



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE ENTRE DICIEMBRE DE 2018 Y FEBRERO DE
2019

Tesis para optar el Título Profesional de Médico cirujano.

AUTOR:

Mamani Cuno William Fredy

ASESOR:

Dr. Díaz Díaz Luis

JURADO:

Dr. Neri Urbano Villafana Losza

Dr. Carlos Enrique Paz Soldan

Dr. Carlos Soto Linares

Dr. Francisco Vargas Bocanegra

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA.

A Dios, quien lo es todo para mí y quien protege, guía e ilumina a mi familia.

A mis padres Pablo M. y Natalia C. por su apoyo incondicional, y por haber creído y confiado siempre en mí. Siempre serán lo más importante en mi vida.

A mis hermanos Coky, David y Luis, quienes han sido piezas fundamentales en mi formación. Ustedes siempre han estado ahí, brindándome su apoyo y cariño.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi alma mater, la Universidad Nacional Federico Villarreal, que a pesar de diversas adversidades, me albergo todos estos años haciendo posible mi formación académica.

Agradecer a las licenciadas de enfermería del servicio de medicina interna del HNHU, quienes me apoyaron en esta investigación y en especial a la licenciada Edith, quien me ayudo en facilitarme al acceso de los pacientes.

Agradecer a mi familia y amigos, por la comprensión, paciencia y el ánimo recibido por parte de ellos.

ÍNDICE.

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	11
1.2.1 A. INTERNACIONALES.....	11
1.2.2 A. NACIONALES.....	14
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	16
II. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 BASES TEÓRICAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	18
2.1.1 DEFINICIÓN.....	18
2.1.2 ETIOPATOGENIA.....	18
2.1.3 CLASIFICACIÓN.....	21
2.1.4 EVALUACION Y VALORACIÓN CLINICA.....	22
2.1.5 TRATAMIENTO.....	23
III. MÉTODO.....	24
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.2 TIEMPO Y ESPACIO.....	24
3.3 VARIABLES.....	24
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	24
3.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	25
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	26
IV. RESULTADOS.....	27
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN. 27	27
4.2 FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	28
V. DISCUSIÓN.....	35
VI. CONCLUSIONES.....	40
VII. RECOMENDACIONES.....	41
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
IX. ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 División de pacientes con UPP según cantidad de úlceras por paciente.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 2 División de pacientes con UPP según sea el grado o categoría de la úlcera...27</i>	
<i>Tabla 3 División de pacientes con UPP según sea la zona del cuerpo con úlcera.....28</i>	
<i>Tabla 4 División de pacientes con UPP según sexo.....28</i>	
<i>Tabla 5 División de pacientes con UPP según grupo etario.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 6 División de pacientes con UPP según estancia hospitalaria hasta fecha de identificación.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 7 División de pacientes con UPP según persona responsable de su cuidado.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 8 División de pacientes con UPP según déficit de movilidad.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 9 División de pacientes con UPP según sujeción mecánica.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 10 División de pacientes con UPP según incontinencia urinaria.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 11 División de pacientes con UPP dependencia.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 12 División de pacientes con UPP según anemia.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 13 División de pacientes con UPP según sea los niveles de albúmina sérica.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 14 División de pacientes con UPP según cantidad de diagnósticos previos.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 15 División de pacientes con UPP que presentan algún trastorno neurológico.</i>	<i>34</i>

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Frecuencia de los pacientes con UPP</i>	27
Figura 2: <i>Pacientes con UPP según sexo</i>	28
Figura 3: <i>Pacientes con UPP según grupo etario</i>	29
Figura 4: <i>Pacientes con UPP según estancia hospitalaria</i>	29
Figura 5: <i>Pacientes con UPP según persona responsable de su cuidado</i>	30
Figura 6: <i>Pacientes con UPP según déficit de movilidad</i>	30
Figura 7: <i>Pacientes con UPP según sujeción mecánica</i>	31
Figura 8: <i>Pacientes con UPP según incontinencia urinaria</i>	31
Figura 9: <i>Pacientes con UPP dependencia</i>	32
Figura 10: <i>Pacientes con UPP según anemia</i>	32
Figura 11: <i>Pacientes con UPP según sea los niveles de albúmina sérica</i>	33
Figura 12: <i>Pacientes con UPP según cantidad de diagnósticos previos</i>	34
Figura 13: <i>Pacientes con UPP que presentan algún trastorno neurológico</i>	34

RESUMEN.

Objetivo: Determinar la frecuencia de úlceras por presión y qué factores condicionaron el desarrollo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

Metodología: Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Se realizó observación directa del paciente con úlcera por presión y análisis de su Historia Clínica; luego se recogió la información en una ficha de recolección de datos a partir de la cual, se tabuló y procesó la información en el sistema computarizado Excel 2010.

Resultados: Se registró 868 pacientes hospitalizados en los 3 meses de estudio, de los cuales 77 pacientes presentaron úlceras por presión. El 51.95% son mujeres; el 74.03% de estos pacientes tuvieron una estancia igual o mayor a 7 días; el 59.74% no presentaron cuidador; el 75.32% si presentaron algún déficit de movilidad; el 66.23% no presento sujeción mecánica; el 72.73% presento incontinencia urinaria, el 55.84% presento dependencia severa, el 68.83% ingreso al servicio con más de 3 diagnósticos previos, el 62.34% si presento por lo menos un trastorno neurológico; el 92.2% presento anemia; y el 74.03% presento hipoalbuminemia.

Conclusiones: La frecuencia de casos por úlcera por presión en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019 fue 8.8% (77 pacientes). Los pacientes en su mayoría presentaron una o dos úlceras por presión. Las principales categorías corresponden a los estadios I y II. La UPP en zona sacra es la que mayor número de pacientes la padecen.

Palabras clave: Úlcera por presión, factores asociados, frecuencia.

ABSTRACT.

Objective: To determine the frequency of ulcers due to pressure and what factors conditioned the development of pressure ulcers in patients hospitalized in the HNHU internal medicine service between December 2018 and February 2019.

Methodology: This is a descriptive, retrospective and transversal study. Direct observation of the patient with pressure ulcer and analysis of his Clinical History was made; then the information was collected in a data collection form from which the information was tabulated and processed in the Excel 2010 computerized system.

Results: 868 hospitalized patients were registered in the 3 months of the study, of which 77 patients presented pressure ulcers. 51.95% are women; 74.03% of these patients had a stay equal to or greater than 7 days; 59.74% did not present a caregiver; 75.32% if they presented some mobility deficit; 66.23% did not present mechanical subjection; 72.73% had urinary incontinence, 55.84% had severe dependence, 68.83% entered the service with more than 3 previous diagnoses, 62.34% if I had at least one neurological disorder; 92.2% presented anemia; and 74.03% presented hypoalbuminemia.

Conclusions: The frequency of cases of pressure ulcer in patients hospitalized in the HNHU internal medicine service between December 2018 and February 2019 was 8.8% (77 patients). The patients mostly had one or two ulcers due to pressure. The main categories correspond to stages I and II. The UPP in the sacral area is the one with the greatest number of patients.

Key words: Pressure ulcer, associated factors, frequency.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las úlceras por presión son un grave problema que aflige a todos los niveles asistenciales de salud. Dicho problema afecta a personas de cualquier edad, produciendo costos elevados tanto a nivel personal como a nivel socioeconómico, lo cual nos lleva a resaltar la importancia de la prevención e identificación de dichas lesiones (González, 2016).

Las úlceras por presión a nivel individual causa principalmente un gran impacto sobre la calidad de vida que pueda tener el paciente que lo padezca, además de ello es un problema de salud pública e implica una relevancia en lo económico, debido a que muchos estudios concluyen que el costo del tratamiento de dichas lesiones supera enormemente al costo de factores asociados a la prevención de las UPP. Una investigación que se ejecutó en Reino Unido acerca del impacto económico de las UPP, muestra que el costo total anual equivalía al 4% de la del gasto del Sistema Nacional de Salud Británico (Bennett, Dealey, & Posnett, 2004).

Dentro de los establecimientos que proporcionan servicios de salud, a nivel mundial, las UPP constituyen un problema significativo, no solo porque manifiestan una incidencia y una prevalencia considerable, sino también porque son indicadores de calidad del servicio de salud, debido a que muchos estudios indican que su aparición es evitable (Govern de les Illes Balears, 2018).

Según datos de la OMS se ha precisado un rango de tasa de prevalencia mundial entre el 5% y el 12% (PriCUPP: Primer Consenso de Úlceras por presión, 2017).

Las zonas afectadas por úlceras por presión generalmente están contaminadas con gérmenes habituales de la piel siendo los más comunes: *Staphilococcus aureus*, *Streptococcus hemolyticus*, *E. Coli*, etc. Los cuales contribuyen a su complicación (Yohena, Olivero, Marinacci, & Ares, 2000).

Las UPP deben ser detectados y tratadas de manera oportuna e integral, por los proveedores de salud, los cuales deben identificarlos en pacientes con alto riesgo. Su manejo debe realizarse con base en abordaje lógico, comprensivo e individualizado para cada paciente. En un estudio con pacientes geriátricos se evidenció la importancia de los movimientos espontáneos nocturnos, observándose que casi el 100% de los pacientes que ejecutaron 51 o más movimientos espontáneos en el transcurso de la noche no desarrollaron una úlcera por presión, no obstante el 90% de los pacientes con 20 o menos movimientos espontáneos sí llegaron a desarrollar una úlcera por presión (López, 2006).

Gran mayoría de los estudios de UPP son sobre pacientes geriátricos, sin embargo se sabe que esta lesión no es exclusiva de este grupo etario, ya que entre los principales factores asociados a esta lesión es que el paciente se encuentre encamado o con movilidad disminuida, afectando así a los otros grupos etarios que presenten los factores ya mencionados.

La UPP es un síndrome geriátrico habitual en personas de edad avanzada. Desde el punto de vista geriátrico estas lesiones están incluidas en los potenciales problemas geriátricos, por ello es de mucha necesidad identificarlos, mediante el uso de un modelo de valoración geriátrica integral (Peralta, 2011).

El envejecimiento poblacional y el acrecentamiento de la esperanza de vida en los países desarrollados son de suma importancia debido a que tienen que ver con el desarrollo de las enfermedades crónicas. Las UPP generalmente están asociadas a enfermedades crónicas, aspecto que los servicios prestadores de salud van a estar forzados a poner desarrollo en su domicilio, habitualmente en el contexto de enfermedades coexistentes, provocando así en los prestadores de salud un grave error, al

no considerarlos como una entidad clínica, interés en la próximos años (Rodríguez & Miralles, 2018).

Estas lesiones aparecen con mayor frecuencia en el anciano con enfermedades crónicas, pero también en el paciente con enfermedades agudas. Existe un porcentaje considerable en personas que las no considerándolos en los registros (Márquez, 2011).

Anteriormente se mencionó que las UPP son un problema frecuente y asociado al proceso de envejecimiento, debido a circunstancias vinculadas a la incapacidad para movilizarse y al desequilibrio de la reserva homeostática. La evolución tórpida de las UPP genera contrariedades al personal médico, cuidadores y al propio anciano, alterando de manera negativa la mortalidad (Márquez, 2011).

Las principales experiencias de personas mayores que sufren de UPP son la presencia de dolor, las restricciones sobre la propia vida y la forma de aceptar su situación. Estas experiencias deben tomarse en cuenta en el desarrollo del tratamiento y en las pautas de prevención (Hopkins, Dealey, Bale, Defloor, & Worboys, 2006).

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1.1 EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la frecuencia de úlceras por presión y cuáles son los factores más frecuentes que se asocian al desarrollo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019?

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

1.2.1. A. INTERNACIONALES.

En las últimas décadas, se han realizado innumerables investigaciones sobre la prevalencia de UPP. En un trabajo de revisión sistemática de escala mundial, realizado en Jordania, se detalla una extensa gama de tasas de prevalencia de UPP, en pacientes que se encuentran hospitalizados, entre ellos tenemos: Estados Unidos del 3,1% al 30%,

en Europa del 1% al 54% y en Asia del 2,7% al 16,8% (Tubaishat, Papanikolaou, Anthony, & Habiballah, 2017).

En un estudio realizado el Hospital de Navarra - España se comparó la tasa de prevalencia de 1997 y 1998 notando una baja en esos dos años, en 1997 se obtuvo una tasa de prevalencia de 8.9% y en 1998 una tasa de 5.1%; además de ello también se comparó la valoración de riesgo y factores asociados al desarrollo de úlceras, llegando a la conclusión de que la detección precoz del riesgo mediante las escalas de Norton y Branden permitieron una adecuada y rápida instauración de cuidados preventivos en los pacientes que tienen mayor riesgo. También se determinó que la edad avanzada, pertenecer al grupo de riesgo según las escalas valorativas y la estancia prolongada en el hospital son factores que se asocian bastante al desarrollo de úlceras (Silvestre, y otros, 1999).

Otro estudio realizado en España sobre el impacto económico del tratamiento de las UPP en el 2007, demuestran que las acciones para su tratamiento aumentan de manera considerable las cargas asistenciales, produciendo así un aumento de los costos para el manejo de dichas lesiones (Soldevilla, y otros, 2007).

Se realizó un estudio en el Hospital Universitario de Burgos de España de tipo descriptivo con el objetivo de determinar la prevalencia e identificar las valoraciones del riesgo de sufrir UPP, obteniéndose como resultados: una prevalencia de 21,53%. El 93,56% de las UPP corresponden a los estadios I y II y las áreas más frecuentes fueron: codo (28,07%), talón (22,8%), oreja (18,12%) y sacro (11,11%) (Real, y otros, 2017).

En México se realizó una investigación sobre la prevalencia de úlcera por presión en todos los grupos etarios, observándose una tasa de prevalencia general 11,60%; de estos pacientes el 10,1% son neonatos, el 10,8% son de edades pediátricas, el 9,7% corresponde a los adultos y el 16,9% recae sobre los ancianos. El 70% de los pacientes

con UPP alcanzó un alto riesgo en la escala de Braden y el 50% en la escala Braden Q. Además de ello se visualizó que las principales categorías fueron las categorías o estadios I y II; estas se situaron sobre todo en zonas de los talones, sacro y glúteos (Barrera, y otros, 2016).

Los factores de riesgo que más predisponen a la formación de UPP en un estudio realizado en un hospital de Ecuador fue: malnutrición en un 82%, falta de apoyo de familiares en un 78%, pocos cambios de posición en un 78%, incontinencia urinaria en un 62%, paresias, parálisis o algún tipo de inmovilidad 60% y el estado de higiene que fue regular en 37% y buena en 33%. Además se encontró que la aparición de estas lesiones fue mayor en pacientes adultos mayores de 75-89 años, de sexo femenino y ubicados en la zona rural (Solis, 2015).

Debido a que las UPP son un problema constante en las unidades críticas, se realizó un estudio en pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados críticos de un hospital de segundo nivel en México y que presenten un alto riesgo de desarrollar UPP según la escala de Braden; examinándolos de forma personal al momento del ingreso, a las 24 horas, al tercer día y al séptimo día de estancia. En los 4 momentos se estableció el riesgo con la escala Braden y se valoró la aparición de UPP; observándose que el número de pacientes con alto riesgo disminuyó a los 7 días, sin embargo se conoció que el 6.4% desarrolló UPP al ingreso, el 12.9% al primer día y el 35.5% a los tres días. En general a los 7 días de estancia hospitalaria el 45.2% de los pacientes considerados como de alto riesgo presentaron dicha lesión. En este estudio según el coeficiente de Spearman avala que el nivel de riesgo se relaciona con la aparición de las UPP a las 72 horas de estancia hospitalaria (Tzuc, Vega, & Collí, 2015).

Un estudio con pacientes de una UCI de un hospital brasileño se observó una incidencia de UPP del 52,9%, y los factores asociados a la aparición de UPP fueron: uso

de medicamentos vasoactivos ($p = 0,029$), estancia hospitalaria mayor a 10 días ($p \leq 0,001$) y no presentar anemia ($p = 0,011$), en cambio los factores nutricionales y clínicos se relacionaron con su desarrollo (Oliveira, Sabino, Almeida, & Santos, 2015).

Un estudio realizado en un hospital universitario de Colombia sobre la prevalencia de UPP en los servicios de medicina interna, neurociencias y UCI en pacientes hospitalizados, se obtuvo como resultado que las prevalencias mayores de UPP se localizan en las unidades de cuidados intensivos con el 31.3% y en medicina interna el 15.6% (Bautista & Bocanegra, 2009).

1.2.2. A. NACIONALES.

Peralta Vargas et al, en el 2007, efectuó un estudio sobre frecuencia de casos de UPP y factores que están asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general, donde se contó con la presencia de 463 adultos mayores, obteniéndose como resultados: una frecuencia de casos de UPP de 11,4% y los factores que se asociaron con el desarrollo de UPP, con significancia estadística fueron: edad mayor a los 70 años, malnutrición, dependencia parcial o total, riesgo moderado y alto para el desarrollo de UPP según escala de Norton, deterioro cognitivo moderado o severo, sujeción mecánica, incontinencia urinaria, neumonía y accidente cerebrovascular como diagnósticos de ingreso, uso de catéter vesical, dispositivos externos locales en zonas de prominencias óseas, la presencia de cuidador y el desarrollo de infección pulmonar intrahospitalaria (Peralta, Varela, & Gálvez, 2009).

Luis Varela y Helver Chavez, en el 2003, realizó un estudio sobre “valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional” cuyo objetivo fue conocer el perfil de los síndromes y problemas geriátricos, así como la situación funcional, mental y social de los adultos mayores internados en los servicios de medicina de los hospitales en el Perú. La población estuvo compuesto por 400 pacientes

de 60 años a más, internados en los servicios de medicina interna de distintos hospitales a nivel nacional, encontrando los siguientes resultados: una frecuencia de alteraciones de cavidad oral en 98% de pacientes; de privación sensorial en 82.5%; malnutrición en 68.22%; incontinencias en 54%; insomnio en 52.72%; caídas en un 39.75%; mareos en 39%; constipación en 37.25%; prostatismo en un 31.25%; confusión aguda o delirio en un 28.25%; inmovilización en 22%; úlceras de presión en un 15.75%; síncope en 14.25% y ortostatismo en un 10.25% (Varela, Chávez, Herrera, Saavedra, & Chigne, 2004).

Magali Espinoza, en el 2009, realizó un estudio sobre “Factores de riesgo para el desarrollo de UPP iatrogénicas, en los pacientes que se encontraron en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana, Lima – Perú”. De 100 pacientes, el 20 presentó UPP iatrogénica, de estos el 60% tuvo una edad entre 40 y 64 años y 40% comprende las edades mayor o igual a 65 años; asimismo se dio como resultados los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron por Insuficiencia renal (60%), Síndrome Isquémico Coronario Agudo (20%) y otros diagnóstico (20%); concluyendo que la Insuficiencia Renal y el SICA podrían ser factores que predisponen a presentar úlcera por Presión iatrogénica (Espinoza, 2009).

Pierina Mancini y Rosamaria Oyanguren, en el 2012, realizaron un estudio, en un hospital de Lambayeque, sobre factores de riesgo que se asociaron al desarrollo de UPP en adultos mayores, hallándose que dichos factores fueron la edad y escala de Norton alta y muy alta; estos factores deben adquirir gran importancia al inicio de la hospitalización, y así evitar las complicaciones que las UPP acarrear (Mancini & Oyanguren, 2014).

Godoy M, Huamaní B., en el 2017, realizaron un estudio sobre prevalencia de úlcera por presión en una institución prestadora de servicios de salud, donde los resultados

indican: una prevalencia global de 19.5% en los pacientes hospitalizados con úlceras por presión y la mayor proporción de 65 años a más, de sexo masculino. El estadio II es el más prevalente en los pacientes hospitalizados en un establecimiento de salud. Además se obtuvo una mayor prevalencia de úlcera por presión en la zona sacra, seguido de talón y trocánteres (Godoy & Huamaní, 2017).

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los cuatro servicios de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar las características de las úlceras por presión: número de UPP por paciente, ubicación en el cuerpo y categoría más frecuentes en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

Determinar los factores asociados al desarrollo de úlceras por presión y su frecuencia en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

1.4. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

Las úlceras por presión en la actualidad, es un problema de suma importancia debido a que esta incluye a personas de todos los grupos etarios, no distinguiendo sexo, raza, condición social, etc. Por ello es un problema para gran parte de los servicios prestadores de salud. Su prevención y vigilancia permanente, es de vital importancia para los sistemas de salud de cada país, ya que a nivel mundial manifiestan una prevalencia e incidencia significativa.

La problemática a nivel de la institución y/o sistema de salud, se basa principalmente en el aumento de costos en salud y estancia hospitalaria. En el paciente que la padece disminuye su calidad de vida, llevándolo consecuentemente a complicaciones serias de su enfermedad base. Es por ello que su presencia en los pacientes hospitalizados, constituyen un indicador fundamental para la evaluación de la calidad asistencial de cualquier institución de salud.

Internacionalmente se observa una gran preocupación por este tema, debido a que se sabe que dichas lesiones en su gran mayoría son evitables, por ello existen grupos o sociedades científicas especializadas que se encargan de desarrollar políticas públicas, educación e investigación, entre los más importantes tenemos: The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

Actualmente existe información escasa sobre la frecuencia y factores asociados a esta condición en el HNHU y además del gran crecimiento de la población adulto mayor (población con mayores casos de UPP), interceden a realizar esta investigación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

2.1.1 DEFINICIÓN.

“Una úlcera por presión es una lesión situada en la piel y/o en el tejido subyacente, generalmente se presenta superpuesto a una prominencia ósea, como efecto de una presión, o la presión combinada con cizallamiento” (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel., 2009).

El Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión en el 2016, reemplaza el término úlcera por lesión. “La lesión por presión es un daño que está situada en la piel y/o al tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionado con un dispositivo médico u otro dispositivo. La lesión puede presentarse como una piel intacta o una úlcera abierta y puede ser dolorosa. La lesión se produce como resultado de una presión o presión intensa y / o prolongada en combinación con una fuerza de cizalla. La tolerancia de los tejidos blandos a la presión y el cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado del tejido blando” (National Pressure Ulcer Advisory Panel , 2016).

2.1.2 ETIOPATOGENIA.

En la etiopatogenia de las UPP intervienen factores propios de cada individuo relacionadas con la respuesta biológica hacia la presión. La piel sufre cambios importantes durante el desarrollo del cuerpo humano, por ello es preciso conocer que los cambios que sufre la piel del anciano está estrechamente relacionado con la aparición de UPP, dentro de esos cambios tenemos: disminución de la fuerza de unión de las células de la epidermis, retraso en su regeneración, disminución del riego sanguíneo en la dermis, y pérdida de la elasticidad y colágeno dentro de los tejidos que la componen.

2.1.2.1 MECANISMOS DIRECTOS QUE CONDUCIRÁN A LA FORMACIÓN DE UPP.

- Presión.

La presión es la fuerza que se ejerce perpendicularmente a la piel como efecto de la gravedad.

La presión interviene sobre 2 planos, uno propio del paciente como por ejemplo las prominencias óseas y otro externo al paciente como la cama hospitalaria. La presión hidrostática media de los capilares cutáneos varía según sea el espacio capilar, venoso o arterial, dicha variación va de 16 a 32 mmHg. Las presiones que superan estos niveles y que se dan en un área específica y un tiempo prolongado ocasionan un colapso capilar disminuyendo así el flujo sanguíneo en dicha zona, posteriormente isquemia local. Este daño a la membrana capilar produce aumento de la permeabilidad, extravasación de líquidos, infiltración celular y liberación de radicales libres de oxígeno; originándose un proceso inflamatorio activo. Este proceso conlleva fenómenos de microtrombosis en la zona afectada, seguido de necrosis tisular, desembocando así a la ulceración de la piel. (Rojas, 2014)

La presión ejercida sobre el sacro y trocánteres en las camas de los hospitales pueden alcanzar hasta los 100-150 mmHg (Rojas, 2014).

Por otro lado, es de conocimiento general que el tiempo de presión ejercida sobre una superficie corporal es significativo, si se da a un tiempo generalmente a 2 horas; debido a que en algunas oportunidades nuestro cuerpo puede soportar presiones altas sin sufrir daño alguno, a condición de que sea por un corto tiempo y relevado a intervalos. A pesar de ello, una presión mayor a 70 mmHg, igual o mayor a 2 horas, provoca daños irreversibles. Las UPP son generalmente mayores en profundidad que en superficie,

debido al denominado “efecto de cono”, afectando así la superficie del tejido en profundidad (Vázquez & Trujillo, 2000).

- Fuerza de cizallamiento.

El cizallamiento se refiere al fenómeno resultante de la combinación de los efectos de la presión y fricción, el cual se ejerce en sentido contrario al desplazamiento, ocurriendo un desplazamiento de 2 capas cutáneas, una sobre otra; dicho fenómeno afecta principalmente a la grasa subcutánea. Un paciente con déficit de movilidad y estando semisentado o con una cabecera de cama demasiado elevada va fomentar este fenómeno, debido a que el paciente al deslizarse por efecto de la gravedad hacia abajo, haciendo que se formen pliegues cutáneos, ejerciendo una presión entre ellas, así produciendo el estiramiento y angulación de los vasos; ello favorece la trombosis y la isquemia.

- Fricción.

Es la fuerza tangencial que se genera cuando la superficie corporal se desliza sobre otra superficie cualquiera. Este roce de superficies se produce a menudo cuando el paciente se desliza sobre las sabanas, dañando así principalmente al estrato corneo.

- Humedad.

La humedad de los tejidos propios y las sabanas del paciente favorece el proceso de maceramiento de los tejidos por efecto irritativo directo.

2.1.2.2 FACTORES DE RIESGO:

Estos factores predisponen a la vulnerabilidad de padecer UPP. Dichos factores se dividen en dos grupos:

- **FACTORES INTRÍNSECOS.** Estas se van guardar relación con la situación de salud del paciente.

- ✓ Estado físico: edad, lesiones cutáneas, alteraciones en el transporte de O₂ (como enfermedades vasculares, diabetes mellitus, anemia, etc.), deficiencias nutricionales.
- ✓ Movilidad: capacidad física, deficiencias motoras, afectación neurológico.
- ✓ Alteración del estado de conciencia
- ✓ Deficiencias sensoriales: como hormigueo, pérdida de la sensación dolorosa, etc.
- ✓ Incontinencia urinaria y/o fecal
- FACTORES EXTRÍNSECOS. Están relacionados con el entorno del paciente, determinando la magnitud, duración y tipo de fuerzas que intervendrán en la superficie cutánea.
 - ✓ Derivados de los cuidados y de los cuidadores ya sea por familiares o personal especializado, por ejemplo sujeción mecánica.
 - ✓ Provenidos del tratamiento: estos pueden ser establecidas por terapias o procedimientos, tratamientos de acción inmunosupresora y uso de sondajes u otros dispositivos.

2.1.3 CLASIFICACIÓN.

La agencia estadounidense de calidad e investigación y cuidados de salud basándose en la profundidad de los tejidos dañados los clasifica en 4 estadios:

2.1.3.1 Estadio I.

Se visualiza variación leve en la piel íntegra, el cual se relaciona con la presión, afectando a la epidermis y exponiendo así a la dermis subyacente. Manifestándose por un eritema cutáneo, el cual no palidece con la digitopresión y en personas de raza negra se puede presentar como decoloración. También incluye cambios en la temperatura, consistencia y sensación de la piel.

2.1.3.2 Estadio II.

Úlcera superficial con pérdida parcial del espesor o adelgazamiento de la piel, afectando la epidermis, dermis o ambas. Dicha lesión puede involucrar toda la piel hasta la grasa subcutánea. Esta se puede manifestar por una úlcera que tiene el aspecto de una abrasión, excoiación, o de una ampolla rota.

2.1.3.3 Estadio III.

Úlcera constituida con pérdida en su totalidad de la espesura de la piel implicando necrosis hasta el tejido celular subcutáneo, pero no la fascia subyacente. Esta se manifiesta por una úlcera profunda llegando hasta la fascia profunda, con rápida necrosis, trombosis de pequeños vasos, isquemia e inflamación crónica, con hiperpigmentación de tejidos, que le da el aspecto negruzco, típico de la costra necrótica que la cubre, con detrito y mal olor.

2.1.3.4 Estadio IV.

Pérdida de la totalidad del grueso de la piel o destrucción extendida con involucro de necrosis del tejido muscular, hueso y/o estructuras de sostén, pudiendo producir osteomielitis y artritis séptica. Este estadio podría llegar hasta las vísceras con perforación y fistulización.

2.1.4 EVALUACION Y VALORACIÓN CLINICA.

Es de suma importancia tener en cuenta las condiciones que han puesto a la persona en riesgo de desarrollar UPP, una de las condiciones más importantes es su estado de nutrición. Deberán registrarse las características de la lesión, ubicación, estadio o categoría y tamaño. Valorando el trayecto, profundidad, exudado, tejido necrótico o si se encuentra en granulación y el estado de la piel que rodea la UPP.

2.1.4.1 Valoración de la lesión.

La evaluación integral del paciente debe repetirse al menos cada semana para determinar si una úlcera está mejorando o no.

- La escala de PUSCH (Escala de curación de úlceras por presión). Permite el seguimiento del proceso de cicatrización de heridas a través de evaluaciones de la longitud en comparación con el ancho, la cantidad de exudado y tipo de tejido dentro de la herida, permitiendo así la selección del tratamiento ideal para la curación.

2.1.4.2 Valoración del paciente.

Existen varios instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar UPP, los más utilizados son las escalas de Norton y Braden.

- Escala de Norton. Escala usada para predecir la probabilidad de que un paciente desarrolle úlceras por presión. El paciente se califica de 1 (riesgo bajo) a 4 (riesgo alto) usando los siguientes cinco criterios: condición física, condición mental, actividad, movilidad e incontinencia.

- La escala de Braden. Usa una puntuación en la que cuanto menor sea el número de puntaje, mayor es el riesgo de desarrollar una úlcera. Consta de 6 categorías: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción / cizallamiento.

2.1.5 TRATAMIENTO.

En base a los factores predisponentes y la fisiopatología, el tratamiento preventivo ha probado ser el más útil. Realizar un tratamiento precoz es de gran importancia para que las UPP no progresen a infecciones severas. El tratamiento se debe basar principalmente en garantizar el aporte de nutrientes que ayuden a la cicatrización, por ejemplo mantener la albumina dentro de los niveles normales. A ello se debe seguir las recomendaciones para la curación de UPP, comprendiendo el desbridamiento del tejido necrótico, la limpieza de la herida, el abordaje de la infección y la elección del producto que mantenga las condiciones adecuadas para el proceso de cicatrización.

III. MÉTODO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Este estudio es de tipo descriptivo por que permite detallar aspectos de una situación que ocurre de manera natural.

Por la intervención en el estudio, observacional; porque no hubo manipulación de las variables por parte del investigador.

Por el periodo y secuencia de estudio, transversal; porque se estudió las variables en un solo momento.

Por la ocurrencia de los hechos, retrospectivo.

3.2. ESPACIO Y TIEMPO.

- Servicio de medicina interna (Medicina I, Medicina II, Medicina III o Intermedios, Medicina IV) del HNHU.
- Diciembre de 2018 a febrero de 2019.

3.3 VARIABLES.

3.3.1 Variable independiente: úlcera por presión.

3.3.2 Variable dependiente: sexo, edad, estancia hospitalaria, anemia, hipoalbuminemia, incontinencia urinaria, número de diagnósticos previos, dependencia, sujeción mecánica, presencia de cuidador, déficit de movilidad y presencia de algún trastorno neurológico.

Operacionalización de variables detallados en anexos.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio serán los pacientes que se encuentren en el servicio de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019.

La muestra fue el total de pacientes que presentaron úlcera por presión en el servicio de medicina interna del HNHU en los meses diciembre de 2018, enero y febrero de 2019.

3.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes internados en el servicio de medicina interna del HNHU, comprendiendo medicina I, medicina II, medicina III o Intermedios y medicina IV.
- Historias clínicas de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU.
- Pacientes o en su defecto personas a cargo de ellos que acepten participar voluntariamente en el estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes o personas a cargo de ellos que no deseen colaborar con el estudio.
- Pacientes que no se encuentren en los 4 servicios de medicina interna del HNHU.

3.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica empleada fue la observación directa del paciente con úlcera por presión y análisis documental, ya que se recurrió a la Historia Clínica de cada paciente.

El instrumento empleado fue una ficha donde se introdujo la información recolectada de entrevista al paciente y/o familiar y de sus historias clínicas. Se consideran datos generales, datos específicos de la lesión y factores asociados al desarrollo de úlcera por presión.

Se verificó que el paciente cumpla con todos los criterios de inclusión, a continuación se hizo la entrega de la hoja de información y el consentimiento informado, explicándole las ventajas y desventajas que se puede presentar durante el

estudio; dado que el paciente o persona responsable autorizo entrar a la investigación se formularon las preguntas correspondientes a la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Posterior a la recolección de datos, se contabilizo 77 pacientes con UPP. Una vez obtenida toda la información, se tabuló e introdujo los datos en el sistema computarizado Excel 2010, a fin de procesar y presentar los resultados por medio de porcentajes y representaciones en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

IV. RESULTADOS.

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN.

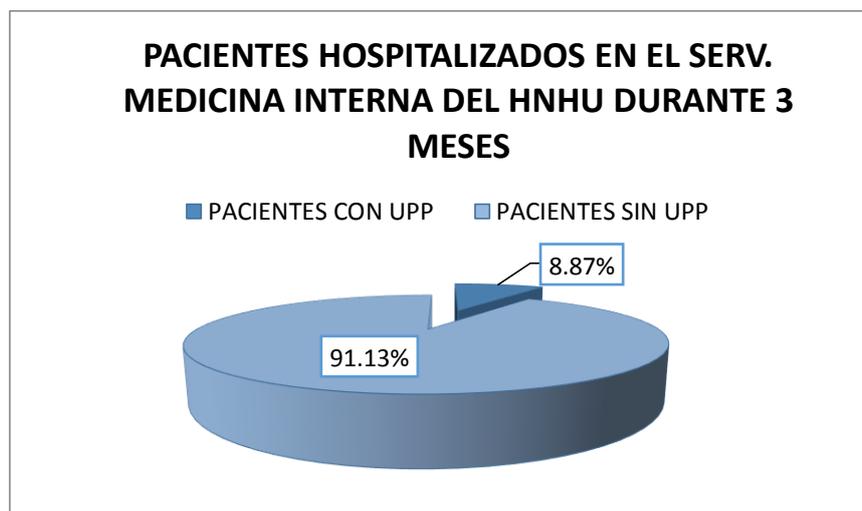


Fig. 1. Frecuencia de pacientes con UPP en el servicio de medicina interna del HNHU (medicina I, Medicina II, Medicina III o UCIM y Medicina IV),

Tabla 1

División de pacientes con UPP según cantidad de úlceras por paciente.

NUMERO DE UPP POR PACIENTE	CANT. DE PACIENTES	PORCENTAJES
1	41	53.25%
2	20	25.97%
3	9	11.69%
4	4	5.19%
5	3	3.90%

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

Tabla 2

División de pacientes con UPP según sea el grado o categoría de la úlcera.

GRADO		CANTIDAD DE PACIENTES	PORCENTAJES
I	Si	41	53.25%
	No	36	46.75%
II	Si	48	62.34%
	No	29	37.66%
III	Si	24	31.17%
	No	53	68.83%
IV	Si	7	9.09%
	No	70	90.91%

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

Tabla 3

División de pacientes con UPP según sea la zona del cuerpo con ulcera.

ZONA AFECTADA	GRADO DE UPP				CANTIDAD	PORCENTAJE
	I	II	III	IV		
Sacra	11	29	11	7	58	75.32%
Talón	21	9	6	0	36	46.75%
Trocánter	2	4	4	0	10	12.99%
Glúteo	3	3	2	0	8	10.39%
Otros	4	3	1	0	8	10.39%

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

4.2.FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ULCERAS POR

PRESIÓN.

Tabla 4

División de pacientes con UPP según sexo.

SEXO	CANT. DE PACIENTES	PORCENTAJES
Femenino	40	51.95%
Masculino	37	48.05%

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

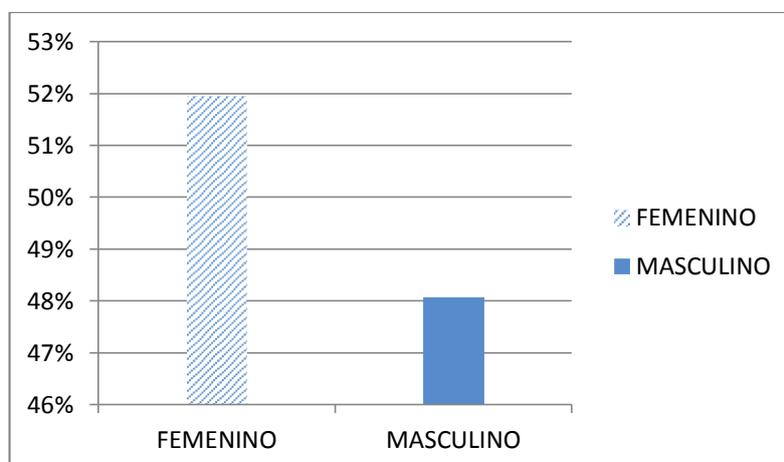


Fig. 2 Pacientes con UPP según sexo.

Tabla 5

División de pacientes con UPP según grupo etario.

GRUPOS DE EDAD	CANT. DE PACIENTES	PORCENTAJES
<60 a	19	24,68%
60-69 a	11	14,29%
70-79 a	20	25,97%
80-89 a	20	25,97%
90-99 a	7	9,09%

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

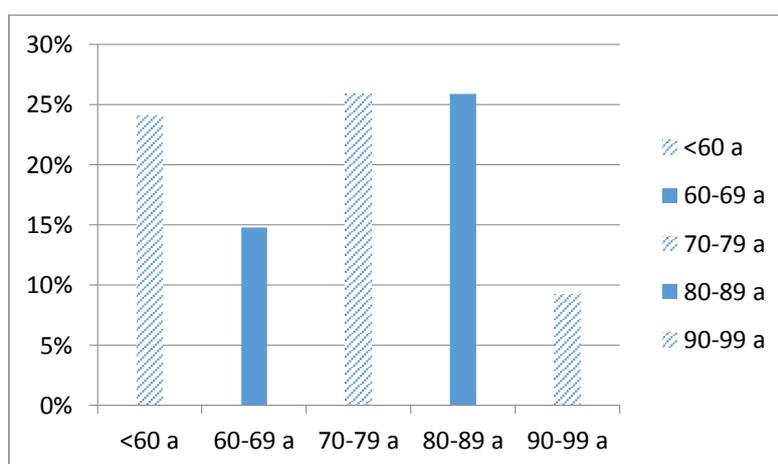


Fig. 3 Pacientes con UPP según edad.

Tabla 6

División de pacientes con UPP según estancia hospitalaria hasta fecha de identificación.

ESTANCIA HOSP. HASTA IDENTIFICACIÓN DE UPP	CANT. DE PACIENTES	PORCENTAJES
> o = 7 días	57	74,03%
> o = 3 días	19	24,68%
> o = 1 días	1	1,30%

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

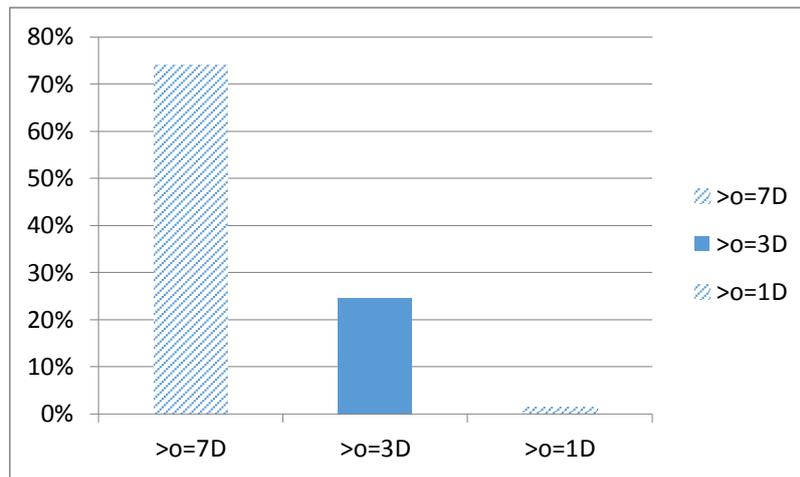


Fig. 4 Pacientes con UPP según estancia hospitalaria hasta fecha de identificación.

Tabla 7

División de pacientes con UPP según persona responsable de su cuidado.

CUIDADOR	CANTIDAD	PORCENTAJES
Presente	31	40.26%
Ausente	46	59.74%

Fuente: Información obtenido de la ficha de recolección de datos del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

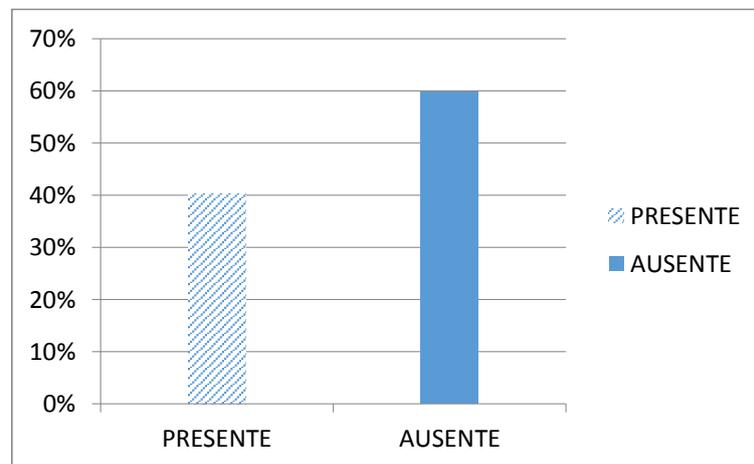


Fig. 5 Pacientes con UPP según presencia de cuidador.

Tabla 8

División de pacientes con UPP según déficit de movilidad.

DÉFICIT DE MOVILIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJES
Si	58	75.32%
No	19	24.68%

Fuente: Información obtenido de la ficha de recolección de datos del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

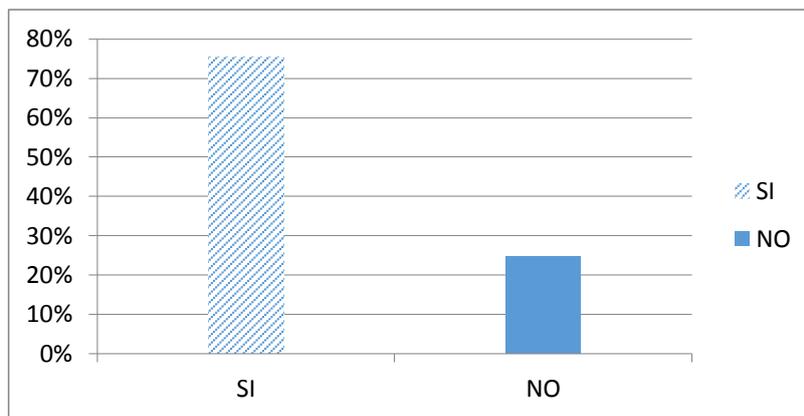


Fig. 6. Pacientes con UPP según déficit de movilidad.

Tabla 9

División de pacientes con UPP según sujeción mecánica.

SUJECIÓN MECÁNICA	CANTIDAD	PORCENTAJES
Si	26	33.77%
No	51	66.23%

Fuente: Información obtenido de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

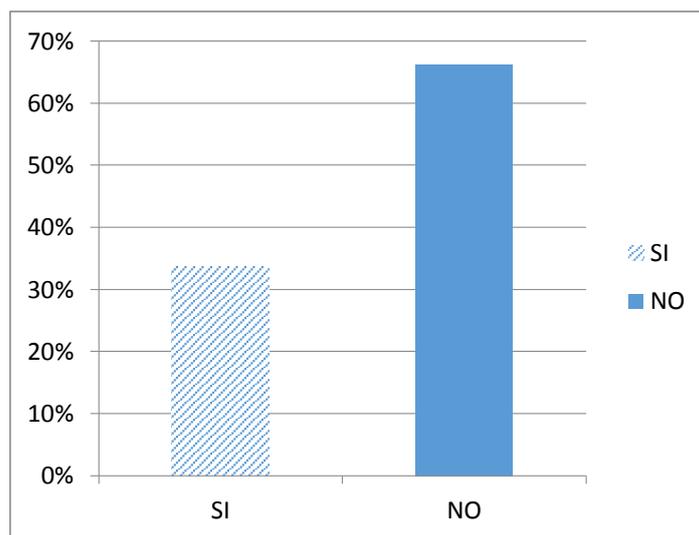


Fig. 7 Pacientes con UPP según sujeción mecánica.

Tabla 10

División de pacientes con UPP según incontinencia urinaria.

INCONTINENCIA URINARIA	CANTIDAD	PORCENTAJES
Si	56	72.73%
No	21	27.27%

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

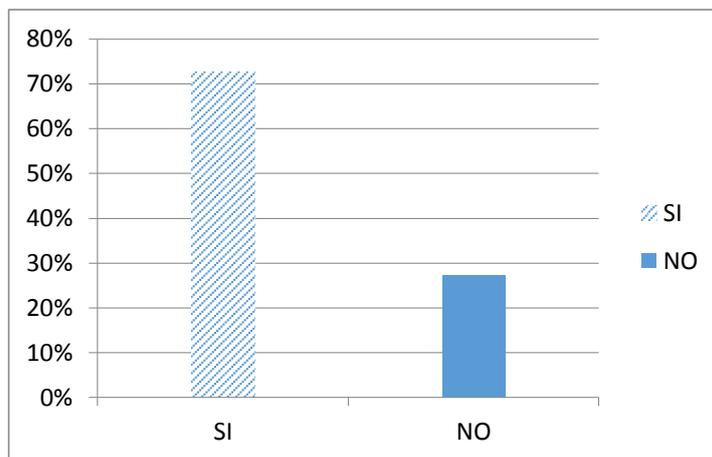


Fig. 8 Pacientes con UPP según incontinencia urinaria.

Tabla 11

División de pacientes con UPP dependencia (tomando en cuenta el índice de katz).

DEPENDENCIA (ÍNDICE KATZ)	CANTIDAD	PORCENTAJES
Leve o ausencia	7	9.09%
Moderada	27	35.06%
Severa	43	55.84%

Fuente: Información obtenido de la ficha de recolección de datos del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

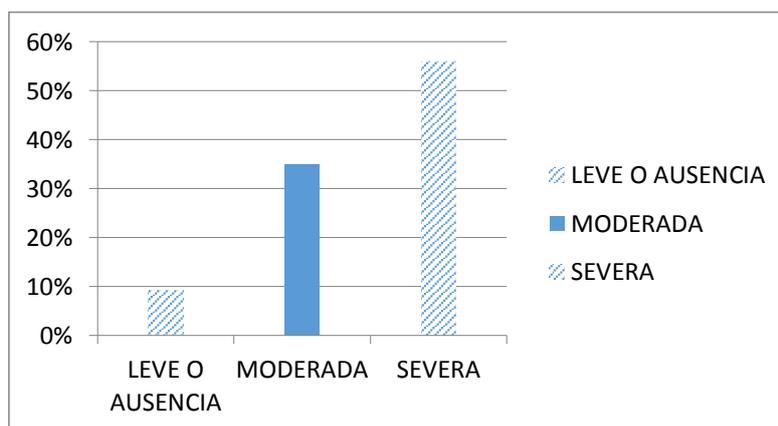


Fig. 9 Pacientes con UPP según dependencia.

Tabla 12

División de pacientes con UPP según anemia.

ANEMIA	CANTIDAD	PORCENTAJES
Sin anemia	6	7.79%
Leve	4	5.19%
Moderada	58	75.32%
Severa	9	11.69%

Fuente: Datos obtenidos de la revisión de la Historia Clínica del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

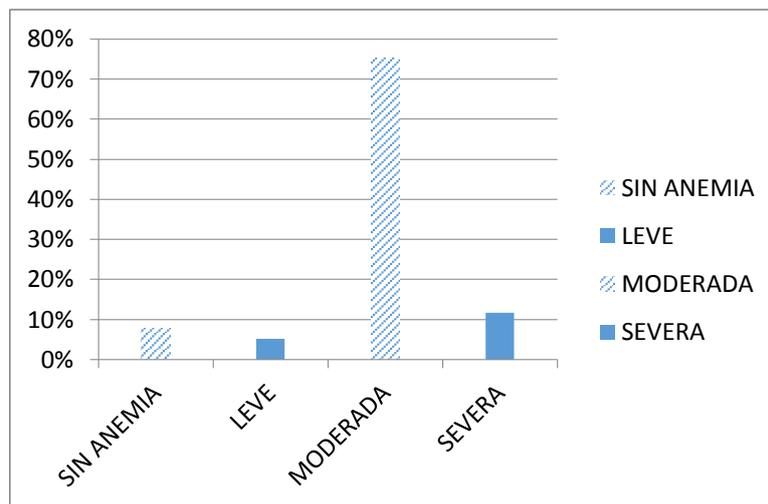


Fig. 10 Pacientes con UPP según anemia.

Tabla 13

División de pacientes con UPP según sea los niveles de albúmina sérica.

NIVELES DE ALBUMINA	CANTIDAD	PORCENTAJES
Baja	57	74.03%
Normal	20	25.97%

Fuente: Datos obtenidos de las Historias clínicas del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

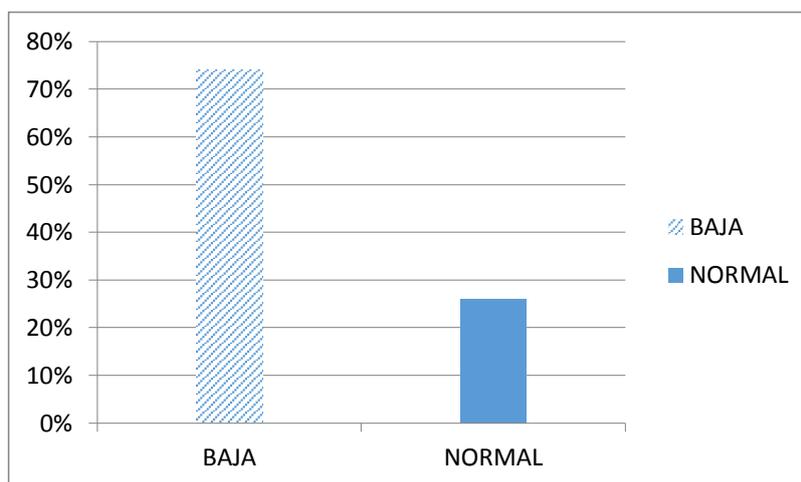


Fig. 11 Pacientes con UPP según albumina sérica.

Tabla 14

División de pacientes con UPP según cantidad de diagnósticos previos.

N° DX PREVIOS	CANTIDAD	PORCENTAJES
Menor o igual a 1	1	1.30%
Dos o tres	23	29.87%
Más de 3	53	68.83%

Fuente: Datos obtenidos de las Historias clínicas del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

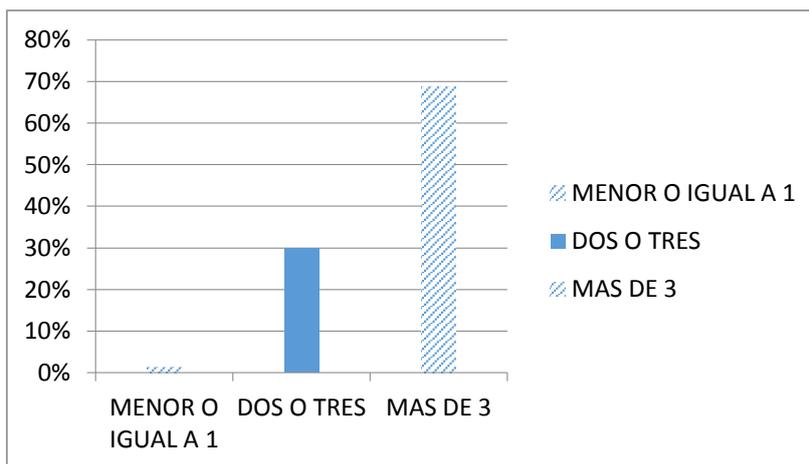


Fig. 12 Pacientes con UPP según número de diagnósticos previos.

Tabla 15

División de pacientes con UPP que presentan algún trastorno neurológico.

PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO NEUROLÓGICO	CANTIDAD	PORCENTAJES
Si	48	62.34%
No	29	37.66%

Fuente: Datos obtenidos de las Historias clínicas del servicio de Medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Diciembre 2018 a Febrero 2019). Autoría propia.

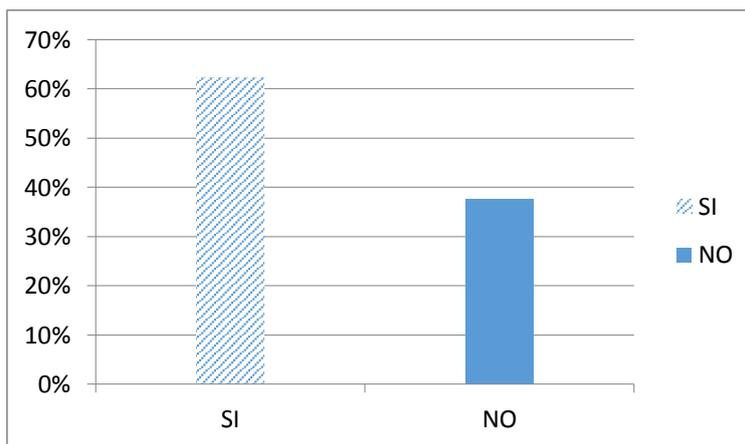


Fig. 13 Pacientes con UPP según trastorno neurológico.

V. DISCUSIÓN.

En este estudio, ejecutado en el servicio de medicina interna del HNHU, se registró 868 pacientes hospitalizados en los 3 meses de estudio (diciembre de 2018, enero y febrero de 2019), entre diferentes edades y patologías; de los cuales 77 pacientes presentaron úlceras por presión.

Se muestra en el grafico 1, una frecuencia de 8.8%, dicha frecuencia se asemejan a los revisados en la literatura como el realizado por Tubaisha et al. (2017), en una revisión sistemática de más de 15 años, concluyendo un rango de tasa de prevalencia de UPP a nivel mundial entre el 6% y el 18,5% y los siguientes resultados resultados de frecuencias entre 7.8% y 54% para aquellos que usan la definición de úlcera por presión de la EPUAP y 6% y 22% para quienes utilizan NPUAP. Otros estudios, a nivel nacional, muestran que se obtuvo una frecuencia mayor con lo hallado por Valero et al. (2011), en 5.27%; pero menor a lo encontrado por Barrera et al. (2016), en 9.7%; Real et al. (2017), en 21.53%; Peralta et al. (2009), en 11.4%; Varela et al. (2004), en 15.75%; Godoy y Huamani (2017), en 19.5%; entre otros.

En la tabla 1 se muestra la distribución de pacientes con UPP según el número de lesiones que presenta observándose que no solo presentan una lesión, también pueden tener más de tres lesiones; pero lo encontrado en este estudio en mayor porcentaje fue que los pacientes presentan una úlcera por presión (53.25%), continuado de pacientes con dos lesiones (25.97%), más atrás se encuentran los pacientes con tres (11.69%), cuatro (5.19%) y cinco lesiones (3.9%), independiente del grado y localización.

La distribución de pacientes con UPP según el grado o categoría se muestran en la tabla 2, entendiéndose que la categoría o grado de UPP más prevalente fue el de Grado II (62.34%); seguido por el de Grado I (53.25%); en un menor porcentaje, pero no menos trascendente en frecuencia, están el Grado III y el Grado IV con 31.17% y

9.09% respectivamente, reflejando así que los grado I y II son los que se presentan con mayor frecuencia en este hospital, resultado que también concluyo Real et al. (2017), donde se observó que el 93.56% de UPP correspondían a estos estadios. Barrera et al. (2016) también observo que las principales categorías fueron la I y la II en un hospital de tercer nivel de México.

Las localizaciones de UPP encontradas en este estudio fueron: la zona sacra, talón, trocánter, glúteo, maléolo, codo, etc. La tabla 3 muestra la distribución de dichas localizaciones, notando lo siguiente: la zona sacra es la más afectada con un 75.32%, de estas lesiones la mayor parte son de Grado II; luego sigue la zona del talón con 48.05%, de esta lesiones el Grado I es la que más sobresale en cantidad; continuando con la zona del trocánter (12.99%), zona glútea (10.39%) y otras zonas (10.39%). Existen estudios anteriores que muestran que las zonas más frecuentes en ser afectadas por UPP son la zona sacra, seguido de talón y trocánteres como el estudio realizado por Godoy & Huamaní (2017) y otro estudio que da resultados similares es el de Barrera et al. (2016). En contraste se encuentra un estudio realizado por Real et al. (2017) en la que se muestran los siguientes resultados codo (28.7%), talón (22.8%), oreja(18.12%) y región sacra (11.11%).

La distribución de pacientes con UPP según el sexo se muestra en la tabla 4 observándose que existe una pequeña diferencia a favor del sexo femenino (51.95%), sin embargo existen estudios que indican que el sexo no es factor de riesgo (OR 0.5, IC 95% 0.3-1.1, $p=0,066$), como lo indica Peralta et al. (2009).

En la tabla 5 se muestra la distribución de pacientes con UPP según edad, observándose que 75.32% corresponde a mayores de 60 años, de los cuales casi el 70% corresponden entre las edades de 70 a 89 años; y el 24,68 de los pacientes con UPP son menores de 60 años. Por lo cual se señala que las úlceras por presión no necesariamente

es propio de los adultos mayores, pues en su mayoría los estudios solo realizan investigaciones con este grupo, no tomando en cuenta que también existen personas más jóvenes que la padezcan, como se observa en el estudio de Barrera et al. (2016); es más en un estudio realizado por Espinosa (2009), sobre pacientes con UPP iatrogénica, se distinguió que el 60% presentó una edad entre 40 y 64 años y el 40 % restante mayor o igual a 65 años.

La permanencia hospitalaria de los pacientes con UPP se detalla en la tabla 6, donde se puede observar que el 74.03% ha permanecido mayor o igual a 7 días, deduciendo que es un factor de riesgo considerable para el desarrollo de UPP, tal como lo menciona el estudio realizado por Tzuc et al. (2015); otro estudio que guarda relación con lo identificado es el de Oliveira et al. (2015), identificando que la estancia hospitalaria mayor a 10 días ($p \leq 0.001$) es un factor asociado a la aparición de UPP.

El 59.4% de pacientes con UPP no presentaron al menos una persona responsable de su cuidado, solo el 40.26% si lo presentó durante este estudio, el cual se detalla en la tabla 7; dicha presencia puede ayudar a los pacientes a movilizarlos, no manteniéndose estáticos, infiriendo así que es una manera preventiva al desarrollo de UPP; lo cual difiere con lo encontrado por Peralta et al. (2009), donde en un análisis univariado se determinó que la presencia de cuidador ($OR=2.1; IC1.1-3.8 p=0.02$) es un factor de riesgo al desarrollo de UPP.

En cuanto a la movilidad de los pacientes con UPP, la cual se detalla en la tabla 8, el 75.32% tuvo algún déficit de movilidad, representando así que este factor es frecuente en los pacientes que desarrollan UPP; un estudio que avala dicho resultado es el realizado por Solís (2015), quien encontró como factores de riesgo a la formación de UPP la falta de apoyo de familiar, pocos cambios de posición, ambos con el mayor e igual porcentaje (78%), y algún tipo de inmovilidad (60%).

En la tabla 9 se detalla el número de pacientes con UPP según sujeción mecánica, obteniéndose que el 66.23% no presento algún sistema mecánico de inmovilización, dato que llama la atención en cuanto al estudio realizado por Peralta et al. (2009), quien en un análisis multivariado observo que la sujeción mecánica (OR=8.09; IC 95%, 2.47-26.41 p=0.001) tuvo un impacto importante en la aparición de UPP.

La incontinencia urinaria se presentó en el 72.73% de los pacientes con UPP, como lo muestra la tabla 10, motivo que ayuda a la permanencia estos pacientes; Solis (2015) encontró en su estudio que el 62% presento dicha molestia.

En este estudio se encontró que el 90.91% de los pacientes con UPP presentan dependencia entre moderada y severa, detallado en la tabla 11, dicho resultado ayuda al estudio de Peralta et al. (2009), quien lo considera como factor de riesgo en su análisis univariado.

En la tabla 12 detalla pacientes con UPP según clase de anemia observándose que la anemia moderada se encuentra en 1er lugar (75.32%) seguido de anemia severa (11.69%) y los pacientes sin anemia (7.79%), notando que más del 90% de los pacientes con UPP presentaron anemia, haciéndonos suponer que es un factor asociado al desarrollo de UPP, sin embargo hay estudios que niegan dicha suposición como el de Oliveira et al. (2015) y Cakmak et al. (2009); su explicación podría ser a que no sea un factor de riesgo independiente para el desarrollo de UPP.

Se observó un elevado porcentual en los pacientes con UPP que presentan niveles bajos de albumina (74.03%), como se muestra en la tabla 13. Al igual que los pacientes con anemia, presenta un alto porcentaje en los pacientes que presentaron UPP.

En cuanto a la distribución de pacientes con UPP según cantidad diagnósticos previos (tabla 14), se observó un porcentaje del 68.83% corresponde a los pacientes que

tienen más de tres diagnósticos previos a su ingreso, entre los que destacan: ACV secuelar, sepsis, neumonía intrahospitalaria, diabetes mellitus, etc.

El 62.34% de los pacientes con UPP presentaron algún trastorno neurológico, entre los más relevantes fueron los accidentes cerebrovasculares.

VI. CONCLUSIONES.

La frecuencia de pacientes con úlcera por presión hospitalizados en el servicio de medicina interna del HNHU entre diciembre de 2018 y febrero de 2019 fue 8.8% (77 pacientes).

Las características de las úlceras por presión halladas en este estudio fueron número de UPP por paciente, el grado o categoría y la localización destacando lo siguiente: los pacientes con una o dos úlceras por presión, son los que más porcentaje obtuvieron; las principales categorías corresponden a los estadios I y II, ocupando en primer lugar el estadio II (62.34%); y la UPP en zona sacra es la que mayor número de pacientes la padecen.

De los factores sociodemográficos, 51.95% son mujeres y que la UPP no es exclusiva de pacientes adultos mayores, ya que se observó similar porcentaje en los menores de 60 años.

De los pacientes con úlcera por presión, en cuanto a los factores asociados se refiere se encontró lo siguiente: el 74.03% de estos pacientes tuvieron una estancia igual o mayor a 7 días; el 59.74% no presentaron cuidador; el 75.32% si presentaron algún déficit de movilidad; el 66.23% no presento sujeción mecánica; el 72.73% presento incontinencia urinaria, el 55.84% presento dependencia severa, el 68.83% ingreso al servicio con más de 3 diagnósticos previos, el 62.34% si presento por lo menos un trastorno o lesión neurológica; el 92.2% presento anemia, de los cuales el 81.69% presento anemia moderada; y el 74.03% presento hipoalbuminemia, el cual afectara en gran manera el tratamiento de la UPP.

VII. RECOMENDACIONES.

Como se ha podido evidenciar la valoración completa e integral es de suma importancia para identificar a las personas en riesgo de UPP, por lo que el camino para un adecuado tratamiento de dicha lesión, va a iniciarse en su ingreso a cualquier institución de salud.

Brindar adecuada información sobre los factores de riesgo de UPP a los familiares de los pacientes hospitalizados, para que contribuyan en su prevención.

Se recomienda la realización de estudios con mayor muestra y prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna.

Realizar este tipo de estudios en todos los hospitales o centros de salud del país con el objetivo de obtener información propia que este más relacionado con nuestra realidad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aguirre, D., Henaoa, E., Tiradoa, V., Munoz, C., & Arangob, G. (2014). Factores asociados con el declive cognitivo en población menor de 65 años. *Rev colombopsiquiat*, 43(2), 65-113.

Alessi, C. (1 de setiembre de 2007). Trastornos del sueño en adultos mayores. *Revista medwave*, 4(2), 25-30. doi:10.5867

Alves, R. (2014). Sleep disturbances and mild cognitive impairment. (E. Scientific, Ed.) *Rev Psychiatry Research*, 10(4), 153-159.

Anne, A., Olivier, B., Callahan, C. B., Préville, M., & Hudon, C. (2014). Subjective sleep quality in non-demented older adults with and without cognitive impairment. *rev.Int J Geriatr Psychiatry*, 3(4), 970–977.

Barrera, J., Pedraza, M., Pérez, G., Hernández, P., Reyes, J., & Padilla, M. (2016). Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF. *Gerokomos*, XXVII(4), 176-181.

Bautista, I., & Bocanegra, L. Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Cuidados Intensivos de una Institución prestadora de salud de III Nivel de la Ciudad de Bogotá. (*Tesis de grado en Enfermería*). Pontificia Universidad Javeriana, Bogota, Colombia.

Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*, 230–235.

Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *revista electronica en psicologia*, 8(1), 80-91.

Buysse, D., & S., B. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. (E. S. Ireland, Ed.) *Rev Psychiatry Research*, 1(2), 193-213.

Carro, T., Alfaro, A., & Boyano, I. (2009). Trastornos del sueño. *rev.tratado de gediatria*, 26(11), 265-675.

Catherine, D., Beauregard, C., Bottari, M., & Nadia, G. (2014). The impact of poor sleep on cognition and activities of daily living after traumatic brain injury. *Rev.Occupational TherapyAustralia*, 6(12), 22-58.

Chávez, L., Núñez, I., & Díaz, C. (2012). Trastornos del sueño en el adulto mayor: Un problema en aumento. *Acta méd. Peruana*, 29(3), 15-21.

Chiara, V., Luigi, F., & Combi, R. (2015). The Synergistic Relationship between Alzheimer's Disease and Sleep Disorders. (J. o. Disease, Ed.) *Rev. Update*, 3(46), 42-49. doi:DOI: 10.3233/JAD-150138

Christiana, G., Banks, J., Fins, A., & Tartar, J. (2015). Poor sleep quality is associated with a negative cognitive bias and decreased sustained attention. (J. o. Research, Ed.) *Rev.European Sleep Research Society*, 1(25), 3-4.

Cruz, E., Hernández, Y., & Morera, B. (2008). Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. (P. d. Río, Ed.) *Rev Ciencias Médicas*, 12(2), 121-130. .

Durán, S., Mattar, P., & Bravo, N. (2014). Asociación entre la calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. (c. d. salud, Ed.) *Rev Med Chile*, 142(4), 1371-1376.

Escobar, F., & Eslava, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Revista de Neurología*, 40(3), 150.

Escobar, F., Cortes, M., Canal, J. C., Becerra, H., & Caro, C. (2008). Somnolencia diurna excesiva en estudiantes de Tercer semestre de medicina de la Universidad nacional de Colombia. *Revista Facultad de Medicina. Revista Facultad de Medicina*, 56(12), 235-254.

Espinoza, M. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión. (*Tesis Doctoral de especialización de enfermería*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Obtenido de European Pressure Ulcer Advisory Panel: EPUAP: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_treatment_in_spanish-1.pdf

Godoy, M., & Huamaní, B. Prevalencia de úlcera por presión en pacientes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud. (*Tesis para optar título de enfermería*). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Gómez, A. (2011). Trastornos del sueño en el adulto mayor. (S. d. SaluddeMéxico, Ed.) *Instituto de Geriatria.*, 5(3), 15-21.

Gomez, N. (2003). Deterioro cognitivo: Avances y controversias. *Rev cubana med*, 32(5), 22-30.

González, M. Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Govern de les Illes Balears. (1 de Febrero de 2018). *Prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. (C. d. Salud, Ed.) Obtenido de Servicio de Salud de las Illes Balears: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1581/2018-guia-upp-es.pdf>

Hopkins, A., Dealey, C., Bale, S., Defloor, T., & Worboys, F. (2006). Patient stories of living with a pressure ulcer. *Journal of Advanced Nursing*, 345–353.

López, J. (2006). Úlceras por presión. En C. D'Hyver, L. Gutiérrez, & J. Morales (Ed.), *Geriatría* (págs. 499-506). México, D.F.: El Manual Moderno.

Mancini, P., & Oyanguren, R. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. (*Tesis de grado*). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Márquez, G. (2011). Úlceras por presión. En R. Rodríguez, G. Lazcano, H. Medina, & M. Hernández, *Práctica de la Geriatria* (Tercera ed., págs. 202-212). Mexico D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Miró, E., Cano, M., & Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. (U. N. Colombia, Ed.) *Revista colombiana de psicología*, 5(14), 11-27.

Miro, E., Cano, M., & Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, 14(1), 11-25. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed>.

Miro, E., Iañez, M., & Cano, M. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 301- 326. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-42.pdf

Montenegro, M., Montejo, P., Llanero, M., & A., L. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. (7, Ed.) *Elsevier*, 25-35.

National Pressure Ulcer Advisory Panel . (April de 2016). *National Pressure Ulcer Advisory Panel* . Obtenido de NPUAP: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuapannounces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-andupdates-the-stages-of-pressure-injury/>

Oliveira, A., Sabino, C., Almeida, A., & Santos, A. (2015). Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y. *Nutrición Hospitalaria*, XXXII(5), 2242-2252.

P., O., Lorrain, D., Forget, H., M., D., Grenier, S., Préville, M., & Hudon, C. (2012). Sleep Quality and 1-Year Incident Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Adults. *Université Laval Robert-Giffard*, 35(4), 491-499.

Pando, M., Aranda, C., & Aguilar, M. (2001). Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Cadernos de Saúde*, 17(1), 63-69.

Peralta, C. (2011). Úlceras por presión. En L. Varela, & L. Varela (Ed.), *Principios de Geriatria y Gerontología* (Segunda ed., págs. 453-466). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Peralta, C., Varela, L., & Gálvez, M. (2009). Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. *Revista Medica Herediana*, XX(1), 16-21.

PriCUPP: Primer Consenso de Úlceras por presión. (5 de Septiembre de 2017). *Bases para la Implementación de un Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ulceras por Presión*. Obtenido de Academia Nacional de Medicina de buenos aires: <http://www.acamedbai.org.ar/PriCUPP.pdf>

Real, L., Diez, M., Serrano, M., De la Iglesia, E., Blasco, I., Capa, S., & Santamaría, M. (2017). Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos. *Gerokomos*, XXII(2), 103-108.

Rodríguez, M., & Miralles, J. (2018). Actualización de la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión del Servicio de Salud de las Islas Baleares. *ene*, XII(2), 1 - 6.

Rojas, P. (2014). Úlceras por presión en el anciano. En L. Gonzales, & L. Concepción, *Nociones de geriatría y gerontología* (págs. 256-262). Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo.

Rosales, E. (2009). *Estudio, validez y confiabilidad de la escala de somnolencia Epworth en población peruana y modificación de la escala para la población que no conduce*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Sierra, J. (2002). Calidad de sueño en adultos mayores e importancia de higiene del sueño. *Dialnet Salud mental*, 25(6), 35-43.

Sierra, J., Jiménez, C., & Martín, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño Salud Mental. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz*, 25(6), 35-43.

Silvestre, C., Doménech, L., Elizondo, A., Erro, J., Esparza, C., Merino, A., & Bermejo, B. e. (1999). Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra. 1997-1998. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, XXII(3), 401-405.

Soldevilla, J., Torra i Bou, J., Posnett, J., Verdú, J., San Miguel, L., & Mayan, J. (2007). Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*, XVII(4), 43-52.

Solis, M. Úlceras por presión en pacientes de la tercera edad atendidos en el Hospital Provincial General Latacunga período Enero - Junio 2015. (*Tesis de Médico Cirujano*). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

Tello, T., Varela, L., & Ortiz, P. (2009). Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones. *Acta méd. peruana*, 26(1), 22-26.

Tubaisha, A., Papanikolaou, P., Anthony, D., & Habiballah, L. (2017). Pressure ulcers prevalence in the acute care setting: a systematic review, 2000-2015. *Clinical Nursing Research*, 1-27.

Tzuc, A., Vega, E., & Collí, L. (2015). Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Enfermería Universitaria*, *XII*(4), 204-211.

Varela, L., Chávez, H., Herrera, A., Saavedra, P., & Chigne, O. (2004). Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico*, *XLIII*(2).

Varela, L., Tello, T., & Ortiz, P. (2010). Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. *Acta méd. peruana*, *7*(4), 233-237.

Vázquez, V., & Trujillo, Z. (2000). Úlceras por presión. En R. Rodríguez, *Geriatría* (págs. 178-181). México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.

Yohena, R., Olivero, F., Marinacci, O., & Ares, E. (2000). Músculo glúteo mayor. Su aplicación en las lesiones por presión. En S. d. Perú, *Anales del XIII Congreso de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica* (Primera ed., págs. 275-278). Lima: Atlantes Ediciones S.A.

IX. ANEXOS.

ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

TEMA: Úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

INVESTIGADOR: WILLIAM FREDY MAMANI CUNO

YO, _____ identificado con DNI N°: _____ e H.C.
N°: _____ presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación y/o hacer uso de la información existente en mi historia clínica para la realización de dicha investigación, conociendo que el objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente que presenta ÚLCERAS POR PRESION y tener un conocimiento precoz sobre dicha patología. Declaro que he sido informado adecuadamente por la Sr. WILLIAM FREDY MAMANI CUNO acerca de la importancia sobre este problema de salud, lo he comprendido y se me ha respondido todas mis dudas.

Comprendo que mi decisión de participación es voluntaria, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos; por lo tanto, presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación. Para constancia y validez procedo a legalizar el presente documento con firma y rubrica

_____ (Firma o huella del paciente).

ANEXO N° 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Nombre: _____

Servicio: _____

Edad: _____ SEXO: _____ Fecha de ingreso al hospital: ____/____/____ Fecha de ingreso al servicio: ____/____/____

Motivo de Ingreso: _____

FECHA DE IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO: ____/____/____

TOTAL DE DIAS HOSPITALIZADO: ____ días

- estado civil:

a) Casado(a) () b) soltero (a) () c) Conviviente () d) Viudo(a) () e) Divorciado(a) ()

- ocupación:

a) Jubilado () b) Comerciante () c) Trabajo independiente () d) Agricultor () e) Otros ()

Especifique.....

- persona(s) con las que vive:

a) Con sus hijos () b) Con su familia () c) Solo () d) Otros () Especifique.....

- ¿Recibe apoyo por parte de su familia? a) Sí () b) No ()

- Cuidador:

a) Sus hijos () b) Su esposa () c) Sus hermanos () d) Nietos () e) Otros ()

Especifique.....

- Enfermedad:

a) Diabetes () b) HTA () c) Obesidad () d) Insuficiencia Renal () e) Cáncer () f) Lesiones en la piel () g) Otros () Especifique.....

- Condición en la que se encuentra el paciente:

a) Postrado () b) Silla de ruedas () c) Camina por si solo () d) Camina con ayuda ()

- Uso de pañal: 0) Sí 1) No

- Demencia: 0) Sí 1) No

FACTORES ASOCIADOS

1. ACTIVIDAD

1.1 Sin limitación 1.2 Reposo relativo 1.3 Encamado 1.4 Reposo absoluto

2. HIPOALBUMINEMIA

Especifique.....

3. ANEMIA

Especifique.....

4. ANTECEDENTES MEDICOS

4.1 Enfermedades agudas 4.2 Enfermedades crónicas, severas y terminales

Especifique.....

5. CONSTITUCIÓN FISICA

5.1 Obesidad mórbida 5.2 Sobrepeso y obesidad I 5.3 Peso normal 5.4 Desnutrición leve 5.5 Desnutrición moderada 5.6 Desnutrición grave

Especifique.....

6. INCONTINENCIA

7. TRATAMIENTO PARA EL DOLOR

Especifique.....

8. ESTADO DE LA PIEL

9.1 Integra 9.2 Eritema 9.3 Seca, fina, sudorosa 9.4 Con edema, vesículas, úlceras por presión macerada, agrietada

Especifique.....

9. NIVEL DE CONCIENCIA

Especifique.....

10. SOPORTE VENTILATORIO

Especifique.....

11. TRATAMIENTO

15.1 Anestesia 15.2 Inmovilidad impuesta 15.3 Inmunosupresores 15.4 Drogas vaso activas

Especifique.....

12. Cirugías de larga duración

ANEXO N° 03: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

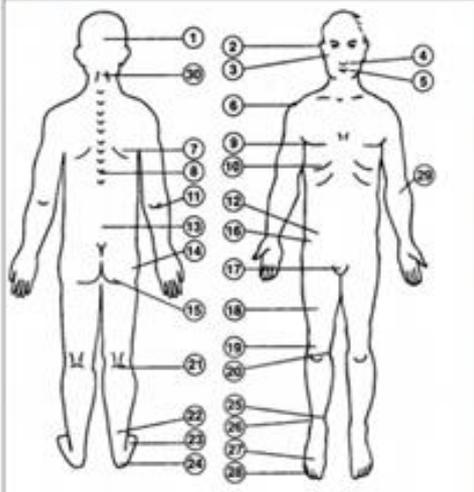
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	DATOS OBTENIDOS
SEXO	Características orgánicas que distinguen a los seres humanos en varones y mujeres.	CUALITATIVA / NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino. • Femenino. 	Según ficha de recolección de datos.
EDAD	Tiempo en años vividos desde el nacimiento.	CUANTITATIVA / CONTINUA	<ul style="list-style-type: none"> • <60 años. • 60-69 años. • 70-79 años. • 80-89 años. • Más de 90 años. 	Según ficha de recolección de datos.
HIPOALBUMINEMIA	Condición clínica en la cual existe disminución en los niveles séricos de albúmina.	CUALITATIVA / DICOTOMICA	<ul style="list-style-type: none"> • Sí: Cuando los niveles de albumina están por debajo de 3,5 g/dL (en adultos de 20 a 60 años), 3.2 g/dL(en adultos de 60 a 90 años) y 2.9 g/dL(en 	Según valores de laboratorio recogidos de HC.

			<p>adultos >90 años).</p> <ul style="list-style-type: none"> • No: Cuando los niveles de albumina está dentro de los valores normales (contrario a los valores mencionados anteriormente). 	
ANEMIA	Disminución de la concentración de hemoglobina en los niveles séricos.	CUALITATIVA / ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sin anemia: Hb mayor 11 g/dL. • Anemia leve: Hb 9-11 g/dL. • Anemia moderada: Hb 7-9 g/dL. • Anemia severa: Hb < 7 g/Dl. 	Según valores de laboratorio recogidos de HC.
INCONTINENCIA URINARIA	Pérdida del control de la vejiga.	CUALITATIVA / NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	Según ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica.

ESTANCIA	Número de días que el paciente se encuentra hospitalizado desde su ingreso al servicio hasta la identificación de la UPP.	CUANTITATIVA / CONTINUA	<ul style="list-style-type: none"> • > 0 = 7 Días. • > 0 = 3 Días. • > 0 = 1 Días. 	Según ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica.
DÉFICIT DE MOVILIDAD	Limitación en el movimiento del cuerpo o de una o más extremidades.	CUALITATIVA / NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	Según ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica.
DEPENDENCIA	Estado permanente en que se encuentra el paciente, que por diversas razones necesitan ayuda de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria. Se determinará según el grado de dependencia determinada en base al Índice de Katz.	CUALITATIVA / ORDINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia o D. Leve = Grados A-B o 0 - 1 puntos. • D. Moderada = Grados C-D o 2 - 3 puntos. • D. Severa = Grados E-G o 4 - 6 puntos. 	Según ficha de recolección de datos y/o revisión de la Historia Clínica.
TRASTORNOS	Son enfermedades del sistema nervioso	CUALITATIVA / NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	Según HC.

NEUROLÓGICOS	central y periférico,			
NUMERO DE DIAGNÓSTICOS PREVIOS	Numero de enfermedades o cualquier estado patológico previos al ingreso.	CUANTITATIVA / CONTINUA	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 1 • 2 a 3 • >3 	Según HC
CUIDADOR	Personal cuya responsabilidad es el cuidado del paciente. Este puede ser algún familiar u otro.	CUALITATIVA / NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	Según ficha de recolección de datos.
SUJECCIÓN	Presencia o no de sistemas mecánicos de inmovilización.	CUALITATIVA / NOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	Según ficha de recolección de datos.

ANEXO N° 04:

ULCERAS PRESENTES	
LOCALIZACIÓN  <p>Anexo I. Localización de las úlceras por presión.</p>	ESTADIO I II III IV
	SUPERFICIE Longitud: Ancho:
	TIPO DE TEJIDO EN LA LESIÓN 4. Tejido necrótico 3. Esfacelado 2. Tejido de granulación 1. Tejido Epitelial 0. Herida está cerrada
	SECRECIÓN DE LA ULCERA 6. Ninguna 5. Escasa 4. Profusa 3. Purulenta 2. Hemorrágica 1. Serosa
¿Se ha utilizado algún tipo de apósito o material de cicatrización? 1. No 2. Sí 3. ¿Cuál? _____	DOLOR 1. Sí 2. No

ANEXO N° 05:

ITEMS	SI	NO
Grado I -Piel íntegra -Piel enrojecida -Presencia de calor -Dolor en la zona.		
Grado II Pequeña lesión cutánea -Presencia de una ampolla llena de líquido		
Grado III -Pérdida de todas las capas de la piel -Compromiso del tejido subcutáneo -Presencia de placa necrótica		
Grado IV -Lesión de músculo y hueso -Presencia de exudados -Presencia de tejido necrótico		

ANEXO N° 06:

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		