro debe tener nombre, dosis, tratamiento, además de registrar si presenta algún tipo de alergia (9).

Dentro de lo posible en las boticas tener un seguimiento farmacoterapéutico. Para evitar interacciones, inhibiendo las reacciones adversas, y ayudar al individuo en la mejoría de la salud, tanto físico como emocional (9).

#### **2.4 ENFERMEDADES FRECUENTES EN EL PACIENTE ENCAMADO**

Una persona que pasa la mayor parte de su tiempo en cama a causa de una enfermedad, lesión o dependencia excesiva, y por tanto es incapaz de moverse, sufre muchas complicaciones que pueden afectar a diferentes órganos del cuerpo, algunos pueden ser peligrosos, especialmente en pacientes de edad avanzada (10).

- **Sistemas cardiovasculares:**

Ralentiza la circulación sanguínea y, por lo tanto, aumenta el riesgo de desarrollar tromboflebitis, trombosis venosa profunda y tromboembolismo, especialmente en los pulmones. También pueden ocurrir cambios en la frecuencia cardíaca, como hipotensión ortostática, que resulta de un cambio repentino de posición y provoca mareos e incluso desmayos (10).

- **Sistema respiratorio:**

La mala ventilación resultante del pulmón afecta la retención de secreciones y, por lo tanto, aumenta el riesgo de infecciones, como la neumonía. El tromboembolismo pulmonar, como se indicó, es otra complicación importante que afecta el sistema respiratorio (10).

- **Sistema urogenital:**

La incontinencia urinaria es la complicación más común y puede provocar erupciones, infecciones del tracto urinario y la formación de cálculos renales (10).

- **Sistema musculoesquelético:**

La fijación conduce a la pérdida de masa muscular y la consiguiente atrofia y pérdida de resistencia muscular. La rigidez, la rigidez y otros problemas musculares pueden dificultar el movimiento. Esto presagia un cambio funcional significativo, especialmente en las articulaciones, lo que puede provocar un dolor intenso. Este

deterioro conduce a la pérdida a largo plazo del control del esfínter. Asimismo, la pérdida de masa ósea acelera el desarrollo de la osteoporosis y, por tanto, aumenta el riesgo de fracturas (10).

- **Sistema digestivo:**

La anorexia es una enfermedad común con riesgo de desnutrición. También se presentan alteraciones de la deglución y cambios en la composición de las heces, con frecuentes episodios de estreñimiento y tendencia (10).

- **Piel:**

Las úlceras por presión son la complicación más frecuente y más común si la posición del paciente no se cambia con frecuencia. Los trastornos de la micción, las heces y la defecación también pueden causar eccema.

- **Sistema nervioso:**

La falta de estímulos externos puede provocar deterioro cognitivo, sentimientos de deriva, síndrome comunal, distracción y falta de sentido del equilibrio. Asimismo, puede resultar en una imagen sombría (10).

- **Sistemas Genitourinarios y Gastrointestinales**

La inmovilidad de un individuo puede tener un impacto muy negativo en estos sistemas corporales. La disuria junto con la obstrucción urinaria son problemas comunes del sistema genitourinario. En el sistema digestivo, la inactividad de varios órganos conduce al estreñimiento (11)

- **Accidente cerebro vascular**

Un ACV ocurre cuando se detiene el flujo de sangre a una parte del cerebro. A veces se le llama "ataque cerebral". Cuando el flujo de sangre se detiene por más de unos pocos segundos, el cerebro no podrá obtener los nutrientes y el oxígeno. Las células cerebrales podrían morir y ocasionar daños permanentes (11).

- **Fibrosis pulmonar**

La fibrosis pulmonar es un padecimiento pulmonar que ocurre cuando el tejido pulmonar se daña y cicatriza. Este tejido grueso y resistente dificulta el correcto funcionamiento de los pulmones (11).

## **2.5 PACIENTE ENCAMADO**

Un paciente postrado en cama es un paciente que no puede moverse por completo y está postrado en cama la mayor parte del tiempo. Esta condición puede ser causada por muchos factores con diferentes grados de severidad. La cooperación familiar es necesaria, aunque a veces no suficiente, y puede requerirse ayuda externa. La prevención de llagas o heridas es especialmente importante. Son comunes en pacientes postrados en cama. Aparecen en áreas de la piel que están bajo presión, especialmente en los talones, el sacro, los tobillos y las caderas (7).

## **2.6 ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Las laceraciones, generalmente sobresale por encima del hueso, causada por presión o compresión combinada con fuerza de cizallamiento. A veces también puede aparecer en tejidos blandos que están sujetos a presión externa por diversos materiales o dispositivos médicos, es un problema de salud pública importante que afecta a millones de personas en todo el mundo, afecta su salud y calidad de vida y puede provocar la muerte, discapacidad o muerte (12).

La presión constante sobre la piel comprime los diminutos vasos sanguíneos, que son los vasos que transportan oxígeno y nutrientes a la piel. Cuando la piel no recibe estas sustancias, se produce la muerte del tejido (13).

Aparece en cuestión de horas y tarda varios meses en recuperarse, afecta principalmente a pacientes hospitalizados y/o encamados de larga estancia, especialmente a aquellos con antecedentes de diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, problemas de alimentación, incontinencia, problemas cerebrales, etc. Consideradas laceraciones causadas por falta de riego sanguíneo en algunas zonas determinadas del cuerpo, que en ocasiones degeneran la integridad de la piel, músculos e incluso los huesos (4).

Las escaras es uno de los problemas más comunes en el hospital donde ingresan pacientes con discapacidad motora debido a diversos factores, ya sean externos, genéticos, patológicos o de la edad (4).

Esta es una complicación clínica que afecta principalmente a las zonas más

grandes del cuerpo como la piel, y puede ocurrir a cualquier edad, en cualquier lugar y sin distinción de raza o género. Las úlceras no son una enfermedad, son lesiones isquémicas localizadas en la piel y tejidos subyacentes, que drenan la piel y se producen por la presión o fricción prolongada entre dos superficies (4).

La mayoría de los individuos con escaras están traumatizados, son ancianos o requieren hospitalización. La hospitalización ronda el 10%, la prevalencia es del 3,5 al 29,5%, ascendiendo al 33% en cuidados intensivos, al 23% en parapléjicos y hasta al 66% en fracturas de fémur (14).

Se piensa que el 95% de esta entidad es prevenible. Las escaras son lesiones que afectan a otras regiones del cuerpo que ejercen presión sobre la superficie externa, y se presenta principalmente en personas inmóviles y de edad avanzada, provocando shock por retención o disminución del flujo sanguíneo. Circulación en la parte afectada. El objetivo principal de la práctica profesional de enfermería es brindar atención segura, de calidad y personalizada a los pacientes que la necesitan (15).

## 2.7 ETIOLOGÍA

Los factores de riesgo para las úlceras son:

- **La inmovilidad:** Puede ser causada por estar acostado en la cama o estar sentado.
- **Edad extrema:** Cambios en la piel asociados con el envejecimiento, como pérdida de vasos sanguíneos en la dermis, adelgazamiento de la epidermis, aplanamiento de la unión entre la piel y la epidermis, pérdida de fibras elásticas y aumento de la permeabilidad de la piel, y aumento de la susceptibilidad al desarrollo. úlceras.
- **Trastornos nutricionales:** como hipoproteïnemia, deficiencia de zinc, hierro y ácido ascórbico.
- **La incontinencia:** urinaria y fecal, riesgo 5 veces mayor, así como fracturas, sobre todo de cadera.
- **Presión:** es la fuerza por unidad de área perpendicular a la piel; Debido a la gravedad, hace que el tejido se rompa, impidiendo el flujo sanguíneo con la subsiguiente hipoxia y necrosis tisular si persiste. Representando un riesgo importante.

- **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, generando fricción por movimiento o resistencia, y la humedad aumenta la fricción además del efecto de la fricción sobre la piel.
- **Cizallamiento** (fuerza externa de sujeción de los vasos sanguíneos): una combinación de efectos de presión y fricción, por ejemplo, la posición de Fowler que causa fricción y presión sobre el sacro.
- **Humedad:** el control inútil de la humedad puede provocar problemas en la piel, como ardor, deposiciones mixtas (heces y orina), sudoración excesiva, poca sequedad de la piel después de la limpieza diaria y la salida de la herida de la herida empeorando la integridad de la piel y edema. Baja resistencia, susceptibilidad a la abrasión y ulceración. Aumentando el riesgo de infección.
- **Las úlceras por humedad (UPH)**  
 Se dan especialmente en la zona del pañal y suelen ir conducidos de otros factores como fuerzas cortantes, entre otros. La abundancia de humedad en la piel es una fuente potencial de transpiración y daño cutáneo, se debe evitar el uso de dispositivos que impidan el libre flujo de aire a través de la piel. La humedad es causada principalmente por la incontinencia urinaria y fecal, así como por el aumento de la temperatura corporal. El calor produce sudor, que a su vez provoca humedad y pérdida de la función protectora de la piel debido a la debilidad. Las úlceras por presión son causadas por una presión prolongada sobre el hueso que sobresale. El factor principal en la aparición de llagas es que las áreas de la piel se estiran por mucho tiempo, los tejidos y músculos debajo de la piel son más sensibles y pueden ocurrir daños irreversibles. Los pacientes inmovilizados se ven más afectados en las regiones sacra y trocantérica (4).

## 2.8 FACTORES DE RIESGO

Las escaras se presentan debido a la presión misma que generan en el cierre de los capilares, inhabilitando el paso de oxígeno a los tejidos. Además, existen varios factores que ayudan a desarrollar úlceras en partes susceptibles (16).

### 2.8.1 Fisiopatológicos

**Presión:** se ocasiona por la fuerza de la gravedad, causando un aplastamiento

tisular en dos partes, uno del individuo y el otro lo que roza con el (muebles, colchón, sondas, etc.) La presión capilar oscila entre 16- 32 mm. De Hg. Una presión superior a 17 mm. De Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos incitando hipoxia, y posteriormente necrosis del tejido. Para que se formen las escaras depende de la presión de la piel y del tiempo de la misma; Kösiak señaló que una presión de 70 mm. De Hg. durante 2 horas ocasionaría lesiones isquémicas (4).

**Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa comparablemente al tejido, provocando roces, por inclinaciones o arrastres. En el individuo en cama o sentado en el roce con las sobre sabanas o superficies rugosas origina fuerzas de fricción., sobre todo al trasladar o arrastrar al paciente (4).

**Cizallamiento:** es una combinación de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que causa movimiento del cuerpo, induce roce en sacro y presión sobre la misma zona). Por ello, la presión que se requiere para reducir la aportación sanguínea es menor, haciendo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente (4).

**Lesiones cutáneas:** edema, sequedad de piel, falta de elasticidad, fragilidad; acrecientan la posibilidad de producción de heridas de cualquier clase ante lesiones menores (4).

**Trastorno en el transporte de oxígeno:** trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares. Insuficiencias nutricionales: baja capa grasa subcutánea, desgaste de masa magra o muscular, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación (4).

**Trastornos inmunológicos:** pueden ocasionar contaminación generalizada y localizada, cáncer, variación en la conciencia; coma, confusión, problemas que disminuyen la movilidad del individuo, estupor. Deficiencias motoras: parálisis. Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa, general por estupor o localizada por alteraciones de los troncos nerviosos (4).

La no utilización de colchones anti escaras, la no aplicación de cremas hidratantes para la piel, la pérdida de la movilidad y el autocuidado. Los factores de riesgo para las escaras son las personas con problemas de movilidad que permanecen en la misma posición. Los individuos con parálisis, paraplejia ocasionada por daño en la médula ósea. Las personas con daño en los nervios no sienten dolor en las partes

afectadas. Enfermos sometidos a cirugías masivas o amplias (4).

- **Pérdida de masa muscular.**

Los individuos con parálisis pierden masa muscular, ocasionando atrofia. Los músculos son amortiguadores naturales sobre las partes con huesos. La pérdida de esta produce poca protección de tales superficies y más fricción en la piel (17).

- **Tener sobrepeso o estar por debajo del peso normal.**

La delgadez, ocasionado poco musculo para proteger la piel, de manera que el roce constante provoca escaras. Al contrario, el sobrepeso provoca poca movilidad muscular y no permite el cambio postural, causando que el tejido adiposo abundante cierre el paso de oxígeno y nutrientes para la piel (17).

- **Reducción de circulación.**

- El flujo de sangre a las extremidades paralizadas se reduce porque los músculos no se ejercitan y la piel recibe menos nutrientes y oxígeno. La piel no sanará con mala circulación (17).

- El edema o la hinchazón ocurren como resultado de la acumulación de líquido en los tejidos, generalmente en una parte del cuerpo que no se mueve con frecuencia y hacia el corazón (pies, piernas y manos). La piel en áreas de edema se vuelve más delgada, más pálida y más susceptible a infecciones (17).

- Fumar es malísimo para su circulación (17).

- La diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto reducen la circulación sanguínea. Si tiene estas condiciones, preste atención a sus pies y tobillos. Se encuentra en la parte distal del corazón y es probable que se vea afectado primero (17).

- **Humedad.**

Piel húmeda (debido a orina, heces, sudor, agua) tiene mayor posibilidad de deteriorarse (17).

- **Piel seca.**

Escamosa puede agrietarse, inflamarse e infectarse (17).

- **Ruptura de piel**

La piel cicatrizada es más frágil de la normal (17).

- **La espasticidad.**

Ocasiona que las extremidades rocen con algún objeto y se lesione, o el roce de las sábanas lo cual inicia una úlcera abierta (17).

## 2.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS

El signo inicial de la úlcera por presión es el eritema ocasionado por la isquemia que lesiona los tejidos. Cuando se destruye, hace que la piel se abra y los microorganismos comiencen a colonizar y colonizar la lesión e infectar la lesión. Las úlceras por presión aparecen como lesiones redondas u ovaladas ubicadas perpendicularmente a las partes óseas del cuerpo, como los talones, el sacro, los tobillos, los codos, los hombros y los omóplatos. Todo depende de la ubicación anatómica en la que el paciente todavía presiona los tejidos durante mucho tiempo (18).

También puede aparecer en tejidos blandos bajo la presión de dispositivos médicos, como la nariz a través de una sonda nasogástrica, en los genitales con un catéter de Foley o sus dispositivos de fijación, en las fosas nasales debido a los clips nasales, en los huesos nasales debido a una máscara de oxígeno, etc. Las úlceras por presión afectan a personas de todas las edades con poco o ningún movimiento y mala alimentación, especialmente a los mayores de 60 años y pacientes pediátricos, en áreas dentro del área de apoyo. Coincide con protrusiones asociadas a una larga estancia hospitalaria (18).

La mayoría de las personas con úlceras por presión son hospitalizadas y hospitalizadas por condiciones médicas graves o enfermedades crónico degenerativas en etapa terminal, muchas veces con efectos adversos durante su estadía debido a la inmovilidad. Una vez que aparece una úlcera por presión, la calidad de vida del paciente disminuye y la esperanza de vida disminuye, afectando el autocontrol, la independencia y la autoestima debido a complicaciones como el dolor, la sepsis y la osteomielitis (18).

Estos también causan a los pacientes dolor físico y emocional, tensión, incomodidad e incluso rechazo por parte de sus cuidadores debido al hedor de sus heridas. A nivel familiar, aumenta el costo de los equipos de cuidado adicionales, disminuye el ingreso familiar por más días no laborables, más estrés por el retraso en la recuperación y la ocurrencia de complicaciones que afectan la vida diaria.

negocio familiar. Mientras que en el sistema de salud también aumentan los costos, el número de días de hospitalización y el número de contagios nosocomiales (18).

## 2.10 TIPOS DE ÚLCERAS

La fricción y la humedad son los factores más importantes en el desarrollo de lesiones superficiales de la piel, mientras que la presión y el cizallamiento lesionan los tejidos profundos (4).

Las úlceras por presión se clasifican según la extensión del daño tisular.

- **Estadio I.** la piel está intacta pero eritematosa, no fluye bajo presión.
- **Estadio II.** La piel pierde parte de su grosor, con la epidermis y dermis lesionada.
- **Estadio III.** Pérdida de todo el espesor de la piel con lesión del tejido subcutáneo. La lesión puede extenderse a la capa muscular subyacente, pero no a través de ella.
- **Estadio IV.** La piel pierde todo su espesor con destrucción extensa o necrosis de tejidos, o daño a músculos, huesos o estructuras de soporte (15).

El Grupo Nacional de Investigación y Evaluación de Úlceras y Heridas Crónicas las clasifica en 4 categorías según la profundidad de la lesión (4).

Una lesión de la piel asociada con la humedad se define como una lesión localizada de la piel (que generalmente no afecta los tejidos subyacentes) que se presenta como inflamación (eritema) y/o erosión de la piel como resultado del contacto prolongado. Exposición prolongada (continua o semicontinua) a diversas fuentes de humedad que pueden causar irritación de la piel (orina, heces, secreciones de heridas, secreciones orales o fístulas, sudor, saliva) o moco) (4).

## 2.11 CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS SEGÚN SU ORIGEN

Podríamos establecer que las úlceras según su origen son (4):

### 2.11.1 Úlceras por Presión

Cuando el origen de una úlcera es producido por presión continua, durante varias horas o incluso días, en una zona concreta, normalmente en el sacro y en los talones. Está fuertemente relacionada con pacientes encamados, que tienen muy

poca movilidad siendo el tipo de úlcera más común que aparece en los pacientes que permanecen ingresados en los Hospitales (4).

### **2.11.2 Úlceras Venosas**

Es ocasionado por el deterioro anterior del sistema circulatorio venoso del individuo, son casi sin solución, necesitan vendajes elásticos. La curación se estima de 1 mes y 1 año (4).

### **2.11.3 Úlceras Arteriales**

Son úlceras que se originan por un Deterioro Arterial previo en el paciente, son más complejas de curar si cabe que las úlceras venosas. Como particularidad de engranaje, son úlceras muy dolorosas, mucho más que ninguna otra (4).

### **2.11.4 Úlceras Mixtas**

No son comunes y son imposibles de tratar, su origen es un deterioro venoso más un deterioro arterial. La curación se estima: varios meses según el grado de la úlcera, y el estado general del paciente; hasta 1 o 2 años (4).

### **2.11.5 Úlceras Diabéticas**

Estas son llagas de pacientes diagnosticados con diabetes. Ocurren en la región basal del pie, son difíciles de curar y pueden aparecer de forma agresiva. El mayor riesgo de este tipo de úlcera es que la úlcera no quiera llegar al hueso, perforando múltiples capas de piel (4).

Su crecimiento suele ser profundo y no parece serlo porque el agujero que vemos en la pequeña superficie corresponde a la profundidad (4).

Otro aspecto que puede complicar este tipo de úlceras es el hecho de que los diabéticos, en gran medida, no conservan la sensibilidad ni se tocan el pie, por lo que es posible desarrollar este tipo de úlceras en un estadio avanzado y el paciente no siente dolor (4).

### **2.11.6 Úlceras Iatrogénicas**

Sus orígenes son de tipo hospitalario, no deberían pasar, pero pasan. Se generan aprovechando la disminución de las defensas inmunitarias durante una hospitalización prolongada, especialmente en pacientes encamados o en estado

crítico Tiempo estimado de curación: Inmediatamente después de que el paciente recupere su salud y su sistema. (4).

### **2.11.7 Inmunológico**

Según el microorganismo que infecte la herida, así como otros factores relacionados como la edad del paciente o el estado general, una úlcera de este tipo podría tardar a curarse varios años. En ocasiones las úlceras de tipo iatrogénico, están infectadas por microorganismos muy resistentes y que solo pueden ser tratadas con antibióticos endovenosos de origen Hospitalario (4).

### **2.11.8 Úlceras Oncológicas**

Ocasionadas por un cáncer o tumor, tratarlo es imposible por el sentido de la curación total debido al origen neoplásico. Le área de oncología las trata y la estrategia sería manejar productos poco agresivos para tenerlas limpias, podrían ser indoloras y pueden crecer especialmente de manera horizontal en extensión, no suelen crecer en profundidad (4).

## **2.12 MEDIOS DE DIAGNOSTICO**

Para detectarlo debemos recurrir a la utilización de las Escalas de Valoración del Riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (19).

La escala de clasificación de riesgos es una herramienta destinada a medir el riesgo de un paciente de desarrollar úlceras por presión y facilitar la administración de materiales preventivos fácilmente disponibles. A la hora de elegir una escala se debe tener en cuenta si ha sido validada, cuál es su sensibilidad, especificidad, valor predictivo y variabilidad entre observadores. A nivel nacional, las más utilizadas y que cumplen con los requisitos anteriores son la escala de Norton, la escala de Braden y Bergstrom y el puntaje EMINA (19).

El mínimo requerido para evaluar y verificar la métrica es:

**Alta sensibilidad:** definida como la capacidad de una prueba o escala para identificar con precisión a los pacientes con una enfermedad o condición de todos los que están en riesgo (19).

**Alta especificidad:** definida como la capacidad de una prueba o escala para identificar con precisión a los pacientes que no tienen una enfermedad o condición

de entre aquellos que no están en riesgo (20).

Buen valor predictivo: tanto positivo, que se interpreta como el número de pacientes con ulceración clasificados como de riesgo de todos los que la desarrollan, como negativo, que es el número de pacientes sin ulceración clasificados como sin riesgo (19).

**Buen valor predictivo:** tanto positivo, que se interpreta como el número de pacientes con ulceración clasificados como de riesgo de todos los que la desarrollan, como negativo, que es el número de pacientes sin ulceración clasificados como sin riesgo (19).

Aplicable a diversos entornos sanitarios. La validación de herramientas, en este caso balance, ayuda a probar que mide para qué fue creada. Por lo tanto, después de que la escala haya sido definida como una herramienta para identificar pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, es necesario validarla para determinar si realmente es efectiva en la prevención del desarrollo de úlceras por presión a partir de esas lesiones (19).

### **2.12.1 Escala de Braden**

La probabilidad de que un paciente desarrolle una úlcera por presión (UPP) varía de unos pacientes a otros en función de diferentes factores de riesgo, como las características de la piel, la actividad física que desarrolla, y otros (20).

#### **¿Qué es la Escala de Valoración de Braden?**

Frente al juicio personal del profesional, salen una serie de escalas validadas, como la escala de Valoración de Braden, cuyo propósito es medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grados (20).

#### **¿Cuándo se utiliza la escala de Braden?**

Esta escala se emplea cuando se desea objetivar o incluso predecir la probabilidad de desarrollo de UPP (úlceras por presión) en los pacientes, valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce (peligro de lesiones), nutrición y percepción sensorial (20).

## **Escala de Braden. Cómo calcular la puntuación**

Además de por su objetividad, el uso de esta escala de úlceras por presión se ha extendido en el ámbito profesional de los cuidados por su sencillez en el manejo. Aplicando la tabla que se incluye a continuación, se valoran los 6 parámetros de riesgo, otorgando a cada uno entre 1 y 4 puntos, de la siguiente forma. **(ver anexo 6 pág. 104).**

Así, se valoran dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, catalogaremos el riesgo en función de la siguiente clasificación (20):

- Riesgo Bajo: 15 puntos o más.
- Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos.
- Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos (20).

### **¿Para qué sirve la escala de Braden?**

La característica principal de esta escala es la prevención de su aparición. También, es buena para mejorar los cuidados, actúa de manera superficial en la piel, ayudando a modificar los factores de riesgo que llevaron a ese padecimiento (20).

### **Interés de esta escala para predecir la aparición de las úlceras**

A la hora de buscar un método de predicción de inconvenientes se deben cumplir 3 requisitos: especificidad, sensibilidad y valor predictivo. La escala de Braden cumple todos ellos (20).

## **2.13 TRATAMIENTO**

### **2.13.1 Valoración Inicial**

- Valorar las úlceras por Presión en cuanto a ubicación, estadio, tamaño, trayectos fistulosos, exudados, tejidos y la presencia o ausencia de tejido de granulación y epitelización (21).

- Revalorar las úlceras Por Presión al menos regularmente. Si el padecimiento de la herida se deteriora, se debe evaluar el cambio de tratamiento lo más rápido posible (21).
- Una úlcera Por Presión limpia debe mostrar mejoría en 2 – 4 semanas. Sino presenta mejoría se debe evaluar el plan de tratamiento.
- Realizar una historia y examen completos. Las escaras por presión deben valorarse dentro del contexto de salud global. Identificar las complicaciones potenciales asociadas a las úlceras por presión como pueden ser endocarditis, artritis séptica, osteomielitis, bacteriemia o celulitis progresiva (21).
- Manejar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.
- Conservar la zona seca (medidas de prevención).
- Debe haber un cambio estéril en la limpieza de la herida.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las escaras con solución salina, utilizando la menor fuerza mecánica para la limpieza y también para el posterior secado efecto de la gravedad.
- No limpie la herida con antisépticos tópicos (povidona yodada, clorhexidina, peróxido de hidrógeno, ácido acético), que son tóxicos para los fibroblastos humanos. Proteger la zona peri-úlceral con un preparado a base de zinc.
- El apósito elegido para cerrar la úlcera siempre debe extenderse de 2,5 a 4 cm por encima del borde de la úlcera (21).

El plan de tratamiento de la úlcera por presión dependerá de la evaluación de la lesión (21):

- **Si son lesiones de grado I**

Aplicar apósito hidrocárido/hidroreguladores de baja absorción (transparente/extrafino) en placa. Si la zona lesionada es el talón utilizar siempre protección y dispositivo (almohadas) que evite la presión (21).

- **Si son lesiones de grado II**

Aplique una capa de cinta impermeable/reguladora de agua de baja absorción (transparente/ultrafina) al tablero. Si la zona afectada es el talón, utilice siempre un dispositivo de protección (almohada) para evitar la presión (21).

- **En lesiones de grado III y IV**

La aplicación de un apósito hidrocoloide ayuda a desinfectar rápidamente la herida al atrapar el exudado cargado de gérmenes (21).

En la parte profunda de la úlcera, aplicar un gel, pasta o gránulo, además de la placa superficial, y cuando la profundidad y el exudado disminuyen, sólo queda placa (21):

**1. Desbridamiento quirúrgico:** cortes en planos y en diferentes sesiones, siempre a partir de la zona central -salvo cortes radicales en quirófano-. Analgésicos tópicos (gel de lidocaína al 2%, etc.) Si se presenta sangrado, use presión directa o hemostasia. Requiere conocimiento, habilidad, técnica y equipo estéril (21).

**2. Desbridamiento enzimático:** aplicar productos enzimáticos tipo colágeno; Aumenta la humedad con agua salada. No lo use como único método si hay una capa necrótica seca. No combinar con hidrocoloides/reguladores de agua (21).

**3. Desbridamiento autolítico:** Aplicar cualquier apósito que sea capaz de facilitar la cicatrización húmeda (21).

Para evitar la formación de un absceso o “simular” la lesión, es necesario rellenar parcialmente las cavidades y túneles - de la mitad a las tres cuartas partes - con productos basados en el principio de hidratación, en la superficie de la placa (21).

Estos productos suavizan y separan las placas necróticas y secas absorbiéndolas en una estructura coloidal, además de retener el exudado rico en microbios (fase de limpieza). Asimismo, crean un equilibrio dinámico caracterizado por un ambiente húmedo estable en la herida, lo que crea las condiciones ideales para la granulación y formación epitelial (21).

Los apósitos humectantes para la cicatrización de las heridas son (21):

- Hidrocoloide/hidroreguladores, en láminas, gránulos o pastas (funciona solo cuando se convierte en gel al absorber el exudado de la herida).
- Hidrogeles en forma de estructura amorfa o lamelar (por su efecto hidratante facilitan la eliminación de tejidos que no están presentes en el caso de una herida con tejido descamativo). Los geles se han completado) y con un rápido procedimiento de corrección de errores (21)
- Alginatos (El alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presentes, por ejemplo, en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado).

- Hidrofibra de hidrocoloide.
- Poliuretanos
- El cambio de cada apósito, vendrá determinada por el nivel de exudado.

Si utilizamos el vendaje adecuado, podemos cambiar el grado de descarga en función de las características del vendaje (21).

Si el apósito elegido tiene fugas, esto es una indicación de que debería haberse cambiado para hacerlo más absorbente (21).

El apósito hidrocoloide debe cambiarse cuando se produce hinchazón absorbiendo el exudado de la herida a una distancia de 1,5 a 1 cm del borde del apósito (21).

Si hay signos de infección local, se debe aumentar la limpieza y el enjuague; Utilizaremos gasas a base de alginato de calcio o fibras de hidrógeno. Si la úlcera no evoluciona positivamente después de 1 semana o persiste con signos de infección local, después de descartar la presencia de osteomielitis, celulitis o sepsis, se debe instaurar un régimen de tratamiento. El tratamiento con pomada antibiótica tópica es eficaz contra los microorganismos del rascado. durante un máximo de dos semanas - sulfadiazina de plata -. Si la infección persiste después de dos semanas, realice un cultivo (21).

En pacientes con úlceras múltiples, siempre comience con la menor contaminación. No use antisépticos tópicos. Evite vestirse si tiene huesos o tendones expuestos. Nunca vendar una herida si hay signos de infección. Los antibióticos sistémicos deben recetarse médicamente a pacientes con sepsis, sepsis, celulitis progresiva u osteomielitis (21) .

El tratamiento de estas lesiones se basa en tres pilares terapéuticos principales: la terapia causal, en la que se elimina completamente la presión para restablecer la circulación sanguínea; Tratar las úlceras localizadas, cuando sea necesario, y curar las heridas en ambiente húmedo; y terapias adyuvantes para mejorar el estado nutricional y la salud general, entre otras medidas (21).

Las Escalas de Valoración del Riesgo de Presentar Úlceras Por Presión deben tener un aspecto importante: La validez que es la demostración de que se está midiendo, aquello que se pretende medir, en este caso, el riesgo de presentar una úlcera por presión. Los indicadores de validez más utilizados son la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Por lo tanto, una Escalas de Valoración del Riesgo de Presentar Úlceras Por Presión ideal es aquella

que tenga buen valor predictivo (tanto positivo como negativo), alta sensibilidad y especificidad, facilidad de usar y que presente criterios claros y definidos que eviten al máximo la variabilidad entre observadores (21).

## 2.14 PREVENCIÓN

Las medidas específicas para la prevención que se aplican son (21):

- ✓ Movilizar al paciente al menos cada dos horas.
- ✓ Evaluar la piel en busca de partes afectadas.
- ✓ Emplear lubricación para conservar la piel hidratada.
- ✓ Cambiar y someter la presión en el área cutánea por medio de dispositivos como colchón de polímero y/o almohadas entre el paciente, la superficie y las partes del cuerpo.
- ✓ Obviar las fuerzas de fricción mediante el uso de sábanas de traslado.
- ✓ Cuidar la piel seca por medio del baño diario, poniendo atención en no dejar residuos de jabón.
- ✓ Evadir la formación de arrugas en la ropa de cama.
- ✓ Promover la alimentación del paciente.
- ✓ Realizar ejercicios pasivos.

Registrar los datos obtenidos en la valoración y las intervenciones realizadas. Las medidas específicas que se llevan a cabo para el tratamiento de úlceras por presión son (21):

- Eliminar o aliviar la causa, para que la úlcera no avance hacia grados más graves.
- Clasificar al paciente como de alto riesgo para desarrollar nuevas úlceras.
- Proporcionar alimentación adecuada; la nutrición no sólo favorece la cicatrización de las úlceras, sino también puede evitar su aparición.
- Dar soporte emocional; las escaras ocasionan un cambio físico importante en las actividades de la rutina diaria debido a dificultades físicas, emocionales o sociales dificultando la necesidad del autocuidado.
- Valorar la instauración de analgesia en caso de existir dolor, tanto por la presencia de la úlcera como por el procedimiento de curación.

- Aplicar terapia húmeda; la utilización de condiciones de humedad, temperatura fisiológica y semipermeabilidad, favorecen la cicatrización y evitan que se seque el lecho de la herida, esto ayuda a la migración de células reparadoras de tejidos y a separar el tejido desvitalizado (21).

Los cambios de postura ayudan a mejorar la presión continuada en los individuos encamados, y por lo tanto necesarios en la prevención de las escaras.

Los cambios se realizarán cada 2-3 horas, y en personas que puedan estar sentados se lo deben hacer cada hora, aligerando el peso sobre las nalgas movilizándose de un lado a otro cada 15-30 min.

Los cambios de postura rotatorios deben pasar por todas las posiciones; es decir, decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo, prono, y si se puede, posición de sentado (por ejemplo, para las comidas) (21).

## 2.15 CAMBIOS POSTURALES

Las posiciones del paciente son una medida de prevención muy importante para prevenir las úlceras por presión tenemos las siguientes (21).

**Posición de decúbito supino:** el paciente se encontrará acostado sobre su espalda con los brazos estirados a lo largo del cuerpo, las extremidades inferiores rectas y ligeramente separadas, alineadas con la columna vertebral, los pies formando un ángulo recto (21).

**Posición de decúbito prono:** el paciente se encontrará acostado sobre su abdomen, la cabeza a un lado, con las extremidades flexionadas con las palmas giradas hacia abajo, miembros inferiores extendidos Colocar sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre un cojín, los brazos flexionados, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos. Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies (21).

**Posición de decúbito lateral:** el paciente se encuentra acostado hacia un lado de su cuerpo, manteniendo una alineación con la pierna estirada sobre la que descansa el cuerpo y la otra deberá permanecer flexionada. Apoyar con almohadas el muslo y el brazo para prevenir la rotación interna de la cadera y del hombro (21).

**Posición sentada:** el paciente se encuentra sentado en un ángulo de 90 grados con la espalda apoyada a una superficie cómoda, piernas flexionadas, pies y manos en posición funcional, apoye los pies liberando los talones (21).

## 2.16 CUIDADOS DE LA PIEL

### 2.16.1 Higiene

Debe comenzar con un examen diario y regular de la piel, especialmente en las áreas donde la piel es prominente. Limpiar diariamente con agua tibia y jabón neutro, si es posible utilizar agua jabonosa para eliminar esta sustancia, darse una ducha agradable y seca, no frotar, sobre todo en los pliegues, aplicar una crema hidratante. Hidratar la piel. El ambiente debe estar a la temperatura adecuada y bien ventilado (4).

### 2.16.2 Baño total de Esponja

La limpieza de cuerpo completo se realiza para pacientes postrados en cama. Antes de ducharse, lávese bien las manos, luego use guantes, una toalla o media hoja de papel, un pañuelo, aceite o crema, productos para la limpieza de caries, dos recipientes: uno con agua caliente y otro con agua fría, limpiador facial, un toallero, y periódicos. , cortaúñas, peines, ropa de cama del paciente, agua jabonosa o pan, bolsas de lavandería, bidés o patos(4).

1. Evaluar y comunicarse con el paciente
2. Coloque el dispositivo sobre una superficie limpia y estable.
3. Cierra puertas y ventanas si hay invitados, pídeles que salgan, evita corrientes de aire y enfermedades respiratorias.
4. Proporcionar un bidé u orinal antes de entrar al baño.
5. Ponerse los guantes.
6. Coloque al paciente en posición supina o medio arriba.
7. Retire las mantas y almohadas y colóquelas en un cesto de ropa sucia, si es necesario, colóquelas en el respaldo de la silla, observando las reglas de esterilización para evitar la contaminación cruzada.
8. Cubrir al paciente con la sabana superior.
9. Limpiar las cavidades.

10. En el proceso de baño: Utilizar toallas faciales guantes moldeadores para enjabonar, lavar y secar cada zona del cuerpo aplicando movimientos (4).

### **2.16.3 Baño de Ducha**

Las medidas de higiene se toman de forma ambulatoria para mantener la integridad de la piel, prevenir infecciones y garantizar la comodidad(4).

- Lávese las manos y prepare lo siguiente. Toallas, jabón líquido o jabón, champú, aceites o cremas para la piel, peines o cepillos para el cabello, batas o ropa de hospital limpias, bolsas de lavandería, loción desinfectante, cortaúñas o tijeras, guantes, delantales de goma, esponjas de baño.
- Evaluación de pacientes y reporte de procedimientos.
- Preparar el baño. Verifique el funcionamiento, desinfecte los pisos si es Ponga una silla debajo de la ducha (si es necesario)
- Mueva el dispositivo al baño. Póngase los guantes y mueva al paciente
- Ajuste la temperatura del agua.
- Ayudar a desvestir y colocar al paciente en el lugar correcto
- Suministro de materiales de limpieza (champú, jabón y esponja).
- Si el paciente no puede ducharse solo, ayúdelo fijando su uniforme con un delantal de goma. Mantenga la puerta del baño abierta y controle a los pacientes periódicamente.
- Use una toallita para hacer espuma y lávese la piel.
- Al finalizar la ducha, cierre el grifo y cubra al paciente con una toalla.
- Secar, lubricar la piel y ayudar a vestirse.
- Peinar, cortar las uñas.
- Ir a la unidad.
- Hacer que el paciente se sienta cómodo.
- Desinfectar y poner el baño.
- Equipos de desinfección lavado y secado (4).

Reporte de lavado de manos. Manejo de la humedad Para evaluar y tratar los diversos procesos que pueden causar un exceso de humedad en la piel, debemos considerar diferentes características (4).

La humedad constante de la piel provoca cambios como dermatitis e inflamación.

Es importante mantener la piel húmeda y seca durante el mayor tiempo posible. Para ello, hace hincapié en la limpieza e hidratación diaria de la piel. En el manejo de la humedad, se recomienda utilizar diferentes técnicas e insumos en el momento de la exposición del paciente, como absorbentes que, en caso de ser necesario, eliminen la humedad de la piel (4).

Al presentar incontinencia a un paciente, utilizaremos un pañal interior higroscópico, alejado de la piel del paciente. Después de cambiar los pañales, limpiaremos la zona del perineo aclarando, secando e hidratando cuidadosamente o aplicando una crema para evitar irritaciones o daños en la piel. Usar demasiado humectante puede reducir la absorción y puede adherirse al pañal y volverse intratable. Si el paciente presenta hemorragia y/o fístula: Vigilar, limpiar y proteger la zona de apoyo con crema. La higiene personal, el cambio de ropa de cama y el cambio de ropa son necesarios en pacientes con espermatozoides, lo que evita la formación de úlceras progresivas (4).

#### **2.16.4 Manejo de la Presión**

Para evitar la formación de resbalones, el paciente debe evitar la tensión en el cuerpo y se debe cambiar la emoción para evitar lesiones.

- Independencia del paciente: Fomentar el movimiento activo: Fomentar que se levante de la cama y camine. Si está sentado, debe cambiar de posición cada 15 minutos.
- El paciente depende de la valoración del riesgo: cambiar de posición cada 2-3 horas y por la noche se pueden espaciar los cambios cada 4 horas (4).

#### **2.16.5 Movilización Pasiva**

En el caso de un paciente pasivamente activo, el terapeuta o un familiar puede ayudar a la recuperación realizando movimientos suaves y lentos en las articulaciones, si el paciente presenta dolor o rigidez, deberá detener la acción realizada temporalmente. Los movimientos que debe realizar el paciente son flexión, extensión, rotación, flexión, flexión, inclinación, supinación, inversión, supinación, este movimiento debe repetirse varias veces en cada movimiento, al menos dos comidas al día, comodidad del paciente, si dispone de él. Está roto, no mueva estas partes o si hay insuficiencia respiratoria (4).

## **2.17 CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

La inmovilidad, alteraciones nutricionales o el proceso de deterioro general son muchas de las diversas causas que ponen en un riesgo latente la aparición de las UPP en el adulto mayor encamado, por lo que es de gran importancia mantener medidas preventivas adecuadas (22):

### **2.17.1 Cuidados de la Piel**

- La piel debe examinarse al menos una vez al día. Tenga en cuenta las áreas que permanecen rojas unos minutos después de volver a aplicar.
- Examine cuidadosamente las áreas típicas de estrés: talones, glúteos, espalda, codos y parte posterior de la cabeza.
- Mantenga la piel limpia y seca. Debe limpiar la piel una vez que esté sucia, puede usar un paño suave o una esponja para limpiarla muy fácilmente.
- Se debe utilizar un jabón que no irrite la piel. Usa agua tibia, no muy caliente
- No use alcohol en la piel.
- Aplicar cremas hidratantes para asegurar su completa absorción.
- Evite la piel seca: use cremas o aceites humectantes y evite el aire frío o seco.
- o masajee el hueso levantado
- Coloque en las zonas típicas de presión protectores o apósitos acolchados.
- No realice masajes sobre prominencias óseas (23).

### **2.17.2 Incontinencia**

- Evite la humedad de la orina, las heces, el sudor o las secreciones. Cuando esto sucede, la piel debe limpiarse a fondo y luego secarse con una toalla suave, sin frotar con fuerza.
- Utilizar medidas para el control de la incontinencia de esfínteres: pañales, sondas, dispositivos de recogida, etc. (23).

### **2.17.3 Movilización**

- Para pacientes postrados en cama que tienen que trasladarse a un área cada 2-3 horas, siga las órdenes médicas.

- En pacientes que permanecen sentados por períodos prolongados, enséñeles a moverse cada 12 a 30 minutos si es posible.
- Trate de mantener el cuerpo recto para distribuir el peso de manera uniforme.
- Evite el contacto directo entre huesos, como tobillos, rodillas, etc.
- Evita arrastrarlo, si tienes que moverlo, pídele a otra persona que te ayude a no correrlo sobre la cama.
- Si es necesario, cambie la posición de la almohada de manera delicada y en el menor tiempo posible.
- Utilizar dispositivos que alivien al máximo la presión: almohadas de goma, colchones impermeables (aire y agua o goma), almohadas, taloneras y coderas, etc. (Son materiales complementarios, nunca reemplazan los cambios posturales) (23).

## 2.18 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La intervención consta de 8 pasos secuenciales para poder realizar la intervención comunitaria. La propuesta tiene varias etapas de retroalimentación con el fin de responder efectivamente al ámbito y nivel de la intervención, así como la revaloración de las estrategias usadas y objetivos planteados (24).

### 2.18.1 Fase 1: Diagnóstico de la Comunidad.

Para iniciar la descripción de la primera fase, la palabra diagnóstico según la etimología griega, significa “apto para conocer” para llegar a la identificación y caracterización haciéndolo, desde el punto estructural, incluyendo a todos los elementos que integran una comunidad, debido a que influyen aspectos sociales y psicológicos. Es importante mencionar que este diagnóstico tiene un alcance comunitario, además en la realización se debe incorporar la participación de la gente, teniendo en cuenta la acción comunitaria (24).

**Primer paso:** revisar la información de la comunidad que se va a intervenir, la información que se busca se asocia con los indicadores sociales, como edad, raza sexo, estado civil, escolaridad, educación, ingresos, densidad poblacional, entre otros, para buscar los inconvenientes y necesidades de los miembros de la comunidad (24).

**Segundo paso:** se realiza un mapeo y lotización; es decir, un barrido de

información recorriendo la comunidad y registrando la infraestructura, número de casas, lotes, manzanas, espacios de recreación; a medida que se recorre la comunidad se va construyendo un mapa de recursos, para poder utilizar en el proceso de intervención (24).

Luego de realizar el mapeo y lotización, es necesario ir desarrollando el instrumento que va a permitir la recolección de datos de la comunidad; el objetivo de la encuesta es que a todos los encuestados se les haga las mismas preguntas y en el mismo orden secuencial (24).

La encuesta debe tener varias variables que logren cumplir con el objetivo de la intervención en la comunidad (24).

**Ubicación geográfica:** estructura de la comunidad en sectores, límites, urbanizaciones, asentamientos, cooperativas, etc. (24).

**Datos sociodemográficos:** edad, sexo, estado civil, grupo étnico predominante, ocupación desempleo, religión, migración, tipos de vivienda, situación de pobreza (24).

**Características socioculturales:** actividades que realiza la comunidad, historia de la comunidad, conductas sociales, costumbres (24).

**Educación:** cual es el nivel de educación de las personas de la comunidad, tipologías de las instituciones educativas, acceso a la educación, población estudiantil (24).

**Salud:** enfermedades frecuentes que presentan las personas de la comunidad, centros de salud disponibles, acceso al centro de salud (24).

**Recursos:** medios disponibles para resolver los problemas y atender las necesidades que requiere la comunidad, grupos de apoyo, instituciones (24).

**Problemas:** las dificultades se pueden observar comparando la situación actual con la que debería ser. Los problemas son las cosas que la comunidad tiene o necesita, no son carencias ni falta de nada (24).

**Necesidades:** son las insuficiencias que la comunidad tiene, y tiene relación con los problemas de la misma (24).

Para continuar con la intervención, se debe hacer un muestreo probabilístico aleatorio simple o un muestreo dirigido, donde el investigador busca las características que debe cumplir la muestra de acuerdo al objetivo de la intervención (24).

La primera fase termina con la identificación del problema, estructurando el diagnóstico que tiene la comunidad investigada.

### **2.18.2 Fase 2. Característica del grupo**

La segunda fase de la intervención, busca analizar e identificar las características de los actores sociales, que integran los diferentes grupos de trabajo para los programas que se den en la intervención; además, se debe describir y establecer las semejanzas y diferencias entre una y otra personas (24).

Ninguna comunidad es una realidad homogénea y cuando se emprende un programa de acción dentro de la misma, existen diferentes actores sociales, que los conformaremos en grupos etarios, los cuales no tendrán, presumiblemente, la misma reacción frente al programa (24).

La información que se puede obtener de las personas de la comunidad es: edad, género, grado de instrucción educativa, tipo de participación, experiencias en intervenciones anteriores, describir cual es el tipo de acciones que tiene la comunidad, indagar en los datos que tengan relación con los problemas importantes de la comunidad (24).

Los instrumentos que se utilizan para la recolección de datos pueden ser:

- La observación directa de los comportamientos de la comunidad en diferentes escenarios y estímulos sociales.
- La encuesta, donde se pregunta datos personales, actividades cotidianas, enfermedades presentes, tratamientos, cuidados.
- El análisis debe ser reflexivo, que permita sostener las respuestas conductuales bajo teorías o marcos referenciales (24).

### **2.18.3 Fase 3. Evaluación de las necesidades del grupo**

La fase 3 de la intervención, tiene el propósito de analizar detenidamente las necesidades, problemas y recursos del grupo investigado, el objetivo es priorizar los problemas y necesidades identificando en ello los recursos que presentan como comunidad; además, los problemas tienen relación con el diagnóstico de la primera fase (24).

Es necesario evitar caer en la subjetividad. Por lo que se recomienda según varios autores, combinar información de diferentes tipos de necesidades y de otras

técnicas para recolectar los datos de las necesidades de la comunidad.

Durante esta etapa, las necesidades están en orden y dando prioridad a los problemas que destacaron en la fase 1. Analizándose dos problemas psicosociales: la problematización y la desnaturalización que son esenciales en el proceso de la intervención (24).

Para poder cumplir con los objetivos planteados en la intervención; es necesario señalar 4 aspectos importantes del concepto de la necesidad.

1. Reconocer una necesidad involucra juicios de valor, individuos con diferentes necesidades o problemas.
2. Una necesidad es comprender determinadas circunstancias concretas, y si estas cambian la necesidad podría cambiar.
3. Distinguir las necesidades involucra que exista una solución. Las dificultades pueden tener varias soluciones; sin embargo, varios análisis se centran en el problema y no en la solución (24).

Tomando en cuenta estos puntos es necesario señalar que usar la técnica de análisis, árbol de problemas, logrará que la comunidad describa los problemas relacionándolo con su vida diaria, conociendo las causas y consecuencias de las mismas, lo que podría servir con un recurso en la investigación (24).

#### **2.18.4 Fase 4. Diseño y planificación de la intervención**

La fase 4 se basa en la estructura de la intervención. Es fundamental proponer los criterios bajo los cuales se seguirá. Por lo que tenemos 10 elementos, que se desarrollan cuidadosamente para lograr las metas y objetivos planteados (24).

1. **Justificación.** Responder la pregunta ¿por qué realizamos la intervención? Se debe describir minuciosamente sobre el propósito de la investigación, describiendo los problemas y las acciones que serán diseñadas para la intervención (24).
2. **Objetivos.** Explicar los objetivos es responder el porqué de la investigación, hacia quienes va dirigido y los efectos que lograrán los mismos. Es importante distinguir el objetivo general de los específicos; debido que el general busca encontrar la solución central del problema y los específicos complementan la intervención (24).
3. **Impacto.** Se relaciona en que contribuirá la intervención (24).

4. **Metas.** Los resultados de la intervención deben ser medibles; además, se debe explicar lo que se quiere lograr específicamente los objetivos planteados (24).
5. **Sistemas de evaluación.** Se refiere a los métodos que contribuirán a que se cumplan los objetivos planteados, diseñando la intervención, planificación y administración de intervenciones futuras (24).
6. **Monitoreo.** Debe ser permanente para que la información se utilice de acuerdo a la fase de la intervención. Se recomienda llenar fichas que serán útiles en el proceso (24).
7. **Recursos.** Es fundamental para el proceso de la intervención, y es necesario incluir recursos humanos, materiales, técnicos, financieros (24).
8. **Presupuesto.** Los recursos mencionados en el ítem anterior son necesarios, y se debe presentar costos reales (24).
9. **Plan de acción.** Es necesario realizar consensos de trabajo, donde se proponga acciones que se realicen durante la ejecución de la intervención (24).
10. **Cronograma de actividades.** Este punto es primordial en la intervención, porque es muy importante calendarizar por periodos cada actividad; que se realizará con la comunidad (24).

#### **2.18.5 Fase 5. Evaluación inicial.**

La fase 5 de la intervención comunitaria tiene como objetivo obtener una línea base del plan, que resume la información con la que cuenta el grupo de trabajo al inicio de la intervención, para lo cual se deben establecer indicadores en función de los temas y objetivos a trabajar y la problemática. ser dirigido. Accede comprender la brecha entre la población objetivo y otras poblaciones, y qué tan cerca está de los estándares actuales del tema a tratar. Estos indicadores son medidas concretas, claras y objetivamente verificables que permiten conocer el estado inicial de la población. Sin una línea de base, el programa no funcionará correctamente, ni será posible medir el efecto y su impacto. Para preparar la línea de base, necesita (24).

- Identificar los instrumentos que se van a utilizar en la intervención. La observación fue un aspecto fundamental en el proceso. Además, se debe registrar el comportamiento de los integrantes de la comunidad,
- Describir la población objetivo.
- Determinar cuándo evaluar (24).

De esta etapa se deben obtener informes cualitativos y cuantitativos sobre indicadores que identifiquen los temas centrales. Necesarias para establecer acciones, se deben tomar para eliminar total o parcialmente el problema central y lograr el objetivo general (24).

#### **2.18.6 Fase 6. Ejecución e implicación**

Esta fase pone en acción todo el trabajo de la fase anterior, implementa las reuniones preparadas en la fase 5 y utiliza estrategias participativas. En esta etapa debemos aplicar la matriz de seguimiento que construimos en la quinta etapa para verificar la efectividad y eficiencia del proceso de ejecución identificando limitaciones y/o aspectos favorables para detectar oportunamente fortalezas y debilidades (24). En su ejecución, para alinear la mejor gestión de la iniciativa, “optimizar los resultados esperados y responder a las expectativas de los ciudadanos”. El seguimiento brinda un acompañamiento que permite juzgar con transparencia la ejecución del programa, manteniendo el supuesto de que un plan de acción preprogramado sigue siendo el camino indicado para alcanzar las metas del programa (24).

Es importante recalcar que durante la implementación debe aplicarse un registro anecdótico; con el fin de detallar las acciones que se realizaron durante el proceso de la intervención. Además, gracias a los registros se puede evidenciar el progreso de la intervención; y las estrategias ayudan a poder cumplir las metas propuestas (24).

#### **2.18.7 Fase 7. Evaluación final**

Una vez que se han cumplido los objetivos de una intervención o se ha agotado el proceso de planificación y presupuestación de un proyecto planificado, se considera completa en la medida en que se dispone de acciones externas y formales de personas y estructuras organizativas para llevarla a cabo. en rigor, los esfuerzos de intervención pueden no ser oportunos, ya que es dudoso que los esfuerzos de intervención externa con recursos y acciones limitados alcancen casi siempre en su totalidad los objetivos planteados (24). La evaluación final tiene como objetivo determinar de manera sistemática y objetiva la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto del proyecto en relación con los objetivos del proyecto. Como tal, la

evaluación va más allá del monitoreo porque reconoce que los planes de acción constituyen hipótesis sobre los caminos que nos pueden conducir (24).

La evaluación, consiste en una prueba de la hipótesis y la comprobación de la mejoría de las condiciones de las personas de la comunidad. Esta fase demuestra el resultado del proceso de la intervención, mediante los registros de las fichas que se aplicaron desde la primera fase del proceso. Los resultados plasmados en las fichas, son comparadas con las fases iniciales; para determinar los cambios positivos que se realizaron en la comunidad (24).

#### **2.18.8 Fase 8. Diseminación de los resultados**

La difusión de las actividades que se utiliza en la intervención debe ser novedosa, y en la práctica diaria implementadas en cada persona de la comunidad (24).

Los resultados se socializan con la comunidad, para que puedan emitir comentarios y sugerencias sobre el modelo de intervención que se aplicó. Gracias a la intervención se podrán obtener lecciones aprendidas, lo que permita fortalecer las acciones que se realicen en la comunidad (24).

Las 8 fases que se proponen para la intervención, tienen la finalidad de realizar el trabajo en conjunto y aplicar métodos y estrategias que sean fáciles de ser aprobadas por parte de las personas de la comunidad (24).

El personal de enfermería tiene el compromiso de ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas y el bienestar de las comunidades. Respetando derechos humanos y libertades de cada individuo, permitiendo que los profesionales de la salud sean intermediarios sociales para facilitar el cambio, y promover al progreso de las comunidades ahora y en futuras generaciones (24).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, en él se describen los factores de riesgo los cuales predisponen la aparición de las úlceras por presión en adultos mayores encamados, en las cuales se aplicarán intervenciones de enfermería para su prevención.

La investigación desarrollada fue de campo debido a que los datos obtenidos se obtuvieron de manera directa con el objeto de estudio, y también fue documental porque se realizó búsquedas bibliográficas para establecer la base científica de la investigación, la cual se recopiló de libros, folletos, revistas, trabajos anteriores y sitios web relacionados con el tema.

#### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó una investigación con diseño no experimental, puesto que no se manipulan las variables del estudio, ya que se aplicó una encuesta y con ello se obtuvieron datos importantes para esta investigación, los mismos que sirvieron para realizar la tabulación y conocer los niveles de información que tienen los cuidadores acerca del tema estudiado, estos datos fueron tabulados en Microsoft Excel.

#### **3.3 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El enfoque de la investigación realizada fue de tipo cuantitativa, ya que se obtuvo los datos demográficos, y las características principales de los adultos mayores encamados de la parroquia Puyo donde se limitó el estudio, los resultados fueron representados en base a cantidades numéricas, porcentuales y descriptivas. Se realizaron determinaciones de la relación causa – efecto del problema revelado, además se plantea una propuesta de solución para el contexto de la investigación. Este enfoque permite obtener información precisa sobre la prevención de las úlceras por presión.

Además, fue de tipo cualitativo porque se aplicó una entrevista al centro de salud de Puyo, y se obtuvo recolección de datos e información realizada a partir de una

conversación cuya orientación responden a propósito del estudio.

### 3.4 POBLACIÓN

La población de estudio está conformada por 10 familiares o cuidadores de adultos mayores encamados, de la parroquia Puyo, cantón Pastaza, provincia de Pastaza. Como se trata de una población finita se trabajó con la totalidad de la misma.

### 3.5 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación aplicado fue científico - experimental, debido a que la información recopilada fue de la población objeto de estudio, además, se utilizaron artículos y revistas de carácter científico y de fuentes confiables.

Analítico – Sintético ya que se realizó un análisis de la información obtenida mediante la aplicación de las encuestas a los cuidadores de los adultos mayores, para identificar la problemática en particular a través de su desglose, solucionarlo y emitir las respectivas conclusiones.

### 3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PRODUCCIÓN DE DATOS

Se aplicó una entrevista dirigida al centro de salud de Puyo, también se utilizó una encuesta aplicada a los cuidadores de los adultos mayores encamados para realizar el diagnóstico de la población, al final de la capacitación se realizó una encuesta de satisfacción dirigida a los cuidadores a cargo del adulto mayor encamado para la evaluación de la intervención de enfermería y para corroborar cumplimiento de los objetivos definidos para esta actividad.

✓ **Entrevista al Centro de Salud Puyo**

✓ **Encuesta a los cuidadores**

✓ **Encuesta de satisfacción**

Los instrumentos que se aplicaron para la producción de datos fueron los siguientes:

**Hoja de entrevista:** es un intercambio de ideas u opiniones mediante una conversación que se da entre dos o más personas. Todos los individuos presentes

en una entrevista conversan sobre un tema en común. Se aplicó directamente al centro de salud de Puyo, con el fin de obtener información para el estudio. **(Ver anexo 2, pág. 94).**

**Encuesta:** Esta técnica de adquisición de información a nivel sociológico, se lo aplicara mediante un cuestionario previamente elaborado y estructurado. Se aplicó mediante un cuestionario que consta de 10 preguntas cerradas, con el objetivo de realizar intervenciones de enfermería para prevenir las úlceras por presión en los adultos mayores de la parroquia Puyo. **(Ver anexo 4, pág. 100-102).**

#### **Cuestionario – encuesta de satisfacción**

Este documento consta de 5 preguntas dirigidas a los cuidadores de los adultos mayores, el mismo que abarca los temas que fueron tratadas en las capacitaciones dictadas de acuerdo con el plan de intervención de enfermería realizado. **(Ver anexo 5, pág.103)**

### **3.7 PLAN DE ANALISIS DE DATOS OBTENIDOS**

El plan de análisis de datos obtenidos se realizó mediante la encuesta que fue aplicado a los cuidadores a cargo de los adultos mayores encamados, con el fin de obtener resultados de la muestra estudiada para la posterior planificar la intervención de enfermería en la educación de la prevención de las úlceras por presión en adultos mayores encamados de la parroquia Puyo de la provincia de Pastaza. Para realizar el plan de análisis de datos se utilizó Microsoft Excel, donde se tabularon los datos para obtener los resultados. Con los resultados obtenidos en la encuesta se definieron los temas a tratar durante las capacitaciones que se ejecutó y se planificó cada actividad para cubrir todas las necesidades de aprendizaje que se observó en la encuesta.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

#### 4.1 Encuesta realizada a cuidadores de adultos mayores encamados

**Tabla 1.** ¿El adulto mayor encamado presenta alguna lesión, enrojecimiento, laceración, hinchado, raspadura u otra alteración en la piel de cualquier parte del cuerpo?

Pregunta	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	70%
No	3	30%
<b>Total</b>	10	100%

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

#### **Análisis e interpretación:**

Según el análisis que se observa en la tabla un 70% de los adultos mayores encamados presentan lesiones en sus cuerpos por varios factores, mientras que el 30% no presenta, se puede determinar que existe varios factores que se pueden asociar a las lesiones que sufren los adultos mayores encamados, con las charlas educativas que se brindará a los cuidadores se podrá prevenir las úlceras por presión en estos pacientes.

**Tabla 2.** ¿Cuándo el adulto mayor encamado presenta alguna alteración en la piel usted a donde acude para su curación?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
En casa (remedios naturales)	4	40%
Lo cura un chamán	0	0%
Médico privado	5	50%
Asiste al Centro de Salud	0	0%
No hace nada	1	10%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

### **Análisis e interpretación:**

Según el análisis presentado en la tabla 2, se pudo establecer que el 10% de los familiares que están a cargo de adultos mayores no hace nada cuando presenta alteraciones en su piel, mucho menos asisten al centro médico para la respectiva curaciones, mientras que 40% de los familiares que están a cargo de los adultos mayores manifiesta que usan remedios caseros para realizar las curaciones, aliviando así sus molestias y un 50% asisten a consultas médicas en clínicas privadas para realizar el tratamiento y curaciones adecuadas, los familiares de los pacientes son fieles creyentes de la medicina natural, los cuales preparan pomadas, postulas para tratar de curar o prevenir las úlceras por presión.

**Tabla 3.** ¿Usted conoce qué es una úlcera por presión (UPP)?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	2	20%
No	8	80%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado  
Elaborado por: Tashiguano Valiente Tania Marlene

### **Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 3, un 80% de los familiares no conocen mucho sobre las úlceras por presión, mientras que el 20% si dice conocer sobre este tema ya que se capacitado en los centros de salud, lo que nos demuestra que la falta de educación sobre las úlceras por presión, son unos de los factores de riesgo predominantes para desarrollar estas lesiones al punto de llegar a un estadio III y IV irreversibles, solo causando un problema agravantes al paciente, poniendo en riesgo su propia vida.

**Tabla 4.** ¿Usted realiza cambio de posición a su adulto mayor encamado cada 2 horas?

Pregunta	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	50%
No	5	50%
Total	10	100%

**Fuente:** Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

#### **Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 4, un 50% de los familiares no cambia de posición al adulto mayor, mientras que el 50% si lo realiza, se puede determinar que existe desconocimiento de los cambios posturales lo que puede provocar lesiones en la piel y complicaciones en los pacientes que ya tienen úlceras por presión, es importante reforzar el conocimiento acerca de estos cambios posturales además cada que tiempo se debe realizar, para ayudar a la piel a mantenerse saludable, activar la circulación y prevenir escaras de decúbito en los pacientes que aún no tienen ninguna lesión.

**Tabla 5.** ¿Usted cree que los cambios que ocurren en la piel asociados al envejecimiento incrementan la susceptibilidad al desarrollo de úlceras?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	7	70%
No	3	30%
<b>Total</b>	10	100%

**Fuente:** Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

### **Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 5, un 70% de los familiares opina que las úlceras por presión se asocian al cambio de la piel en el envejecimiento, mientras que el 30% piensa que es por falta de higiene, cambios de posturas o el mismo colchón las causante que tengan úlceras por presión, es de esencial importancia educar a los familiares que cuidan a sus adultos mayores, tener la piel del paciente hidratada, limpia y seca, para evitar laceraciones, las cuales al transcurso que pasa el tiempo se van crean la úlceras que causan malestar a los pacientes.

**Tabla 6.** ¿Usted cree que la mala nutrición en el adulto mayor encamado incrementa la susceptibilidad al desarrollo de úlceras?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	4	40%
No	6	60%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

### **Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 6, un 60% de los familiares cree que la mala nutrición en el adulto mayor encamado no desarrolla las úlceras por presión, mientras que el 40% piensa que si puede ser por una mala nutrición el desencadenamiento de las úlceras. Es indispensable una alimentación adecuada y equilibrada para una persona adulta mayor, ya que de eso dependen los nutrientes que aporta a la piel, y así poder ser más resistente a cualquier tipo de exposición y alteración de la misma.

**Tabla 7.** ¿Marque con una X, cuales considera que son los factores de riesgo para la formación de úlceras por presión?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Falta de higiene diaria	2	20%
Falta de movilidad	4	40%
Presión y la fricción de algunas partes del cuerpo humano	0	0%
Falta de hidratación	4	40%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

#### **Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 7, un 20% de los familiares considera que una falta de higiene en las zonas que son propensas a las úlceras por presión, mientras un 40% cree que la falta de movilidad del paciente hace que se formen las laceraciones y posterior creando úlceras, y el otro 40% de los familiares opina que la falta de hidratación en la piel del adulto mayor en las zonas que son propensas a formar úlceras por presión es un factor de riesgo latente, es conveniente hacer conocer a los cuidadores de los adultos mayores que cada una de las preguntas formuladas son factores de riesgos asociados a una formación de úlceras por presión, lo cual se considera indispensable educar al mismo.

**Tabla 8.** ¿Usted realiza el aseo general y cambio de ropa diario del adulto mayor encamando?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	6	60%
No	4	40%
<b>Total</b>	10	100%

**Fuente:** Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado  
**Elaborado por:** Tasiguano Valiente Tania Marlene

**Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 8, un 60% de los familiares realiza la higiene y cambio de ropa diario al adulto mayor mientras que un 40% no realizan dichas actividades, considerando que proceder a esta actividad es uno de los hábitos primordiales en la vida diaria de un adulto mayor, lo cual es importante llevar a cabo la higiene y cambio de ropa diario o cuando se considere necesario, para poder prevenir las úlceras por presión.

**Tabla 9.** ¿Usted cree que la falta de cambio de las sábanas de la cama aumenta el riesgo de úlceras en el adulto mayor encamado?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	5	50%
No	5	50%
<b>Total</b>	10	100%

**Fuente:** Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

### **Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 9, un 50% de los familiares considera que es de suma importancia el cambio de sábanas para evitar la formación de úlceras por presión, mientras un 50% expresa que no es importante el cambio de sábana y que no es un factor a la formación de úlceras, cabe recalcar que este es uno de los factores primordiales para la formación de úlceras por presión ya que el rozamiento de las sábanas hace que se laceren las zonas sensibles.

**Tabla 10.** ¿Usted ha recibido asesoría para dar los cuidados diarios del adulto mayor encamado?

<b>Pregunta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	5	50%
No	5	50%
<b>Total</b>	10	100%

**Fuente:** Encuesta aplica a los familiares del adulto mayor encamado

**Elaborado por:** Tashiguano Valiente Tania Marlene

### **Análisis e interpretación:**

Como se observa en la tabla 10, un 50% de los familiares considera que si han recibido asesoría sobre los cuidados diarios del adulto mayor, mientras un 50% expresa que no han recibido ningún tipo de asesoría ni capacitación sobre los cuidados necesarios de un adulto mayor, es necesario llevar a cabo múltiples asesorías sobre los cuidados que debe tener un adulto mayor y mucho si esta encamado, porque la importancia de este tema se puede prevenir cualquier tipo de úlceras por presión, y otra afecciones, precautelando así la vida del adulto mayores.

## **CAPÍTULO V**

### **PLAN DE INTERVENCIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **5.1 PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ENCAMADOS**

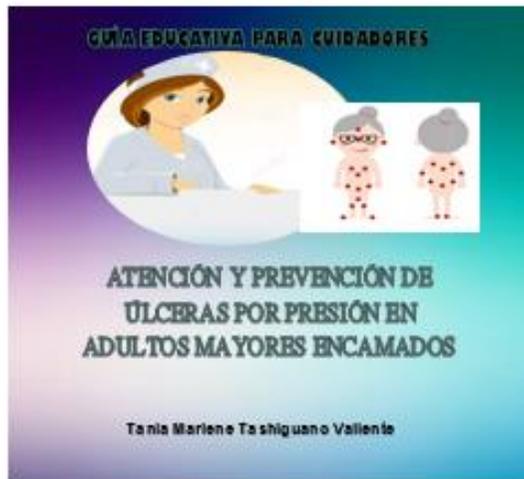
**TEMA:** Prevención de úlceras por presión en adultos mayores encamados en la parroquia Puyo.

- **Objetivo:** Capacitar a los cuidadores sobre los cuidados diarios para la prevención de la aparición de úlceras por presión.

#### **Introducción:**

Intervención de enfermería son acciones enfermeras efectuadas directamente con el usuario y/o la familia. Es importante tener una intervención de enfermería ya que esta marca la pauta para que el cuidado tenga objetivos y resultados esperados claros para cumplir con los objetivos planteados dirigidos a mejorar la calidad de vida y salud del usuario.

#### **5.2 FOLLETO EDUCATIVO**



## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones que aparecen en la piel por la presión o el roce continuado del cuerpo contra materiales diversos. Es posible que aparezcan úlceras por presión en personas que pasan mucho tiempo encamadas o sentadas en la misma postura, pero también a causa del roce de elementos de diagnóstico o tratamiento, como sondas, mascarillas, férulas, yesos.

La presión continuada sobre una zona concreta de la piel provoca el aplastamiento de los tejidos y dificulta la circulación de la sangre por ellos (isquemia), provocando la muerte de las células de esos tejidos (necrosis).

Si no se toman las medidas adecuadas, las lesiones pueden llegar a afectar no sólo a la piel, sino también a los tejidos situados bajo esta o incluso al músculo o a algunos órganos. (1)

## Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y también de sus familiares para fortalecer sus conocimientos teóricos y prácticos sobre las úlceras por presión (UPP) para atender y prevenir lesiones que aparecen en la piel por la presión o el roce continuado del cuerpo contra materiales diversos. (1)

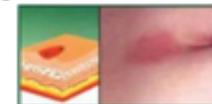
## Conceptos

### Clasificación

Las úlceras por presión se clasifican en estadios según las estructuras afectadas de los tejidos, encontramos diferentes clasificaciones, que pueden ir de 1 a 4 estadios. (2)

### ESTADIO I

- \* Eritema cutáneo que no palidece al retirar la presión.
- \* En piel oscura también pueden ser indicadores la decoloración de la piel, calor, edema, induración o insensibilidad



### ESTADIO II

- \* Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis.
- \* La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión,



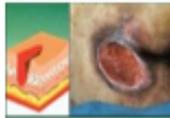
### ESTADIO III

- \* Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo pudiéndose extender más hacia dentro pero sin afectar la fascia subyacente.
- \* La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.



### ESTADIO IV

- \* Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén. (2)



### LOCALIZACIONES DE RIESGO SEGUN LA POSICION

Se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos.

Los puntos más susceptibles de aparición de úlceras por orden de frecuencia son: sacro, talón, maléolos externos, glúteos, trocánteres, omóplatos, isquion, occipucio, codos, crestas ilíacas, orejas, apófisis espinosas, cara interna de rodillas, cara externa de rodillas, maléolos internos y bordes laterales de los pies.

El emplazamiento de las principales úlceras por presión se encuentran, según la posición del paciente, en: (2)

#### Decúbito supino:

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



#### Decúbito lateral:

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



#### Decúbito prono:

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



#### Sentado o fowler:

En otras posiciones, como la de sentado o fowler, los puntos más susceptibles para la aparición de úlceras son los omóplatos, codos, coxis, subglúteos, huecos pléteos, gemelos y talones. (2)



Prevención de las Úlceras Por Presión



### Medidas preventivas en las UPP

A pesar del avance de la medicina, las úlceras por presión continúan siendo un gran problema.

Se producen en pocas horas y pueden tardar meses en curarse, presentan una morbi-mortalidad asociada importante y una grave afectación en la calidad de vida de quién las padece.

Por esto nos resulta imprescindible la realización de esta guía educativa con recopilación de procedimientos sobre prevención de UPP, y asegurarnos el cumplimiento de cada una de las medidas dispuestas que nos permitan realizar un seguimiento de los cuidados prestados. (3)

#### Causas asociadas a la aparición de UPP

- Estancia prolongada en cama o en sillones.
- Falta de movilidad.
- Exceso de humedad a causa de incontinencia urinaria o fecal.
- Bajo nivel de percepción de las lesiones por demencias o problemas cognitivos.
- Alteraciones de la circulación.
- Piel en mal estado.
- Mala higiene.
- Desnutrición, deshidratación, delgadez, obesidad. (1)

#### Cuidando la piel de la persona mayor:

- Inspeccionar toda la piel del cuerpo al menos una vez al día.
- Limpiar la piel con agua tibia y jabón neutro.

- Paliar factores ambientales que secan la piel, evitando el frío y garantizando una humedad del ambiente superior al 40%.
- Hidratar la piel.
- Evitar la desnutrición y mantener a la persona bien hidratada,
- Si hay incontinencia, usar pañales desechables y cambiarlos con frecuencia.
- Fomentar la circulación de la sangre en la piel masajeándola suavemente tras el lavado.
- Evitar los masajes sobre las prominencias óseas.
- Evitar las arrugas en la ropa de cama.
- Utilizar técnicas adecuadas de posición y transferencia, evitando fricciones y rozamientos sobre la piel.

#### Favoreciendo la movilidad de la persona mayor y una posición correcta:

- Fomentar que se mueva ella misma si puede hacerlo.
- Cambiarle de postura cada 2 horas si está en la cama y no puede hacerlo por ella misma.
- Cambiarle de postura cada hora si está sentada, levantándola un poco e inclinándola hacia los lados.
- Utilizar una butaca con respaldo alto, que dé apoyo a la cabeza y a toda la espalda.

- Continuar haciendo los cambios posturales aunque la persona mayor utilice colchones o cojines anti-escaras.

#### Utilizando dispositivos de apoyo que disminuyan la presión sobre la piel:

- Colchones y cojines anti escaras (de espuma, de aire, de agua, de gel, de silicona).

Protectores específicos: mantas, taloneras, rodilleras, coderas anti escaras.



- Protectores específicos: mantas, taloneras, rodilleras, coderas anti escaras.



#### Movilización del paciente encamado ayudado por una sábana

- Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.
- Para esta técnica nos ayudaremos de una "entremetida" que es una sábana doblada en su largo a la mitad.

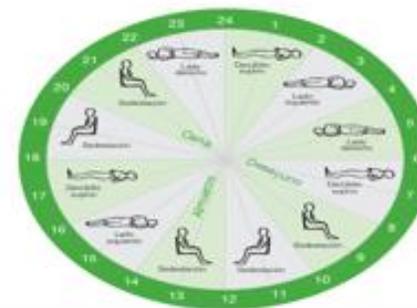
- Se la colocaremos al adulto mayor por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
- Para ello lo colocaremos en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar.
- Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al adulto mayor hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones. (2)

#### Cambios posturales en paciente encamado

- Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado.
- En todo caso nunca debe sentarse a más de 30°. Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteres, los tobillos y talones. Utilizar superficies especiales adecuadas.
- Las lateralizaciones no deben hacerse a más de 30° para evitar úlceras en trocánteres.



#### Reloj para control de cambios posturales



Ante la aparición de enrojecimientos en la piel en las zonas de presión o lesiones:

- Valoración de las lesiones por personal médico o de Enfermería y seguimiento del tratamiento que se establezca para que el cuidador tenga las pautas para tratar las UPP.
- Mantener la zona seca (medidas de prevención).
- Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior la proporcionada por la gravedad.
- No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.
- No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina,
  - No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), tóxicos para los fibroblastos humanos.
- Proteger la zona pelicular con un preparado a base de zinc.
- El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 - 4 cm los bordes de la misma.

El plan de manejo de la úlcera por presión dependerá de la valoración de la lesión:

(3)

#### Si son lesiones de grado I

Aplicar apósito hidrocólicoide/hidrorregulador de baja absorción (transparente/extrafino) en placa. Si la zona lesionada es el talón utilizar siempre protección y dispositivo (almohadas) que evite la presión.

#### Si son lesiones de grado II

Aplicar apósitos hidrocólicoide en placa favorecedores de la limpieza rápida de la herida, que atrapan la secreción cargada de gérmenes. En la parte profunda de la úlcera aplicar gel, pasta o gránulos, además de la placa superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa.

Superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa.

#### En lesiones de grado III y IV

Si la úlcera está limpia o tuviera esfacelos pero tras la limpieza quedara libre de ellos, aplicar apósito hidrocólicoide/hidrorregulador en placa.

Si se observa en el lecho de la lesión tejido necrótico o esfacelos utilizar métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados, lo cual es realizado por el personal médico.

Para evitar que se formen abscesos o “se cierre en falso” la lesión, será necesario rellenar parcialmente - entre la mitad y las tres cuartas partes- las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda, además de la placa superficial.

Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa, además de retener la secreción cargada de gérmenes (fase de limpieza) (3).

#### Los apósitos basados en cura húmeda son:

- Hidrocólicoide/hidrorreguladores, en placa, en gránulos o en pasta (sólo ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida).
- Hidrogeles en estructura amorfa o en placa (por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de las heridas con tejido esfacelado. Se tratan de geles acabados) y de rápida acción desbridante.
- Alginatos (El alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presentes, por ejemplo en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado).
- Hidrofibras de hidrocólicoide.

- Poliuretanos

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinado por el nivel de exudado.

- Si la úlcera no evoluciona favorablemente al cabo de una semana, o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con una pomada antibiótica local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan la úlcera por presión y durante un período máximo de dos semanas .
- Si al cabo de las dos semanas continuara con infección realizar cultivo.
- En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada. No utilizar antisépticos locales.
- Evitar las curas oclusivas si hay exposición de hueso o tendones.
- No realizar nunca curas oclusivas si hay signos de infección. Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis. (1)

## Conclusiones y Recomendaciones



### Conclusiones

- Entre todos los factores de riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP), el factor más importante es la presión mantenida, la cual se puede evitar llevando a cabo ciertas acciones como el uso de colchones o cojines anti escaras, taloneras. Todo ello sin olvidarnos de la importancia de la higiene y del uso de cremas que son específicamente para estas lesiones y apósitos que ayuden a mantener la integridad cutánea del adulto mayor encamado.
- Los cambios posturales cada 2 horas son una mejor manera de prevenir úlceras por presión (UPP), además de tener la zona siempre limpia y seca.
- Es importante poner límites en la ayuda que se ofrece a la persona dependiente, teniendo presentes las propias limitaciones del cuidador. El cuidador no tiene que sentirse exhausto para preocuparse de su propio bienestar, sino que éste tiene que ser una prioridad, algo que le dará fuerzas para continuar y le ayudará a prevenir sentimientos de soledad y aislamiento. (2)

### Recomendaciones

- Es recomendable llevar una dieta acorde al estado del salud del adulto mayor, ya que este es la base fundamental para que el organismo haga su trabajo y evitar una Úlcera por presión o una curación efectiva.
- Asistir periódicamente al centro de salud para valorar las Úlceras por Presión y conocer si el tratamiento es efectivo.
- El cuidado de la piel, favorecer la movilidad y usar dispositivos de apoyo que aminoren la presión sobre la piel serán decisivos para evitar la formación de las úlceras o escaras.
- Para evitar una mayor lesión y fricción, es recomendable aplicar un poco de polvo a las sábanas para que la piel no sufra un roce continuado al permanecer mucho tiempo en la cama. (3)

---

## Bibliografía

- 1 Salazar CA. ÚLCERAS POR PRESIÓN. [Online].; 2017. Available from:  
file:///C:/Users/Sol%20y/Downloads/S35-05%2021 II%20(2).pdf.
- 2 GARCÍA RA. PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS. [Online].;  
2017. Available from:  
[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publicos/adjuntos/enfermeria/UPP\\_es.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicos/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf).
- 3 Sánchez M<sup>a</sup>C. Protocolo de Cuidados. [Online].; 2018. Available from:  
[https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga\\_protocolos/ulceras\\_presion.pdf](https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf).
- 4 Pacheco MAM. El manejo de las úlceras por presión. *mediagraphic*. 2016  
abril-junio; 8(2).
- 5 Bosch Á. Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la  
farmacia. *elsevier*. 2016 marzo; 23(3).
- 6 JE TiB. Úlceras.net. [Online].; 2021. Available from:  
<https://www.ulceras.net/monografico/111/99/ulceras-por-presion-escalas.html>.
- 7 G. CL. Úlceras por presión. *R. revistacientificasanum*. 2020; 4(3).
- 8 Heredia S. Calidad del cuidado enfermero. <https://www.medigraphic.com/>.  
2021; 26(2).
- 9 EmilyHaesler. Prevención y tratamiento de. [Online]. [cited 2019. Available  
from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/04/qrg-2020-spanish.pdf>.

### 5.3 DISPOSICIÓN DE VISITAS

El cantón Pastaza de la provincia de Pastaza, se tomó de referencia los barrios de la parroquia urbana Puyo, por lo tanto, se definió recorrer y con horarios establecidos, las visitas serán realizadas de manera individual con los pacientes con todas las medidas de Bioseguridad establecidas por el COE Nacional, los temas fueron impartidos en 6 jornadas en un tiempo de 3 semana.

**Tabla 11.** Cronograma de capacitación por barrios de la parroquia Puyo para la primera semana: Jornada educativa 1 - 2.

Barrios	Jornada Educativa 1		Jornada Educativa 2		Número de pacientes
	Fecha	Hora	Fecha	Hora	
La Merced	22/11/2021	08:00 A 10:00	22/11/2021	14:00 A 16:00	2
Obrero	23/11/2021	10:15 A 12:15	23/11/2021	16:15 A 18:15	2
Ciudadela del Chofer	24/11/2021	08:00 A 10:00	24/11/2021	14:00 A 16:00	1
Cumandá	25/11/2021	08:00 A 10:00	25/11/2021	14:00 A 16:00	1
México	26/11/2021	10:05 A 12:05	26/11/2021	16:05 A 18:05	2
Ciudadela Pastaza	27/11/2021	08:00 A 10:00	27/11/2021	14:00 A 16:00	1
Santo Domingo	28/11/2021	08:00 A 10:00	28/11/2021	08:00 A 10:00	1

**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Tabla 12.** Cronograma de capacitación por barrios de la parroquia Puyo para la segunda semana: Jornada educativa 3 - 4.

Barrios	Jornada Educativa 3		Jornada Educativa 4		Número de pacientes
	Fecha	Hora	Fecha	Hora	
La Merced	22/11/2021	08:00 A 10:00	22/11/2021	14:00 A 16:00	2
Obrero	23/11/2021	10:15 A 12:15	23/11/2021	16:15 A 18:15	2
Ciudadela del Chofer	24/11/2021	08:00 A 10:00	24/11/2021	14:00 A 16:00	1
Cumandá	25/11/2021	08:00 A 10:00	25/11/2021	14:00 A 16:00	1
México	26/11/2021	10:05 A 12:05	26/11/2021	16:05 A 18:05	2
Ciudadela Pastaza	27/11/2021	08:00 A 10:00	27/11/2021	14:00 A 16:00	1
Santo Domingo	28/11/2021	08:00 A 10:00	28/11/2021	08:00 A 10:00	1

**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Tabla 13.** Cronograma de capacitación por barrios de la parroquia Puyo para la tercera semana: Jornada educativa 5 -6.

Barrios	Jornada Educativa 5		Jornada Educativa 6		Número de pacientes
	Fecha	Hora	Fecha	Hora	
La Merced	22/11/2021	08:00 A 10:00	22/11/2021	14:00 A 16:00	2
Obrero	23/11/2021	10:15 A 12:15	23/11/2021	16:15 A 18:15	2
Ciudadela del Chofer	24/11/2021	08:00 A 10:00	24/11/2021	14:00 A 16:00	1
Cumandá	25/11/2021	08:00 A 10:00	25/11/2021	14:00 A 16:00	1
México	26/11/2021	10:05 A 12:05	26/11/2021	16:05 A 18:05	2
Ciudadela Pastaza	27/11/2021	08:00 A 10:00	27/11/2021	14:00 A 16:00	1
Santo Domingo	28/11/2021	08:00 A 10:00	28/11/2021	08:00 A 10:00	1

**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Tabla 14.** Intervención de Enfermería para la prevención de úlceras por presión.

### JORNADA EDUCATIVA 1

HORARIO	OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
<b>08:00 A 08:30</b>	Integrar a los pacientes con la charla educativa.	Bienvenida a los pacientes. Entrega del folleto educativo para comenzar con las charlas.	Folleto educativo para la atención y prevención de la UPP.	Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión (pág. 60 hoja 1)	Tania Tashiguano (investigadora)	Los pacientes receptaron el folleto educativo y los materiales necesarios para la charla.
<b>08:30 A 09:00</b>	Educar a los cuidadores sobre lo que es el adulto mayor encamado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de adulto mayor encamado.</li> <li>- Proceso de envejecimiento.</li> </ul>	Presentación de contenidos educativos.	Folleto educativo (pág. 60 hoja 2)  Carteles interactivos (fotografía 2 pág. 104)	Tania Tashiguano (investigadora)	Se logró aumentar el nivel de conocimiento sobre la definición del adulto mayor encamado y el proceso de envejecimiento a los pacientes presentes y a sus cuidadores.
<b>09:00 A 09:30</b>	Educar a los cuidadores sobre las úlceras por presión y los Factores de riesgo los cuales está expuesto el adulto mayor y generan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto de Úlceras por presión.</li> </ul>	Taller práctico mediante una didáctica conocer las causas asociadas a la aparición de las úlceras por presión.	Folleto educativo para la prevención de las úlceras por	Tania Tashiguano (investigadora)	Con el material didáctico, se pudo atraer la atención del cuidador conociendo sobre las úlceras por

	las úlceras por presión.	- Factores de riesgo asociados.		presión (pág.61). Maqueta. (Fotografía 8 pág.107).		presión.
<b>09:30 A 10:00</b>	Evaluar el conocimiento adquirido	Evaluación de aprendizaje sobre el adulto mayor, procesos de envejecimiento, concepto de úlceras por presión, factores de riesgos de las úlceras por presión	Dinámica de intercambio de experiencias.	Dinámica de preguntas referentes al tema tratado. (Fotografía 4. Pág. 105)	Tania Tashiguano (investigadora)	Se logró perfeccionar el nivel de conocimiento sobre el adulto mayor, proceso de envejecimiento, conceptos de las úlceras por presión y los factores de riesgo que están expuestas.

**JORNADA EDUCATIVA 2**

<b>HORARIO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>14:00 A 14:30</b>	Identificar los estadios de las úlceras por presión en los adultos mayores encamados.	Clasificación de los Estadios.	Charla educativa sobre la clasificación de los estadios de las úlceras por presión mediante maqueta.	folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión. (pág. 61 hoja	Tania Tashiguano (investigadora)	Se logró identificar la clasificación de los estadios con la maqueta ayudando así al cuidador conocer y cómo actuar.

				1, pág.) Maqueta (Fotografía 9 pág. 108).		
<b>14:30 A 15:15</b>	Conocer los signos y síntomas de las úlceras por presión	Signos y síntomas de las úlceras por presión.	Charla Educativa sobre los signos y síntomas de las úlceras por presión en adultos mayores encamados.	Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión. (pág. 62 hoja 1) Cartel. (Fotografía 16 pág. 111)	Tania Tashiguano (investigadora)	Los cuidadores alcanzan a identificar cuáles son los signos y síntomas de las úlceras por presión.
<b>15:15 A 15:45</b>	Detallar la Complicaciones y signos de alarma que puede perjudicar al adulto mayor encamado.	- Complicaciones. Reconocimiento de los signos de peligro.	- Charla educativa sobre las complicaciones y los signos de peligro en los adultos mayores encamados.	Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión (ver pág. 63)	Tania Tashiguano (investigadora)	El conocimiento de los peligros y las complicaciones expuestas a los adultos mayores, cambiaron su forma de enfrentar la enfermedad.

<b>15:45 A 16:00</b>	Evaluar el conocimiento adquirido	Evaluación de aprendizaje sobre la clasificación de los estadios, los signos y síntomas, las complicaciones y el reconocimiento de los signos de alarma de úlceras por presión.	Dinámica de intercambio de experiencias.	Dinámica de preguntas referentes al tema tratado	Tania Tashiguano (investigadora)	Se logró perfeccionar el nivel de conocimiento sobre la clasificación de los estadios de las úlceras por presión del adulto mayor encamado, los signos y síntomas, las complicaciones, y el reconocimiento de los signos de alarma que se enfrentan.
--------------------------	-----------------------------------	---	--	--	----------------------------------	--

**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

JORNADA EDUCATIVA 3						
HORARIO	OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
<b>08:00 A 08:30</b>	Dar la bienvenida a al cuidador y al adulto mayor y con la dinámica poder lograr la aceptación del adulto mayor a las	Ejercicios rotación de brazos y flexión constantes de rodillas.	- Dinámica de introducción: lograr la	Parlante y celular	Tania Tashiguano (investigadora)	Mediante la dinámica realizada se logró la integración de los miembros presentes y un

	charlas educativas.		movilidad de sus extremidades			mejor ambiente de trabajo.
<b>08:30 A 09:00</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar el cuidado de la piel del adulto mayor.</li> <li>- Promover la movilidad del adulto mayor para evitar las úlceras por presión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de la piel.</li> <li>- Baño de esponja</li> <li>- Favorecimiento en la movilidad en el adulto mayor.</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taller didáctico sobre los cuidados de la piel al momento de la higiene mediante el baño de esponja.</li> <li>- Taller demostrativo en ejercicios rutinarios para facilitar la movilidad.</li> </ul>	Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión. (pág. 62)	Tania Tashiguano (investigadora)	Los cuidadores reforzaron su conocimiento en el cómo cuidar la piel delicada del adulto mayor. Además, una serie de ejercicios que ayudarán a mantener una movilidad en todas sus extremidades.

<p><b>09:00 A 09:30</b></p>	<p>Reconocer los lugares donde son más propensas la aparición de las UPP en el adulto mayor encamado.</p>	<p>Localización de las úlceras por presión según la posición del paciente.</p>	<p>- Charla educativa sobre la localización de las úlceras por presión según la posición anatómica del paciente mediante el uso de material didáctico.</p>	<p>Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión. (pág. 63) Cartel interactivo. (Foto 4 pág. 105)</p>	<p>Tania Tashiguano (investigadora)</p>	<p>Se alcanza el dominio de los cuidadores sobre la localización más frecuentes de las úlceras por presión, enfocándose en las posiciones anatómicas.</p>
<p><b>09:30 A 10:00</b></p>	<p>Evaluar el conocimiento adquirido</p>	<p>- Evaluación de aprendizaje sobre el cuidado de la piel, Baño de esponja y el favorecimiento en la movilidad en el adulto mayor.</p>	<p>Dinámica de intercambio de experiencias.</p>	<p>Dinámica de preguntas referentes al tema tratado. (Foto 6 ver pág. 106).</p>	<p>Tania Tashiguano (investigadora)</p>	<p>Se logró perfeccionar el nivel de conocimiento sobre el cuidado de la piel del adulto mayor encamado, Baño de esponja y el favorecimiento en la movilidad en el adulto mayor para poder evitar la aparición de las úlceras por presión.</p>

JORNADA EDUCATIVA 4

HORARIO	OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
<b>14:00 A 14:30</b>	Enseñar y explicar los medios de diagnóstico de las úlceras por presión más usados en adultos mayores encamados.	Medios de diagnósticos de las úlceras por presión más usada en adultos mayores encamados.	Charla educativa sobre los medios de diagnósticos más usados en las úlceras por presión.	Cartel interactivo. (Foto 3 y 4 pág. 105)	Tania Tashiguano (investigadora)	Los cuidadores y los adultos mayores conocieron los medios de diagnóstico más usados y los cuales hicieron reforzar sus conocimientos.
<b>14:30 A 15:15</b>	Educar a al cuidador (a) del adulto Mayores sobre equipos y vestimenta anti escaras.	- Dispositivos para prevención de úlceras	Taller didáctico imágenes educativas sobre estos equipos muy importantes para el confort del adulto mayor.	Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión. (pág. 65)	Tania Tashiguano (investigadora)	Educación al cuidador sobre cada uno de los equipos y vestimentas anti escaras, y como puede ayudar a la prevención de

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colchones y cojines anti escaras.</li> <li>- Tobilleras anti escaras.</li> <li>- Mantas anti escaras.</li> </ul>				las úlceras por presión.
<b>15:15 A 15:45</b>	Identificar la importancia de los cambios posturales para prevenir las úlceras por presión al adulto mayor encamado.	Posiciones adecuadas para el adulto mayor. Encamado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición del uso del reloj para control de cambio de posturas.</li> <li>- Taller práctico cambios posturales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión</li> <li>- Maqueta. (Foto 5 pág. 106)</li> <li>- Dinámica con rueda del reloj de control de</li> </ul>	Tania Tashiguano (investigadora)	Se concientizó mediante la práctica de cambios posturales con el reloj, a prevenir las úlceras por presión en el adulto mayor encamado.

				cambios posturales.		
<b>15:45 A 16:00</b>	Evaluar el conocimiento adquirido	- Evaluación de aprendizaje sobre los medios de diagnósticos de las úlceras por presión, equipos y vestimentas anti escaras y el cambio de las posiciones posturales en el adulto mayor.	Dinámica de intercambio de experiencias.	Dinámica de preguntas referentes al tema tratado. (Foto 10 pág. 108)	Tania Tashiguano (investigadora)	Se logró perfeccionar el nivel de conocimiento sobre los medios de diagnósticos de las úlceras por presión, equipos y vestimentas anti escaras y se realizó el cambio de las posiciones posturales en el adulto mayor con el reloj de cambios posturales.

**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**JORNADA EDUCATIVA 5**

<b>HORARIO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>08:00 A 08:30</b>	Dar la bienvenida a al cuidador y al adulto mayor y con la dinámica poder lograr la aceptación del adulto mayor a las charlas educativas.	Canción de pin pon.	- Dinámica de introducción: lograr que el adulto mayor siga la canción y así mejorar su memoria y concentración.	Parlante y celular.	Tania Tashiguano (investigadora)	Mediante la dinámica realizada se logró la integración de los miembros presentes y un mejor ambiente de trabajo.
<b>08:30 A 09:00</b>	Evaluar el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre las úlceras por presión.	- Evaluar el nivel de conocimiento de los cuidadores.	Taller didáctico sobre la importancia de realizar una valoración de la ubicación, para poder prevenir úlceras por presión.	- Maqueta sobre el cambio postural del paciente encamado por horas. (Foto 8 pág. 107 y foto 12 pág. 109)	Tania Tashiguano (investigadora)	Se evaluó sobre temas de prevención de úlceras por presión con medidas que se pueden realizare en el hogar.

<p><b>09:00 A 09:30</b></p>	<p>Conocer los procedimientos que se utilizan para la prevención de úlceras por presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimientos que se usan en la prevención de las úlceras por presión.</li> </ul>	<p>Exposición oral al cuidador sobre los procedimientos que se utilizan en la prevención de las úlceras por presión</p>	<p>Exposición oral. (Foto 10 pág. 108)</p>	<p>Tania Tashiguano (investigadora)</p>	<p>La exposición oral ayudó a fortalecer las destrezas y habilidades del cuidador para prevenir las úlceras por presión</p>
<p><b>09:30 A 10:00</b></p>	<p>Informar al cuidador cada que tiempo se realiza la valoración cefalo caudal para prevenir las úlceras por presión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cada qué tiempo de se realiza la valoración de la piel para prevenir ulceras por presión?</li> </ul>	<p>Mediante charlas se instruyó al cuidador cuales son los cuidados y valoración de la piel para detectar laceración o alteraciones de la piel.</p>	<p>Exposición oral (Foto 13 pág. 110)</p>	<p>Tania Tashiguano (investigadora)</p>	<p>Se fortaleció e informo al cuidador de cuáles son las horas idóneas para realizar las respectivas curaciones de las úlceras por presión.</p>

JORNADA EDUCATIVA 6						
HORARIO	OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	MATERIALES	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
<b>14:00 A 14:30</b>	Reconocer signos de alarma en los adultos mayores con úlceras por presión.	- Signos de alarma en los que están expuestos los adultos mayores con úlceras por presión	Ayudar al cuidador a reconocer cada uno de los signos de alarma en los adultos mayores encamados.	Exposición Oral Cartel interactivo. (pág. 107 y 108)  Folleto educativo. (pág. 64)	Tania Tashiguano (investigadora)	Se fomentó el conocimiento al cuidador para que sea más ágil al reconocer con presión cada uno de los signos de alarma que el adulto mayor encamado está sujeto por las úlceras por presión.
<b>14:30 A 15:15</b>	Evaluar cada tema con el cuidador y el adulto mayor a su cargo.	Conocimiento sobre la clasificación de las úlceras por presión, los signos y síntomas.	El cuidador con una breve explicación detalla todo lo que aprendió referente a los temas.	Exposición oral. (Foto. 6 pág. 106)  Folleto educativo para la prevención de	Tania Tashiguano (investigadora)	Se conoció el grado de conocimiento que el cuidador tuvo en estos temas y como ponerlos práctica.

				las úlceras por presión.		
<b>15:15 A 15:45</b>	Evaluar cada tema con el cuidador y el adulto mayor a su cargo.	Conocimiento sobre los cambios posturales con el reloj postural, los medios de diagnóstico de las úlceras por presión, cuidados de la piel.	El cuidador con una breve explicación detalla todo lo que aprendió referente a los temas.	Exposición oral. (Fot.5 pág. 106)  Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión. (pág. 63)	Tania Tashiguano (investigadora)	Se conoció el grado de conocimiento que el cuidador tuvo en estos temas y como ponerlos práctica.

<p><b>15:45 A</b> <b>16:00</b></p>	<p>Evaluar cada tema con el cuidador y el adulto mayor a su cargo.</p>	<p>Evaluación de Conocimiento sobre, los procedimientos para la prevención de las úlceras por presión, cada que tiempo se realiza los cambios posturales, valoraciones de la piel y los signos de alarma de úlceras por presión.</p>	<p>El cuidador con una breve explicación detalla todo lo que aprendió referente a los temas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición oral. (Foto 7 pág. 107)</li> <li>- Folleto educativo para la prevención de las úlceras por presión. (pág. 64)</li> </ul>	<p>Tania Tashiguano (investigadora)</p>	<p>Se conoció el grado de conocimiento que el cuidador tuvo en estos temas y como ponerlos práctica.</p>
--	--	--	--	--	---	--

**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

#### **5.4 RESULTADOS OBTENIDOS DEL PLAN EDUCATIVO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Con la ejecución del plan de intervención de enfermería, los cuidadores de los adultos mayores encamados obtuvieron materiales de apoyo que les favorecería de manera positiva en el aprendizaje de la prevención de las úlceras por presión, en el cual se encuentran detallados todos los temas que fueron impartidos en los procesos educativos.

La jornada educativa 1-2 estuvo enfocada en dar a conocer: definiciones y conceptos de las úlceras por presión, signos y síntomas, estadios de las úlceras por presión, complicaciones y reconocimientos de los signos de alarma que existen, con esto se permitió aumentar su conocimiento teórico en base científica para que la comprensión del tema sea óptima. Además, gracias a la capacitación los cuidadores mostraron mucho interés en temas nuevos o más actualizados; lo que permitirá que brinden una atención adecuada a los adultos mayores encamados.

Durante la ejecución de las jornadas educativa 3-4, los cuidadores conocieron cada uno de los equipos que se usan para evitar las úlceras por presión en pacientes encamados, las posiciones anatómicas más frecuentes para evitar la aparición de las úlceras por presión con la maqueta del reloj de cambio de posiciones, reconocer los estadios mediante la maqueta interactiva. Es importante recalcar que, gracias a la aplicación de estos temas y al material didáctico utilizado en la capacitación; los cuidadores poseen información actualizada para prevenir las úlceras de presión. De esa manera los cuidadores podrán brindar una mejor calidad de vida a sus pacientes

La ejecución de las jornadas educativa 5-6 se fortaleció los conocimientos mediante la práctica con el cuidador para conocer cuáles son las técnicas apropiadas para poder prevenir las úlceras por presión en los adultos mayores encamados. Finalmente, el cuidador perfeccionó cada uno de los temas impartidos con la práctica en el adulto mayor, concluyendo que el conocimiento adquirido en forma general les permite prevenir las úlceras por presión y a fomentar la prevención de una manera adecuada, brindando una estabilidad emocional hacia el adulto mayor encamado. Gracias a la capacitación impartida,

se logró aumentar conocimientos teóricos y prácticos; que serán utilizados de manera positiva y adecuada en los adultos mayores encamados. Es necesario mencionar que, al finalizar las jornadas de capacitación, el investigador realizó una encuesta donde los cuidadores demostraron estar satisfechos con la información impartida y agradecieron que se haya tomado este tema tan importante en consideración, debido al alto índice de personas encamadas en la actualidad.

Además, gracias a la intervención realizada se comprobó que la capacitación sí logró los objetivos planteados; debido a que los cuidadores recibieron una capacitación que permitió actualizar y mejorar los conocimientos en la prevención de úlceras de presión. Lo cual contribuirá a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores encamados.

## 5.5 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

**Tabla 15.** Considera que la capacitación recibida sobre la prevención de las úlceras por presión fue:

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Interesante	10	100%
Provechosa	0	0%
No muy interesante	0	0%
Una pérdida de tiempo	0	0%
Total	10	100%

**Fuente:** Encuesta de satisfacción

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

### **Análisis e interpretación:**

Con el 100% de los cuidadores de los adultos mayores encamados afirman que las capacitaciones recibidas sobre la prevención de las úlceras por presión son muy interesantes, para mejorar sus conocimientos sobre las úlceras por presión y prevenir su aparición.

**Tabla 16.** La capacitación de los factores de riesgo y cuidados generales en adultos mayores encamados logró incrementar su conocimiento sobre este tema:

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	100%
No	0	0%
Total	10	100%

**Fuente:** Encuesta de satisfacción

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

### **Análisis e interpretación:**

Con el 100% de los cuidadores de los adultos mayores encamados afirman que sus conocimientos sobre las úlceras por presión se incrementaron, con lo cual la prevención ayuda a mantener la zona seca y limpia asegurando futuras

apariciones.

**Tabla 17.** Le gustaría recibir más información sobre el tema, recomendaría esta capacitación a más personas.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	100%
No	0	0%
<b>Total</b>	10	100%

**Fuente:** Encuesta de satisfacción

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Análisis e interpretación:**

El conocer más sobre las úlceras por presión y como prevenir su aparición en los adultos mayores encamados, en su totalidad están de acuerdo con seguir recibiendo información valiosa que les permita controlar las apariciones de las úlceras por presión, con ello también están de acuerdo en compartir la capacitación con sus amigos y familiares.

## CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento que poseen los cuidadores con respecto a la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor es regular, al tener un limitado conocimiento en que son las úlceras por presión, cambios posturales, cuidado de la piel y control médico.
- Dentro de los factores riesgo para el desarrollo de las úlceras por presión se identificaron edad avanzada, deficiente cuidado de la piel (hidratación), falta de higiene corporal, falta de movilidad y cambio frecuente en las sábanas que pueden producir fricción.
- Con el aporte del folleto educativo se educó a los cuidadores para la prevención y así reducir la incidencia de úlceras por presión en los adultos mayores encamados.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar nuevas estrategias de educación con metodologías en las que se brinde talleres y capacitaciones con temas sobre medidas de prevención relacionada con las úlceras por presión.
- Incluir a los sectores rurales en donde los servicios de salud no llegan con facilidad y brindar información sobre el auto cuidado y promoción en la prevención de las úlceras por presión
- Realizar estudios similares en otras ciudades del país para contribuir a elevar el conocimiento de la prevención de úlceras por presión, en pacientes encamados que se encuentran en sus hogares y están al cuidado de un familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ojeda P. Universidad Técnica Particular de Loja. [Online].; 2019 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/20.500.11962/24497/1/Ojeda%20Samaniego%20Pamela%20del%20Roc%C3%ADo.pdf>.
2. Rodríguez-Renobato R. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Online].; 2017 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim174b.pdf>.
3. Cornejo JLI. Scielo. [Online].; 2017 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000400013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400013).
4. LILIANA CQM. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES. [Online].; 2017 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6052/1/PIUAENF024-2017.pdf>.
5. Osvaldo J. Patiño O HAAyALB. Actualización en la prevención de las úlceras por presión. REVISTA ARGENTINA DE QUEMADURAS. 2020; 30(2).
6. González-Consuegra RV. Estudio de prevalencia de lesiones por presión en un Hospital Universitario, Bogotá-Colombia. Revista Ciencia y Cuidado. 2018 Marzo; 15(2).
7. Manta C. Cardiocentro Manta. Comunicaradio. 2019 Marzo; 1.
8. Puyo HGd. Puyo, Hospital General de. [Online].; 2018 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: <http://www.hgp.gob.ec/index.html/index.php>.
9. Lekue MCA. El farmacéutico. [Online].; 2018 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: [https://www.elfarmaceutico.es/tendencias/te-interesa/caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores\\_108768\\_102.html](https://www.elfarmaceutico.es/tendencias/te-interesa/caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores_108768_102.html).

10. SANITAS. SANITAS. [Online].; 2022 [cited 2022 MARZO 8. Available from: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/complicaciones-enfermos-cama.html>.
11. Michael Joseph Pistoria. [Online].; 2022. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/paciente/tratamiento-estomago-pdq#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20est%C3%B3mago%20es,y%20malestar%20o%20dolor%20estomacal>.
12. Tobón DPR. Scielo. [Online].; 2021 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000200117](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000200117).
13. Jara Adl. LABOTiCADEMON. [Online].; 2021 [cited 2021 dICIEMBRE 20. Available from: <https://www.laboticademon.es/blog/escaras-como-prevenir-las.html>.
14. Herdocia DG. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León. [Online].; 2018 [cited 2021 dICIEMBRE 20. Available from: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7023/1/241311.pdf>.
15. CANCHALA GSL. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES. [Online].; 2016 [cited 2021 dICIEMBRE 20. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3597/1/TUTENF001-2016.pdf>.
16. Queralt DM. Canal MAPRE. [Online].; 2016 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/enfermedades-mayores/factores-riesgo-úlceras-presionn/>.
17. Committee SMSD. Model Systems Knowledge Translation Center. [Online].; 2021 [cited 2022 Enero 15. Available from:

<https://msktc.org/sci/factsheets/causas-y-riesgos-de-%C3%BA%20%C3%BAlceras-por-presi%C3%B3n#fsmenu5>.

18. Ortiz-Vargas. Scielo. [Online].; 2017 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000400243](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000400243).
19. Úlceras.net. Úlceras.net. [Online].; 2021 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: <https://www.úlceras.net/monografico/111/99/úlceras-por-presion-escalas.html>.
20. OCRONOS RMydE. Revista Médica y de Enfermería OCRONOS. [Online].; 2019 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: <https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>.
21. Sofia HUR. PROTOCOLO DE CUIDADOS EN ÚLCERAS POR PRESIÓN. [Online].; 2017 [cited 2021 Diciembre 20. Available from: [https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga\\_protocolos/úlceras\\_presion.pdf](https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/úlceras_presion.pdf).
22. Otila Silva JSYCMB. GNEAUPP. [Online].; 2020 [cited 2022 Enero 15. Available from: <https://gneaupp.info/cuidados-de-enfermeria-en-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-úlceras-por-presion/>.
23. NAVARRA CUD. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. [Online].; 2020 [cited 2022 Enero 15. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/úlceras-presion>.
24. Mori MdP. Propuesta metodológica de la intervención de enfermería. Scielo. 2008; 14.
25. Gonzales "a". Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. Scielo. 2015| marzo; 63(1).

## ANEXOS

### 6.1 Anexo 1. Abreviaturas

- **UPP:** Úlceras por Presión
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos
- **UPH:** Úlceras por Humedad.

## 6.2 Anexo 2: Entrevista al médico del centro de salud Puyo.



### INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR "SAN GABRIEL" CARRERA DE TECNOLOGÍA EN ENFERMERIA



#### 1. ¿Cuántos adultos mayores encamados existen en el Puyo?

Según una entrevista realizada a la Dra. Fiorela Capuz medica general del Centro Salud morete Puyo, existieron 15 adultos mayores encamados, los cuales 3 fallecieron por causa de la pandemia y 2 fueron referidos a una unidad médica por estado crítico. Quedando así 10 usuarios encamados en el hogar.

#### 2. ¿El personal de salud asiste al domicilio del adulto mayor encamado, para valorar su estado de salud?

Por palabra de la médica general el centro de salud presta toda la atención a los usuarios a domicilios, respetando un cronograma, mismo que cumple actividades diversas, por lo cual cada 15 días se realiza la visita a adultos mayores, a menos que sea llamado por emergencia.

#### 3. ¿El personal del centro de salud ha realizado procesos educativos referentes a la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor encamado?

La medica general manifiesta que, si se realizan charlas educativas dentro del centro de salud, mas no en los hogares.

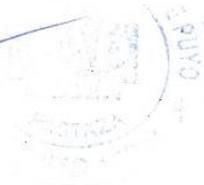
#### 4. ¿Cuándo el adulto mayor presenta complicaciones, el cuidador acude al centro de salud?

Según datos del centro de salud un 40% acude al instante que presenta una complicación, mientras que el 60% no le da mayor importancia.



Med. Fiorela Capuz  
Médico GEN  
C.I. 2400333098

*[Handwritten signature]*  
2400333098



6.3 Anexo 3: Consentimiento Informado

	<p><b>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR</b></p> <p><b>"SAN GABRIEL"</b></p>	
<p><i>Registro Institucional: 07020 CONESUP</i></p>		
<p><b>TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA</b></p>		
<p><b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>		
<p><b>Datos Generales:</b></p>		
1. Nombre del Investigador: .....		
2. Nombre de la Institución: .....		
3. Provincia, cantón y parroquia: .....		
4. Título del proyecto:		
.....		
.....;		
.....		
.....		
.....		

**Presentación:**

La inscrita Srta./Sr. ...., con CI: ..... Estudiante de quinto semestre de la Carrera de Tecnología en Enfermería del Instituto Tecnológico Superior Particular "San Gabriel", se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular para la elaboración del proyecto de investigación para la obtención del Título de Tecnólogo/a de Enfermería, solicita la utilización de datos de confidencialidad y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre enfermedad o patología actual y relevante. Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de esta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con

quien me sienta cómodo de esta propuesta. Puede existir algunas palabras que no entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle al investigador.

**Propósito:**

La presente investigación, se realiza por que tiene relevancia en el que hacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos post profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.

Tipo de estudio es

.....  
.....  
.....  
.....

**Confidencialidad**

La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente el investigador tendrá accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto a algún directivo o persona responsable, director, docente, etc.

El conocimiento obtenido de esta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.

**Consentimiento:**

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado enfermero.

Nombre del Participante:

.....

Firma del Participante:

.....CI: .....

Fecha ..... Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona será seleccionada por el participante y no deberá tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo ..... (Y Huella dactilar del participante)

Firma del testigo .....

Fecha..... Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la

oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: .....

Firma del Investigador: .....

Fecha: ..... Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de  
Consentimiento Informado.

6.4 Anexo 4: Encuesta a los cuidadores a cargo de un adulto mayor encamado.



INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO  
"SAN GABRIEL"  
TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA  
Registro Institucional: 07020 CONESUP



**CUESTIONARIO DE ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE LOS ADULTOS MAYORES ENCAMADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**TÍTULO DE TESIS:** INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ENCAMADOS DE LA CIUDAD DE PUYO, PASTAZA, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2021

**OBJETIVO:** Identificar los factores de riesgo que predisponen a las úlceras por presión en los adultos mayores encamados y los conocimientos que tienen los cuidadores sobre las úlceras por presión.

**Instrucciones de la encuesta**

- ✓ Marque con X la respuesta que usted considere correcta.
- ✓ Si tiene alguna duda, pregunte por favor.

**Datos Sociodemográficos:**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino   
Edad: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_

1. ¿El adulto mayor encamado presenta alguna lesión, enrojecimiento, laceración, hinchado, raspadura u otra alteración en la piel de cualquier parte del cuerpo?

SI  NO

2. ¿Cuándo el adulto mayor encamado presenta alguna alteración en la piel usted a donde acude para su curación?

- En casa (remedios naturales)
- Lo cura un chamán
- Lo cura el médico
- Asiste al Centro de Salud
- No hace nada

3. ¿Usted conoce que es una Úlcera por Presión (UPP)?

SI  NO

4. ¿Usted realiza cambio de posición a su adulto mayor encamado cada 2 horas?

SI  NO

5. ¿Usted cree que los cambios que ocurren en la piel asociados al envejecimiento incrementan la susceptibilidad al desarrollo de úlceras?

SI  NO

6. ¿Usted cree que la mala nutrición en el adulto mayor encamado incrementa la susceptibilidad al desarrollo de úlceras?

SI  NO

7. ¿Marque con una X, CUALES CONSIDERA que son los factores de riesgo para la formación de úlceras por presión?

- Falta de higiene diaria
- Falta de movilidad
- Presión y la fricción de algunas partes del cuerpo humano
- Falta de hidratación

8. ¿Usted realiza el aseo general y cambio de ropa diario del adulto mayor encamando?

SI  NO

9. ¿Usted cree que la falta de cambio de las sábanas de la cama aumenta el riesgo de úlceras en el adulto mayor encamado?

SI  NO

**10. ¿Usted ha recibido asesoría para dar los cuidados diarios del adulto mayor encamado?**

SI  NO

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN !**

6.5 **Anexo 5: Encuesta dirigida a los cuidadores del adulto mayor.**



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR  
"SAN GABRIEL"**



**CARRERA DE TECNOLOGÍA EN ENFERMERIA  
CUESTIONARIO ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE LOS  
ADULTOS MAYORES ENCAMADOS.**

**TÍTULO:** Intervención de enfermería para la prevención de úlceras por presión en adultos mayores encamados de la ciudad de Puyo.

**OBJETIVO:** Medir el nivel de conocimientos adquiridos después de las charlas educativas recibidas.

**INDICACIONES:** Marque con una x en la respuesta que usted considere adecuada.

1. Considera que la capacitación recibida sobre la prevención de las úlceras por presión fue:

- a) Interesante
- b) Provechosa
- c) No muy interesante
- d) Una pérdida de tiempo

2. La capacitación de los factores de riesgo y cuidados generales en adultos mayores encamados logró incrementar su conocimiento sobre este tema:

Sí \_\_\_ No \_\_\_

3. Le gustaría recibir más información sobre el tema, recomendaría esta capacitación a más personas.

Sí\_\_\_ No\_\_\_

Gracias por su colaboración

6.6 Anexo 6: Escala de Braden.

	<u>1 PUNTO</u>	<u>2 PUNTOS</u>	<u>3 PUNTOS</u>	<u>4 PUNTOS</u>
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

Imagen N° 1 Tabla de puntuación escala Braden

## 6.7 Anexo 7: Evidencias fotográficas.

### Fotografía. 1. Socialización de consentimiento informado



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

### Fotografía. 2 Socialización de la encuesta



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 3.. Encuesta al centro de salud**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 4 Capacitación a los cuidadores definición de paciente encamado**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

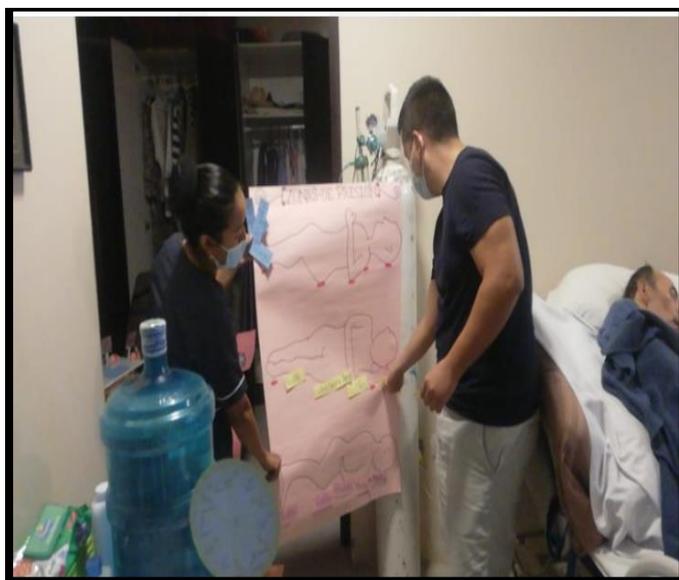
**Fotografía. 5 Métodos de prevención de las úlceras por presión**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 6 Dinámica reconocer los cambios posturales.**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 7 Charla de cambio de posiciones acorde al reloj postural**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 8 Cambios posturales en paciente encamado**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 9 Hidratación de la piel**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 10 Educación sobre las capas de la piel**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 11 Educación sobre los 4 estadios de las úlceras por presión**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 12 Dinámica reconoce tu cuerpo.**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 13 Baño de esponja**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 14 Exposición oral al cuidador sobre la prevención de las úlceras por presión**



**Fuente:** Autor

**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 15 material didáctico sobre información de las úlceras por presión**



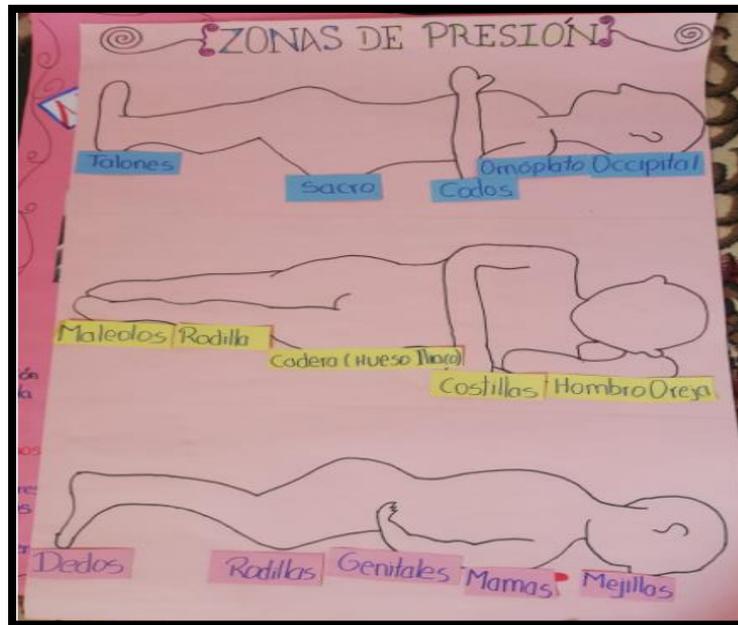
**Fuente:** Autor  
**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

**Fotografía. 16 Reloj para cambios posturales**



**Fuente:** Autor  
**Elaborado por:** Tania Marlene Tashiguano Valiente

Fotografía. 17 Información sobre las zonas de presión



Fuente: Autor

Elaborado por: Tania Marlene Tashiguano Valiente

Fotografía. 18 Material didáctico sobre los estadios de las úlceras por presión



Fuente: Autor

Elaborado por: Tania Marlene Tashiguano Valiente

## 6.8 Anexo 8: Glosario

- **Cizallamiento:** es la acción o el estrés resultante de fuerzas aplicadas que causa que dos partes contiguas de un cuerpo o dos cuerpos se deslicen uno con respecto al otro en dirección paralela a su plano de contacto.
- **Sarcopenia:** es la pérdida de masa muscular esquelética asociada al envejecimiento, y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano.
- **Glomerular:** es una bola de diminutos vasos sanguíneos que filtran la sangre. Cuando hay más de un glomérulo se denominan glomérulos
- **Células T:** son parte del sistema inmunitario y se forman a partir de células madre en la médula ósea. Ayudan a proteger el cuerpo de las infecciones y a combatir el cáncer. También se llama linfocito T y timocito. Evolución de una célula sanguínea.
- **Esfacelos:** Conjunto de tejidos gangrenados.
- **Desbridamiento:** de heridas es la remoción del tejido muerto o dañado de una herida para mejorar el proceso de cicatrización.