

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Enfermería**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FAMILIARES EN LA  
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS  
MAYORES CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA - 2009**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Laura Idalia Gallegos Quispe**

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TACNA - PERÚ**

**2009**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Enfermería**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FAMILIARES EN LA  
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS  
MAYORES CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO  
DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
TACNA - 2009**

**TESIS**

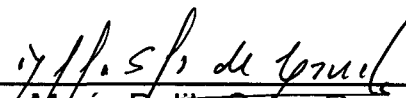
**Presentada Por:**

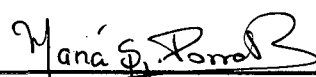
**Bach. LAURA IDALIA GALLEGOS QUISPE**

**Para Optar el Título Profesional de:**

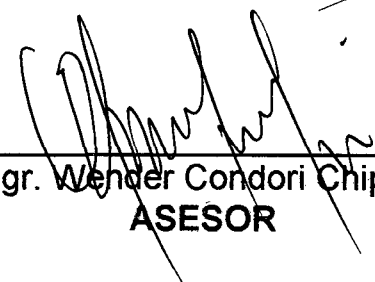
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente jurado:

  
\_\_\_\_\_  
Mgr. María Dalila Salas Romero  
**PRESIDENTA**

  
\_\_\_\_\_  
Mgr. María S. Porras Roque  
**JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
Mgr. Isabel Rodríguez Monzón  
**JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
Mgr. Wender Condori Chipana  
**ASESOR**

*A Dios, en primer lugar por  
Permitirme vivir este presente,  
por darme luz cada día....*

*A mi madre, por su Fortaleza,  
Convicción y amor que siempre  
Me demostró e inculco...*

*A mis abuelos con cariño por ser  
la inspiración de este estudio,  
A ellos con cariño...*

## ÍNDICE

**RESUMEN**

**SUMMARY**

**INTRODUCCIÓN**

**Pág.**

### **CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA**

Planteamiento del problema..... 04

Marco Teórico..... 12

### **CAPÍTULO II: DE LA METODOLOGÍA**

Material y método..... 73

Área de Estudio..... 74

Población..... 74

Método, Técnica e Instrumento..... 76

Recolección de Datos.....	79
Procesamiento de Datos.....	79

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

Resultados.....	81
Discusión.....	94
Conclusiones.....	99
Recomendaciones.....	100

### **REFERENCIAS**

### **ANEXOS**

## RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal, prospectivo, se realizó con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia en cama del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue Tacna-2009. La muestra estuvo conformada por 45 adultos mayores, aplicándose como instrumentos el cuestionario al familiar cuidador del adulto mayor. Los datos fueron procesados en Software SPSS v. 17,0, y se sometió a un control de calidad con un análisis unidimensional en las variables de conocimientos, actitudes y prácticas, aplicándose frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples con representación gráfica en las dimensiones de las variables indicadas, presentados en cuadros estadísticos; llegándose a la conclusión de este estudio que tienen un nivel de conocimiento bajo (57,78%), un nivel de práctica indiferente (37,78%) sobre la prevención de úlceras por presión y un tipo de actitud negativa (66,70%).

## **SUMMARY**

This research study is a descriptive, cross-sectional, trospective study was conducted in order to determine knowledge, attitudes and practices of the families in the prevention of pressure ulcers in patients with staying in bed in the health service Hipolito Unanue Hospital Tacna-2009. The sample consisted of 45 adults older as tools to apply the questionnaire to family caregivers of the elderly. The data were processed in SPSS Software v. 17.0, and subjected to quality control with a one-dimensional analysis on the variables of knowledge, attitudes and practices, applying absolute frequencies and relative frequencies with simple graphical representation in the dimensions of the variables set, presented in statistical tables, going up to conclude from this study that have a low level of awareness (57.78%), an indifferent practice level (37.78%) on the prevention of pressure ulcers and a type of negative attitude (66.70%) .

## INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor para el año 2009 en la región Tacna es de 22,325 habitantes y representa el 7,4% del total 306,645 habitantes, ellos conforman la población de mayor riesgo para estar en permanencia en cama y tener úlceras por presión por las complicaciones de salud que se presentan en esta etapa de vida, ya que la esperanza de vida en el quinquenio 2005-2010 es de 74 años en promedio para ambos sexos<sup>1</sup>.

Las úlceras por presión son uno de los principales riesgos del adulto mayor con permanencia en cama. Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, es decir, por falta de riego sanguíneo, que provocan la muerte de tejidos y posterior necrosis, comenzando en la piel. En general se producen en sitios donde existen prominencias óseas, que al comprimir la zona de apoyo entre éste y el resto del cuerpo situado superficialmente provocan la disminución o la suspensión del flujo sanguíneo, con el consiguiente daño a los tejidos.

---

<sup>1</sup> INEI. Disponible: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0258/CAP03-01.htm>  
Hora 21:00

El paciente adulto mayor en el momento que es hospitalizado en el servicio de medicina por diversas causas fisiopatológicas se encuentra en reposo absoluto conllevando a estar postrado por un tiempo prolongado en cama, en este período se encuentra al cuidado del personal de enfermería y el personal técnico, mas no de la familia ya que el hospital cuenta con normas estrictas en donde no permite la visita ni asistencia de los familiares del paciente adulto mayor durante el día, teniendo únicamente dos horas, en las que pueden visitar a su familiar enfermo, perdiendo así la oportunidad de obtener conocimientos, actitudes y prácticas en las dimensiones como la higiene, movilización y alimentación para la prevención de la úlceras por presión.

El personal de salud son los que le brindan los cuidados necesarios al paciente adulto mayor evitando complicaciones como las úlceras por presión entre otras. Después de un período de tiempo el paciente adulto mayor es dado de alta, pasando así al cuidado de sus familiares, el adulto mayor dependerá total o parcialmente de estos, es una problemática muy amplia, ya que el familiar cuidador deberá tener conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de úlceras por presión y así brindarle un cuidado adecuado y personalizado.

Consta del Capítulo I, del Problema, el planteamiento, y origen del problema, formulación del problema, hipótesis, objetivo, propósito, antecedentes del estudio, la base teórica, Capítulo II Material y Método en el que se presenta el nivel, tipo y método, descripción del área, población e instrumento, plan para la recolección de datos, plan para el procesamiento, Capítulo III Resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias y anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1.1 Descripción del problema**

El adulto mayor corresponde a una etapa de vida de la persona, en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios. Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años.

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas mayores, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. Muchas prácticas del cuidado del paciente son arcaicas basadas más en tradición y hábitos, que en ciencia y que pueden traer consecuencias no deseadas para las personas mayores.

Dos características del paciente adulto mayor agudamente enfermo son la disminución de su reserva funcional y la disminución de la capacidad de adaptarse a un entorno no familiar. Estas características hacen que el paciente adulto mayor este en riesgo de complicaciones y una discapacidad funcional progresiva, requiriendo necesidades especiales de cuidado en el hospital y en el Hogar.

Las enfermedades crónicas degenerativas, ocasionan en el adulto mayor problemas a nivel fisiológico, psicológico, social y espiritual, ocasionando con frecuencia a que el paciente según el grado de dependencia, permanezca en cama por un tiempo prolongado, limitando así sus funciones motoras y provocando un déficit en su autocuidado<sup>2</sup>.

La permanencia prolongada en cama genera problemas y complicaciones a nivel respiratorio, dermatológico y músculo esquelético, entre otros, siendo más frecuentes las úlceras por presión, una de las complicaciones que afecta al adulto mayor, ocasionando pérdida de la resistencia y elasticidad tisular provocando isquemia tisular por una disminución en la irrigación sanguínea, en las zonas de

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2006. [Citado el 20 de Julio]. Disponible:<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/imagenes/boletin/pdf/ReporteEpidemiologic/NS2006-20.pdf>. Hora 19:00

presión a nivel de las prominencias óseas, lo cual resulta desfavorable para la recuperación del paciente.

La enfermera Dorothea E. Orem en su Teoría del Autocuidado **(Polit., 1991, Marriner 1994)** la define como: "acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos".

La teoría de autocuidado es aplicable para todas las edades y grados de bienestar, Orem, explica en el sistema educativo de apoyo, el familiar del adulto mayor es capaz de aprender el autocuidado terapéutico hacia el adulto mayor pero debe ser ayudado compensando parcial o totalmente las necesidades del adulto mayor.

El cuidado del adulto mayor en el hogar, una vez que éste es dado de alta, depende total o parcialmente del cuidado de sus familiares, es una problemática muy amplia que exige no sólo experiencia, sino de la atención que reciba por parte de éstos sea, personalizado y ajustado específicamente para las necesidades de cada adulto mayor. Se trata de lograr una conducta equilibrada, evitar agredir su dignidad sin dejar de prodigarle los cuidados adecuados y

no incurrir en el error de olvidarse de las propias necesidades (de quien lo atiende) ya que sólo así se podrá brindar una atención de calidad.

La familia asume el rol protagónico como agente de cuidado en la prevención de úlceras por presión en sus pacientes con permanencia prolongada en cama, constituyéndose parte de una estrategia factible de ser implementado en los actuales servicios de salud, no solo para solucionar la escasez del personal sino sobre todo para dar un enfoque más humanista, personalizado y auto responsable del cuidado del Adulto Mayor<sup>3</sup>.

La familia tiene que aprender y participar en el autocuidado del adulto mayor y hacerlo de modo continuo, lo que constituye una característica humana fundamental. Los requisitos infaltables, para realizar dicho cuidado son: el aprendizaje y el uso de conocimientos para llevar a cabo una adecuada práctica y una actitud aceptable que faciliten la prevención eficaz y oportuna de las úlceras por presión teniendo en cuenta sus dimensiones de la higiene, movilización y alimentación, lo cual no se evidencia en los familiares de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue.

---

<sup>3</sup> CAVANAGH JS. Aplicación práctica del Modelo de Orem. Editorial SALVAT. Barcelona 1993. Capítulo 1 Pág.3-21

La población de la región de Tacna y del país se encuentra en una transición epidemiológica, debido a los cambios en la estructura poblacional en las últimas décadas, este se viene dando en un proceso lento en el tiempo, donde los adultos mayores paulatinamente incrementa su densidad poblacional y manifiestan una situación epidemiológica característica donde predominan las enfermedades crónicas degenerativas y son las que ocupan los primeros lugares desplazando a las enfermedades infecto contagiosas, que en anteriores décadas tenían mayores incidencias.

La población adulta mayor para el año 2009 en la región Tacna es de 22,325 habitantes y representa el 7,4% del total 306,645 habitantes, ellos conforman la población de mayor riesgo para estar en permanencia en cama y tener úlceras por presión por las complicaciones de salud que se presentan en esta etapa de vida, ya que la esperanza de vida en el quinquenio 2005-2010 es de 74 años en promedio para ambos sexos<sup>4</sup>.

Durante las prácticas, Pre profesionales realizadas en el hospital, pude observar a pacientes adultos mayores que reingresaban al servicio de medicina, no por el diagnóstico de ingreso sino por

---

<sup>4</sup> INEI. Disponible: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0258/CAP03-01.htm>  
Hora 21:00

presentar complicaciones tales como úlceras por presión de III y IV grado, a causa del tiempo prolongado en cama, falta de conocimientos, actitudes y practica por parte de los familiares en el hogar, entre otras., los cuales se van agregando al problema de salud ya existentes debido muchas veces a que no hay una supervisión continua por parte del profesional de enfermería hacia los cuidados, que brinda el cuidador que viene a ser el familiar del adulto mayor dependiente.

Al interactuar con los familiares de los adultos mayores refieren: "No sé porque tiene esas heridas en su espalda y su talón", "intenté movilizarlo y bañarlo pero no pude", "me da miedo sus heridas, mejor que lo cuiden las enfermeras", "siempre le hacemos masajes y le echamos talco en sus prominencias óseas", entre otras.

Por lo antes expuesto, he considerado conveniente realizar el presente estudio de investigación a fin de magnificar el contexto real del problema en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares orientados a la prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

**¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares para la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2009?**

### **1.1.2 Hipótesis**

- ✓ El nivel de conocimientos de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es bajo.
- ✓ El grado de actitud de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es de rechazo (negativa).
- ✓ El nivel de práctica de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es deficiente.

### **1.1.3 Objetivos**

#### **Objetivo General**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2009.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de conocimientos según: higiene, movilización y alimentación de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2009.
- Identificar el grado de actitud según: el cuidado en la prevención de la úlcera por presión, cuidado nutricional e hídrico, administración del tratamiento, adaptación del adulto mayor al entorno y soporte familiar de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2009.

- Identificar el nivel de práctica según: higiene, movilización y alimentación de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2009.

## **1.2 MARCO TEÓRICO**

### **1.2.1 Antecedentes del problema**

**Rodríguez Riscart Madelin, La Rosa Mustelier Mery Y Reyes González Maira**, realizaron un estudio sobre “Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado Noel Fernández Pérez de Vertientes”, Camagüey, Cuba en el año 2006, su diseño fue descriptivo y transversal con un universo de 120 ancianos que habitaban en dicha institución, donde seleccionaron 50 como muestra de estudio. Se diseñó y aplicó un cuestionario que recogió los datos de interés.

Se encontró que el 70% recibían visitas, la mayoría con frecuencia mensual o cada 2 ó 3 meses y los menos frecuentes lo recibían en forma semanal. Si bien el impedimento físico obstaculizó la visita de muchos ancianos a sus familiares, la mayoría consideró

que sus relaciones eran buenas. Sólo el 6% de los ancianos institucionalizados no tenían familia, el 50% tenía 10 o más familiares que los podían visitar y el resto entre 1 y 9 parientes. Un grupo considerable de ancianos calificó de regular la comunicación de la familia con los trabajadores del hogar. Se puede concluir que la interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado en el mencionado hogar pudiera ser mejor, sólo una minoría no tiene familia y la mitad de la muestra tiene una cantidad importante de familiares que los pueden visitar, sin embargo, un bajo porcentaje de ancianos recibió visitas semanales; a pesar de esto, consideran que sus relaciones intrafamiliares son buenas.

**Berty Tejada Jannety**, realizó una publicación sobre "Índices de riesgo en las úlceras de presión", en España, en el año 2006, cuyo objetivo fue identificar y analizar trabajos publicados en los principales bancos electrónicos donde se analizan aspectos importantes de prevención de las úlceras por presión y comprobar de las diferentes escalas de riesgo o valoración que se utilizan en las mismas como instrumento predictor de resultados de rehabilitación.

Dentro de las conclusiones tenemos que la escala de Braden y el índice de Norton han sido empleados para la evaluación como

instrumento predictivo de resultados de rehabilitación en diferentes situaciones médicas que involucran el riesgo de padecer o la presencia de úlcera por presión tales como: pacientes hospitalizados, crítico o no, situaciones ortopédicas quirúrgicas y otras de enfermería. Se destaca el papel de la enfermería de rehabilitación en la valoración de riesgo de aparición y cuidados de las úlceras por presión. Es precisamente el enfermero quien considera a todos los pacientes potenciales de riesgo, elige y utiliza un método de valoración de riesgo, identifica los factores de riesgo y registra sus actividades y resultados y en muchos casos evalúa. Además desde el punto de vista práctico desarrolla en el paciente todos los cuidados específicos, generales y de educación sanitaria.

**Mayta Ramires Trinidad Y Castillo Hurtado Dina**, realizaron un estudio sobre "La familia como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad de los servicios de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza", en Lima, en el año 2000, cuyo objetivo general fue evaluar la efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado en la prevención de úlceras por presión en pacientes de la tercera edad. El método usado fue el cuasi experimental. La población estuvo constituida por 40 pacientes y sus respectivos

familiares, distribuidos en dos grupos de 20 cada uno. El instrumento fue un formulario tipo cuestionario que se aplicó antes y después a ambos grupos, y la técnica fue la encuesta.

Llegando a las siguientes conclusiones entre otras: "Que la participación familiar como agente de autocuidado ha demostrado ser efectiva, para la prevención de úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad (la incidencia de zonas en los pacientes inmovilizados de la tercera edad es menor cuando la familia participa como agente de autocuidado). La efectividad de la participación familiar como agente de autocuidado, en relación al grupo de comparación puede atribuirse a la capacitación de la familia a través de un programa autoinstruccional de prevención de las úlceras por presión".

**Armas Rivera Karina Lisbeth,** realizó un estudio titulado "Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el servicio de medicina del HNDAC" en Lima en el año 2008. El presente estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal ya que nos permitió presentar la información tal y como se presenta en un espacio y tiempo

determinado. Acerca del nivel de conocimientos de los familiares acerca de los cuidados en la prevención de úlceras por presión, de 50 (100%), 29 (58%) presentan un nivel de conocimiento medio, 11 (22%) un nivel bajo y 10 (20%) un nivel alto.

Dentro de las conclusiones tenemos que la mayoría de los familiares tienen un conocimiento medio , en el cual el primer lugar lo ocupa la dimensión de movilización, relacionado con la frecuencia medida en el tiempo de los cambios de posición y ejercicios pasivos y a su técnica correcta; seguido de la dimensión de higiene referido a observación de la piel y la identificación de las zonas isquémicas; y finalmente en la dimensión de alimentación relacionado a la combinación correcta de los alimentos, frecuencia y consumo de líquidos.

**Machaca Vargas María Y Machaca Vargas Yolanda,** realizó un estudio titulado "Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Tuberculosis Pulmonar de los pobladores de la Asoc. Las Begonias en Tacna en el año 2003. El presente estudio fue de nivel descriptivo de corte transversal, prospectivo. La población o universo fue de los pobladores mayores de 15 años, conformado por 735 pobladores y la muestra fue de 252 pobladores.

Dentro de las conclusiones encontramos que el nivel de conocimiento de los pobladores de la Asoc. "Las Begonias" acerca de la Tuberculosis Pulmonar es bajo (75,34%), mientras que los pobladores tienen un alto nivel de conocimiento (24,66%). El tipo de actitud que predomina en los pobladores de la Asoc. "Las Begonias" respecto a la enfermedad de la tuberculosis pulmonar, es una actitud negativa (59,52%) seguido de aquellos que mantienen una actitud positiva (40,48%). El nivel de práctica preventiva respecto a la tuberculosis Pulmonar de los pobladores de la Asoc. "Las Begonias" es deficiente (85,71%) y solo un pequeño grupo de los pobladores tienen una práctica eficiente (14,29%).

### **1.3 FUNDAMENTO TEORICO**

El adulto mayor corresponde a una etapa de vida de la persona, en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios. Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años.

El Adulto Mayor es definido, por **Gladis Medellín (2000)**, como el individuo que ha alcanzado la última etapa del desarrollo familiar, esta etapa comprende desde los 60 años hasta la muerte.

Es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

El proceso de envejecimiento realmente se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo.

**Adulto mayor hospitalizado:** El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas mayores, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria.

Compartimos la definición de **Warshaw (1999)** en un estudio en 279 pacientes admitidos en un hospital encontró que más de la mitad de los pacientes requerían asistencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, sobre todo el grupo de los mayores de 85 años.

Dos características del paciente anciano agudamente enfermo son la disminución de su reserva funcional y la disminución de la capacidad de adaptarse a un entorno no familiar. Estas características hacen que el paciente anciano este en riesgo de complicaciones y una discapacidad funcional progresiva, requiriendo necesidades especiales de cuidado<sup>5</sup>.

Las enfermedades crónicas degenerativas, ocasionan en el adulto mayor problemas a nivel fisiológico, psicológico, social y espiritual, ocasionando con frecuencia a que el paciente según el grado de dependencia, permanezca en cama por un tiempo prolongado, limitando así sus funciones motoras y provocando un déficit en su autocuidado<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> MINSa. "Lineamientos para la atención integral de las personas adultas mayores". Lima – Perú  
Abril - 2005

<sup>6</sup> Ministerio de Salud. Lima: MINSa; 2006. [Citado el 20 de Julio].  
Disponible:<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/imagenes/boletin/pdf/ReporteEpidemiologic/NS2006-20.pdf>. Hora 19:00

**Adulto mayor y la familia:** Una de las esferas que se ve más afectada por el proceso de envejecimiento, es la familia y es por ello que se recomienda, de acuerdo a los postulados de la teoría de la actividad, que el adulto mayor que participó durante su vida en grupos de diversa índole y con distintos objetivos: grupos familiares, escolares, deportivos, laborales, religiosos, políticos, filantrópicos, etc. Realizado en cada uno diferentes labores, continúe participando en ellos en la medida en que sus condiciones de salud lo permitan.

Compartimos la definición de **Anales (1999)** quien argumenta que “La familia como unidad fundamental, es la que transmite conocimientos, habilidades, valores, creencias, proporciona protección y apoyo entre los miembros, es la responsable de la adquisición del sentido de la vida y del equilibrio emocional, donde el Adulto mayor como miembro juega un rol importante”.

Desafortunadamente, un número considerable de sociedades occidentales exhiben conductas compatibles con el fenómeno del “viejísimo”, en dichas sociedades, la entronización de los valores individuales, el concepto de productividad, de consumismo, de juventud, de belleza, de automatización, la falta de participación social, y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que en general se ofrece a este grupo de población.

Adicionalmente a la situación descrita, en gran parte de los países en desarrollo impera el niño de que la enfermedad y la discapacidad son resultados inevitables del envejecimiento. Sin embargo, no se debe seguir compartiendo la creencia de que la vejez y la enfermedad son sinónimos; que la ancianidad hace a las personas incapaces, enfermas, propensas a perder las facultades, asiladas, regidas en sus actitudes, incapacitadas sexualmente o imposibilitadas de razonar o recordar.

Los adultos mayores son personas que han logrado su desenvolvimiento social y emocional, su autorrealización, madurez, aceptación y responsabilidad por afrontar su nueva forma de vida, debido a los cambios naturales que ocurren en sus esferas (biológicas, fisiológicas, psicológica y social); presentando necesidades en sus esferas; la familia sigue siendo el principal soporte biológico del adulto mayor, cuando este cae enfermo o requiere ayuda recurre en primer lugar al cónyuge y si está solo, a sus hijos. La familia que se hace cargo del adulto mayor debe conocer estas necesidades y/o debe tener la capacidad y habilidad de informarse para asumir el papel o el rol de cuidador, que está dado por cualquier miembro de la familia (hijo, nieto, yerno, nuera, entre otros) que asume la responsabilidad de cuidar al adulto mayor.

Esa responsabilidad implica tener información, conocer, aplicar y difundir todos aquellos cambios y necesidades que presenta el adulto mayor, y brindarle un ambiente idóneo que le permita afrontar sus fenómenos naturales irreversibles<sup>7</sup>.

La permanencia prolongada en cama genera problemas y complicaciones a nivel respiratorio, dermatológico y músculo esquelético, entre otros, siendo más frecuentes las úlceras por presión, una de las complicaciones que afecta al adulto mayor, ocasionando pérdida de la resistencia y elasticidad tisular provocando isquemia tisular por una disminución en la irrigación sanguínea, en las zonas de presión a nivel de las prominencias óseas, lo cual resulta desfavorable para la recuperación del paciente.

El cuidado del adulto mayor en el hogar, una vez que éste es dado de alta, depende total o parcialmente del cuidado de sus familiares, es una problemática muy amplia que exige no sólo experiencia, sino de la atención que reciba por parte de éstos sea, personalizado y ajustado específicamente para las necesidades de cada adulto mayor.

---

<sup>7</sup> BAZO, María Teresa. "El cuidado familiar de las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso del paciente con enfermedad de Alzheimer". Revista Española de geriatría y gerontología. España. 1998. Pág. 49-56

Se trata de lograr una conducta equilibrada, evitar agredir su dignidad sin dejar de prodigarle los cuidados adecuados y no incurrir en el error de olvidarse de las propias necesidades (de quien lo atiende) ya que sólo así se podrá brindar una atención de calidad.

La familia asume el rol protagónico como agente de cuidado en la prevención de úlceras por presión en sus pacientes con permanencia prolongada en cama, constituyéndose parte de una estrategia factible de ser implementado en los actuales servicios de salud, no solo para solucionar la escasez del personal sino sobre todo para dar un enfoque más humanista, personalizado y auto responsable del cuidado del Adulto Mayor<sup>8</sup>.

La familia tiene que aprender y participar en el autocuidado del adulto mayor y hacerlo de modo continuo, lo que constituye una característica humana fundamental. Los requisitos infaltables, para realizar dicho cuidado son: el aprendizaje y el uso de conocimientos para llevar a cabo una adecuada práctica y una actitud aceptable que faciliten la prevención eficaz y oportuna de las úlceras por presión.

---

<sup>8</sup> CAVANAGH JS. Aplicación práctica del Modelo de Orem. Editorial SALVAT. Barcelona 1993. Capítulo 1 Pág.3-21

Se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables, lo cual refuerza la necesidad de la actuación preventiva como prioridad sin centrarse solamente en el tratamiento.

### **1.3.1 Conocimientos, Actitudes y Prácticas**

#### **1.3.1.1 Conocimiento**

El conocimiento es una mezcla de información, experiencias, valores y saber hacer, que sirve como un marco para la incorporación de información y nuevas experiencias, y es muy útil para la acción, el conocimiento existe dentro de las personas como parte de la complejidad humana y de nuestra impredecibilidad

**Adame Hernández Gilberto E. (2001)** clasifica al conocimiento en cuatro esferas: **Conocimiento empírico**, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin método y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o válido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad e incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva. **Conocimiento científico**. Este conocimiento

va más allá del empírico: por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Conocemos una cosa de manera absoluta, dice Aristóteles, cuando sabemos cuál es la causa que la produce y el motivo por el cual no puede ser de otro modo; esto es saber por demostración; por eso, la ciencia se reduce a la demostración. **Conocimiento filosófico.** Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia. **Conocimiento teológico.** El conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fé teológica. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.

**El conocimiento que adquiere la familia** en especial el familiar cuidador es el producto o resultado de ser informado, educado y comunicado, es el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están inmersas en la ciencia. También es el conjunto integrado por la información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia que ha sucedido dentro de una organización, ya sea de forma general como personal.<sup>9</sup>

El conocimiento posee tres características básicas, es personal (se origina y reside en las personas, se asimila como el resultado de la propia experiencia); se usa permanentemente para transmitir y de esta manera las otras personas lo entiendan y sirve de guía para la acción o comportamiento de las personas, para poder decidir qué hacer en cada momento, porque va permitir mejorar las consecuencias<sup>10</sup>.

La familia y cada miembro familiar deben tener información acerca de la prevención de úlceras por presión que puede presentar el adulto mayor que se encuentra en permanencia en cama. Por eso es necesario que el familiar cuidador tenga un óptimo nivel de

---

<sup>9</sup> SEVER. Adreu.2000. Concepto del Conocimiento

<sup>10</sup> BRUVOLD. "Como Mejorar las relaciones Humanas". Tercera edición.1970. España. Pág. 623

conocimiento sobre la prevención de úlceras por presión, para asumir su rol en forma positiva y brindar un buen cuidado.

Por lo tanto el nivel de conocimiento es el índice que permite medir toda la información y las experiencias que adquieren los familiares cuidadores.

Adulto mayor agudamente enfermo son la disminución de su reserva funcional y la disminución de la capacidad de adaptarse a un entorno no familiar.

**Nivel de Conocimiento.** En la familia

**Conocimiento Alto.** Cuando el familiar cuidador tiene un conocimiento objetivo y científico dando a conocer con sus acciones.

**Conocimiento medio.** Posee un conocimiento basándose en su experiencia.

**Conocimiento bajo.** Cuando el familiar cuidador tiene un conocimiento subjetivo y empírico dando un cuidado según instinto.

## **Conocimientos para prevenir las úlceras por presión según sus dimensiones.**

### **▪ Cuidados e higiene de la piel**

**La inspección de la piel**, es una práctica tradicional que incluyen los programas de cuidado integral de la piel. El papel que cumple la valoración sistémica y rutinaria de la piel en la disminución de la incidencia de úlceras por presión. Úlceras, que el familiar cuidador deberá inspeccionar la piel del adulto mayor con permanencia en cama. Esta evaluación de la piel debe estar enfocada hacia las prominencias óseas, ya que estas son los sitios más frecuentes para el desarrollo de las úlceras, de ahí que debe observarse la integridad y coloración de la piel en la búsqueda de zonas isquémicas.

**Limpieza de la piel**, el desgaste metabólico, resultado de las actividades diarias y contaminantes ambientales se acumulan en la piel. Para mantener la máxima vitalidad de la piel estos contaminantes deben ser removidos frecuentemente. Durante el proceso de limpieza, son removidas algunas de las barreras naturales de la piel. Entre más barreras se remueven, la piel se reseca y se hace más sensible a irritantes externos por lo que se recomienda el uso de solamente agua o combinada con agentes

limpiadores o jabones con pH neutro que no alteren la barrera natural de la piel, siendo de frecuencia diaria sobre todo en zonas húmedas como la región sacro coxígea y perineal, así como talón y tobillos entre otras zonas.

**Hidratación de la piel,** Existe evidencia científica que sugiere una débil asociación entre la sequedad y agrietamiento de la piel y el incremento en la incidencia de úlceras por presión. Una adecuada hidratación en el estrato córneo, puede ayudar a proteger contra agresiones mecánicas. El nivel de hidratación del estrato córneo disminuye cuando baja la temperatura del aire ambiental, particularmente cuando la humedad relativa del aire ambiental es baja.

- **Movilizaciones**

Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular, incrementando de esta manera, la viabilidad de tejidos blandos y situando o la lesión en unas condiciones óptimas para su curación. Cada actuación estará dirigida a disminuir el grado de presión y/o rozamiento, ello puede obtenerse mediante la utilización de técnicas de posición (encamado o sentado) y la elección de una adecuada superficie de apoyo.

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

- **Nutrición**

Muchos indican que la desnutrición es un factor de riesgo para la de las úlceras por presión, especialmente los niveles bajos de proteínas y albúmina sérica.

La nutrición juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas. Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar lo aparición de éstas.

Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas. Se diagnostica desnutrición

clínicamente severa si la albúmina sérica es menor de 3,5 mg/dl, el con taje linfocitario total es menor de 1800/mm<sup>3</sup>, o si el peso corporal ha disminuido más de un 15 %.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas. La dieta del paciente deberá garantizar un aporte nutritivo óptimo. La alteración de nutrición por defecto o exceso influirá en la aparición de úlceras por presión, su conocimiento nos ayudará a promover hábitos dietéticos.

#### **1.3.1.2 Actitud**

**“PORTUGAL L. (2000)**, considera que: el concepto de actitud designa un estado de predisposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas objetos o situaciones, siendo una predisposición a la acción”.

Haciendo un análisis sobre las definiciones citadas sobre actitud; apreciamos que las actitudes se aprenden por lo tanto no son hereditarias; ya que son el producto del medio social, siendo estados inferidos del organismo, que se adquieren de manera

semejante a como hacen otras actividades internas aprendidas y son al mismo tiempo predisposiciones a responder; pero se distinguen de otros estados similares en que predisponen a una respuesta evaluativa; por lo tanto las actitudes se describen como tendencias de aceptación, indiferencia y rechazo, como favorables o desfavorables.

**La estructura de la actitud** existen tres conceptos con la finalidad de evaluar la estructura de la actitud las que son:

**Grado de aceptación**, es la posición más aceptable para la persona con respecto a otras posiciones.

**Grado de rechazo**, es la posición más objetable para el individuo, siendo lo que más detesta y por ende rechaza.

**Grado de indiferencia**, se da cuando el individuo permanece neutral, con respecto a determinadas posiciones neutral, con respecto a determinadas posiciones, siendo sus respuestas, indecisas ni en acuerdo, ni en desacuerdo.

Es uno de los indicadores tan útil como los demás ya que cuando la especificación de la estructura de la actitud se da en términos de grados de aceptación, rechazo y neutralidad, permite que se den previsiones más amplias sobre la dirección y el cambio de actitudes.

**Wyer y Strull. Citado por Baron A. (1999).** Por dos razones:

En primer lugar, influyen fuertemente en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social y la procesamos. En segundo lugar, las actitudes a menudo funcionan como esquemas, marcos cognoscitivos que organizan la información sobre conceptos específicos situaciones o acontecimientos. De esta manera las actitudes pueden influir poderosamente en nuestro pensamiento social y en las conclusiones e inferencias a las que llegamos.

La familia en especial el familiar cuidador, aprende actitudes, es así que al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones, a medida que seamos recompensados o reforzados por ellas, el aprendizaje perdurará. Para satisfacer las necesidades del adulto mayor, no solo se requiere que la familia y los familiares cuidadores tengan conocimiento, sino que pongan en práctica el conocimiento o apliquen el conocimiento adquirido mostrando una actitud positiva frente a ello. Varios autores definen a la actitud como la reacción afectiva de tipo positivo o negativo, hacia un objeto o proposición abstracta o concreta<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> RUVOLD. "Como Meiorar las relaciones Humanas". 1970. España. Pág. 665.

Son predisposiciones que responden en forma emocional a ciertos objetos o ideas, son aprendidas, tienden a permanecer estables con el tiempo, están dirigidos hacia un objeto o idea particular<sup>12</sup>.

### **Actitudes para prevenir las úlceras por presión**

#### **Identificación del cuidador principal:**

La familia como institución expresa el conjunto de valores de la sociedad en la que tiene lugar, complementa una serie de normas y patrones que se reproducen de generación en generación, de modo que cada una de estas últimas, enriquece a la anterior al fortalecer o modificar su actitud.

No obstante, en cada formación socioeconómica, la familia cumple determinadas funciones, tal es el caso de las funciones espiritual y cultural, ya que por medio de ellas se transmiten los valores, se forman los sentimientos, se perpetúa el amor y la solidaridad humana, aspecto muy importante durante el proceso salud-enfermedad.

---

<sup>12</sup> PAPALIA. "Psicología Social". Editorial Mc Graw Hill". Primera Edición 1985. España. Pág. 629-630

La enfermedad es un proceso que genera desequilibrio no sólo en la persona enferma, sino que abarca áreas más extensas tales como: sectores económicos, laboral, de relaciones sociales, afectivas, entre otras. Es por ello que el equipo de salud debe tratar todos los problemas de salud de la persona centrado en el contexto familiar.

Es imprescindible tener presentes todos los recursos disponibles por la familia y valerse de esta como un gran sistema de apoyo, que pueda contribuir al restablecimiento del equilibrio perdido, de aquí la necesidad de interactuar armónicamente con la familia, al formar un solo equipo de trabajo entre la familia y los diferentes profesionales, en el que cada profesional aporte los elementos de su disciplina para la toma de decisiones.

En este contexto es necesario apuntar que el cuidado del individuo enfermo no se lleva a cabo solamente en el ámbito hospitalario; por lo contrario, estas unidades son utilizadas durante el menor tiempo posible, siendo precisamente el hogar el sitio donde se realizan la mayor parte de los cuidados y donde la familia lleva el peso de las acciones. Sin embargo, hay que entender la complejidad del proceso de muerte, las necesidades y preocupaciones que

generará en la familia la asunción del cuidado de uno de sus miembros, fundamentalmente en los últimos tiempos de su vida cuando se acrecientan las dificultades para lograr el control efectivo de síntomas físicos y psicológicos.

Es fácil comprender la necesidad de considerar a la familia como parte del equipo en el cuidado de estas personas, sin embargo, en muchos casos se pasa por alto el verdadero papel que debe jugar como agente cuidador en el marco de los cuidados paliativos.

En la literatura contemporánea no es difícil encontrar textos donde se traten diferentes aspectos relacionados con la familia, pero siguen siendo menos los que la tienen en cuenta como un potente "agente de salud".

El peso y la importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución del individuo aumentan su potencial de acción en la interacción de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la familia definida como sistema se ve afectada como tal cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital. Acontecimientos de índole accidental o natural exponen a la familia a grandes conmociones que producen alteraciones estructurales y funcionales tales como: el divorcio, la muerte prematura de un cónyuge o de un hijo, y

también el sufrimiento por una enfermedad invalidante. Todos ellos son percibidos como estresores de alto nivel de impacto para el grupo familiar y para los miembros en particular.

Entenderemos entonces el papel de la familia en una situación en la que uno de sus miembros se encuentre en fase terminal. En estos casos generalmente se replantean muchos aspectos dentro del marco familiar.

A la familia como grupo social se le concede un rol mediatizador del proceso salud-enfermedad. En su seno, se mantiene la salud, se produce y desencadena la enfermedad, tiene lugar el proceso de curación, la rehabilitación y en muchos casos la muerte. Sin duda, el término de la vida, con la muerte, constituye el mayor impacto para la familia, por mucho que la sociedad moderna tiende a negarla y a alejar este acontecimiento de su perspectiva natural y de su enclave familiar.

En la actualidad existe una marcada tendencia a que estas personas sean atendidas en su hogar mediante los programas de atención domiciliaria; en estos programas la familia juega el rol fundamental. De hecho, es quien se encarga de llevar a cabo el

tratamiento, la alimentación, el baño; en fin, es la encargada de ayudar al individuo a satisfacer todas las necesidades, tanto físicas, como emocionales y espirituales. El papel de la familia como agente potencializador del equipo de salud en el cuidado del individuo enfermo ejerce una influencia extraordinaria y en particular, los aspectos concernientes al cuidador principal y el rol de los especialistas en cuidados paliativos en la asesoría y entrenamiento de la familia para su cuidado, fundamentalmente en el hogar.

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

No todas las familias, ni sus miembros, responden de una manera similar. Su respuesta está determinada por diversos factores, entre los que hay que destacar:

- Características personales individuales (recursos para afrontar situaciones estresoras, estilos de vida de los familiares).

- Tipo de relaciones y afectos con el paciente y demás miembros de la familia.
- Historia previa de pérdidas y la forma en que se han manejado y adaptado a ellas.
- Relaciones familiares y conflictos previos en la familia.
- Tipo de enfermedad y muerte.
- Recursos socioeconómicos de la familia.
- Red social de apoyo externo.
- Problemas concretos y circunstanciales (calidad de la vivienda, posibilidades de herencia, disputas actuales).
- Nivel cultural, educacional y emocional de los miembros de la familia, capaz de interpretar adecuadamente la evolución de la enfermedad hasta su final.

Los miembros de la familia deben repartirse lo más equitativamente posible las responsabilidades del cuidado al paciente y las demás tareas del funcionamiento familiar.

Sin embargo, raramente esto se hace realidad, y lo cierto es que no todos tienen la misma posibilidad, habilidad y fortaleza para desarrollar estas funciones.

Si esto no se modula adecuadamente, puede conducir a que una o dos personas se recarguen en sus responsabilidades y se sientan abandonadas por los demás, generándose tensiones en las relaciones familiares.

Cuando el peso de la atención al familiar es llevado a cabo por un miembro específico de la familia, este es llamado comúnmente "cuidador principal".

Se define como la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsablemente el cuidado del paciente, por contar con posibilidades reales y disposición para su atención, poseer una buena relación afectiva con él o ella, suficiente nivel escolar para comprender y transmitir la información e instrucciones, así como capacidad para imprimirle seguridad y bienestar emocional en la mayor magnitud posible.

En consecuencia, las cualidades que debe reunir un cuidador primario ideal, pueden ser enumeradas como sigue:

- Posibilidades reales de cuidado (proximidad, condiciones físicas).
- Relación afectiva con la persona enferma.
- Inspirar seguridad y confianza.

- Capacidad intelectual (no deficitaria) y suficiente nivel cultural.
- Sentido de responsabilidad.
- Salud mental.
- Actitudes para el apoyo, pero no sobreprotectoras ni paternalistas.

Naturalmente, no siempre un cuidador primario reunirá todos estos requisitos. Por otra parte, se supone que el cuidador primario asume de forma voluntaria este tipo de cuidado. En la mayoría de los casos, es alguien del entorno familiar (cónyuge o hijos), más raramente es una persona afectivamente importante para el paciente, aunque ajena a la familia. Pero, sin dudas, los miembros del equipo de cuidados paliativos deben tener estos atributos en cuenta para orientar la selección de un familiar que se haga cargo, más que otros, de los cuidados al individuo enfermo.

Si queremos lograr que estas personas reciban en su hogar la atención adecuada, es importante que al familiar cuidador, se le prepare para las funciones. Preparar significa aquí adiestrarla para el cuidado integral del paciente, y también, brindarle soporte suficiente para que pueda ejercer su función con el menor costo emocional posible.

El entrenamiento y la asesoría para el cuidado integral al individuo enfermo constituyen las intervenciones más importantes, ya que a través de ellas la familia se prepara para su cuidado. Los miembros del equipo se mantienen en contacto continuo, tanto físicamente como de forma localizable, sin dejar a la familia sola en esta ardua labor.

El diseño de los entrenamientos al familiar cuidador no podrá ser idéntico, único, ni inflexiblemente estructurado. Estas intervenciones deben ser dinámicas, flexibles, sistemáticas y progresivas. Deben ser dinámicas, porque los síntomas son muy cambiantes y la propia dinámica de la enfermedad avanzada va a demandar cuidados también cambiantes. Esto supone que entrenemos a los familiares a medida que van apareciendo o puedan preverse síntomas o problemas asociados.

Los cuidados deben ser reajustados con flexibilidad, sin rigidez ni estereotipias, considerando las numerosas causas de disconfort del enfermo; no es casual que se insista en que el ordenador esencial de los cuidados paliativos es "apresar el sentido personal de confort o disconfort para el individuo".

Estos preceptos deben ser enseñados a los cuidadores familiares para que aprendan a ofrecer los cuidados con la flexibilidad necesaria. Por esta razón, los entrenamientos a familiares deben ser flexiblemente estructurados e individualmente orientados. Las intervenciones deben ser sistemáticas, cada cuidado en específico debe acoplarse a otros en una terapéutica integral, con un enfoque sistémico-dinámico, que retroalimente a los cuidadores (personal de salud y familiares).

Finalmente, deben ser progresivos, porque es imposible entrenar a familiares en todos los tipos de cuidados en un tiempo relativamente corto. Poco a poco, paulatinamente, el familiar irá adiestrándose en la solución de diversos problemas, a medida que estos aparezcan, e irá acumulando experiencia que transferirá más o menos exitosamente a nuevas situaciones.

El entrenamiento a la familia para la atención al enfermo debe tener en cuenta todos los aspectos que tienen que ver con el cuidado directo al individuo: alimentación, higiene, cambios de postura, curaciones específicas, evacuación, administración de medicamentos, control de ciertos síntomas y molestias, y obviamente, debe incluir recomendaciones para las pautas de actuación ante la aparición de diversas crisis (coma, pánico,

agitación psicomotora, agonía), así como orientaciones para una comunicación adecuada con el enfermo y los otros familiares (con actitud receptiva, inclusión de la comunicación no verbal adecuada, disponibilidad de respuestas ante preguntas del enfermo) y para suministrar soporte emocional, tanto al paciente, como al resto de los miembros de la familia.

El entrenamiento al cuidador primario o a otros familiares se realizará de forma progresiva, con lenguaje claro, sin la utilización de palabras técnicas y en un ambiente de cordialidad y respeto. Este entrenamiento será eminentemente práctico, al utilizar preferentemente los pasos de las técnicas para el desarrollo de habilidades, que han mostrado ser útiles para la capacitación de profesionales sanitarios: modelado, ensayos conductuales, retroalimentación, entre otras.

Es importante que se le ofrezca a los familiares información escrita, expuesta de forma sencilla, en pequeños manuales, folletos o plegables educativos, que les orientarán en la satisfacción de las necesidades básicas del individuo enfermo.

En la etapa final de la enfermedad, podemos ayudar a los pacientes y a sus familiares al redefinir los objetivos, aumentar el número y duración de las visitas, intensificar los cuidados, aplicar las medidas de urgencia en caso de hemorragias, vómitos, agitación, entre otros; evitar las crisis de claudicación emocional en la familia y tener siempre en cuenta que, aunque el individuo esté obnubilado o en coma, puede tener percepciones, por lo que debemos ser muy cautos con lo que hablemos delante de él.

Como quiera que el paciente pueda tener percepciones, es necesario interesarse por su grado de bienestar y recordar la importancia de la comunicación y la satisfacción de sus necesidades espirituales. Son útiles los consejos prácticos para el momento en que llegue la muerte.

La familia cumple un rol importante en los cuidados a tener en la prevención de úlceras por presión en sus pacientes; siendo el rol del profesional de enfermería el más importante, ya que aquí, se ve claramente dos funciones importantes: la promoción y la prevención a través de la educación; por lo tanto, se encarga de la preparación a la familia, brindándole los conocimientos importantes para su actuación en la prevención de las úlceras por presión.

El profesional de enfermería se encarga de promover la importancia de la participación familiar, ya que constituyen el mejor apoyo para la recuperación rápida del paciente, así como también el de prevenir las posibles complicaciones en el paciente, con permanencia prolongada en cama.

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

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

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

### **1.3.1.3 Práctica.**

La práctica debe entenderse en primera instancia como la exposición reiterada a una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ello, lo cual puede ser observado; experiencia para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimiento sea este científico o empírico; es necesario en primera instancia un primer acercamiento contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz es decir el experimento; no puede haber práctica de tal o cual conocimiento si antes no se obtienen la experiencia.

Esta es evaluada objetivamente es evaluada por conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de los objetivos.

Desde el punto de vista filosófico la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre su naturaleza; sin embargo no se duda de su existencia en la adquisición del conocimiento.

De lo cual tenemos que la práctica, es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

**Ruiz, Roberto (1990).** Las prácticas son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida. Son resultados del contexto familiar, de los hábitos y las costumbres.

Es el nivel más complejo, porque implica conocer, tener voluntad y recursos para ejercitar ese conocimiento. Es el ejercicio en el que el individuo hace uso de lo aprendido para poder ejercer en su diario vivir. Corresponden a la predisposición y los valores que tenemos las personas frente a una situación, problema o comportamiento (posición emocional).

La práctica que realizan las familias a fin de conservar su salud son diversas unas de otras, debido a que la cultura de donde proceden es el patrón y el modo de vida, influye sobre las decisiones y acciones.

**Niveles de práctica.** La práctica en salud pueden ser realizadas en diferentes niveles como:

**Practica buena.** Cuando se realizan cuidados adecuados, se previenen o practican las medidas preventivas para prevenir enfermedades o complicaciones y restaurar la salud.

**Prácticas regulares o medios.** Cuando se practican en forma parcial los criterios en salud.

**Práctica deficiente.** Cuando son la práctica se realizan inadecuadamente.

**Practicas para prevenir las úlceras por presión según dimensiones.**

▪ **Higiene**

- Higiene diaria (y siempre que se precise), de la piel con agua tibia, jabón neutro para la piel y aclarado.
- Secado meticuloso y sin fricción, haciendo especial hincapié en las zonas de pliegues.

- Hidratación de la piel procurando su completa absorción con sustancias como: glicerina, lanolina, aceites minerales para reponer los aceites naturales de la piel y fomentar la efectividad cutánea como barrera humectante.
- No usar alcoholes, colonias ni talcos.
- Observar la integridad de la piel (especialmente en las prominencias óseas) durante cada sesión de higiene o cambio postural, protegiéndolas en caso necesario.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados sobre aquellas zonas con enrojecimiento cutáneo o zonas frágiles mediante suave masaje con la yema de los dedos.
- Si el paciente presenta incontinencia se extremará cuidado de la piel perineal.
  - o Piel intacta e incontinencia urinaria de leve a grave. Limpie diariamente el perineo y siempre que haga un cambio de pañal húmedo, o después de cualquier episodio importante de fuga de orina. Utilice toalla desechable y evite restregar enérgicamente. Aplique una barrera humectante (crema o pomada).

- Incontinencia fecal. Limpie el perineo diariamente y después de cada episodio de incontinencia, utilizando el método descrito más arriba. Aplique de forma rutinaria una barrera humectante con crema o pomada.
- Incontinencia urinaria y fecal. Siga las normas específicas para la incontinencia fecal. Si el paciente presenta una erosión cutánea extensa con exudado, utilice una pasta de barrera que absorba el drenaje y proteja la piel de agentes irritantes. (Si emplea una pasta de óxido de zinc, utilice aceite mineral para retirar la pasta, de forma que no se lesione la piel por el restregado).

Se planteará:

Colocar colector urinario, si es posible y uso de pañales absorbentes. Se protegerá la piel con apósitos (poliuretanos, hidrocloides, hidropoliméricos) en caso de permanecer el paciente en alto riesgo.

#### ▪ **Movilización**

**Cambios posturales:**

- Se realizarán cada 2 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión.

- Seguirán un orden rotatorio.
- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 minutos, evitando arrastrar al paciente.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.
- Evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral directamente.
- Si es necesario elevar la cabeza de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo y si es posible no pasar de 30º, ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de úlceras por presión.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir úlceras por presión iatrogénicas.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.
- Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.

- Se considera necesario utilizar un colchón reductor de presión en aquellos casos de alto riesgo y si fuera posible se haría extensivo su uso a los casos de riesgo moderado.

### **Decúbito supino**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

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

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

**Precauciones.** Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada, evitando la hiperextensión, codos estirados y manos en ligera flexión. Las piernas deben quedar ligeramente separadas. Si la cabecera de la cama debe de elevarse, debe de procurarse que no exceda de 30°. Evitar la rotación del trocánter, colocando una almohada pequeña en la parte externa del muslo. Evitar la flexión plantar del pie.

### **Decúbito lateral**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

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

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

**Precauciones.** La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60°. Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra. Los pies formando ángulo recto con la pierna. Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°. En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización. Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

### **Posición sentada**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

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

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

**Precauciones.** La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme. No se permitirá la situación inestable del tórax. Se utilizará un sillón adecuado con respaldo un poco inclinado.

### **Decúbito Prono.**

Se acolchará con almohada de la forma siguiente:

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

**Precauciones.** Quedarán libres de presión los dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas. Los brazos se colocarán en flexión.

### **Medios Complementarios**

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

### **Dispositivos de apoyo:**

Colchón antiescaras, colchón hinchable alternante

- colchón de aire, de agua
- colchón de látex, colchón de espuma

Almohadas o cojines, soporte textil antidecúbito

### **Protección de talones:**

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

El vendaje debe ser circular, no compresivo. Vigilancia y reemplazamiento ante cualquier signo de humedad o suciedad. Se efectuará cuanto antes posible y a todos los pacientes ingresados que permanecen en alto riesgo según la escala de valoración.

- Respeto anatómico, procurando evitar pie equino.
- Revisar cada 48-72 horas, dependiendo si existe o no úlcera.

Colocación de U si tiene úlcera, en cuyo caso se revisará cada 48h, incluso cada 24h si el tratamiento lo requiere como es el caso de úlceras en grado III y P si es de prevención, revisándolo cada 72h, seguida de la fecha en la que se hace la protección.

### **Movilizaciones pasivas y/o activas**

Aumentan el tono vascular cutáneo y vascular.

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

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

▪ **Alimentación**

- Anotar comidas que toma para realizar control dietético.
- Control de peso periódico.
- Realizar actividad diaria y programa de ejercicios, de acuerdo a sus posibilidades.
- Establecer dieta que cubra aporte proteico/hídrico adecuado a sus necesidades respetando preferencias alimentarias.
- Si es preciso incluir suplementos ricos en proteínas y calorías.
- Ofrecer frecuentes comidas con poca cantidad.
- Suplementos multivitamínicos que contengan vitaminas del grupo A, C y E.
- Deben darse alimentos que mantengan las heces en una consistencia normal o ligeramente firme para evitar defecación involuntaria.
- Evitar alimentos que formen gas o que causen diarrea.
- Hídrico de 30 cc agua/día x Kg de peso.
- Calorías 30-35 Kcal x Kg de peso/día.
- Proteínas 1,25-1,50 gr./Kg peso/día (pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2 gr/kg. peso/día)
- Minerales: Zinc, hierro y cobre
- Vitaminas: Vit. C, Vit. A, complejo B

#### 1.3.1.4 ÚLCERAS POR PRESIÓN.

- a) **Concepto y epidemiología.**- La úlcera por presión puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición<sup>13</sup>.

Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, producidas por falta de riego sanguíneo, que provocan la muerte de tejidos y posterior necrosis, comenzando en la piel.

En general se producen en sitios donde existen prominencias de los huesos, que al comprimir la zona de apoyo entre éste y el resto de cuerpo situado superficialmente provocan la disminución o la suspensión del flujo de sangre, con el consiguiente daño a los tejidos. Dichos sitios pueden ser sometidos a presión intensa durante un período corto o a presión menos intensa, durante un tiempo más prolongado, siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> BURKE, Mary M.; Walsh Mary B. "Enfermería Gerontológica". Editorial Diorki Servicios Integrales de Edición. Segunda Edición 1998. Madrid, España. Pág. 195

<sup>14</sup> Revista Española. Barcelona. 2006. [Citado el 25 de Julio].

Disponible:<http://www.iuntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria2003/publicaciones/ulceras-presion.pdf>. Hora 10:25

Lo más importante es que el 95% de las úlceras por presión son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos.

Se calcula que su incidencia en la población general es del 1,7% entre los 60 y 70 años y del 3,3% entre los 70 y 75 años. No existen datos fiables de su incidencia en atención primaria. En alguna serie se estima que el 60% se desarrollan en el hospital. Más del 70% de las úlceras por presión ocurren en mayores de 70 años.

- b) **Etiopatogenia.**- Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> SMITH Cecil. "Tratado de la Medicina Interna". Editorial Interamericana. Octava Edición 1990. México. Pág. 98

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. Las fuerzas responsables de su aparición son:

**Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, entre otras).

**Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres

**Fuerza externa de pinzamiento vascular:** Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

- c) **Factores de riesgo.-** Son elementos, características y/o circunstancias que intervienen en la probabilidad de que se produzcan las úlceras por presión y que pueden agruparse en tres grandes grupos:

**Fisiopatológicos.-** Son aquellos originados como consecuencia directa de los problemas de salud. Llamados también intrínsecos:

- Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad, piel fría, capacidad de sudar deteriorada.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia y deshidratación.
- Trastornos inmunológicos: Cáncer e infecciones.
- Alteración del estado de conciencia: Estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: Paresia, parálisis, articulación tobillo, rodillas, caderas con distinto grado de inmovilidad.
- Deficiencias sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa por debajo del nivel de lesión.
- Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal): Incontinencia urinaria e intestinal.

**Derivados del tratamiento.-** Son los que tienen como causa determinadas terapias o procedimientos diagnósticos:

- Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas terapias o procedimientos como aparatos fijadores esqueléticos, tracciones, inestabilidad respiratoria.

- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunodepresora o sedante, Radioterapia, corticoides, citostáticos, sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: Sondaje vesical, naso gástrico.

**Derivados de los cuidados y de los cuidadores.-** Son todos aquellos factores que incluyen las actuaciones externas sobre el paciente:

- Higiene inadecuada, humedad, ausencia o defecto de cambios posturales.
- Fijación inadecuada de sondas, sistemas de tracción, uso inadecuado del material.
- Fuerzas de deslizamiento, fricción de la piel.
- Falta de educación sanitaria., Falta de criterios unificados de tratamiento. Arrugas o partículas extrañas en sábanas, sillas de ruedas. Sustancias irritantes: sangre, vómitos, secreciones.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> SALUD servicios Aragonés de salud. "Plan de cuidados de enfermería en las úlceras por presión". Cuarta revisión. Chile. 2003

#### **d) Clasificación.**

##### **GRADO I:**

- Piel rosada o enrojecida que no cede en los 30 segundos siguientes a desaparecerla presión.
- Afecta a la epidermis.
- En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.

##### **GRADO II:**

- Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas.
- Afecta a epidermis y dermis superficial.

##### **GRADO III:**

- Pérdida de tejido de piel llegando incluso a dermis profunda e hipodermis.
- Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

##### **GRADO IV:**

- Pérdida total del grosor de piel con frecuente destrucción, tejido necrótico o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén.
- Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> BRAVO; JIMENEZ B.; GUILLEN LL. "La Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Años Noventa". Publicación Científica N°546. OPS/OMS 1994. Washington. Pag.167

Recuperación estimada según el grado de la úlcera:

⇒ Úlcera grado I dos días aproximadamente.

⇒ Úlcera grado II una a dos semanas.

⇒ Úlcera grado III, uno a tres meses.

⇒ Úlcera grado IV, meses o años.

### **e) Localizaciones**

Ordenadas de mayor a menor frecuencia:

- Sacro
- Talón
- Maléolos externos
- Glúteos
- Trocánteres
- Omóplatos
- Isquión
- Occipucio
- Codos
- Crestas ilíacas
- Orejas
- Apófisis espinosas
- Cara interna de rodillas
- Cara externa de rodillas
- Maléolos internos
- Bordes laterales de los pies

### **f) Tratamiento**

Puede ser preventivo o curativo:

#### **Preventivo**

Lo más importante frente a las úlceras por presión es intentar prevenirlas.

Es la clave de este tema, dados los inmensos daños que puede provocar una escara, sobre todo cuando es de los grados 3 o 4. Lo mejor es evitar que esta se produzca o en el peor de los casos, impedir que progrese a niveles de mayor gravedad. Para lo anterior se recomienda considerar los siguientes elementos:

- Identificar personas con factores de riesgo: Inmovilización, mala nutrición, incontinencia fecal y urinaria y disminución del grado de conciencia (estupor, obnubilación, coma).
- Vigilancia estricta a pacientes con alto riesgo: exploración física dirigida y palpación de zonas susceptibles, realizadas idealmente por el médico o por la enfermera.
- Medidas específicas:
  - Cambio de posición cada 2 horas.
  - Levantar diariamente al paciente.
  - Higiene de la piel, hidratación, lubricación y masaje circular de la piel.
  - Evaluar la tolerancia de tejido a la presión.
  - Uso de equipos de dispersión de presión: colchón de presión alterna, almohadones, férulas de espuma, bolsas de agua.
  - Educación al personal sanitario, a la familia y al propio paciente. Detección, prevención y tratamiento de factores predisponentes.

## **Curativo**

- a. **Tratamiento de úlceras grado I:** Sólo requiere del manejo de las medidas preventivas
- b. **Tratamiento de úlceras grado II:** Al manejo preventivo se debe agregar el aseo constante de la zona lesionada, habitualmente con suero salino, así como la aspiración de la ampolla. Se utilizan algunas sustancias que colaboran con la limpieza y con la velocidad de cicatrización de la herida, conocidos como apósitos hidrocoloides, que requieren un manejo especializado por parte del médico y personal de enfermería.
- c. **Tratamiento de úlceras grado III y IV:** Limpieza, las úlceras por presión cicatrizan mejor cuando están limpias, pudiéndose realizar lavado con suero fisiológico hasta que la herida esté limpia.
- d. **Proteger de la infección.**
  - o Control con cultivos: las úlceras por presión por lo general son colonizadas por bacterias y el médico puede recomendar en ocasiones, obtener una muestra por aspiración mediante aguja o biopsia del tejido.

- Tratamiento sistémico con antibióticos según corresponda si el paciente presenta bacteriemia, sepsis, celulitis avanzadas u osteomielitis.
- Higiene adecuada de la piel del paciente.
- **Eliminación del tejido desvitalizado:** Para ayudar a cicatrizar las úlceras se necesitará eliminar el tejido necrótico, existiendo dos métodos, ya sea por métodos químicos utilizando enzimas, o por medios quirúrgicos empleando el bisturí.
- **Favorecer la cicatrización:** Para ello se utilizan gasas empapadas en suero o las ya mencionadas espumas hidrocoloides.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> CAÑÓN ABUCHAR Hilda María y otros. "Úlcera-Guía de Intervención en Enfermería basada en la Evidencia Científica". Editorial Interamericana. Dieciochoava Edición 2000. Colombia

## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Actitud.-** La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta.
- **Adulto mayor.-** Individuo que pertenece a la llamada tercera edad, a partir de los sesenta años de edad -etapa posjubilación- y que comúnmente se le identifica como adulto mayor o anciano.
- **Adulto mayor dependiente.-** Persona mayor de 65 años, que tiene una incapacidad temporal y permanecer para satisfacer sus necesidades, que se encuentra hospitalizada.
- **Cuidador.-** es una persona que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, asistencia o ayuda al adulto mayor dependiente para la satisfacción de sus necesidades cotidianas (alimentarse, vestirse, moverse, aseo y otros). Pudiendo ser este un familiar o una persona contratada por la familia.
- **Dependiente.-** persona con daño crónico puede ser físico o psíquico lo cual lo hace total y absolutamente dependiente del resto que lo rodea lo cual puede ser a veces una molestia para la familia que está con él o ella.
- **Enfermería.-** es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los

últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud.

- **Familia.-** Grupo humano que el adulto mayor refiere como perteneciente a él, de acuerdo con vínculos sanguíneos y(o) afectivos.
- **Fricción.-** Es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce, por movimiento, tracción y arrastre.
- **Fuerza externa de deslizamiento.-** Combina los efectos de presión y fricción –la posición de Fowler puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.
- **Incapacidad.-** Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la seguridad social
- **Práctica.-** Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad
- **Presión.-** Es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. La presión capilar oscila entre 6-32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.

- **Prevención.-** Según la ONU es «la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas».
- **Relación adulto mayor-familia.-** Conjunto de vínculos que caracterizan esta relación en la actualidad y en la que expresan determinantes socioculturales, familiares e individuales. Por ello la relación adulto mayor-familia puede constituir un medio que permita sistematizar el estudio de las determinantes del desarrollo para la tercera edad para el trabajo de orientación familiar.
- **Salud.-** (OMS) en su constitución de 1946, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.
- **Úlceras por presión.-** Las úlceras por presión (UPP) se definen como zonas localizadas de necrosis que aparecen principalmente en pacientes encamados o con movilidad disminuida en tejidos

blandos sometidos a compresión entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa.

- **Úlceras de cúbito.-** Es un área de piel que se destruye cuando una persona permanece en una sola posición por mucho tiempo sin desplazar el peso. Esto con frecuencia sucede cuando la persona está postrada a una silla de ruedas o a una cama aún por un corto período de tiempo (por ejemplo, después de una cirugía o lesión). La presión constante sobre la piel produce una disminución en el suministro sanguíneo hacia esa área y el tejido afectado muere.

## CAPÍTULO II

### DE LA METODOLOGÍA

#### 2.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio es **Prospectivo**, ya que posee una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto. **Observacional**, porque se presenciaron los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables; **Transversal**, porque la investigación se centró en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto en el tiempo; **Descriptivo**, porque busca especificar las propiedades importantes de la población en nuestro estudio o cualquier otro fenómeno sometido a análisis. Permitirá medir o evaluar diversos aspectos dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> HERNANDEZ Roberto, FERNANDEZ Carlos y BAPTISTA Pilar. "Metodología de la Investigación" Editorial Interamericana. Primera edición México. Pág. 108-110.

## **2.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue del Ministerio de Salud, de acuerdo a la nueva categorización corresponde al nivel 3 – III. Este hospital es de referencia nacional y brinda los servicios básicos: medicina, cirugía, pediatría, emergencia y servicios especializados. El servicio medicina cuenta con una capacidad aproximada de 24 camas para hospitalizar a pacientes de ambos sexos.

Las visitas de los familiares a los pacientes de los diferentes servicios son en los horarios de 3 a 5 p.m.

## **2.3 POBLACIÓN**

El familiar cuidador de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2009.

### **2.3.1 Muestra**

La población estuvo conformada por 47 familiares cuidadores de pacientes adultos mayores que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue.

En el mes de agosto fueron dados de alta 25 pacientes y en el mes de setiembre 22 pacientes adultos mayores de ambos sexos.

Durante el mes octubre se aplicaron los instrumentos al 100% de la población en sus respectivos domicilios.

Obteniendo un total de 45 encuestados del total de la población, siendo excluidos 2 familiares, dado a que refirieron direcciones falsas.

### **2.3.2 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- ✓ Familiares de los pacientes adultos mayores que estuvieron hospitalizados en los meses agosto y setiembre.
- ✓ Familiares de los pacientes adultos mayores que estuvieron con permanencia prolongada en cama más de 7 días.
- ✓ Familiares que acepten participar en el estudio.
- ✓ Familiares cuidadores directos e indirectos.

#### **Criterios de Exclusión**

- ✓ Familiares que no acepten participar en el estudio.
- ✓ Familiares que dado direcciones falsas.

## 2.4 Método, técnica e instrumento

La técnica fue la entrevista, observación y el instrumento un formulario tipo cuestionario que se basaron según los objetivos y las variables:

**Conocimiento:** Esta área de la encuesta consta de 26 ítems de preguntas cerradas. La calificación es de 1 punto por pregunta bien contestada, categorizando el puntaje de la siguiente forma:

(ANEXO 2) Alto : 26 – 20 puntos

Medio : 19 – 14 puntos

Bajo : 13 – 00 puntos

**Actitud:** Esta área consta de 28 ítems, utilizando la escala de Likert. El puntaje de calificación para valorar el grado de actitud es la siguiente: (ANEXO 3)

Aceptación : 84 - 64 puntos

Indiferencia : 63 - 43 puntos

Rechazo : 42 - 00 puntos

El puntaje de calificación para valorar el tipo de actitud se estableció categorizando de la siguiente manera:

Aceptación : 3

Indiferencia : 2

Rechazo : 1

**Práctica:** Esta área constituida por 18 ítems con preguntas cerradas. La calificación es de 1 punto por pregunta bien contestada: (ANEXO 4)

Buena	:	18 – 15 puntos
Regular	:	14 – 10 puntos
Deficiente	:	09 – 01 puntos
No Realiza	:	0,0 puntos

## **2.6 Control de calidad de datos**

**Validez:** Los instrumentos fueron validados por la autora. A Través del juicio y criterios de expertos que fueron: dos Psicólogos, un Geriatra, dos Enfermeros y un Estadista. (ANEXO 8)

**Prueba piloto:** Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 10 familiares de adultos mayores que fueron hospitalizados en el mes de enero en el Hospital Hipólito Unanue y representan el 22,2% de la población a investigar, se consideró que la población tenga características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

**Confiabilidad:** El criterio de confiabilidad se determinó a través del Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron lo siguiente:

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados</b>	<b>Nº de elementos</b>
Conocimiento	0,70	26
Actitudes	0,79	28
Prácticas	0,70	18

Nos basamos en lo que señala Rosenthal (García 2005), el cual propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

## **2.5 Recolección de Datos**

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Hipólito Unanue, y del cual se obtuvo el permiso para revisar los censos de los meses de agosto y setiembre. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con la enfermera jefa de servicio de Medicina, a fin de obtener la relación de pacientes adultos mayores que fueron hospitalizados en dichos meses.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora utilizando los instrumentos (ANEXO 5), aplicándose la encuesta en el mes de octubre, en forma diaria en sus propios domicilios.

## **2.6 Procesamiento de Datos**

Una vez obtenida la información fue codificada, elaborándose una base de datos con la sintaxis en el software estadístico SPSS v. 17,0, y se sometió a un control de calidad.

Se realizó un análisis unidimensional en las variables de Conocimientos, actitudes y prácticas, aplicándose frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples con representación gráfica en las dimensiones de las variables indicadas.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

#### **3.1 RESULTADOS**

En el presente capítulo se presentan los cuadros y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida de la investigación.

### CUADRO N° 01

**CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS  
POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON  
PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE TACNA-2009**

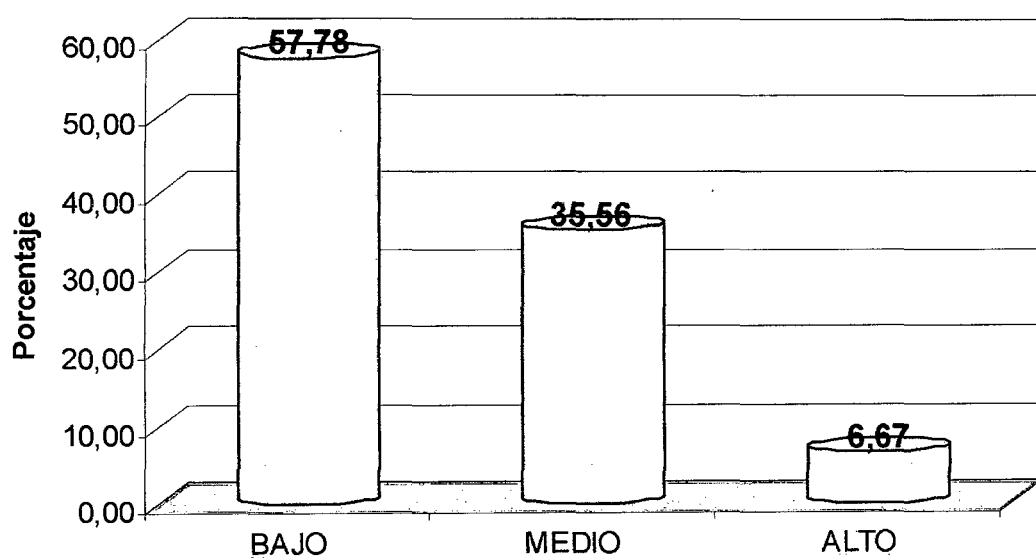
<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
BAJO	26	57,78
MEDIO	16	35,56
ALTO	3	6,67
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

#### INTERPRETACIÓN:

En el cuadro N° 1, observamos que el 57,78% de los familiares adultos mayores tienen un nivel de conocimiento bajo, seguido del 35,56% tienen un nivel de conocimiento medio y solo el 6,67% tienen un nivel de conocimiento alto.

**GRÁFICO N°01**



FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

## CUADRO N° 02

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA-2009.

Nivel de conocimiento	N°	%
<b>a.- HIGIENE</b>		
Bajo	34	75,56
Medio	9	20,00
Alto	2	4,44
Total	45	100,00
<b>b.- MOVILIZACIÓN</b>		
Bajo	30	66,67
Medio	11	24,44
Alto	4	8,89
Total	45	100,00
<b>c.- ALIMENTACIÓN</b>		
Bajo	16	35,56
Medio	26	57,78
Alto	3	6,67
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor, octubre del 2009

#### INTERPRETACIÓN:

El nivel de conocimiento en la dimensión de higiene, expresada en el cuadro N° 02, observamos que el (75,56%) de los familiares presentaron un nivel de conocimiento bajo; seguido del (20%) tienen un nivel de conocimiento medio y lo que llama la atención, es que solo el (4,4%) alcanzaron un nivel alto.

Referente al nivel de conocimiento en la dimensión de movilización podemos observar que el (66,67%) de los familiares presentaron un nivel bajo, seguido del (24,4%) tienen un nivel de conocimiento medio y solo el (8,89%) tienen un nivel de conocimiento alto.

El nivel de conocimiento en la dimensión de alimentación observamos que el (57,78%) tiene un nivel de conocimiento medio, seguido del (35,56%) tiene un nivel de conocimiento bajo, y solo el (6,67%) se encontraron con un nivel de conocimiento alto.

### CUADRO N°03

**ACTITUD DE LOS FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA-2009**

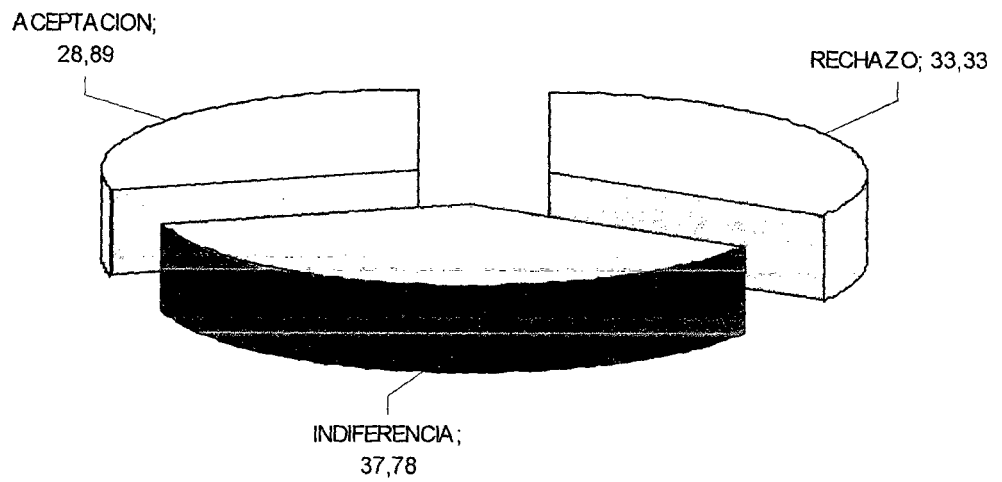
Grado de Actitud	Nº	%
RECHAZO	15	33,33
INDIFERENCIA	17	37,78
ACEPTACIÓN	13	28,89
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

#### **INTERPRETACIÓN:**

En la cuadro N°3, el (37,78%) de los familiares de los pacientes adultos mayores presentaron una actitud indiferente hacia la prevención de úlceras por presión, seguido del (33.3%) mostraron una actitud de rechazo o temor, Cabe destacar que el (28,29%) alcanzaron una actitud aceptable.

**GRÁFICO N°02**



FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

### CUADRO N°04

#### GRADO DE ACTITUD DE LOS FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA-2009

Grado de actitud	N°	%
<b>a.- Cuidado en la prevención de úlceras</b>		
Rechazo	11	24,44
Indiferencia	18	40,00
Aceptación	16	35,56
Total	45	100,00
<b>b.- Cuidado nutricional e hídrico</b>		
Rechazo	10	22,22
Indiferencia	17	37,78
Aceptación	18	40,00
Total	45	100,00
<b>c.- Administración del tratamiento</b>		
Rechazo	20	44,44
Indiferencia	21	46,67
Aceptación	4	8,89
Total	45	100,00
<b>d.- Adaptación del A. M. al entorno</b>		
Rechazo	19	42,22
Indiferencia	14	31,11
Aceptación	12	26,67
Total	45	100,00
<b>e.- Soporte familiar</b>		
Rechazo	20	44,44
Indiferencia	18	40,00
Aceptación	7	15,56
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

## INTERPRETACIÓN:

En el cuadro N° 4, con relación al cuidado en la prevención de úlcera por presión el (40%) tiene una actitud de indiferencia, seguido del (35,56%) que demostró una actitud aceptable y el (24,4%) una actitud de rechazo.

Con referencia al cuidado nutricional e hídrico, observamos que el (40,0%) por los familiares tiene una actitud aceptable, seguido del (37,78%) demostró una actitud de indiferencia y el (22,22%) una actitud de rechazo.

La administración del tratamiento al paciente adulto mayor por sus familiares, demostró una actitud de indiferencia (46,67%) y el (44,4%) se mostraron con rechazo.

La adaptación del adulto mayor al entorno, demuestra una actitud de rechazo (42,2%), y el (26,67%) una actitud de aceptación.

Con referencia al soporte familia del paciente adulto mayor, observamos que el (44,44%) por los familiares tiene una actitud de rechazo, seguido del (40,00%) demostró una actitud de indiferencia y el (15,56%) una actitud de aceptación.

### CUADRO N°05

#### PRÁCTICA DEL FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA-2009

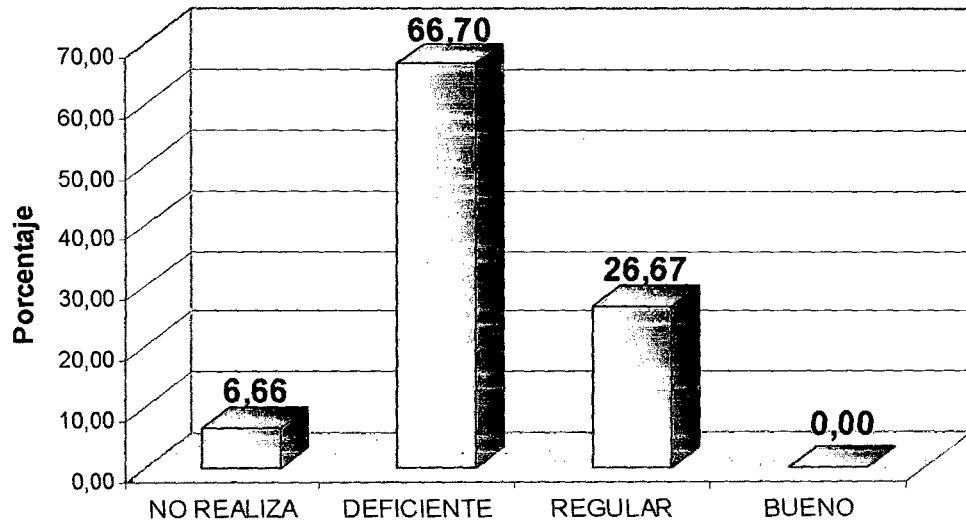
Nivel de Práctica	N°	%
NO REALIZA	3	6,66
DEFICIENTE	30	66,70
REGULAR	12	26,67
BUENO	0	0,00
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

#### INTERPRETACIÓN:

En el cuadro N° 5, observamos los hallazgos del nivel de practica buena, regular, deficiente y no realiza de los familiares en la prevención de úlceras por presión, donde, notoriamente predominó la práctica buena (0,00%), mientras que la práctica deficiente se encontraron el (66,70%), realizan un práctica regular es el (26,67%) y solo el (6,66%) no realizan práctica alguna.

**GRÁFICO N°03**



FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

CUADRO N°06

NIVEL DE PRÁCTICA DE LOS FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN DE  
 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES  
 CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE  
 MEDICINA DEL HOSPITALHIPÓLITO UNANUE  
 TACNA-2009

Nivel de práctica	N°	%
<b>a.- Prácticas de higiene</b>		
No realiza	12	26,67
Deficiente	15	33,33
Regular	13	28,89
Buena	5	11,11
Total	45	100,00
<b>b.- Prácticas en la alimentación</b>		
No realiza	3	6,67
Deficiente	42	93,33
Regular	0	0,00
Buena	0	0,00
Total	45	100,00
<b>b.- Prácticas en la movilización</b>		
No realiza	16	35,56
Deficiente	20	44,44
Regular	7	15,56
Buena	2	4,44
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familia del adulto mayor, octubre del 2009

## INTERPRETACIÓN:

En lo concerniente a la práctica de higiene, expresada en el cuadro N° 08, resaltamos que el (28,89%) de los familiares presentaron una práctica regular; también encontramos que el (26,67%) no realiza la práctica de higiene y lo que llama la atención, es que solo el (11,11%) alcanzaron una práctica buena.

Referente a la práctica en la movilización que deben realizar a sus adultos mayores con úlceras por presión, el (44,44%) evidenciaron tener una práctica deficiente y el (35,56%) no moviliza al adulto mayor.

Podemos observar que en la práctica de alimentación al adulto mayor, el (93,33%) realiza una práctica deficiente, el (6,67%) no realiza la práctica de alimentación y es evidente que nadie realiza una práctica buena ni regular.

### 3.2 DISCUSIÓN

El ser humano desde que empieza a envejecer, presenta proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y pasar de ser independiente a depender del cuidado de sus familiar, que le van a brindar cuidados utilizando sus conocimientos, actuando con una actitud positiva y realizando una adecuada practica.

De acuerdo a lo cuadros obtenidos se discutirá los resultados obtenidos y su relación con estudios similares nacionales e internacionales, así mismo se realizara la confrontación con la literatura revisada.

En el cuadro N°01 denominado "conocimientos de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2009 se observa que notoriamente predominó el nivel bajo con 57,78% siendo

preocupante, mientras que en un nivel medio se encontraron el 35,56 y solo el 6,67% presentaron un conocimiento ideal, es decir el nivel alto el cual nos indica la falta de conocimientos que debieron de recibir en el hospital Hipólito Unanue por parte del equipo de salud es pobre. Los resultados de trabajos por otra parte los estudios de Karina Lisbeth Armas Rivera, realizó un estudio titulado "Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el servicio de Medicina del HNDAC" en Lima del 2008. Se concluyó acerca del nivel de conocimientos de los familiares acerca de los cuidados en la prevención de úlceras por presión, de 50 (100%), 29 (58%) presentan un nivel de conocimiento medio, 11 (22%) un nivel bajo y 10 (20%) un nivel alto. Los resultados de Machaca Vargas María Y Machaca Vargas Yolanda, realizó un estudio titulado "conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis pulmonar de los pobladores de la Asoc. "Las Begonias" en Tacna en el año 2003, en donde refiere que obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue el nivel bajo 75,34%, mientras que los pobladores tienen un alto nivel de conocimiento 24,66%. Podemos ver que haciendo una comparación con los estudios realizados no coinciden en los resultados y son predecibles, puesto que no existe un programa de educación dirigido a los familiares, el

equipo de salud del servicio de medicina no brinda la educación correspondiente a los familiares de los pacientes adultos mayores después que les dan de alta en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y esto hace que los pacientes adultos mayores estén más predispuestos a tener úlceras por presión a causa de la información insuficiente que reciben dejando muchas veces a los familiares con muchas dudas e inquietudes.

En el cuadro N°03 denominado actitud de los familiares en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue Tacna-2009 es preocupante haber encontrado una gran proporción 37,78% de familiares con una actitud indiferente hacia la prevención de úlceras, más aún cuando vemos que el 33,3% mostraron rechazo o temor, que agrupando, estos representan las tres cuartas partes y se constituyen en una actitud desfavorable hacia la atención del paciente adulto mayor. Según el estudio realizado por Machaca Vargas María Y Machaca Vargas Yolanda, titulado "Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Tuberculosis Pulmonar de los pobladores de la Asoc. "Las Begonias" en Tacna en el año 2003. Refiere que los familiares tuvieron, actitud negativa 59,52% seguido de aquellos que

mantienen una actitud positiva 40,48%. Estos hallazgos podrían ser explicados por que los familiares de estos pacientes, tienen una variedad de actividades que desarrollar dentro de la familia y que además se movilizan de forma permanente dejando solos a los adultos mayores, cabe resaltar la falta de concientización y sensibilización a los familiares por parte del equipo de salud, en el momento que le dan el alta al paciente adulto mayor, esto podría conllevar a la indiferencia, temor y rechazo encontrado en los resultados de nuestro estudio.

El cuadro N°05 denominado práctica del familiar en la prevención de úlceras por presión en pacientes adultos mayores con permanencia en cama en el servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue Tacna-2009, resaltamos que el 66,70% poseen un nivel deficiente y el 26,67% manifestaron un nivel regular. En el estudio realizado por la Machaca Vargas María Y Machaca Vargas Yolanda, titulado "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis Pulmonar de los pobladores de la Asoc. "Las Begonias" en Tacna en el año 2003. Refiere que los familiares tuvieron el nivel de práctica preventiva deficiente 85,71% y solo un pequeño grupo de los pobladores tienen una práctica eficiente 14,29%. Aquí podemos observar que ambos estudios coinciden que los familiares de los

pacientes adultos mayores tienen una práctica deficiente, esto se debe a la falta de disponibilidad de tiempo y paciencia por parte del equipo de salud del servicio de medicina, el incluir al familiar en la práctica en el tiempo que el adulto mayor estuviese hospitalizado haciendo que el familiar tenga experiencia y destreza en el cuidado para así prevenir las úlceras por presión.

### 3.3 CONCLUSIONES

Las conclusiones derivados del presente estudio fueron:

- Los familiares de los adultos mayores, tienen un nivel de conocimiento bajo (57,78%); según las dimensiones estudiadas en el primer lugar lo ocupa la dimensión de higiene (75,57%), seguido de la dimensión de movilización (66,67%) y por último la dimensión de alimentación (57,78%) la que tiene un nivel de conocimiento medio.
- Los familiares de los pacientes adultos mayores, tienen un tipo de actitud de indiferencia (37,78%) y rechazo (33,33%); según las dimensiones estudiadas en el primer lugar tenemos las dimensiones del cuidado en la prevención de úlceras (40%) y la administración de tratamiento (46,67%), que demostraron una actitud de indiferencia seguido de las dimensiones de adaptación del adulto mayor al entorno (42,22%) y el de soporte familiar (44,44%) demostraron una actitud de rechazo por último la dimensión de cuidado nutricional e hídrico (40%) que mostraron una actitud de aceptación.
- Los familiares de los pacientes adultos mayores, tienen un nivel de práctica deficiente (66,70%); las tres dimensiones estudiadas mostraron una actitud deficiente según el orden respectivo alimentación (93,33%), movilización (44,44%) e higiene (33,33%).

### 3.4 RECOMENDACIONES

- Fomentar a que se realice trabajos de investigación con enfoque cualitativo sobre el tema.
  
- Realizar un programa dirigido al adulto mayor dependiente con la visión de “contribuir a un envejecimiento saludable y a un mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores”, con el propósito de mantener o aumentar la condición de autovalencia del adulto mayor. Este programa deberá contar con:
  - Personal de salud sensibilizado y capacitado en la atención de salud del adulto mayor.
  - Cronograma de visitas adicionales de los familiares del adulto mayor durante su hospitalización con el fin de que puedan participar en su higiene, movilización y alimentación.
  - Talleres de opinión que permitan dar a conocer lo que piensan y sienten los familiares del adulto mayor convirtiendo sus actitudes.
  - cronograma de seguimiento y control de riesgo en el hogar que permita verificar el estado de salud evidenciando el nivel de práctica preventiva en los familiares de los pacientes del adulto mayor y superar de manera útil la práctica deficiente.

- Diseño de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor brindándole procedimientos y la elaboración de un alimento.
- Talleres de Cultura Física: A través de la práctica de ejercicios pasivos y activos como el Tai- chi, ejercicios en cama y otros.

### 3.5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **BERECK katherine** y otros. (1980). "Clínica Norteamericana de Enfermería". Primera edición. Editorial Interamericana. España
2. **BURKE Mary M.; Walsh Mary B.** (1980). "Enfermería Gerontológica". Segunda Edición. Editorial Diorki Servicios Integrales de Edición. Madrid, España.
3. **BRAVO; JIMENEZ B.; GUILLEN LL.** (1994). "La Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Años Noventa". Publicación Científica N°546. OPS/OMS. Washington.
4. **CAÑÓN ABUCHAR Hilda Maria** y otros. (2000). "Úlcera-Guía de Intervención en Enfermería basada en la Evidencia Científica". Primera Edición. Editorial Colombia. Bogotá, Colombia.
5. **KOSAJK M.** (1986). "An Effective of preventing deubilal ulcers. Arch Phvsical Medic y Rehabilitation". Primera Edicion. EEUU.
6. **MARRINER - TOMEY, A.** (1994). "Modelos y teorías en Enfermería". Mosby Doyma libros. Tercera Edición. pág. 181-198.
7. "Manual de Enfermería." Océano/ Centrum. 2003.
8. **POLIT D, B HUNGLER** (1991) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Cuarta Edición. Editorial Interamericana pág. 124-125.
9. **SMITH Cecil.** (1990). "Tratado de la Medicina Interna". 17a Edición. Editorial Interamericana. Mexico.

## REFERENCIA VIRTUALES

- ✓ <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/boletin/pdf/ReporteEpidemioloQicolINS2006-20.pdf>.2006.
- ✓ <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/Reunion Macro MAIS/40.2006>.
- ✓ <http://www.iuntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria 2003/publicaciones/ulceras presion.pdf>.2006.
- ✓ <http://72.14.207.104/search?q=cache:bUoGzP9dmLsJ:www.minsa.gob.pe/enfermeria/docinter/PETRA.pdf+ROL+DE+LA+FAMILIA+EN+LA+PREVENCION+DE+U PP&hl=es&qI=pe&ct=clnk&cd=10&lr=lang>.2006.
- ✓ <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0258/CAP03-01.htm>
- ✓ <http://www.eclac.org/celade/>.

# Anexos

**ANEXO 01**

**Operacionalización de variables**

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Sub Indicadores
<p>Conocimiento sobre la prevención de úlceras por presión en los familiares.</p>	<p>Es toda aquella información que poseen los familiares de los pacientes adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue, acerca de la prevención de úlceras por presión en las dimensiones de higiene, alimentación y movilización. El cual será obtenida a través de un cuestionario, valorado si conocen, conocen parcialmente o desconocen.</p>	<p>Higiene</p> <p>Alimentación</p> <p>Movilización</p>	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observación de piel (coloración e integridad).</li> <li>▪ Observación de la presencia de lesiones en piel.</li> <li>▪ Frecuencia de Higiene.</li> <li>▪ Tipo de alimentación.</li> <li>▪ Tolerancia.</li> <li>▪ Hidratación</li> <li>▪ Cambio de posición.</li> <li>▪ Uso de almohadas cojines.</li> <li>▪ Masajes</li> </ul>
<p>Actitud del familiar sobre la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor.</p>	<p>Es la predisposición de actuar, pensar y sentir que expresan los familiares con la prevención de las úlceras por presión, hacia los cuidados en el hogar y medidas preventivas y que será medido en dirección de aceptación, rechazo e indiferencia.</p>	<p>Cuidado en la prevención de la úlcera por presión.</p> <p>Cuidado nutricional e hídrico</p> <p>Administración del tratamiento.</p>	<p>Aceptación</p> <p>Indiferencia</p> <p>Rechazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Actitud de los familiares sobre su participación el aspecto biológico.</li> </ul>

		Adaptación del adulto mayor al entorno. Soporte familiar.		o Actitud de los familiares sobre su participación en el aspecto Institucional.
Práctica de las medidas preventivas de úlceras por presión en el adulto mayor.	Es la actividad que realiza el Familiar ante la el cuidado del paciente adulto mayor con enfermedades, en el manejo de prevenir úlceras por presión y que esta dado por la higiene, la movilización y la actitud, la cual es obtenido mediante la observación utilizando la lista de verificación y medido en adecuada e inadecuada.	Higiene  Alimentación  Movilización	Buena Regular Deficiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realiza observación de la piel (coloración e integridad).</li> <li>▪ Observa de la presencia de lesiones en piel.</li> <li>▪ Realiza higiene con Frecuencia.</li> <li>▪ Tipo de alimentación.</li> <li>▪ Tolerancia.</li> <li>▪ Hidratación</li> <li>▪ Le cambia de posición.</li> <li>▪ Usa almohadas cojines.</li> <li>▪ Realiza Masajes</li> </ul>

ANEXO 02

ITEMS QUE CORRESPONDEN AL CONOCIMIENTO

Dimensión	Items	Puntuación	Puntuación total
<b>Higiene</b>	5) Importancia de la Higiene. 6) Observación de la Piel. 7) Frecuencia de la Higiene. 8) Elementos de la Higiene. 9) Identificación de zonas isquémicas.	Alto = 05 Medio = 04 - 03 Bajo = 02 - 00	
<b>Movilización</b>	10) Importancia de los cambios de posición. 11) Técnica correcta. 12) Frecuencia de los cambios de posición. 13) Importancia de los ejercicios. 14) Técnica correcta. 15) Frecuencia de los ejercicios. 16) Importancia de la utilización de accesorios. 17) Elección de accesorios. 18) Importancia de los masajes. 19) Técnica correcta. 20) Importancia de la utilización del aplicador. 21) Elección de un aplicador.	Alto = 12 - 10 Medio = 09 - 07 Bajo = 06 - 00	Alto = 26 a 20  Medio = 19 a 14  Bajo = 13 a 00
<b>Alimentación</b>	22) Importancia de la Alimentación. 23) Combinación correcta de alimentos. 24) Importancia del consumo de líquidos. 25) Frecuencia de consumo de líquidos. 26) Forma de preparación de los alimentos.	Alto = 05 Medio = 04 - 03 Bajo = 02 - 00	

ANEXO 03

ITEMS QUE CORRESPONDEN A LA MEDICIÓN DE LA ACTITUD

Dimensión	Items	Puntuación dimensión	Puntuación Total	Puntuación		
				A	I	R
<b>Cuidado en la prevención de la úlcera por presión.</b>	1) Evitan que el adulto mayor se saque las vendas o sujeciones.	Aceptación = 12-10 Indiferencia = 09-07 Rechazo = 06-0		3	2	1
	2) Sienten desagrado al ver a adulto mayor con las heridas y amarrado.			1	2	3
	3) Sienten que es innecesario cumplir con los cuidados del adulto mayor respecto a la prevención úlceras por presión.			1	2	3
	4) Le es difícil apoyar al adulto mayor al cambiarlo de posición.			1	2	3
<b>Cuidado nutricional e hídrico</b>	5) Prepara alimentos que contengan vitamina C (tomate), A (zanahoria) y las proteínas (carnes, pollo, hígado).	Aceptación = 15-12 Indiferencia = 11-08 Rechazo = 07-0		3	2	1
	6) Les parece trabajoso participar en la alimentación del adulto mayor.			1	2	3
	7) Controla la ingesta de Alimentos.			3	2	1
	8) Le da lo mismo si come o no.			1	2	3
	9) Ayudan a mantener un adecuado estado de hidratación en el adulto mayor.			3	2	1
<b>Administración del tratamiento.</b>	10) Identifican signos de alarma en el adulto mayor como: fiebre, escalofríos, sangrado abundante entre otros.	Aceptación = 15-12 Indiferencia = 11-08 Rechazo = 07-0	Aceptación = 84-64 Indiferencia = 63-43 Rechazo = 42-00	3	2	1
	11) Le parece caro, cuando compra los medicamentos recetados por el médico.			1	2	3
	12) Utiliza la posición adecuada al momento de darle su medicamento evitando que se atore.			3	2	1
	13) Le da sus medicamentos a la hora que indica el médico			3	2	1
	14) Piensa que es igual si le realiza masajes con cualquier líquido.			1	2	3
<b>Adaptación del adulto mayor al entorno.</b>	15) Lo protegen, lo cuidan durante el día y parte de la noche.	Aceptación = 18-15 Indiferencia = 14-11 Rechazo = 10-00		3	2	1
	16) Le brindan cariño aumentándole la autoestima del adulto mayor.			3	2	1
	17) No acompañan al adulto mayor, está acostumbrado a estar solo.			1	2	3
	18) Comparte con sus demás familiares que el estado de salud del adulto mayor es delicada.			3	2	1
	19) Les da vergüenza acompañar al adulto mayor en su Deambulación.			1	2	3
	20) Ayudan al adulto mayor a relacionarse con los demás, afrontar sus problemas derivados de úlceras por presión.			3	2	1

<b>Soporte familiar.</b>	21) Piensan que los familiares no deben permanecer cuidando al adulto mayor es mejor que los hagan las enfermeras.	Aceptación = 24-19 Indiferencia = 18-13 Rechazo = 12-00		1	2	3
	22) Permanecen todo el tiempo al lado del adulto mayor, cuidándolo, atendiéndolo, apoyando al personal en su atención.			3	2	1
	23) Prestan atención cuando el adulto mayor les habla.			3	2	1
	24) Les da temor y miedo, besar al adulto mayor por la presencia de las úlceras por presión, vendas y otros.			3	2	1
	25) Le brindan seguridad y despreocupación en cuanto a la economía.			3	2	1
	26) Ni un familiar se quiere responsabilizar de su cuidado.			1	2	3
	27) No tienen tiempo para él, descuidan a su familia.			1	2	3
	28) Participan todos los hijos de los cuidados del adulto mayor.			3	2	1

**ANEXO 04**

**ITEMS QUE CORRESPONDEN A LA PRÁCTICA**

Dimensión	Items	Puntuación dimensión	Puntuación Total	Puntuación	
				si	no
<b>Higiene</b>	1. Le realiza la higiene todos los días.	Buena = 07-06		1	0
	2. Utiliza agua tibia y jabones neutros en la higiene diaria.	Regular = 05-04		1	0
	3. Seca meticulosamente sin hacer fricción, en toques.	Deficiente= 03-01		1	0
	4. Usa cremas hidratantes de su aseo diario.	No realiza = 0		1	0
	5. Mantiene la ropa del paciente limpia, seca y sin arrugas.			1	0
	6. Inspecciona la piel al momento de asearlo.			1	0
	7. Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.			1	0
<b>Alimentación</b>	8. Prepara la dieta indicada por el médico.	Buena = 04	Buena = 18-15 Regular = 14-10 Deficiente=09-01 No realiza = 0	1	0
	9. Le da suplementos nutritivos.	Regular = 03		1	0
	10. Le brinda un aporte hídrico adecuado.	Deficiente= 02-01		1	0
	11. Le prepara alimentos en la mayoría crudos.	No realiza = 0		0	0
<b>Movilización</b>	12. Estimula la actividad y el movimiento del adulto mayor.			1	0
	13. Le realiza cambios de posición frecuentemente.			1	0
	14. Al momento de movilizarlo usando la sábana, fricciona la piel con la misma.			0	0
	15. Utiliza almohadones o cojines para aliviar la presión.	Buena = 07-06		1	0
	16. Vigila las protuberancias óseas.	Regular = 05-04		0	0
	17. Realiza masajes sobre las protuberancias óseas.	Deficiente= 03-01		1	0
	18. Evita levantar el cabezal de la cama más de 30º manteniendo la espalda recta con almohadones	No realiza = 0			

## ANEXO 05

### CUESTIONARIO

**Autora:** Armas Rivera Karina Lisbeth, realizó un estudio titulado "Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el servicio de medicina del HNDAC" en Lima en el año 2008.

**Modificado por:** Gallegos Quispe Laura Idalia.

#### I. DATOS GENERALES

Edad:.....

Sexo: 1. Masculino ( ) 2. Femenino ( )

Procedencia: .....

Grado de Instrucción:

- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Analfabeto ( )          | 5. Secundaria incompleta ( )  |
| 2. Primaria completa ( )   | 6. Superior Técnico ( )       |
| 3. Primaria Incompleta ( ) | 7. Superior universitario ( ) |
| 4. Secundaria completa ( ) |                               |

Parentesco con el Paciente: .....

#### II. DATOS ESPECIFICOS

##### A. Las úlceras por presión consiste en:

- 1) Lesiones de la piel producidas por un virus.
- 2) Lesiones de la piel producidas por la permanencia prolongada en cama.
- 3) Lesiones contagiosas producidas por la picadura de un insecto.
- 4) Lesiones producidas por el estrés.

##### B. Considera Ud. que las úlceras por presión se pueden evitar:

1. Si ( )                      2. No ( )

##### C. La prevención consiste en:

- 1) Advertir, sobre algo que puede suceder.
- 2) Evitar, a través de acciones daños a futuro.
- 3) Controlar una enfermedad incurable.
- 4) Educar sobre el tratamiento de una enfermedad.

##### D. En que parte del cuerpo Ud. considera que se produce más, estas lesiones:

- 1) Nariz, ojos, boca.
- 2) Solamente los tobillos.
- 3) Cadera, espalda, hombros, talones, tobillos, codos.
- 4) Solamente la cadera.



**N. En caso afirmativo, que tipo de ejercicios debe realizar:**

- 1) Ejercitar sus manos y no sus pies.
- 2) Realizar ejercicios con ayuda de otras personas.
- 3) Ejercitar sus músculos por sí solo y realizar otros movimientos con la ayuda de otras personas.
- 4) Ejercitar solo las piernas.

**O. Cuanto tiempo debe durar los ejercicios:**

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1) 5 – 10 minutos.  | 3) 15 – 20 minutos. |
| 2) 10 – 15 minutos. | 4) 20 – 25 minutos  |

**P. Considera importante utilizar algún accesorio para las zonas de apoyo:**

1. Si ( )                      2. No ( )

**Q. Que accesorio utiliza en el paciente:**

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1) Frazadas.     | 3) Piel de carnero. |
| 2) Almohadillas. | 4) Guantes de agua  |

**R. Considera Ud. que es importante realizar los masajes al paciente:**

1. Si ( )                      2.No ( )

**S. En qué forma realiza los masajes:**

- 1) Golpes suaves, desde la cadera hasta los hombros.
- 2) Golpes suaves, la espalda y piernas.
- 3) En forma circular, solo en la espalda.
- 4) En forma circular y con movimientos suaves en la zonas de presión (codos, hombros, glúteos, tobillos, cadera, espalda).

**T. Considera Ud. que debe utilizar algún aplicador para realizar los masajes:**

1. Si ( )                      2.No ( )

**U. En caso afirmativo, que tipo utiliza:**

- |                      |            |
|----------------------|------------|
| 1) Perfumes.         | 3) Talco.  |
| 2) Crema hidratante. | 4) Colonia |

**V. Considera Ud. que es importante la alimentación para disminuir el riesgo a úlceras por presión:**

1. Si ( )                      2. No ( )

**W. Que alimentos considera Ud. que son los más importantes:**

- a) Carnes, menestras, frutas y verduras.
- b) Arroz, pan, carnes y frutas.
- c) Arroz, fideos y frutas.
- d) Frutas y verduras



**Prácticas preventivas que debe realizar el familiar de un paciente adulto mayor en su vida diaria. Indique: SI, NO.**

N°	ITEMS	SI	NO
1	Le realiza la higiene todos los días.		
2	Utiliza agua tibia y jabones neutros en la higiene diaria.		
3	Seca cuidadosamente sin hacer fricción, en toques.		
4	Usa cremas hidratantes de su aseo diario.		
5	Mantiene la ropa del paciente limpia, seca y sin arrugas.		
6	Inspecciona la piel al momento de asearlo		
7	Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.		
8	Prepara la dieta indicada por el médico.		
9	Le da suplementos nutritivos.		
10	Evita levantar el cabezal de la cama más de 30° manteniendo la espalda recta con almohadones		
11	Le brinda un aporte hídrico adecuado.		
12	Le prepara alimentos en la mayoría crudos.		
13	Estimula la actividad y el movimiento del Adulto mayor.		
14	Le realiza cambios de posición frecuentemente.		
15	Al momento de movilizarlo usando la sabana, fricciona la piel con la misma		
16	Utiliza almohadones o cojines para aliviar la presión.		
17	Vigila las protuberancias óseas.		
18	Realiza masajes sobre las protuberancias óseas		

## Escala de Actitudes

A: Aceptación

I: Indiferencia

R: Rechazo

N°	Enunciados	A	I	R
1	Evitan que el adulto mayor se saque las vendas o sujeciones.			
2	Sienten desagrado al ver a adulto mayor con las heridas.			
3	Sienten que es innecesario cumplir con los cuidados del adulto mayor respecto a la prevención úlceras por presión.			
4	Le es difícil apoyar al adulto mayor al cambiarlo de posición.			
5	Prepara alimentos que contengan vitamina C (tomate), A (zanahoria) y las proteínas (carne, pollo, hígado).			
6	Les parece trabajoso participar en la alimentación del adulto mayor.			
7	Controla la ingesta de Alimentos.			
8	Le da lo mismo si come o no.			
9	Ayudan a mantener un adecuado estado de hidratación en el adulto mayor.			
10	Identifican signos de alarma en el adulto mayor como: fiebre, escalofríos, sangrado abundante entre otros.			
11	Le parece caro, cuando compra los medicamentos recetados por el médico.			
12	Utiliza la posición adecuada al momento de darle su medicamento evitando que se atore.			
13	Le da sus medicamentos a la hora que indica el médico			
14	Piensa que es igual si le realiza masajes con cualquier líquido.			
15	Lo protegen y lo cuidan durante el día y parte de la noche			
16	Le brindan cariño fortaleciendo la autoestima del adulto mayor.			
17	No acompañan al adulto mayor, está acostumbrado a estar solo.			
18	Comparte con sus demás familiares del estado de salud del adulto mayor.			

19	Le da vergüenza acompañar al adulto mayor en su movilización.			
20	Ayudan al adulto mayor a relacionarse con los demás.			
21	Piensan que los familiares no deben permanecer cuidando al adulto mayor es mejor que los hagan las enfermeras.			
22	Permanecen todo el tiempo al lado del adulto mayor, cuidándolo y atendiéndolo.			
23	Prestan atención cuando el adulto mayor les habla.			
24	Les da temor y miedo , besar al adulto mayor por la presencia de las úlceras por presión, vendas y otros			
25	Le brindan seguridad y despreocupación en cuanto a la economía.			
26	Ni un familiar se quiere responsabilizar de su cuidado.			
27	No tienen tiempo para él cuidado porque descuidan a su familia.			
28	Participan todos los hijos de los cuidados del adulto mayor.			

## ANEXO 06

**DISTRIBUCIÓN DEL FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR SEGÚN  
FACTORES DEMOGRÁFICOS DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE TACNA-2009**

Características	Nº	%
<b>a.- Sexo</b>		
Masculino	7	15,56
Femenino	38	84,44
Total	45	100,00
<b>b.- Edad (años)</b>		
20 - 29	9	20,00
30 - 39	18	40,00
40 - 49	10	22,00
50 - 59	8	17,78
Total	45	100,00
<b>c.- Parentesco</b>		
Hijo/a	20	53,33
Nieto/a	21	44,44
Bisnieto/a	1	2,22
Total	45	100,00
<b>d.- Grado de instrucción</b>		
Sin Instrucción	2	4,44
Primaria	4	8,88
Secundaria	22	48,89
Superior Técnico	8	17,78
Superior Universitario	9	20,00
Total	45	100,00
<b>e.- Procedencia</b>		
Tacna	27	60,00
Puno	16	35,56
Moquegua	2	4,44
Otros	0	0
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor, octubre del 2009

## ANEXO 07

### CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA-2009

Características	Nº	%
<b>a.- Presencia de úlceras</b>		
SI	28	62,22
NO	17	37,78
Total	45	100,00
<b>b.- Edad (años)</b>		
60 - 69	4	8,89
70 - 79	22	48,89
80 - 89	17	37,78
90 - 99	2	4,44
Total	45	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada al familiar del adulto mayor, octubre del 2009

## **ANEXO 08**

### **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)**

#### **INSTRUCCIONES:**

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FAMILIARES EN LA  
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS  
MAYORES CON PERMANENCIA EN CAMA EN EL SERVICIO DE  
MEDICINA DEL HOSPITALHIPÓLITO UNANUE TACNA-2009**

Se compone de 10 ítems, para los cuales se tiene la siguiente escala de estimación:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

## HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... ..... .....					

Firma del experto

## PROCEDIMIENTO:

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

- a. Para el instrumento de conocimiento.

Nº de Ítems	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	4	5	5	4.80
2	5	5	4	5	5	4.80
3	5	4	5	5	5	4.80
4	5	4	5	5	5	4.80
5	4	4	4	5	4	4.20
6	5	5	5	4	5	4.80
7	5	4	4	5	5	4.60
8	4	4	4	4	5	4.20
9	4	4	4	4	5	4.20

- b. Para el instrumento de actitud.

Nº de Ítems	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	4	4	5	5.25
2	4	5	4	4	5	5.50
3	4	4	4	4	4	5.00
4	4	5	4	4	5	5.50
5	4	5	4	4	5	5.50
6	4	5	3	4	5	5.25
7	3	5	5	4	4	5.25
8	4	5	4	4	5	5.50
9	4	5	4	4	5	5.50

c. Para el instrumento de práctica.

Nº de Ítems	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	4	4	4	4.00
2	4	5	4	4	4	4.20
3	4	4	4	4	5	4.20
4	4	4	4	4	4	4.00
5	4	5	5	4	5	4.60
6	4	4	3	4	5	4.00
7	4	5	4	4	5	4.40
8	4	4	4	4	5	4.20
9	3	4	4	4	5	4.00

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde DPP} = \sqrt{(X_1 - Y_1) + (X_2 - Y_2) + \dots + (X_9 - Y_9)}$$

Para el caso a:

$$\text{DPP} = 1,51$$

Para el caso b:

$$\text{DPP} = 1,56$$

Para el caso c:

$$\text{DPP} = 2,11$$

3. Determinar la distancia máxima ( $\bar{D}$  máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

4. La  $\bar{D}$  máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1) + (X_2 - 1) + \dots + (X_9 - 1)}$$

Para el caso a:

$$D_{\max} = 12,0$$

Para el caso b:

$$D_{\max} = 11,7$$

Para el caso c:

$$D_{\max} = 11,4$$

Donde  $X$  = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

$Y$  = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

Para el caso a:

<b>A.</b>	0,0	2,4					
		<b>B.</b>					
		2,4	4,8				
			<b>C.</b>				
			4,8	7,2			
				<b>D.</b>			
				7,2	9,6		
					<b>E.</b>		
					9,6	12,0	

Para el caso b:

<b>A.</b>	0,0	2,34					
		<b>B.</b>					
		2,34	4,68				
			<b>C.</b>				
			4,68	7,02			
				<b>D.</b>			
				7,02	9,36		
					<b>E.</b>		
					9,36	11,70	

Para el caso c:

**A.**  
0,0    2,28

**B.**  
2,28    4,56

**C.**  
4,56    6,84

**D.**  
6,84    9,12

**E.**  
9,12    11,40

El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

- En el caso del instrumento de conocimiento: El valor DPP fue **1,51** cayendo en la zona "A" lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la investigación.
- En el caso del instrumento de actitud: El valor DPP fue **1,56** cayendo en la zona "A" lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la investigación.
- En el caso del instrumento de práctica: El valor DPP fue **2.11** cayendo en la zona "A" lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la investigación.