



Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en Adultos Mayores institucionalizados en ciudad del interior.

Alumnos:

Br. Acosta Camila, 46556405.

Br. Sena Marcos, 49283835

Br. Machado Xenia, 50308672.

Br. Martínez Solange, 45760510

Tutores:

Prof. Mag. Isabel Silva

Prof. Adj. Adriana Olmos.



Agradecimientos:

En primera instancia agradecemos al Departamento de Adulto y Anciano.

A los encargados de los Residenciales de la ciudad y aquellos Adultos Mayores que participaron de nuestra investigación.

Y finalizando un especial agradecimiento a nuestras familias que nos acompañaron en este proceso.

Tabla de contenido:



1.0 Lista de abreviaturas y siglas

1.1. Abreviaturas.....	Pág. 5
1.2. Palabras claves.....	Pág. 5

2.0 Problema de investigación

2.1. Resumen.....	Pág. 6
2.2. Introducción.....	Pág. 7
2.2. Título de la investigación.....	Pág. 8
2.3. Justificación de la investigación.....	Pág. 8
2.4. Pregunta problema.....	Pág. 9
2.5. Objetivos de investigación.....	Pág. 9
2.6. Objetivos específicos.....	Pág. 9
2.7. Antecedentes internacionales.....	Pág. 10
2.8. Antecedentes nacionales.....	Pág. 11

3.0 Marco teórico

3.1. Demografía.....	Pág. 12
3.2. Normativas Vigentes.....	Pág. 12
3.3. Hogares y Residenciales.....	Pág. 13-14
3.4. Vejez y envejecimiento.....	Pág. 14-15
3.5. Úlceras por presión.....	Pág. 15
3.6. Factores de riesgo.....	Pág. 15 -16
3.7. Clasificación de úlceras por presión.....	Pág. 17-18
3.8. Escala de Norton.....	Pág. 18 - 19
3.9. Modelo de Enfermería Virginia Henderson.....	Pág. 19 - 21

4.0 Diseño metodológico

4.1. Tipo de investigación.....	Pág. 22
4.2.1. Área de estudio.....	Pág. 22
4.2.2. Universo.....	Pág. 22
4.2.3. Población.....	Pág. 22
4.2.4. Muestra.....	Pág. 22
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	Pág. 22
4.4. Cuadro de variables, dimensión e indicadores.....	Pág. 23 -26
4.5. Método de recolección de información.....	Pág. 27
4.6. Validación del instrumento.....	Pág. 27
4.7. Consideraciones éticas.....	Pág. 27 -28



4.8. Caracterización de la población.....	Pág. 28
4.9. Distribución AM en una ciudad del interior.....	Pág. 28 -29
Distribución según sexo.....	Pág. 29
Distribución según estado físico.....	Pág. 30
Distribución según estado Mental.....	Pág. 30
Distribución según movilidad.....	Pág. 31 -32
Distribución según actividad.....	Pág. 32
Distribución según incontinencia de ambos esfínteres.....	Pág.33
4.10. Análisis.....	Pág. 34- 36
5.0 Conclusiones.....	Pág. 36- 37
6.0 Referencias bibliográficas.....	Pág. 38 - 40
7.0 Anexos.....	Pág. 42
7.1. Ley 18617 de la República Oriental del Uruguay.....	Pág. 41- 43
7.2. Ley 19353 de la República Oriental del Uruguay.....	Pág. 44- 49
7.3. Ley 17066 de la República Oriental del Uruguay.....	Pág. 49 -54
7.4. Escala de Norton.....	Pág. 54 -58
7.5. Consideraciones éticas.....	Pág. 58 -59
7.6. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.....	Pág. 60
7.7. Protocolo.....	Pág. 61-104
7.8. Diagrama de actividades.....	Pág. 104-105



Glosario de abreviaturas:

Úlceras por presión: UPP.

Diabetes mellitus: DM.

Hipertensión arterial: HTA.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: EPOC.

Accidente cerebro vascular: ACV.

Adulto mayor: AM.

North American Nursing Diagnosis Association: NANDA.

Sistema Nacional Integrado de Salud: SNIS

Instituto Nacional Del Adulto Mayor: INAM

Instituto Nacional de Estadística: INE

Objetivos Sanitarios Nacionales: OSN

Organización Mundial de la Salud: OMS

Palabras claves:

Buscadas en DECS y BVS:

Factores de riesgo

Adultos mayores

Úlceras por presión.



Resumen:

El presente trabajo de investigación fue realizado por un grupo de estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el segundo módulo del cuarto ciclo, trabajo final de investigación (TFI) del plan 1993, del departamento de adulto y anciano perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Sede CURE Rocha. La temática investigada forma parte de la línea de investigación del Departamento Adulto y Anciano Envejecimiento.

A nivel mundial se cuantifica un incremento en la proporción de adultos mayores (AM), debido a factores como el aumento de esperanza de vida, la población de Uruguay es parte de dicha realidad, siendo un país envejecido con 460083 AM.

Factores intrínsecos como extrínsecos en el proceso vital de envejecimiento determinan un el aumento de enfermedades y lesiones, como la aparición de úlceras por presión (UPP).

La pregunta problema que guió esta investigación fue: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP en adultos mayores institucionalizados en residenciales de una ciudad del interior, en el periodo de mayo de 2019.

Una estrategia de valoración, detección y prevención de UPP, es el uso de la escala de Doreen Norton modificada que permite responder las necesidades de los AM institucionalizados, cuya complejidad predispone aún más a la pérdida de integridad cutánea.

Basados en la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson donde el papel de cuidados es la realización de acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital.

El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP en AM institucionalizados en residenciales en la ciudad del interior en el mes de mayo del 2019. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, a una muestra no probabilística de AM institucionalizados; con resultados del 56% riesgo mínimo, el 24% alto riesgo, 20% evidente riesgo de desarrollar UPP; 6% presentaba UPP; siendo estas de grado I un 2%, grado II 3%, grado III un 1%.



Introducción:

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cuatro estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando el segundo módulo del cuarto ciclo, trabajo final de investigación (TFI) del plan 1993, del departamento de adulto y anciano perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Sede CURE Rocha.

Este estudio se enmarca dentro de una de las líneas de investigación del Departamento de Salud del Adulto y Anciano.

La misma se centra en “Factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por presión en Adultos Mayores (AM) institucionalizados en una ciudad del interior de país”, llevado a cabo en el período de mayo 2019.

La recolección de datos se realizó mediante la escala de Norton modificada como una estrategia de prevención y detección de UPP.



Título:

Factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por presión en AM institucionalizados en residencias de una ciudad del interior.

Justificación:

A nivel mundial hay un aumento en el número y proporción de AM, para la organización mundial de la salud (OMS) el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, serían los causantes.

Se prevé que la cantidad de AM en América Latina y el Caribe aumentará en 2030, se duplicará, cuando estas personas representarán un 16,7% de la población. ¹

De acuerdo al último relevamiento estadístico realizado en el año 2011 en Uruguay, la población total es de 3.286.314. Las personas AM constituyen un 14% de la población uruguaya, lo cual implica un fenómeno de sobre envejecimiento que transita nuestro país.

De los AM a nivel país existe un total de 13.817 personas institucionalizadas, de las cuales 11.560 son AM.

La población total del departamento del interior elegido es de 68.088 personas, los AM representan el 15.3% (10.213) de esta población, ubicando a éste, como uno de los departamentos con más AM del país. ²

Según el Ministerio de Salud hay 168 personas institucionalizadas distribuidas en ocho residenciales y un hogar de ancianos.

En el proceso vital de envejecimiento entran en juego factores intrínsecos y extrínsecos que juegan importancia en el desarrollo de ciertas enfermedades que pueden crear incapacidades, afectando la calidad de vida de estas personas. ³

Como estudiantes y futuros profesionales preocupados por el cuidado del AM, consideramos pertinente conocer los factores asociados, detección y prevención de UPP, dado que en los residenciales de esta ciudad no existen investigaciones vinculadas a esta problemática influyendo directamente en la calidad de vida y costo sanitario.



Pregunta problema:

En base a lo antes expuesto como estudiantes investigadores nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por Presión en adultos mayores institucionalizados en residenciales de una ciudad del interior, en el periodo de mayo de 2019?

Objetivo general:

Identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP en adultos mayores institucionalizados en residenciales de una ciudad del interior, en el periodo de mayo de 2019.

Objetivos específicos:

Clasificar el riesgo de UPP de acuerdo a la escala de Norton modificada.

Antecedentes Internacionales:



En Colombia, Norte de Santander, 2015 se realizó una investigación con el objetivo de identificar el riesgo de desarrollar UPP y el cuidado preventivo de éstas en adultos mayores institucionalizados. Utilizando un método descriptivo transversal, a los cuales se les aplicó la escala de Braden.

En la cual se encontró un riesgo moderado de desarrollar UPP, siendo los principales factores que las desencadenan la poca capacidad de caminar y el uso de silla de ruedas, la incapacidad de realizar movimientos de forma independiente, con movilidad muy limitada, la percepción sensorial y capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión y el nivel de exposición de la piel a la humedad. La prevención de las UPP debe partir del conocimiento de los profesionales de la salud y/o cuidadores responsables, por lo tanto, es necesaria la educación respecto al tema.⁴

En el año 2015 en Cuenca, Ecuador, se realiza un estudio de tipo cuantitativo descriptivo en 100 adultos mayores seleccionados, sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados a las UPP en adultos mayores del hogar Cristo Rey.

Del estudio resulta que el 36% de los adultos mayores son hombres y el 64% mujeres, las edades más frecuentes están entre 76 a 95 años con 69%, el tiempo de estancia mayor a 5 años corresponde al 43%. Los factores de riesgo de úlceras por presión prevalentes según la Escala Braden son: movilidad limitada 59%, actividad disminuida 51% y exposición a la humedad 49%. Los grados de riesgo son: bajo riesgo 27%, riesgo moderado 8% y alto riesgo 4%. El estudio además llega a la conclusión de que los factores de riesgo predominantes en los adultos mayores del Hogar Cristo Rey son la movilidad, actividad y humedad.⁵

En el año 2011 en Islas Baleares, se investiga sobre la prevalencia de UPP en Hospitales y residencias de Palma de Mallorca España, utilizando un método descriptivo, transversal, mediante observación directa, revisión de historias clínicas y entrevistas.

Donde se llegó a la conclusión que la prevalencia de UPP era en usuarios mayores de 70 años, las lesiones que predominan fueron localizadas en sacro y talones.⁶



Brasil en 2007, se investiga sobre factores de riesgo para el desarrollo de UPP en ancianos institucionalizados, utilizando metodología de estudio cuantitativo, prospectivo y de cohortes, realizado en instituciones de larga estancia.

Se estudia el riesgo de desarrollo de UPP, aplicando la escala de Braden.

En su mayoría, en esta población el desarrollo las UPP estaba asociado a enfermedades cardiovasculares, respiratorias, dermatológicas, urinarias y neurológicas. Sin embargo, la causalidad múltiple de estas lesiones también muestra que los cambios en la percepción sensorial, debidos al uso continuo de medicamentos, como los neurolépticos / psicotrópicos.⁷

Antecedentes Nacionales:

Montevideo, 2013, se realiza investigación sobre Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones y residenciales, utilizando como metodología estudios descriptivos simples, transversal, evidenciando que la probabilidad de mortalidad por una UPP aumenta con la edad y que afecta en su mayormente al sexo femenino, las UPP pueden evitarse al menos en un 95% de los casos, lo que hace suponer que las lesiones pueden ser una muestra de negligencia asistencial.⁸

Florida 2014, se realiza investigación científica sobre Demanda de cuidados en adultos mayores institucionalizados, utilizando método de diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal. Mediante su investigación llegan a la conclusión que los cuidados que se brindan en los Residenciales de la ciudad de Florida no satisfacían de forma integral en su totalidad la demanda de cuidados, sino más que nada de aspectos físicos: alimentación, higiene, movilización, eliminación. Y que se ignoraban aspectos relacionados a la esfera cognitiva y a su sociabilización.⁹

A nivel internacional y nacional la presencia o ausencia de UPP es considerado un indicador de calidad de asistencia Sanitaria.

Marco teórico:



El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI. Desde 1950 la cantidad de personas de 65 años y más casi se ha multiplicado por 5 (de 130 a 630 millones) y han pasado a representar de un 5% a un 10% de la población del planeta. Para el año 2050, se espera que represente el 20% de las personas mayores del mundo.¹⁰

Cuando se hace referencia a AM se refiere a las personas mayores de 65 años, utilizando el criterio definido en la ley número 18617 de la República Oriental del Uruguay.¹¹

De acuerdo al último censo realizado en el año 2011 en Uruguay, la población total es de 3.286.314. Las personas adultas mayores constituyen un 14% de la población uruguaya, lo cual implica un fenómeno de sobre envejecimiento que transita nuestro país.

En nuestro país un 11,5% de las personas mayores de 65 años se encuentran en situación de dependencia; de este total un 3,2% (15 mil personas aproximadamente) se encuentran en situación de dependencia severa.²

En 2015 el Poder Ejecutivo promulgó la Ley 19.353 (ver anexo) a través de la cual es creado el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, la misma tiene como objetivo la promoción y desarrollo de la autonomía, de todas aquellas personas que padecen dependencia, enfocándose en su atención y asistencia como política pública, dicha Ley fue elaborada como un modelo solidario y corresponsable entre las familias, comunidad y estado.¹²

Un análisis del censo 2011 y el sistema de cuidados de adultos mayores destaca sobre los residenciales de ancianos y las viviendas colectivas en general, que en todo el país hay un total de 844 residencias de larga estadía, siendo unas 396, las radicadas en Montevideo y unas 448 en el interior del país. En total hay 13.817 personas institucionalizadas, de las cuales 11.560 son personas AM.¹³

La población total del departamento de Rocha es de 68.088 personas, los adultos mayores representan el 15.3% de esta población, ubicando a éste, como uno de los departamentos con más AM, junto con los departamentos de Montevideo (15.4%), Florida (15.5%), Colonia (16.0%), y Lavalleja (16.7 %).²



Según inspección para habilitación de residenciales y hogares de un departamento de Uruguay hay actualmente 387 personas institucionalizadas, de estos en una ciudad del interior hay 168 personas distribuidos en ocho residenciales y un hogar de ancianos.¹³

La salud de los AM está dentro los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020, donde se busca obtener una línea de base de UPP y descender el porcentaje de esta patología en el SNIS para evaluar el impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso y si bien se han creado comité de seguridad de paciente (COSEPA) a nivel institucional, no existen protocolos de actuación para la prevención de UPP a nivel extra hospitalario (residenciales), evitarlas casi en su totalidad, constituye un indicador de calidad, siendo un problema de salud en todos los niveles de asistencia, generando altos costos; que contribuye a la morbilidad y mortalidad de la población institucionalizada.¹⁴

Las UPP es una de las complicaciones más prevenibles y tratables que puede presentar en los AM, en estos el sistema mayormente afectado independientemente de la patología que presente es el tegumentario. En estas personas la piel está más suave, sensible y delicada, lo que la vuelve susceptible de lesiones.¹⁵

Con respecto a la definición de Hogares y Residenciales de Ancianos en Uruguay, podemos decir que mediante la Ley N^o 17.066 (ver anexo), se dictaron normas, además el Senado y La Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, decretan; que corresponde al Poder Ejecutivo determinar la política general en materia de ancianidad. (Cap.- 1; Art. 1^o).

El Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias, ejecutar las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas.

Según la clasificación de los establecimientos, se puede definir residenciales como establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.¹⁶

El envejecimiento es un proceso que ocurre de forma progresiva y gradual, es una expresión del organismo que comienza en cualquier órgano o sistema y lo puede afectar



en su totalidad, es determinado por la interacción genética del individuo con el medio ambiente. Es un proceso deletéreo, pérdidas fisiológicas, intrínseco ya que las pérdidas son propias y universal se da en todos los miembros de una especie.

La vejez es el resultado del envejecimiento, cada individuo envejece de forma distinta donde intervienen diversos factores: hereditarios, sexo, estilo de vida y relaciones afectivas.

“...es la interacción de los cambios orgánicos a nivel bioquímico, celular y tisular conjuntamente con modificaciones psicológicas a nivel de las capacidades cognitivas, sensorceptiva, personalidad y conducta y las modificaciones del medio externo que rodea la persona o del contexto social que a su vez está influido por los efectos psicológicos del envejecimiento”.³

El proceso de envejecimiento tiene como consecuencias trastornos denominados síndromes geriátricos, los mismos pueden afectar la capacidad funcional e incidir en la marcha, siendo un indicador que puede predecir eventos adversos y reflejar alteraciones fisiopatológicas subyacentes.¹⁵

Todo organismo posee una cubierta externa, en el caso de los vertebrados la piel, que lo protege del medio que lo rodea, le permite relacionarse con el medio e interactuar entre sí.

La piel se extiende por toda la superficie corporal, es el órgano sensorial primario encargado de percibir dolor, temperatura y presión ejercida en la superficie corporal. Está constituida por tejidos de origen embriológico y diferentes estructuras tisulares, la epidermis y la dermis e hipodermis. Las mismas contienen tejido conectivo, con fibras de colágeno (soporte) y fibras de elastina (flexibilidad y fuerza).¹⁵

Mediante el proceso de envejecimiento, la epidermis (capa externa) se adelgaza. “La cantidad de células que contienen pigmento (melanocitos) disminuye. Los melanocitos que quedan aumentan de tamaño. La piel envejecida aparece más delgada, más pálida y transparente (traslúcida)”.¹⁷

Se dan cambios en el tejido conectivo, se reduce la resistencia y la elasticidad de la piel (elastosis). Se debilitan aquellos vasos sanguíneos que irrigan la dermis.

Las glándulas sebáceas segregan menos sebo, y esto conlleva a que sea más difícil mantener la piel humectada, y en consecuencia resequedad y picazón.



La capa de tejido adiposo subcutánea se adelgaza, por lo tanto, tiene menos aislamiento y amortiguación; aumentando el riesgo de lesión de la piel y se reduce la capacidad de conservar la temperatura corporal (menos aislamiento natural).

La piel envejecida se repara de forma más lenta. La curación de una herida puede ser hasta cuatro veces más lenta. Esto contribuye a la generación de úlceras de decúbito e infecciones. Algunas enfermedades como la diabetes, cambios en vasos sanguíneos, disminución de la inmunidad afectan la curación de las mismas.¹⁸

Aquellas personas que se encuentran en reposo por períodos prolongados, encama, sillas de ruedas o sillones, padecen disfunción motora o sensorial, presentan atrofia muscular y reducción del acojinamiento entre la piel suprayacente y el hueso subyacente, siendo estas áreas circunscritas del tejido blando que se presentan cuando se aplica presión en una misma zona de la piel, por un tiempo prolongado que sea mayor a la presión de cierre capilar normal.¹⁷

Se define la UPP como toda lesión de la piel generada cuando se aplica presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo en la irrigación sanguínea.

Los signos iniciales de presión es Eritema; la constante presión genera isquemia o anorexia tisular. Los tejidos cutáneos se destruyen, lo cual propicia la destrucción progresiva, la necrosis del tejido blando subyacente y la úlcera por presión resultante es dolorosa y cicatrización lenta.¹⁵

Algunos factores de riesgo que condicionan la aparición de UPP son la, presión prolongada sobre el tejido, inmovilidad o movilidad afectada, pérdida de reflejos protectores, déficit y pérdida sensorial, mala perfusión cutánea, edemas, desnutrición, hipoproteinemia, anemia, deficiencia de vitaminas, fricción, fuerzas de cizallamiento, traumatismo, incontinencia urinaria o intestinal, alteración de la humedad de la piel, edad, equipos (férulas, tracciones y aparatos ortopédicos).

Inmovilidad, percepción sensorial o cognición alteradas, disminución de la perfusión tisular, disminución del estado nutricional, fuerzas de fricción y cizallamiento, aumento



de la humedad y cambios cutáneos relacionados con la edad contribuyen a la aparición de las úlceras por presión.

Inmovilidad: la inmovilidad e inactividad es un factor para la aparición de UPP ya que se ejerce presión sobre la piel y el tejido subcutáneo por los objetos en los que descansa la persona como un colchón, silla, sillón, yeso, etcétera y que se relaciona directamente con la duración de la inmovilidad: si la presión continúa lo suficiente se presenta trombosis de los vasos pequeños y necrosis tisular y se produce la lesión. Las prominencias óseas con carga de peso son más susceptibles de presentarlas debido a que están cubiertas sólo de piel y pequeñas cantidades de tejido subcutáneo, son por ejemplo sacro, coxis, omóplatos, codos, entre otros.

Percepción sensorial: las personas con pérdida sensorial, alteración del nivel del estado de conciencia o parálisis no estén conscientes de la molestia vinculada con la presión prolongada sobre la piel y como resultado, quizás no modifiquen su posición por sí solos, para aliviar la presión que impide el flujo sanguíneo, disminuye la nutrición de la piel y demás tejidos subyacentes.

Disminución de la perfusión tisular: cualquier problema que reduzca la circulación y la nutrición de la piel y el tejido celular subcutáneo (perfusión periférica alterada), incrementa el riesgo de aparición de una UPP, un ejemplo son las personas con diabetes mellitus que tienen alterada la microcirculación o aquellos con edema quienes tienen alteración de la circulación y nutrición del tejido cutáneo de la misma forma los obesos que tienen mucho tejido adiposo y poca vascularización.

Déficit en el estado nutricional, anemia, patologías y cambios metabólicos son factores que contribuyen al desarrollo de UPP, al verse disminuida la oxigenación celular, concentraciones bajas de proteínas o con balance negativo de nitrógeno presentan consumo tisular e inhibición de la reparación hística.

Aumento de la humedad: el contacto prolongado con la humedad de la transpiración, la orina, heces, como son los pacientes con incontinencia intestinal y/o urinaria, cambios pocos frecuentes de pañales, procedimientos de drenaje, produciría maceración o reblandecimiento de la piel que reacciona a estas sustancias con notoria irritación, siendo más vulnerables a las lesiones. Si la piel se lesiona, se rompe la barrera de



protección, pudiendo ser invadidas por microorganismos, presentándose infección y agravando la lesión.

Fricción y cizallamiento: las fuerzas mecánicas como la fricción que es la resistencia al movimiento que se presenta con dos superficies se mueven una contra otra, y el cizallamiento por la fricción de fuerzas gravitacionales es decir que empujan el cuerpo hacia abajo, favorecen la aparición de UPP. Se ven afectados por la fricción y cizallamiento, los vasos sanguíneos, microcirculación de la piel y tejido subcutáneo.

Consideraciones gerontológicas: en personas de edad avanzada, la piel ha disminuido su espesor epidérmico, el colágeno dérmico y la elasticidad tisular. La piel es más seca como resultado de la disminución de la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas. Los cambios cardiovasculares originan menor perfusión hística. Atrofia muscular y estructuras óseas más prominentes, el decremento de la percepción sensorial y pérdida para reposicionarse contribuyen a las UPP.¹⁵

Clasificación de las úlceras por presión:

Grado I, fase eritema: El eritema se debe a la persistencia sobre la prominencia ósea. Es la única fase reversible.

Grado II o fase de escara: Es una pérdida parcial de piel comprometiendo la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta como una placa oscura de aspecto seco, que progresivamente va reblandeciendo sus bordes y luego comienza a macerarse.

Grado III o fase de detersión: Es una pérdida de piel en su espesura total, comprometiendo daños o una necrosis del tejido subcutáneo que se puede profundizar sin llegar hasta la fascia. La úlcera se presenta clínicamente como un tejido recubierto de un exudado purulento y mal oliente, puede presentarse como un pequeño orificio, que deja en su interior, una importante cavidad o saco ulceroso.



Grado IV o fase de contracción: Es una pérdida de piel en toda su espesura con una extensa distribución, necrosis de los tejidos o daños en los músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsulas de las articulaciones.¹⁹

El tratamiento de las UPP es costoso, en cuanto a la atención para la salud y se ve afectada la calidad de vida de las personas.

Doreen Norton (1922–2007), fue una enfermera de geriatría y psiquiatría, comenzó su entrenamiento básico de enfermería en 1942 en Londres, calificó con distinción como enfermera registrada en 1946.

En 1951 obtuvo su certificado de enfermería de tuberculosis con honores, fue nombrada hermana en la nueva unidad de cirugía torácica, más tarde, amplió su experiencia en enfermería geriátrica trabajando en las salas de geriatría.

En 1962 publicó una investigación llevada a cabo en dos años de duración sobre pacientes anciano en relación a problemas geriátricos de enfermería, destacó el problema y el manejo correcto de las úlceras por presión, ya que hasta entonces eran tratados con jabón y bebidas alcohólicas. Ayuda de enfermería extremadamente valiosa. Publicó un libro en tres ediciones “Cuidando a las personas mayores en el hogar” (1957).

Entre 1973 y 1982, cuando se jubiló, fue oficial de enlace de investigación de enfermería, luego asesor científico principal para investigaciones clínicas de enfermería, para la autoridad regional de salud del sudoeste del Támesis.

La Escala de Norton se elaboró en 1962, asimismo por ser la más antigua también es la más conocida (riesgo de úlceras por presión): esta evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la percepción sensorial, exposición a la humedad, la movilidad, actividades, nutrición de la persona, y roce o peligros de lesiones. (Ver anexo).

Dicha escala fue utilizada para nuestro abordaje a los usuarios institucionalizados, siendo un instrumento estandarizado, validado por la comunidad científica, que ayudan a unificar la información con validez, fiabilidad, sencillez y brevedad a través de ello se desprenden datos objetivos sobre el proceso de salud y enfermedad de los adultos mayores en estudio.



Esta escala de valoración de riesgos de UPP permite cuantificar el riesgo de un usuario a sufrir dichas lesiones en su piel y a definir y adaptar los cuidados para evitar tanto la aplicación de medidas preventivas a usuarios que no las necesiten como dejar sin prevención a aquellos con riesgo elevado, es así que surge El Modelo de Virginia Henderson; quien desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y el mismo está incluido dentro de la escuela de necesidades.

Henderson define la enfermería en términos funcionales, considera que la función propia de enfermería es asistir al individuo, tanto sano como enfermo, en la realización de actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal forma que lo ayude a ganar su independencia de la manera más pronta posible. La función de la profesión enfermera es contribuir a la autonomía de la persona o completar lo que le falta; y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos internos y externos.

Salud: Es la calidad más que la propia vida, abarca lo físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: son el conjunto de condiciones e influencias del medio exterior que afectan la vida y el desarrollo de un individuo.

Persona: Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al individuo y a la familia como una unidad

La relación enfermera-paciente se clasifica en 3 niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Determina el plan de cuidados de enfermería haciendo uso de una guía de valoración compuesta por 14 necesidades humanas básicas.



Estas necesidades básicas son iguales para todos los individuos y existen dependiendo e independientemente de la situación en la que se encuentre cada individuo; las mismas se modifican mediante dos tipos de factores, éstos son: permanentes, dentro de los cuales se incluye la edad, el nivel de inteligencia, medio social o cultural y la capacidad física; y factores variables que son los estados patológicos agudos o crónicos. A estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene cada individuo para cubrir sus necesidades.

Las necesidades adquieren un significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque la manera de satisfacerla es distinta en cada persona.

Henderson menciona catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los residuos Corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Estar limpio, aseado, y proteger lo tegumentos.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.



11. Observar el culto de acuerdo con la propia fe. Actuar según las propias creencias y valores.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud.

Se deduce que para ella el concepto de necesidad no representa el significado de carencia, sino de requisito.

En relación al modelo de Henderson toda persona es un ser integral, abarcando todos sus componentes como el biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales los mismos interactúan entre sí y procuran a desarrollarse en su máximo potencial.

El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo, haciendo referencia a su naturaleza dinámica y que éste puede actuar de manera “positiva” o “negativa” sobre la persona (Runk y Quillin, 1989). La enfermera se esfuerza en crear entorno favorable a la salud.

La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano; requiere independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. El fomento de la misma es más importante que el cuidado de la enfermedad.

Para Henderson, si la enfermera no cumple con el rol que le compete, otras personas, con una capacitación insuficiente harán el trabajo por ella.²⁰

Metodología:

Tipo de investigación: cuantitativo, descriptivo.



Área de estudio: Residenciales de una ciudad del interior del país.

Universo: Todos los AM institucionalizados en Residenciales registrados en MSP en una ciudad del interior.

Población: AM institucionalizados en residenciales de ancianos en una Ciudad del interior del país, con 65 o más años de edad.

Muestra: No probabilístico por conveniencia (de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos), porcentaje de la muestra 63% de AM institucionalizados.

Criterios de inclusión: AM institucionalizados en una ciudad del interior, de sexo femenino y masculino, con 65 o más años de edad, que el encargado del residencial hubiera consentido que los AM participaran en la investigación.

Criterios de exclusión: menores de 64 años.

Operacionalización de variables:

Nombre de la	Definición	Definición operativa	Tipo de	Escala de
--------------	------------	----------------------	---------	-----------



variable	conceptual		variable	medición
Utiliza Medicación específica.	Fármaco prescripto al adulto mayor.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica.
Antecedentes médicos personales.	Situación de la persona que presenta patologías crónicas o agudas.	DM HTA CANCER EPOC REUMATICAS Asma ACV Alergias Otras	Cualitativa	Nominal categórica
Vía de alimentación	Modo por la que recibe la alimentación el adulto mayor.	Natural Asistida	Cualitativa	Nominal dicotómica
Realiza plan dietético	Régimen dietético prescripto por médico o nutricionista como parte del tratamiento habitual o por razones preventivas.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Suplementos nutricionales	Producto destinado a complementar la dieta alimentaria.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Riesgo de UPP Escala Norton.	Evalúa el riesgo de desarrollar UPP, según diferentes exposiciones de riesgo.	Menor o igual a 16 puntos: riesgo de desarrollar UPP. De 13 a 14 puntos: riesgo moderado. Menor a 12 puntos: riesgo alto	Cualitativa	Ordinal
Apetito	Deseo y necesidad de ingerir alimentos	Habitual Aumentado Disminuido Ausente	Cualitativa	Nominal categórica
Dificultades en la alimentación	Manifestación frecuente de Trastornos	Disfagia Deglución dolorosa Regurgitación	Cualitativa	Nominal categórica



	alimenticios que dificultan la alimentación-nutrición adecuada.	Náuseas- vómitos		
Ingesta de líquidos diarios.	Cantidad de aporte de líquidos en 24 horas.	Menos de 1 litro 1 litro 2litros Más de 2 litros	Cuantitativa	Continua
Coloración de la piel	Característica cutánea observable que puede denotar trastornos, patologías o ser el pigmento habitual de la piel.	Normocoloreada Pálida Ictericia	Cualitativa	Nominal categórica
Hidratación de la piel	Aspecto observable de la piel que denota el estado de hidratación de la misma.	Seca Descamada Normohidratada	Cualitativa	Nominal categórica
Perfusión de la piel	Flujo sanguíneo tisular que se manifiesta por diferentes signos.	Sudorosa Caliente Fría Livideces	Cualitativa	Nominal categórica
Higiene de la piel	Mantenimiento del aseo y cuidado personal necesario.	Adecuada Inadecuada.	Cualitativa	Nominal dicotómica
Presencia de úlceras por presión	Situación o estado en que la persona manifiesta lesiones de la piel por apoyo prolongado.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Estadío de las úlceras por presión	Clasificación del estado de las úlceras por presión de acuerdo al tipo de tejido afectado.	Grado 1 Grado2 Grado 3 Grado4	Cualitativo	Nominal categórica
Frecuencia de micción	Número de veces que el adulto mayor orina durante el día.	2 3 4 Más de 4	Cuantitativa	Discreta



Tipo de dispositivos durante la micción	Dispositivo habitual del adulto mayor para evacuación vesical.	Sonda vesical Pañal Inodoro Chata	Cualitativa	Nominal categórica
Frecuencia de movilización intestinal diaria.	Número de veces en que al adulto mayor evacúa intestino.	1 vez 2 veces 3 veces Más de 3 veces	Cuantitativa	Discreta
Tipo de dispositivos durante evacuación intestinal.	Dispositivo habitual del adulto mayor para evacuación intestinal	Pañal Inodoro Chata Colostomía	Cualitativa	Nominal categórica
Realiza actividades físicas	Desarrollo de movimientos corporales producido por el sistema músculo esqueléticos que exija gasto de energía mayor al de reposo y que actúa como factor protector en el adulto mayor.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Movilidad de miembros superiores	Capacidad de fuerza, energía necesaria para movilizar articulaciones, huesos, músculos y realizar una actividad determinada.	Fuerza conservada Fuerza disminuida	Cualitativa	Nominal dicotómica
Movilidad de miembros inferiores	Capacidad de fuerza, energía necesaria para movilizar articulaciones, huesos, músculos y realizar una actividad	Fuerza conservada Fuerza disminuida	Cualitativa	Nominal dicotómica



	determinada.			
Mantiene Reposo prolongado	Estado de inactividad duradero	Si-no	Cualitativo	Nominal dicotómica
Requiere asistencia para movilizarse en cama o sillón.	Necesidad de ayuda o colaboración para moverse de un lugar a otro o realizar rotación en el mismo lugar.	Requiere No requiere	Cualitativo	Nominal dicotómica
Frecuencia de rotación en cama o sillón.	Característica del cuidado que requiere durante el reposo, sueño para evitar lesiones o alteraciones.	Ninguna 1 vez 2 veces Más de 2 veces	Cuantitativa	Discreta
Alteración en la comunicación	Trastornos del lenguaje, expresión, pensamiento incapacidad de comprender símbolos y signos convencionales	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Dificultades visuales y auditivos	Dificultades sensoriales presentes de tipo auditivos y visual en el adulto mayor	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica

Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de los datos.

La recolección de datos se realizó en dos etapas, primero se concretó las fechas en que se concurrirá a los referentes de cada institución, luego, se comienza la recolección de datos utilizando la escala de Norton



Luego fueron procesados mediante estadística descriptiva, los resultados obtenidos se distribuyeron en frecuencias absolutas y frecuencias relativas, presentadas en tablas y gráficos, del Programa Microsoft Excel.

Validación del instrumento:

Para la validación de la escala de Norton se tuvieron en cuenta dos aspectos:

En primera instancia la validez: para comprobar si realmente se está midiendo aquello que se pretendía medir, o sea para lo que se construyó y en segundo la fiabilidad: lo que nos permitió comprobar los error aleatorio producido en el uso del instrumento. Suele incluirse la comprobación de la fiabilidad inter- observadores, que consiste en valorar la concordancia entre mediciones de dos o más observadores que han utilizado la misma escala.

Además del tiempo que requiere la aplicación de la misma por parte de los integrantes del grupo.

Se realizó la aplicación del índice de confianza del 10% A.M mediante 10 encuestas.

De la población total de AM institucionalizado en una ciudad del interior de forma aleatoria.

Consideraciones éticas de la Investigación:

De acuerdo con el decreto N° 379/2008 elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención en relación a la Investigación en Seres Humanos “Se deberá en todos los casos tratar a los sujetos investigados respetando su dignidad e integridad; atendiendo a su autonomía y defendiéndolos en su vulnerabilidad”.

Se solicitará el consentimiento informado a la población en estudio, según lo postula la declaración de Helsinski, en investigaciones con seres humanos.

La veracidad, entendida como la obligación de decir la verdad, de no mentir a otros. Este principio, aunque sencillo en su esencia, es probablemente uno de los más vulnerados en la investigación científica.



La fidelidad es la obligación de cumplir con aquello a lo que uno se ha comprometido y mantener la confidencialidad; implica confianza. ^{(Ver anexo).}

Resultados:

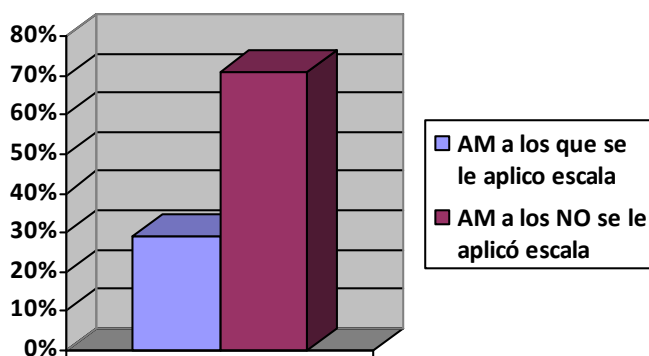
Variable: Distribución de AM en la ciudad del interior

Categoría: tabla 1

TOTAL AM	FA	FR%
AM a los que se le aplicó escala	105	29%
AM a los NO se le aplicó escala	263	71%
Total de AM Institucionalizados en el departamento	368	%100

Fuente: INE, MSP.

Categoría: Gráfica 1



Fuente: Escala de Norton,

Categoría: tabla N° 2

Variable: Distribución según sexo de AM

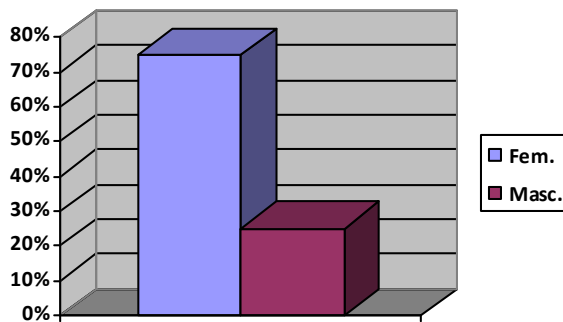


Sexo	FA	FR%
Femenino	79	75%
Masculino	26	25%
Total:	105	100%

Fuente: Instrumento de elaboración propia

Categoría: grafico N° 2

Variable: Distribución según sexo de AM



Fuente: Instrumento de elaboración propia

Variable: Distribución según estado físico de AM

Categoría: tabla N° 3

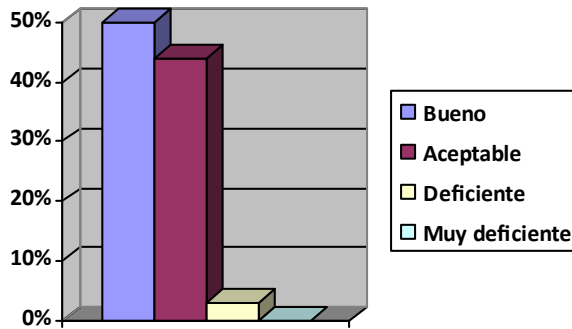
Estado físico	FA	FR%
Bueno	53	50%
Aceptable	46	44%
Deficiente	3	3%
Muy deficiente	0	0%
Total:	105	100%

Fuente: Escala de Norton

Variable: Distribución según estado físico de AM



Categoría: Gráfico N° 3



Fuente: Escala de Norton

Variable: Distribución según estado mental de AM

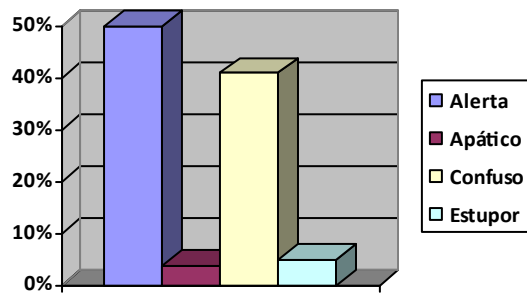
Categoría: tabla N°4

Estado Mental	FA	FR%
Alerta	53	50%
Apático	4	4%
Confuso	43	41%
Estupor	5	5%
Total:	105	100%

Fuente: Escala de Norton

Variable: Distribución según estado mental

Categoría: Gráfica 4



Fuente: Escala de Norton



Variable: Distribución según movilidad

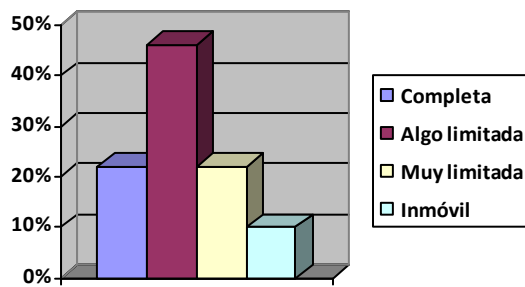
Categoría: Tabla N° 5

Movilidad	FA	FR%
Completa	23	22%
Algo limitada	48	46%
Muy limitada	23	22%
Inmóvil	11	10%
Total:	105	100%

Fuente: Escala de Norton

Variable: Distribución según movilidad

Categoría: Gráfico N° 5



Fuente: Escala de Norton

Variable: Distribución según actividad.

Categoría: Tabla N°6

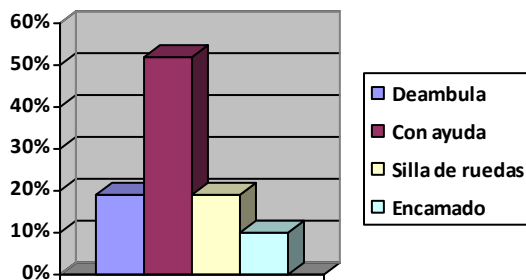
Actividad	FA	FR%
Deambula	19	19%
Con ayuda	56	52%
Silla de ruedas	19	19%
Encamado	11	10%
Total	105	100%

Fuente: Escala de Norton



Variable: Distribución según actividad

Categoría: Gráfica 6



Fuente: Escala de Norton

Variable: Distribución según incontinencia de ambos esfínteres.

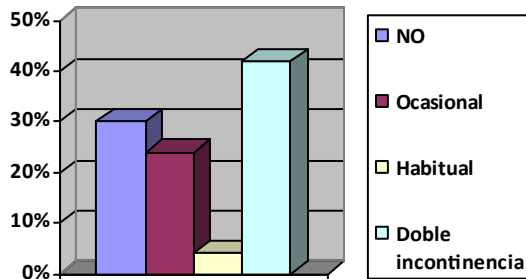
Categoría: Tabla N° 7

Incontinencia	FA	FR%
NO	32	30%
Ocasional	25	24%
Habitual	4	4%
Doble incontinencia	44	42%
Total:	105	100%

Fuente: Escala de Norton

Variable: Distribución según incontinencia cual

Categoría: Gráfica 7



Fuente: Escala de Norton

Análisis:

Según Henderson los cuidados deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o la comunidad. La teoría de Henderson es aplicable a la comunidad y no sólo al ámbito hospitalario. Teoría que se ubica dentro de los modelos de las necesidades humanas, donde el papel del cuidador es la realización de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, permite además hacer un análisis crítico de la situación de los adultos mayores que participaron de este estudio.

Virginia Henderson nos plantea 14 necesidades que son comunes en todas las personas, los A.M. que participaron del estudio presentan afectadas más de una de dichas necesidades, aunque no es nuestro objetivo analizar cada una de ellas, si exponemos las que a partir de la utilización de la escala Norton se relacionan más y que destacan debido a los factores de riesgo para el desarrollo de UPP.



De un total de ocho residenciales registrado en MSP en la ciudad del interior, siete de ellos accedieron a participar de esta investigación, dentro del rango etario accedimos a una muestra total de 105 AM, correspondiendo a un 63% de la muestra de nuestra población.

El 50% de los AM institucionalizados presenta un estado físico bueno, basándonos en los estándares de la escala aplicada hacen referencia a aquellos que realizan 4 comidas diarias, ingesta de líquidos entre 1500 y 2000cc día, mucosas húmedas, rosadas y pliegue cutáneo normoelástico.

El 44% presenta un estado físico aceptable, son aquellas personas que realizan tres comidas diarias, su ingesta de líquidos es entre 1000cc a 1500cc día, relleno capilar lento y pliegue cutáneo hipoelástico.

Mediante los resultados obtenidos desde la escala de riesgo de desarrollar UPP, podemos mencionar que existe otro posible riesgo que, si bien no es el objetivo de esta investigación, se hacen visibles factores en común para el riesgo de caídas, dado que el 50% de los adultos mayores tenían un estado mental apático, confuso, o con estupor, así como quedó evidenciado sobre las limitaciones en la movilidad y la actividad.

La disfunción cognitiva y diferentes estados de conciencia es un factor indiscutible que puede generar caídas. Las alteraciones de la atención, conciencia y cognición, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado, así como patologías subyacentes tienen importancia desde el punto de vista económico y social, ya que los AM requieren cuidados especiales de los cuidadores dado el mayor riesgo de caídas, así como factores relacionados con el entorno, actividades que exigen esfuerzo físico y coordinación de movimientos o las circunstancias que implican cambios de posición. En el proceso de envejecimiento se produce un deterioro en dos mecanismos reflejos, el mantenimiento del equilibrio y la capacidad de respuesta rápida.

Según la movilidad el 46% tenían movilidad algo limitada, requerían de ayuda para realizar o completar movimientos.

Como consecuencia pueden ocurrir lesiones y afectaciones en el AM como fracturas, traumatismos, inmovilidad, miedo a deambular, heridas, mayor estancia hospitalaria, mayores riesgos de UPP y todo ello lleva a una menor independencia, aumentando la fragilidad y pérdida de su autonomía.



En relación a la actividad el 53% caminaban con ayuda, supervisión de otra persona, o de un medio mecánico con más de un punto de apoyo.

Del total de los AM el 42% presentaba doble incontinencia (no controlaba ninguno de los dos esfínteres).

De acuerdo a la investigación realizada en Colombia en 2015 y en Ecuador en el mismo año, en ambas tenían como objetivo estudiar los factores de riesgo para el desarrollo de UPP en AM institucionalizados, éstas evidenciaron como factores de riesgo principales la disminución del movimiento, la incapacidad de realizar movimientos en forma independiente, la percepción sensorial alterada y el nivel de exposición a la humedad ya que el 52% presentaba incontinencia urinaria e intestinal por tanto mayor uso de pañales y mayor exposición a la humedad y los roles.

En los antecedentes encontrados y revisados a nivel nacional se destaca como factor causal, los insuficientes cuidados desde un aspecto integral de los AM, donde los cuidados se enfatizan en el área físico, pero no en cuidados y actividades psicosociales, estando mayormente insatisfechas las áreas cognitivas y sociales que juegan un papel fundamental relacionado al nivel de actividades psicomotrices, deportivas y demás. Precisamente los factores actividad, movilidad y estado mental se encuentran dentro de los factores de riesgo que afectan a los AM que participaron en esta investigación.

Según la escala de Norton fue de 56% riesgo mínimo de desarrollar UPP, el 24% alto riesgo, y un 20% evidente riesgo de desarrollar UPP.

Del total de nuestra muestra el 6% presentaba UPP; siendo estas de grado I un 2%, grado II 3%, grado III un 1%

Conclusiones:

La aparición de UPP no afecta solo a quien la padece, sino que repercute en el entorno familiar, y de los cuidadores amentando la demanda de cuidados y costos del tratamiento, disminuyendo el indicador de calidad de la institución en la cual se encuentra el individuo.

Siendo esta patología prevenible, se aplicó la escala de Norton con el fin de evaluar el riesgo de desarrollar UPP en base a factores asociados como la percepción sensorial,



exposición a la humedad, la movilidad, actividades, nutrición de la persona, y roce o peligros de lesiones.

Luego de aplicar dicha escala se obtienen datos que permiten dar respuesta a la pregunta que dio origen a nuestra investigación Factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por presión en Adultos Mayores institucionalizados en una ciudad del interior.

Del total de nuestra muestra fue mínimo el porcentaje que presentaba UPP (6%, siendo estas de grado I un 2%, grado II 3%, grado III un 1%), siendo esto un indicador de calidad en la atención brindada en los residenciales por los cuidadores no profesionales con los que allí cuentan. Ya que 56% presentaba riesgo mínimo de desarrollar UPP, el 24% alto riesgo, y un 20% evidente riesgo.

Asociado a los diferentes factores intrínsecos y extrínsecos podemos mencionar que el 50% se encontraba en estado confuso, el 78% de los individuos presentaba alteración en la movilidad, el 70% presentaban doble incontinencia, 81% presentaba alteración en la actividad, siendo estos los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP.

Se evidencio una prevalencia del 6% de AM con UPP en la muestra de nuestra población.

En vista de los resultados obtenidos en nuestra muestra y habiendo observado la ausencia de protocolos de actuación para la prevención, tratamiento y seguimiento los adultos mayores con riesgo de UPP, así como la evidente dependencia de muchos de estos AM, se hace imprescindible la creación de una herramienta que permita atender las necesidades de los residentes, y que requieren actuaciones multidisciplinarias que permitan la atención integral y la prestación de servicios de manera eficiente y coordinada. Una herramienta de trabajo que oriente la tarea diaria de los profesionales implicados en el proceso de atención, así como los cuidadores no profesionales de las residencias, mejorando la calidad de los servicios a estas personas y dar respuesta a la necesidad de atención continuada y especializada, que precisan los AM.

La aplicación de protocolos proporcionaría un estándar mínimo de calidad en la atención de los AM, contribuyendo a la calidad global y a los OSN 2015-2020 (ver anexo), de las decisiones de atención de los profesionales implicados y los responsables cuidadores de estos adultos; así como asegurar la calidad de los cuidados en la



prevención, tratamiento y seguimiento de los AM dependientes y con riesgo de desarrollar UPP.

Bibliografía:

1. Envejecimiento y cambios demográficos. OPS.
[Internet]. [citado 5 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2DP8K6r>
2. Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. [Internet]. 2011. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/33w7rEG>
3. Julieta González de Gago. Teoría del envejecimiento. Tribuna del investigador. Año 2010. Volumen 11, Editorial Alicia Ponte Sucre. [Internet] [citado 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/32AJwCT>
4. Mantilla, S. Pérez, O. Sánchez, L. (2015). Identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores



- institucionalizados de Norte de Santander. *Rev Mov Cient. [Internet]. 2015 [citado 4 de abril de 2019];9(1): 33-40*. Disponible en: <https://bit.ly/2OV9hdB>
5. Barba Morocho, P. E., & Peñafiel Peñafiel, M. B. Prevalencia de factores de riesgo asociados a úlceras por presión en adultos mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca 2015. [Internet]. [citado 16 de abril de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2RoGtLX>
 6. Tomàs-Vidal AM, Hernández-Yeste MS, García-Raya MD, Marín-Fernández R, Cardona-Roselló J. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clínica [Internet]. 1 de julio de 2011 [citado 10 de abril de 2019];21(4):202-9*. Disponible en: <https://bit.ly/2Rr1A0a>
 7. Tosta de Souza, Santos VLC. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en ancianos atendidos en asilo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Oct [citado 20 de abril de 2019]; 15 (5): 958-964*. Disponible en: <https://bit.ly/2YIMWc0>
 8. García GM. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay. Universidad de Cantabria. [Trabajo fin de Master. Internet]. Junio 2013. [citado 6 de mayo de 2019]:91. Disponible en: <https://bit.ly/33PWQ73>
 9. Caetano, N, Corrales, N, Occhiuzzi, N, Perdomo, M, Rocha, N, Novelino, R Demanda de cuidados en adultos mayores institucionalizados. [Tesis de grado. Internet] Montevideo: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. 2014. [citado 25 de mayo 2019] 85p. Disponible en: <https://bit.ly/33VwsZs>
 10. Envejecimiento. ONU. [Internet]. 2016 [citado 28 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2OTSbwn>
 11. Ley N° 18617. Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor. IMPO. [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Yw9DdT>
 12. Ley N° 19353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados [Internet]. [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2rwFzSP>



13. Ministerio de Desarrollo Social, Sistema de cuidados. Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011. [Internet].; 2013. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2NAjECF>
14. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. [Internet]. [citado 4 de abril de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2CycyIO>
15. Montalvo Arenas C. E. UNAM. Fac.Med. Sistema-tegmentario. [Internet]. [citado 28 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Cx4t6Y>
16. Ley N° 17066. Régimen de los establecimientos Privados que Alojan Adultos Mayores. [Internet]. [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ytxqeo>
17. Smeltzer SC, Bare GB, Hinkle Lj, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Tratado de enfermería medicoquirúrgica (12ª edición.). Madrid: McGraw-Hill.2013. P 183-185.
18. Cambios en la piel por el envejecimiento: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 28 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2K9QkAO>
19. OPS. Úlceras por Presión. guía30. [Internet]. [citado 28 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/34QrYnw>
20. Virginia Henderson | Gomeres [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2NXSPaD>



Anexo

Ley número 18617 de la República Oriental del Uruguay, Instituto nacional del adulto mayor se crea en la órbita del ministerio de desarrollos social y se establecen sus competencias.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º. (Institucionalidad).- Créase en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), que será presidido por un



Director designado por el Presidente de la República entre profesionales, técnicos o personalidades reconocidamente expertas en el tema.

Artículo 2º. (Competencias).- El Instituto Nacional del Adulto Mayor tendrá como competencias:

- A) La promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años, tengan residencia permanente y fehacientemente demostrable en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía, según lo establecido en el artículo 1º de la [Ley N° 17.796](#), de 9 de agosto de 2004.

- D) El asesoramiento a los organismos del Estado sobre los derechos de los adultos mayores establecidos en la Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994, ratificada por nuestro país, cuyo ejercicio debe incorporarse en las acciones y programas dirigidos a esta población.

- F) La elaboración de un Plan Nacional de Promoción que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva para el cumplimiento de sus derechos como persona y sujeto social.

Artículo 3º. (Coordinación).- Créase un Consejo Consultivo integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Cátedra de Geriatria de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de los adultos mayores jubilados, pensionistas y de sus intereses culturales a los efectos de dar cumplimiento a las competencias asignadas al Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), quien presidirá dicho Consejo.

Los organismos del Estado integrantes del mismo deberán prestar aporte técnico y económico con destino a la ejecución de políticas.



Artículo 4º. (Principios rectores).- Para dar cumplimiento a lo establecido en el literal F) del artículo 2º de la presente ley, además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto mayor por parte del Consejo Consultivo del Adulto Mayor, el Plan Nacional de Promoción del Adulto Mayor deberá contemplar los siguientes principios:

- 1) Promover el acceso a la atención integral de su salud en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada, siguiendo el modelo de "cuidados progresivos". Para ello se privilegiará la atención con base comunitaria creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar.
- 2) Promover que el sistema de salud tanto en el ámbito público como en el privado asegure la medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible.
- 3) Colaborar con el Ministerio de Salud Pública fijando las bases sobre las cuales éste controlará las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados, dando así cumplimiento a la [Ley N° 17.066](#), de 24 de diciembre de 1998.
- 4) Coordinar las políticas sociales y los programas de asistencia en alimentación y vivienda a los efectos de que contemplen las necesidades de los adultos mayores que requieran dicho apoyo.
- 5) Fomentar programas de capacitación y de formación de los técnicos, profesionales y funcionarios que estén en relación con los adultos mayores haciendo conocer los derechos específicos de esta etapa etárea.
- 10 Incluir en las políticas habitacionales nacionales normas que garanticen el acceso a una solución habitacional digna y decorosa, de costos accesibles y de ambientes agradables y seguros con destino a los adultos mayores, incluyendo aquellos que padecen diversos grados de pérdida de autonomía y discapacidad.
- 11 Estimular la creación de instituciones que agrupen al adulto mayor, a fin de



mantener niveles de integración social que permitan vivir la etapa plenamente.

- 13 Promover la capacitación en prevención de la violencia hacia el adulto mayor tanto en la comunidad como en el ámbito doméstico, haciendo conocer sus derechos legales al respecto.

Artículo 5º.- Derógase la [Ley N° 17.796](#), de 9 de agosto de 2004.

Anexo

Ley número 19353 de la República Oriental del Uruguay

Sistema nacional integrado de cuidados

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Declaración de interés general).- Declárase de interés general la universalización de los cuidados a las personas en situación de dependencia.

Artículo 3º. (Definiciones).- A los efectos de la presente ley se entiende por:

- A) Cuidados: las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes.
- C) Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia,



decisiones acerca de cómo vivir y desarrollar las actividades y necesidades básicas de la vida diaria, contemplando la cooperación equitativa con otras personas.

- D) Dependencia: el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria.

La valoración del nivel de dependencia de las personas para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria, se determinarán mediante la aplicación del baremo que dicte la reglamentación a tales efectos.

Las actividades y necesidades básicas de la vida diaria serán definidas en la reglamentación correspondiente.

Artículo 4º. (Principios y directrices del Sistema Nacional Integrado de Cuidados).-
Son principios y directrices del SNIC:

- D) La equidad, continuidad, oportunidad, calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios y las prestaciones de cuidados a las personas en situación de dependencia, así como la consideración de sus preferencias sobre el tipo de cuidado a recibir.
- E) La calidad integral, que de acuerdo a normas y protocolos de actuación, respete los derechos de los destinatarios y trabajadores del cuidado.



CAPÍTULO II

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DE QUIENES PRESTAN CUIDADOS

Artículo 5º. (Derechos de las personas en situación de dependencia).- Se reconoce a las personas en situación de dependencia, sin perjuicio de los derechos que establecen las normas aplicables:

- A) El ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- B) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y actualizada relacionada con:
 - 1) Su situación de dependencia.
 - 2) Los servicios y prestaciones a que puedan eventualmente acceder.
 - 3) Los requisitos y condiciones para hacer uso de los mismos.
 - 4) Las políticas y programas de atención y cuidados integrales que se implementen en el ámbito del SNIC.

Artículo 6º. (Obligaciones de las personas usuarias del Sistema Nacional Integrado de Cuidados).- Las personas en situación de dependencia y, en su caso, quienes les representen, estarán especialmente obligadas a:

- A) Suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las autoridades competentes para la valoración de su grado de dependencia.
- B) Comunicar todo tipo de ayudas, prestaciones o servicios que reciban.
- C) Aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron



otorgadas.

- D) Informar sobre sus ingresos y situación patrimonial.
- E) Cualquier otra obligación prevista en la normativa aplicable.

Artículo 7°. (Obligaciones de quienes prestan cuidados).- Las personas que prestan servicios de cuidados, sean físicas o jurídicas, públicas o privadas, deberán cumplir con todas las obligaciones que respecto a dicha actividad establezca la normativa aplicable.

Artículo 8°. (Ámbito subjetivo de aplicación).- Son titulares de los derechos establecidos en la presente ley:

A) Quienes se encuentren en situación de dependencia, considerando como tales las personas que requieran apoyos específicos para el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria. Por ello, se consideran personas en situación de dependencia:

- 1) Niñas y niños de hasta doce años.
- 2) Personas con discapacidad que carecen de autonomía para desarrollar actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.
- 3) Personas mayores de sesenta y cinco años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.

B) Quienes prestan servicios de cuidados.

El Poder Ejecutivo reglamentará las condiciones de acceso a los servicios y prestaciones que formen parte del SNIC.



CAPÍTULO III

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS

Artículo 9º. (Objetivos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados).- El SNIC perseguirá los siguientes objetivos:

- E) Profesionalizar las tareas de cuidados a través de la promoción de la formación y capacitación de las personas que presten servicios de cuidados, incentivando su desarrollo profesional continuo, el trabajo en equipos interdisciplinarios, la investigación científica, fomentando la participación activa de trabajadores y personas en situación de dependencia.

Artículo 18. (Integración y cometidos del Comité Consultivo de Cuidados).- El Comité Consultivo de Cuidados estará integrado por delegados del PIT-CNT, de la sociedad civil organizada a través de organizaciones representativas en el ámbito del contenido de la ley, del sector académico especializado y de las entidades privadas que prestan servicios de cuidados.

Tendrá carácter honorario y por cometido asesorar a la Secretaría Nacional de Cuidados, sobre las mejores prácticas conducentes al cumplimiento de los objetivos, políticas y estrategias correspondientes al SNIC.

El Poder Ejecutivo reglamentará su integración y funcionamiento.



Artículo 19. (Competencia del Ministerio de Desarrollo Social).- Sustitúyese el literal C) del artículo 9º de la Ley N° 17.866, de 21 de marzo de 2005, por el siguiente:

“C) Coordinar las acciones, planes y programas intersectoriales, implementados por el Poder Ejecutivo para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales a la alimentación, a la educación, a la salud, a la vivienda, al disfrute de un medio ambiente sano, al trabajo, a la seguridad social, a la no discriminación y a los cuidados”.

Artículo 20. (Reglamentación).- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley conforme al numeral 4) del [artículo 168](#) de la Constitución de la República.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 18 de noviembre de 2015.

Anexo

Ley número 17066 de la República Oriental del Uruguay

Hogares de ancianos

CAPITULO I

DE LA COMPETENCIA DEL PODER EJECUTIVO

Artículo 1º.- Corresponde al Poder Ejecutivo determinar la política general en materia de ancianidad.

El Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias, ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas.



CAPITULO II

DE LA CLASIFICACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Artículo 2º.- Los establecimientos privados a que refiere la presente ley son aquellos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios.

A estos efectos se considera adulto mayor, a toda persona que haya cumplido sesenta y cinco años de edad.

Artículo 3º. (Concepto de hogares).- Dichos establecimientos se denominarán "hogares" cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores.

Artículo 4º. (Concepto de residencias).- Se denominarán "residencias", los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

Artículo 5º. (Concepto de centros de diurnos y refugios nocturnos).- Se denominarán "centros diurnos y refugios nocturnos", aquellos establecimientos privados con o sin fines de lucro, que brinden alojamiento de horario parcial (diurno o nocturno), ofreciendo servicios de corta estadía, recreación, alimentación, higiene y atención psicosocial.

Artículo 6º. (De los servicios de inserción familiar).- Los "servicios de inserción familiar" para adultos mayores son los ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquéllas a quienes se deben obligaciones alimentarias ([artículos 118 a 120 del Código Civil](#)).



Para brindar este servicio las familias deberán operar como núcleo familiar continente, estar dotadas de sólidas condiciones morales y estabilidad, procurando el desarrollo de la vida del adulto mayor con salud y bienestar.

CAPITULO III

DE LA INSTALACION DE SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS

Artículo 7º. (Habilitación y registro).- Todas las residencias, hogares, centros y demás servicios para adultos mayores, autoválidos o discapacitados, deberán contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública y estar inscriptos en el Registro Unico Nacional a cargo de dicho Ministerio, quien a al vez tendrá a su cargo el control sobre dichos establecimientos.

La reglamentación determinará las condiciones necesarias a los fines de la habilitación a que hace referencia el inciso anterior, la forma mediante la cual se ejercerá el control de los mencionados establecimientos así como la periodicidad de las inspecciones, cuya realización, el Ministerio de Salud Pública podrá coordinar con el Banco de Previsión Social en el marco de los cometidos que le asigna el inciso segundo del [artículo 1º](#) de la presente ley.

Artículo 8º. (Contenido de los registros).- Los registros deberán incluir la naturaleza del establecimiento y las características del servicio con identificación de sus representantes o responsables, los recursos humanos y materiales disponibles para su instalación y funcionamiento, sin perjuicio de otros requerimientos que establezca la reglamentación.

Artículo 9º. (Condiciones mínimas de funcionamiento).- Los establecimientos deberán contar, como mínimo, con una planta física iluminada y aireada naturalmente, provista de todos los servicios necesarios para el cuidado de la salud integral, la higiene y la seguridad de los residentes.



Artículo 10. (Del referente médico).- Los establecimientos, a excepción del servicio de inserción familiar, deberán contar con un referente médico geriatra-gerontólogo, responsable de la salud de las personas alojadas.

En caso de no contar con médicos con esa especialidad, la función podrá ser desempeñada por un médico general cuyos cometidos y responsabilidades serán determinados por la reglamentación.

Artículo 11.- Los representantes legales de los establecimientos con fines de lucro declararán, de acuerdo con la reglamentación de la presente ley, las modalidades de pago y los montos establecidos en los contratos verbales o escritos, que celebren terceros o alojados, con los representantes mencionados.

Artículo 12.- Cuando los alojados en establecimientos con fines de lucro incumplieran con su obligación de pago se producirá la extinción del contrato, y los representantes legales de esos establecimientos procurarán retornar a los alojados a sus parientes. Si ello no fuera posible los internarán en un establecimiento estatal acorde a su estado de salud, el que deberá recibirlos, sin perjuicio de que el alojado pueda internarse en el establecimiento privado que lo admitiese.

CAPITULO IV

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 13.- El Ministerio de Salud Pública podrá adoptar, en caso de incumplimiento y atendiendo a la gravedad de las faltas, las acciones que a continuación se estipulan:

- A) Observación.
- B) Apercibimiento.
- C) Sanciones pecuniarias que podrán fijarse entre 1 UR (una unidad reajutable) y 50 UR (cincuenta unidades reajutables) por cada adulto mayor alojado en el



establecimiento.

- D) Suspensión de actividades.
- E) Clausura definitiva.

Las sanciones no serán acumulables y no serán aplicables a los establecimientos indicados en el [artículo 6º](#) de la presente ley, las sanciones de los literales C) y E).

CAPITULO V

DE LA COMISION HONORARIA

Artículo 14.- Créase una Comisión Honoraria de asesoramiento en la materia prevista por la presente ley, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública y estará integrada por cinco miembros: un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá; un delegado de la Facultad de Medicina que tendrá la calidad de médico con posgrado en geriatría y gerontología; un representante del BPS; un delegado designado por los hogares privados sin fines de lucro a que refiere la presente ley y un representante de las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas que integran los Registros Nacionales respectivos del Programa de Ancianidad del BPS.

Artículo 15.- Los integrantes de la referida Comisión Honoraria deberán contar con antecedentes en el campo de la gerontología o geriatría y durarán como máximo cinco años en sus funciones.

Artículo 16. (De los cometidos de la Comisión Honoraria).- Serán cometidos de la Comisión Honoraria:

- A) El asesoramiento al Ministerio de Salud Pública y a los establecimientos privados sobre las condiciones requeridas para su habilitación y funcionamiento, de acuerdo a lo establecido en el [Capítulo III](#) de la presente ley.
- B) Proponer al Ministerio de Salud Pública la gestión ante los organismos



competentes procurando se otorguen líneas de crédito aptas para la compra o habilitación de locales idóneos para cumplir con los fines de la presente ley, preferentemente establecidos en áreas rurales.

C) Los demás cometidos que le asigne el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 17.- Dentro del plazo de los noventa días siguientes a la fecha de publicación de la reglamentación, todos los establecimientos que alojen adultos mayores, deberán inscribirse en la forma y condiciones previstas legal y reglamentariamente.

Vencido dicho plazo quedarán sin efecto de pleno derecho las autorizaciones o habilitaciones de funcionamiento existentes.

Artículo 18. (Reglamentación).- El Poder Ejecutivo, dentro del plazo de los ciento veinte días siguientes a la fecha de publicación de la presente ley, la reglamentará

Anexo 6

Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: escala de Norton.

Estado Físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
4) Bueno	4) Alerta	4) completo	4) Deambula	4) No
3) Aceptable	3) Apático	3) Algo limitada	3) Con ayuda	3) Ocasional
2) Deficiente	2) Confuso	2) Muy limitada	2) Silla de ruedas	2) Habitual
1) Muy deficiente	1) Estupor	1) Inmóvil	1) Encamado	1) Doble incontinencia

Fuente: López Ortega, Jesús. Cuidados al paciente crítico adulto II. Capítulo

Se trata de una escala ordinal que incluye 5 aspectos.



- A. Valoración del estado físico general.
- B. Valoración del estado mental.
- C. Valoración de la actividad.
- D. Valoración de la movilidad.
- E. Valoración de la Incontinencia.

La puntuación que se puede obtener varía entre 5 a 20 puntos, donde 5 es máximo riesgo y 20 mínimo riesgo de desarrollar UPP.

La clasificación de riesgo según la escala sería:

- Índice de 5 a 11: muy alto riesgo
- Índice de 12 a 14: riesgo evidente.
- Índice mayor a 14: riesgo mínimo o no riesgo.

	BUENO 4	MEDIANO 3	REGULAR 2	MUY MALO 1
Estado físico:	persona que realiza 4 comidas diarias,	persona que realiza tres	persona que realiza dos	Persona que realiza 1 comida al
NUTRICIÓN	IMC: entre 20- 25; líquidos: 1500 a 2000cc día,	comidas diarias, IMC: mayor a 20 y menor de 25;	comidas al día. Líquidos 500 a 1000cc día.	día, líquidos menor a 500cc día,
HIDRATACIÓN	temp. Corporal de 36 a 37° C. <u>Hidratación:</u> persona con el peso mantenido, mucosas húmedas, rosadas y pliegue cutáneo normoelastico.	líquidos entre 1000 a 1500cc día. Temp: 37 a 37,5°C. <u>Hidratación:</u> Relleno capilar lento, y pliegue	Temp. Corporal 37,5° a 38° C. <u>Hidratación,</u> ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.	temp. Corporal menos de 35.5°C o más de 38,5°C. <u>Hidratación</u> edemas generalizados, piel seca y escamosa, lengua seca y pastosa, persistencia del



		cutáneo hipoelastico.		pliegue cutáneo.
--	--	--------------------------	--	------------------

	ALERTA 4	APÁTICO 3	CONFUSO 2	ESTUPOROSO 1
Estado mental	Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar. Responde adecuadamente a estímulos, visuales, auditivos, y táctiles. Comprende la información.	Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante estímulos, reacciona con dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas, posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.	Inquieto, agresivo, irritable, dormido, respuesta lenta a estímulos dolorosos fuertes, cuando despierta responde verbalmente con discurso breve e inconexo. Intermitentemente desorientado, en tiempo, lugar y o persona.	Desorientado en tiempo, lugar y persona, despierta solo a estímulos dolorosos, sin respuesta verbal.

	TOTAL 4	DISMINUIDA 3	MUY LIMITADA 2	INMÓVIL 1
Actividad	Es totalmente capaz de cambiar	Inicia movimientos con bastante	Solo inicia movilizaciones	Incapaz de cambiar de



	de postura corporal de forma autónoma, mantenerla.	frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.	voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para todos los movimientos.	postura por su mismo o mantener la posición corporal.
--	--	--	--	---

	AMBULANTE 4	CAMINA CON AYUDA 3	SENTADO 2	ENCAMADO 1
Movilidad	Independiente total, capaz de caminar solo, aunque se ayuda de aparatos con más de un punto de apoyo o lleva prótesis.	la persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo	la persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. La persona necesita ayuda o mecánica.	Dependiente para todos sus movimientos, precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse).

	NINGUNA 4	OCASIONAL 3	URINARIA O FECAL 2	URINARIA Y FECAL 1
incontinencia	Control de ambos esfínteres. Colocación de	No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en	No controla uno de los dos esfínteres Permanentemente.	No controla ninguno de los esfínteres.



	SV, control de esfínter anal.	24 horas.		
--	-------------------------------	-----------	--	--

Anexo

Carta de autorización a instituciones.

Rocha, ----- de Mayo de 2019

Consejo directivo de Hogar o Residencial de ancianos.

PRESENTE

Por la presente queremos solicitar amablemente vuestra colaboración y autorización, para que estudiantes de la Facultad de Enfermería en el CURE sede Rocha, puedan realizar ciertas actividades en la residencia de anciano en el marco de su Trabajo de Tesis Final.

Dichos estudiantes estarán recabando información necesaria y sustancial, para realizar su investigación titulada: “Factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por presión en adultos mayores institucionalizados en una ciudad del interior”.

Para llevara a cabo su tesis con éxito dichos estudiantes necesitarían acceder a la institución en los períodos comprendidos del 20 al 30 de mayo de 2019, recabar información mediante: valoración de enfermería a adultos mayores con 65 o más años de edad, que hubieran sido autorizados a través del consentimiento informado por parte



del encargado del residencial o su familiar haya consentido participar en la investigación.

Se adjuntan a esta carta: Nombres e identificación de los estudiantes y Protocolo de Trabajo Tesis Final.

Si lo encuentra pertinente podemos reunirnos para comentarle personalmente los detalles del Trabajo de Tesis que dichos estudiantes estarán realizando y así responder a dudas o consultas que crean pertinentes.

Quedamos a la espera de su respuesta y saludan cordialmente.

Lic. En Enf. Isabel Silva
Olivera

Lic. En Enf. Adriana Olmos

Lic. En Enf. Elizabeth

Cátedra Enfermería

Coordinadora Rocha

Docente adjunta

Adulto y Anciano

Formulario de consentimiento informado

Su residencial ha sido invitado a participar en un estudio de investigación por parte de un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería, pertenecientes a Universidad de la República, CURE Rocha; en el marco del trabajo final de investigación.

Antes de que usted autorice o decida participar en el estudio por favor le solicitamos lea este formulario atentamente y consulte todas las dudas.



Este estudio tiene como propósito “factores de Riesgo asociados al desarrollo de UPP en adultos mayores institucionalizados en una ciudad del interior”, del 20 al 30 de mayo de 2019.

Si usted decide participar se realizara la aplicación de la escala de Norton, la cual evalúa el riesgo de desarrollar Ulceras por presión, basados en estado físico, mental, movilidad, actividad e incontinencia que presenten los adultos mayores que ahí residen; la aplicación de la misma tomará 15-20 min aproximados de su tiempo.

La información aportada será empleada con fines exclusivamente académicos, siendo divulgada como parte de este estudio. La identidad de los Adultos mayores será confidencia bajo Decreto N° 379/2008.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento:

Quien suscribe _____

Titular de la C.I _____ como representante de la residencia de larga estadía _____ de la ciudad de Rocha.

He leído la información provista en este formulario de consentimiento y autorizo a los adultos mayores que residen en esta institución a participar en el estudio de investigación realizada por estudiantes de la Facultad de enfermería pertenecientes a la Universidad de la República, CURE Rocha.

He sido informado del objetivo de este estudio.

Doy mi autorización para el uso de la información aportada con fines académicos, manteniéndose en anonimato de la identidad de los residentes.



Anexo

Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

Cuadro 1. Formulación de los Objetivos Estratégicos, Uruguay 2020

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	1	FAVORECER ESTILOS DE VIDA Y ENTORNOS SALUDABLES Y DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO.
	2	DISMINUIR LA CARGA PREMATURA Y EVITABLE DE MORBIMORTALIDAD Y DISCAPACIDAD.
	3	MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA
	4	CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD.
	5	AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES.

Matriz Integradora de Objetivos Sanitarios Nacionales, Objetivos Estratégicos y Metas Sanitarias 2020

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES (OSN)	1	ALCANZAR MEJORAS EN LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN.
	2	DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN EL DERECHO A LA SALUD.
	3	MEJORAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE SALUD.
	4	GENERAR LAS CONDICIONES PARA QUE LAS PERSONAS TENGAN UNA EXPERIENCIA POSITIVA EN LA ATENCIÓN DE SU SALUD.



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS		
3. MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA		
Resultados esperados	Meta 2020	Línea de Base (Fuente de datos)
3.1. Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad - paternidad en adolescentes.	Disminuir la TFE a 48.0/1000 NV en mujeres de 15 a 19 años.	58.2/1000 NV (EV MSP 2013)
	Disminuir a 13% la reiteración del embarazo en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años.	16% (SIP MSP 2013)
3.2. Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas.	Reducir un 10% las cesáreas evitables.	44.3 % (SIP MSP 2014)
	Aumentar un 20% las mujeres nulíparas que recibieron preparación para el parto.	En construcción.
3.3. Eliminación de la transmisión vertical de Sifilis y VIH.	Reducir la tasa de incidencia de SC a menos de 0.5/1000 nacimientos.	2.08/1000 NV (Auditoría SC, Areas ITS-VIH Siday SSR-MSP 2013)
	Mantener la tasa de transmisión vertical de VIH en menos de 2%.	27% (SIP Areas ITS-VIH Siday SSR-MSP 2014)
3.4. Reducción de la Prematurez a expensas del componente prevenible.	Implementar un sistema de auditoría del 100% de los nacimientos prematuros.	En proceso.
3.5. Disminución de la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años y atenuación de la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.	Disponer de una línea de base sobre la frecuencia de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años.	En proceso.
	Implementar un Plan de acción para la disminución de las alteraciones del desarrollo.	
3.6. Disminución de las discapacidades prevenibles y mayor acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud con énfasis en los adultos mayores vulnerables.	Diseñar y ejecutar un Plan de accesibilidad para las personas con discapacidad en los servicios de salud.	En proceso.
	Diseñar y ejecutar un Plan de prevención de la discapacidad.	
	Implementar un Protocolo de acción para mejorar la accesibilidad de personas con obesidad mórbida, en los prestadores del SNIS.	
3.7. Asistencia paliativa continua y de calidad, asegurada a todos los pacientes que deban recibirla y a sus familiares, en todas las etapas de la vida y en todo el territorio nacional.	Alcanzar el 40% de cobertura de la población blanco como promedio a nivel de país.	25% (Área Cuidados Paliativos, MSP 2014)



Anexo 8 Protocolo.

Factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por presión en Adultos Mayores institucionalizados en ciudad del interior.

Alumnos:

Br. Acosta Camila, 46556405.

Br. Sena Marcos, 49283835

Br. Machado Xenia, 50308672.

Br. Martinez Solange, 45760510

Tutores:

Prof. Adj. Isabel Silva.

Prof. Adj. Adriana Olmos.



Tabla de contenidos:

Glosario de abreviaturas y palabras claves.....	Pág. 3
Introducción.....	Pág. 4
Título.....	Pág. 5
Justificación.....	Pág. 5- 6
Pregunta problema.....	Pág. 6
Objetivos.....	Pág. 6
Antecedentes Internacionales.....	Pág. 7
Antecedentes Nacionales.....	Pág. 8
Marco teórico.....	Pág. 8-15
Metodología.....	Pág. 16
Operacionalización de las variables.....	Pág. 16 -20
Métodos de recolección de datos.....	Pág. 20
Consideraciones éticas de la investigación.....	Pág. 20
Plan de análisis.....	Pág. 20
Cronograma de actividades.....	Pág. 21
Bibliografía.....	Pág. 22 - 24
Anexo.....	Pág. 25



Glosario de abreviaturas:

Úlceras por presión: UPP.

Diabetes mellitus: DM.

Hipertensión arterial: HTA.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: EPOC.

Accidente cerebro vascular: ACV.

Adulto mayor: AM.

North American Nursing Diagnosis Association: NANDA.

Sistema Nacional Integrado de Salud: SNIS

Instituto Nacional Del Adulto Mayor: INAM

Instituto Nacional de Estadística: INE

Organización Mundial de la Salud: OMS

Palabras claves:

Buscadas en DECS:

Factores de riesgo

Adultos mayores

Úlceras por presión.



Introducción:

El siguiente protocolo de investigación fue elaborado por cuatro estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, plan 93, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Sede Rocha, que se encuentran cursando el primer módulo del cuarto ciclo de dicha carrera.

Se enmarca dentro de las líneas de investigación en la cátedra de salud del Adulto y Anciano de Facultad de Enfermería.

Este trabajo final de investigación se centra en “Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en Adultos Mayores institucionalizados en ciudad del interior”.

El instrumento que se aplicará para este fin será la escala de Norton modificada.



Título:

Factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por presión en Adultos Mayores institucionalizados en una ciudad del interior.

Justificación:

A nivel mundial hay un tendencia a mayor número y proporción de AM, según la organización mundial de la salud (OMS) el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, serían los causantes del aumento de las personas mayores de 60 años.¹

De acuerdo al último relevamiento estadístico realizado en el año 2011 en Uruguay, la población total es de 3.286.314. Las personas adultas mayores constituyen un 14% de la población uruguaya, lo cual implica un fenómeno de sobre envejecimiento que transita nuestro país.

La población total del departamento de Rocha es de 68.088 personas, los adultos mayores representan el 15.3% de esta población, ubicando a éste, como uno de los departamentos con más AM.²

En total hay 13.817 personas institucionalizadas, de las cuales 11.560 son personas AM.³

En Rocha ciudad hay 168 personas institucionalizadas distribuidas en 9 residenciales y un hogar de ancianos.

En el proceso vital de envejecimiento entran en juego factores intrínsecos y extrínsecos que juegan importancia en el desarrollo de ciertas enfermedades que pueden crear incapacidades físicas normales, otras propias del desgaste de los órganos y a los que se asocian enfermedades incapacitantes que llevan a la persona a disminuir sus actividades.⁴



Con esta investigación consideramos pertinente el uso de la escala de Norton modificada como una estrategia de prevención y detección de UPP, está sujeta a los factores de riesgo propios de cada individuo y permite responder las necesidades de los AM institucionalizados, cuya complejidad predispone aún más a la pérdida de integridad cutánea.

De esta manera este trabajo aportará a los AM de los residenciales de la ciudad de Rocha a la disminución de la morbi-mortalidad por causa de esta patología.

Nuestro interés radica en obtener información y conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP en AM, y reconocer si la institución cuenta con protocolos de actuación y la aplicación de los mismos para estos casos, así como los recursos humanos capacitados. Este estudio permitirá identificar la situación real de los AM institucionalizados en Rocha ciudad, referente a los factores de riesgo con los que allí debe trabajarse.

Pregunta problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por Presión (UPP) en adultos mayores institucionalizados en una ciudad del interior, en Mayo de 2019?

Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP en adultos mayores institucionalizados en residenciales en una ciudad del interior, en Mayo de 2019.

Objetivos específicos:

- Clasificar el riesgo de UPP de acuerdo a la escala de Norton modificada.



Antecedentes Internacionales:

En Colombia, Norte de Santander, el año 2015 se realizó una investigación con el objetivo de identificar el riesgo de desarrollar UPP y el cuidado preventivo de éstas en AM institucionalizados. Utilizando un método descriptivo transversal, a los cuales se les aplicó la escala de Braden.

En esta investigación se evidenció un riesgo moderado de desarrollar UPP, y como principales factores que las desencadenan vinculadas al movimiento, poca capacidad para caminar y el uso de silla de ruedas, la incapacidad de realizar movimientos de forma independiente, con movilidad muy limitada, la percepción sensorial y capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión y el nivel de exposición de la piel a la humedad. La prevención de las UPP debe partir del conocimiento de los profesionales de la salud y/o cuidadores responsables, por lo tanto es necesaria la educación respecto al tema.⁵

En isla Baleareas, en el año 2011, se investiga sobre la prevalencia de úlceras por presión en Hospitales y residencias de Palma de Mallorca España, utilizando un método descriptivo, transversal, mediante observación directa, revisión de historias clínicas y entrevistas. Donde se llegó a la conclusión que la prevalencia de UPP era en usuarios mayores de 70 años, las lesiones que predominan fueron localizadas en sacro y talones.⁶

En Brasil en el año, en 2007, se investiga sobre factores de riesgo para el desarrollo de UPP en ancianos institucionalizados, utilizando metodología de estudio cuantitativo, prospectivo y de cohortes, realizado en instituciones de larga estancia.

Se estudia el riesgo de desarrollo de UPP, aplicando la escala de Braden.



En la mayoría de esta población el desarrollo las UPP estaba asociado a enfermedades, urinarias, cardiovasculares, respiratorias, dermatológicas y neurológicas. Sin embargo, la causalidad múltiple de estas lesiones también muestra que los cambios en la percepción sensorial, debidos al uso continuo de medicamentos, como los neurolépticos / psicotrópicos.⁷

Antecedentes Nacionales:

Montevideo, 2013, se realiza investigación sobre Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones y residenciales, utilizando metodología estudios descriptivos simple, transversal, Evidenciando que la probabilidad de mortalidad por una UPP aumenta con la edad y que afecta en su mayormente al sexo femenino, las UPP pueden evitarse al menos en un 95% de los casos, lo que hace suponer que las lesiones pueden ser una muestra de negligencia asistencial. A nivel internacional la presencia o ausencia de UPP es considerado un indicador de calidad de asistencia Sanitaria.⁸

Florida 2014, se realiza investigación científica sobre Demanda de cuidados en adultos mayores institucionalizados, utilizando método de diseño descriptivo cuantitativo de corte transversal. Mediante su investigación llegan a la conclusión que los cuidados que se brindan en los Residenciales de la ciudad de Florida no satisfacían de forma integrales en su totalidad la demanda de cuidados, sino más que nada de aspectos físicos: alimentación, higiene, movilización, eliminación. Y que se ignoraban aspectos relacionados a la esfera cognitiva y a su sociabilización.⁹

Marco teórico:

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI. Desde 1950 la cantidad de personas de 65 años y más casi se ha multiplicado por 5 (de 130 a 630 millones) y han pasado a representar de un 5% a un 10% de la población del planeta. Para el año 2050, se espera que represente el 20% de las personas mayores del mundo.¹



Cuando se hace referencia a AM se refiere a las personas mayores de 65 años, utilizando el criterio definido en la ley número 18617 de la República Oriental del Uruguay¹⁰. (ver anexo 1)

De acuerdo al último censo realizado en el año 2011 en Uruguay, la población total es de 3.286.314. Las personas adultas mayores constituyen un 14% de la población uruguaya, lo cual implica un fenómeno de sobre envejecimiento que transita nuestro país.

En nuestro país un 11,5% de las personas mayores de 65 años se encuentran en situación de dependencia; de este total un 3,2% (15 mil personas aproximadamente) se encuentran en situación de dependencia severa.²

En 2015 el Poder Ejecutivo promulgó la Ley 19.353 (ver anexo 4) a través de la cual es creado el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, la misma tiene como objetivo la promoción y desarrollo de la autonomía, de todas aquellas personas que padecen dependencia, enfocándose en su atención y asistencia como política pública, dicha Ley fue elaborada como un modelo solidario y corresponsable entre las familias, comunidad y estado.

Un análisis del censo 2011 y el sistema de cuidados de adultos mayores destaca sobre los residenciales de ancianos y las viviendas colectivas en general, que en todo el país hay un total de 844 residencias de larga estadía, siendo unas 396, las radicadas en Montevideo y unas 448 en el interior del país. En total hay 13.817 personas institucionalizadas, de las cuales 11.560 son personas adultas mayores.³

La población total del departamento de Rocha es de 68.088 personas, los adultos mayores representan el 15.3% de esta población, ubicando a éste, como uno de los departamentos con más adultos mayores, junto con los departamentos de Montevideo (15.4%), Florida (15.5%), Colonia (16.0%), y Lavalleja (16.7 %).²

Según inspección para habilitación de residenciales y hogares de Rocha actualmente en el departamento hay 387 personas institucionalizadas, de estos en Rocha ciudad hay 168 personas distribuidos en 9 residenciales y un hogar de ancianos.



La salud de los AM está dentro los objetivos Sanitarios 2020, si bien se han creado comité de seguridad de paciente (COSEPA) a nivel institucional, no existen protocolos de actuación para la prevención de UPP a nivel extra hospitalario (residenciales), evitarlas casi en su totalidad, constituye un indicador de calidad, siendo un problema de salud en todos los niveles de asistencia, generando altos costos; que contribuye a la morbilidad y mortalidad de la población institucionalizada.¹¹

Con respecto a la definición de Hogares y Residenciales de Ancianos en Uruguay, podemos decir que mediante la Ley N^o 17.066, dictaron normas, que corresponde al Poder Ejecutivo determinar la política general en materia de ancianidad. (CAPITULO- 1-;Art. 1^o).

El Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias, ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas.

Según la clasificación de los establecimientos, se puede definir residenciales como establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación (CAPITULO-2- ART.3^o Y ART.4^o).

El envejecimiento es un proceso que ocurre de forma progresiva y gradual, es una expresión del organismo que comienza en cualquier órgano o sistema y lo puede afectar en su totalidad, es determinado por la interacción genética del individuo con el medio ambiente. Es un proceso deletéreo, pérdidas fisiológicas, intrínseco ya que las pérdidas son propias y universal se da en todos los miembros de una especie.

La vejez es el resultado del envejecimiento, cada individuo envejece de forma distinta donde intervienen diversos factores: hereditarios, sexo, estilo de vida y relaciones afectivas.

“...es la interacción de los cambios orgánicos a nivel bioquímico, celular y tisular conjuntamente con modificaciones psicológicas a nivel de las capacidades cognitivas, sensorio-perceptiva, personalidad y conducta y las modificaciones del medio externo que



rodea la persona o del contexto social que a su vez está influido por los efectos psicológicos del envejecimiento”.⁴

El proceso de envejecimiento contrae trastornos conocidos como síndromes geriátricos, los cuales pueden afectar la reserva funcional e incidir en la velocidad de la marcha, la que es un indicador que puede predecir eventos adversos y reflejar alteraciones fisiopatológicas subyacentes.⁴

Todo organismo posee una cubierta externa, en el caso de los vertebrados la piel, que lo protege del medio que lo rodea, le permite relacionarse con el medio e interactuar entre sí.

La piel se extiende por toda la superficie corporal, es el órgano sensorial primario encargado de percibir dolor, temperatura y presión ejercida en la superficie corporal. Está constituida por tejidos de origen embriológico y diferentes estructuras tisulares, la epidermis y la dermis e hipodermis.

Las mismas contienen tejido conectivo, con fibras de colágeno (soporte) y fibras de elastina (flexibilidad y fuerza).¹⁴

Mediante el proceso de envejecimiento, la epidermis (capa externa) se adelgaza. “La cantidad de células que contienen pigmento (melanocitos) disminuye. Los melanocitos que quedan aumentan de tamaño. La piel envejecida aparece más delgada, más pálida y transparente (traslúcida)”¹²

Se dan cambios en el tejido conectivo, se reduce la resistencia y la elasticidad de la piel (elastosis). Se debilitan aquellos vasos sanguíneos que irrigan la dermis.

Las glándulas sebáceas segregan menos sebo, y esto conlleva a que sea más difícil mantener la piel humectada, y en consecuencia resequedad y picazón.

La capa de tejido adiposo subcutánea se adelgaza, por lo tanto, tiene menos aislamiento y amortiguación; aumentando el riesgo de lesión de la piel y se reduce la capacidad de conservar la temperatura corporal (menos aislamiento natural).



La piel envejecida se repara de forma más lenta. La curación de una herida puede ser hasta cuatro veces más lenta. Esto contribuye a la generación de úlceras de decúbito e infecciones. Algunas enfermedades como la diabetes, cambios en vasos sanguíneos, disminución de la inmunidad afectan la curación de las mismas.¹³

Aquellas personas que se encuentran en reposo por períodos prolongados, encama, sillas de ruedas o sillones, padecen disfunción motora o sensorial, presentan atrofia muscular y reducción del acojinamiento entre la piel suprayacente y el hueso subyacente, siendo estas áreas circunscritas del tejido blando que se presentan cuando se aplica presión en una misma zona de la piel, por un tiempo prolongado que sea mayor a la presión de cierre capilar normal.¹⁷

Se define la UPP como toda lesión de la piel generada cuando se aplica presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo en la irrigación sanguínea.

Los signos iniciales de presión es Eritema; la constante presión genera isquemia o anorexia tisular. Los tejidos cutáneos se destruyen, lo cual propicia la destrucción progresiva, la necrosis del tejido blando subyacente y la úlcera por presión resultante es dolorosa y cicatrización lenta.¹¹

Algunos factores de riesgo que condicionan la aparición de UPP son la, presión prolongada sobre el tejido, inmovilidad o movilidad afectada, pérdida de reflejos protectores, déficit y pérdida sensorial, mala perfusión cutánea, edemas, desnutrición, hipoproteinemia, anemia, deficiencia de vitaminas, fricción, fuerzas de cizallamiento, traumatismo, incontinencia urinaria o intestinal, alteración de la humedad de la piel, edad, equipos (férulas, tracciones y aparatos ortopédicos).

Inmovilidad, percepción sensorial o cognición alteradas, disminución de la perfusión tisular, disminución del estado nutricional, fuerzas de fricción y cizallamiento, aumento de la humedad y cambios cutáneos relacionados con la edad contribuyen a la aparición de las úlceras por presión.¹³

Clasificación de las úlceras por presión:



Grado I, fase eritema: El eritema se debe a la persistencia sobre la prominencia ósea.

Es la única fase reversible.

Grado II o fase de escara: Es una pérdida parcial de piel comprometiendo la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta como una placa oscura de aspecto seco, que progresivamente va reblandeciendo sus bordes y luego comienza a macerarse.

Grado III o fase de detersión: Es una pérdida de piel en su espesura total, comprometiendo daños o una necrosis del tejido subcutáneo que se puede profundizar sin llegar hasta la fascia. La úlcera se presenta clínicamente como un tejido recubierto de un exudado purulento y mal oliente, puede presentarse como un pequeño orificio, que deja en su interior, una importante cavidad o saco ulceroso.

Grado IV o fase de contracción: Es una pérdida de piel en toda su espesura con una extensa distribución, necrosis de los tejidos o daños en los músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsulas de las articulaciones.¹⁴

El tratamiento de las UPP es costoso, en cuanto a la atención para la salud y se ve afectada la calidad de vida de las personas.

La escala utilizada para nuestro abordaje a los usuarios institucionalizados es un instrumento estandarizado, validado por la comunidad científica, que ayudan a unificar la información con validez, fiabilidad, sencillez y brevedad a través de ello se desprenden datos objetivos sobre el proceso de salud y enfermedad de los adultos mayores en estudio.

Escala de Norton: se elaboró en 1962, asimismo por ser la más antigua también es la más conocida (riesgo de úlceras por presión): esta evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la percepción sensorial, exposición a la humedad, la movilidad, actividades, nutrición de la persona, y roce o peligros de lesiones. (Ver anexo 4)

Esta escala de valoración de riesgos de UPP permite cuantificar el riesgo de un usuario a sufrir dichas lesiones en su piel y a definir y adaptar los cuidados para evitar tanto la



aplicación de medidas preventivas a usuarios que no las necesiten como dejar sin prevención a aquellos con riesgo elevado, es así que surge El Modelo de Virginia Henderson quien desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y el mismo está incluido dentro de la escuela de necesidades.

Henderson define la enfermería en términos funcionales, considera que la función propia de enfermería es asistir al individuo, tanto sano como enfermo, en la realización de actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal forma que lo ayude a ganar su independencia de la manera más pronta posible. La función de la profesión enfermera es contribuir a la autonomía de la persona o completar lo que le falta; y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos internos y externos.

Salud: Es la calidad más que la propia vida, abarca lo físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: son el conjunto de condiciones e influencias del medio exterior que afectan la vida y el desarrollo de un individuo.

Persona: Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al individuo y a la familia como una unidad.

La relación enfermera-paciente se clasifica en 3 niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Determina el plan de cuidados de enfermería haciendo uso de una guía de valoración compuesta por 14 necesidades humanas básicas.

Estas necesidades básicas son iguales para todos los individuos y existen dependiendo e independientemente de la situación en la que se encuentre cada individuo; las mismas se modifican mediante dos tipos de factores, éstos son: permanentes, dentro de los cuales se incluye la edad, el nivel de inteligencia, medio social o cultural y la capacidad física; y factores variables que son los estados patológicos agudos o crónicos. A estos factores



hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene cada individuo para cubrir sus necesidades.

Las necesidades adquieren un significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque la manera de satisfacerla es distinta en cada persona.

Menciona catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los residuos Corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Estar limpio, aseado, y proteger lo tegumentos.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Observar el culto de acuerdo con la propia fe. Actuar según las propias creencias y valores.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.



14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo

Normal, a la salud.

Se deduce que para ella el concepto de necesidad no representa el significado de carencia, sino de requisito.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo, haciendo referencia a su naturaleza dinámica y que éste puede actuar de manera “positiva” o “negativa” sobre la persona (Runk y Quillin, 1989). La enfermera se esfuerza en crear entorno favorable a la salud.

La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano; requiere independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. El fomento de la misma es más importante que el cuidado de la enfermedad.

Para Henderson, si la enfermera no cumple con el rol que le compete, otras personas, con una capacitación insuficiente harán el trabajo por ella.¹⁶

Metodología:

Tipo de investigación: cuantitativo, descriptivo.

Área de estudio: Residenciales de una ciudad del interior del país.

Universo: Todos los AM institucionalizados en Residenciales registrados en MSP en una ciudad del interior.

Población: AM institucionalizados en residenciales de ancianos en una Ciudad del interior del país, con 65 o más años de edad.



Muestra: No probabilístico por conveniencia (de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos).

Criterios de inclusión: AM institucionalizados en una ciudad del interior, de sexo femenino y masculino, con 65 o más años de edad, que el encargado del residencial hubiera consentido que los AM participaran en la investigación.

Criterios de exclusión: menores de 64 años.

Operacionalización de variables:

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. Expresada en años cumplidos.	De 65 a 75 años De 76 a 86 años De 87 a 97 años De 98 a más años.	Cuantitativa	Continua
Utiliza Medicación específica.	Fármaco prescrito al adulto mayor.	Si-no	cualitativa	Nominal dicotómica
Antecedentes médicos personales.	Situación de la persona que presenta patologías crónicas o agudas.	DM HTA CANCER EPOC REUMATICAS Asma ACV Alergias otras	Cualitativa	Nominal categórica
Vía de alimentación	Modo por la que recibe la alimentación el adulto mayor.	Natural Asistida	Cualitativa	Nominal dicotómica
Presenta dispositivos para la alimentación	Situación actual del adulto mayor que por razones fisiopatológicas	SNG Gastrostomía	Cualitativa	Nominal categórica



	requiere de dispositivos externos para la alimentación.			
Realiza plan dietético	Régimen dietético prescripto por médico o nutricionista como parte del tratamiento habitual o por razones preventivas.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Suplementos nutricionales	Producto destinado a complementar la dieta alimentaria.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Riesgo de UPP Escala Norton.	Evalúa el riesgo de desarrollar UPP, según diferentes exposiciones de riesgo.	Menor o igual a 16 puntos: riesgo de desarrollar UPP. De 13 a 14 puntos: riesgo moderado. Menor a 12 puntos: riesgo alto	Cualitativa	Ordinal
Apetito	Deseo y necesidad de ingerir alimentos	Habitual Aumentado Disminuido Ausente	Cualitativa	Nominal categórica
Dificultades en la alimentación	Manifestación frecuente de Trastornos alimenticios que dificultan la alimentación-nutrición adecuada.	Disfagia Deglución dolorosa Regurgitación Náuseas- vómitos	Cualitativa	Nominal categórica
Ingesta de líquidos diarios.	Cantidad de aporte de líquidos en 24 horas.	Menos de 1 litro 1 litro 2litros Más de 2 litros	Cuantitativa	Continua
Coloración de la piel	Característica cutánea observable que puede denotar trastornos, patologías o ser el pigmento habitual de la piel.	Normocoloreada Pálida Ictericia	Cualitativa	Nominal categórica



Hidratación de la piel	Aspecto observable de la piel que denota el estado de hidratación de la misma.	Seca Descamada Normohidratada	Cualitativa	Nominal categórica
Perfusión de la piel	Flujo sanguíneo tisular que se manifiesta por diferentes signos.	Sudorosa Caliente Fría Livideces	Cualitativa	Nominal categórica
Higiene de la piel	Mantenimiento del aseo y cuidado personal necesario.	Adecuada Inadecuada.	Cualitativa	Nominal dicotómica
Presencia de úlceras por presión	Situación o estado en que la persona manifiesta lesiones de la piel por apoyo prolongado.	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica
Estadío de las úlceras por presión	Clasificación del estado de las úlceras por presión de acuerdo al tipo de tejido afectado.	Grado 1 Grado2 Grado 3 Grado4	Cualitativo	Nominal categórica
Frecuencia de micción	Número de veces que el adulto mayor orina durante el día.	2 3 4 Más de 4	Cuantitativa	Discreta
Tipo de dispositivos durante la micción	Dispositivo habitual del adulto mayor para evacuación vesical.	Sonda vesical Pañal Inodoro Chata	Cualitativa	Nominal categórica
Frecuencia de movilización intestinal diaria.	Número de veces en que al adulto mayor evacúa intestino.	1 vez 2 veces 3 veces Más de 3 veces	Cuantitativa	Discreta
Tipo de dispositivos durante evacuación intestinal.	Dispositivo habitual del adulto mayor para evacuación intestinal	Pañal Inodoro Chata Colostomía	Cualitativa	Nominal categórica
Realiza actividades físicas	Desarrollo de movimientos corporales producido por el sistema músculo esqueléticos que	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica



	exija gasto de energía mayor al de reposo y que actúa como factor protector en el adulto mayor.			
Movilidad de miembros superiores	Capacidad de fuerza, energía necesaria para movilizar articulaciones, huesos, músculos y realizar una actividad determinada.	Fuerza conservada Fuerza disminuida	Cualitativa	Nominal dicotómica
Movilidad de miembros inferiores	Capacidad de fuerza, energía necesaria para movilizar articulaciones, huesos, músculos y realizar una actividad determinada.	Fuerza conservada Fuerza disminuida	Cualitativa	Nominal dicotómica
Mantiene Reposo prolongado	Estado de inactividad duradero	Si-no	Cualitativo	Nominal dicotómica
Requiere asistencia para moverse en cama o sillón.	Necesidad de ayuda o colaboración para moverse de un lugar a otro o realizar rotación en el mismo lugar.	Requiere No requiere	Cualitativo	Nominal dicotómica
Frecuencia de rotación en cama o sillón.	Característica del cuidado que requiere durante el reposo, sueño para evitar lesiones o alteraciones.	Ninguna 1 vez 2 veces Más de 2 veces	Cuantitativa	Discreta
Alteración en la comunicación	Trastornos del lenguaje, expresión, pensamiento incapacidad de comprender	Si-no	cualitativa	Nominal dicotómica



	símbolos y signos convencionales			
Dificultades visuales y auditivos	Dificultades sensoriales presentes de tipo auditivos y visual en el adulto mayor	Si-no	Cualitativa	Nominal dicotómica

Método de recolección de información:

Luego de obtenida la autorización para llevar a cabo la investigación en hogares y residenciales de ancianos (ver anexo 5), habiendo coordinado una fecha a conveniencia con los referentes de cada institución, se realizará la recolección de los datos, previo consentimiento de los participantes.

Consideraciones éticas de la Investigación:

De acuerdo con el decreto N° 379/2008 elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención en relación a la Investigación en Seres Humanos “Se deberá en todos los casos tratar a los sujetos investigados respetando su dignidad e integridad; atendiendo a su autonomía y defendiéndolos en su vulnerabilidad”.

Se solicitará el consentimiento informado a la población en estudio, según lo postula la declaración de Helsinki, en investigaciones con seres humanos. (Ver anexo 6).

La veracidad, entendida como la obligación de decir la verdad, de no mentir a otros. Este principio, aunque sencillo en su esencia, es probablemente uno de los más vulnerados en la investigación científica.

La fidelidad es la obligación de cumplir con aquello a lo que uno se ha comprometido y mantener la confidencialidad; implica confianza.¹⁷

Plan de análisis:

Luego de establecidas las variables de estudio y obtenida la información se tabularán los datos en planilla excel. Se realizará un análisis univariado de las variables de estudio. Los datos serán registrados en tablas con distribución de frecuencias, y a partir de los resultados se realizarán gráficas de acuerdo a las variables a presentar.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Actividades	08/17	09/17	03/18	04/18	07/18	08/18	12/18	02/19	03/19	04/19
Tema a investigar	■	■								
Delimitación del problema		■	■	■						
Inicio protocolo			■							
Objetivos			■	■						
Justificación				■	■					
Marco teórico					■	■	■			
Metodología					■					
Creación de instrumentos y variables						■				
Operacionalización de variables						■	■			
Finalización del protocolo		■	■	■	■	■	■	■	■	■



Bibliografía:

1. Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet].; 2011. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en:<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690>.
2. Ministerio de Desarrollo Social, Sistema de cuidados. Cuidados en personas adultas mayores Análisis descriptivo de los datos del censo 2011. [Internet].; 2013. [Acceso 21 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf
3. Julieta González de Gago. Teoría del envejecimiento. Tribuna del investigador. Año 2010. Volumen 11, Editorial Alicia Ponte Sucre. [Internet] [citado 15 de noviembre de 2018]. Disponible en:
<https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
4. Mantilla, S. Pérez, O. Sánchez, L. (2015). Identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores institucionalizados de Norte de Santander. *RevMovCient.* [Internet]. 2015 [citado 4 de abril de 2019];9(1): 33-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5296181>
5. Tomàs-Vidal AM, Hernández-Yeste MS, García-Raya MD, Marín-Fernández R, Cardona-Roselló J. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de julio de 2011 [citado 10 de abril de 2019];21(4):202-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111000921>



6. Souza DibaMariaSebbaTosta de, Santos Vera LúciaConceição de Gouveia. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en ancianos atendidos en asilo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Oct [citado 20 de abril de 2019]; 15 (5): 958-964.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500012>.
7. Garcia GM. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay. Universidad de Cantabria. [Trabajo fin de Master. Internet]. Junio 2013. [citado 6 de mayo de 2019]:91. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2603/GonzalezGarciaR.pdf?sequence=1>
8. Caetano, N, Corrales, N, Occhiuzzi, N, Perdomo, M, Rocha, N, Novelino, R Demanda de cuidados en adultos mayores institucionalizados. [Tesis de grado. Internet] Montevideo: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. 2014. [citado 25 de mayo 2019] 85p. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7374>
9. Ley N° 18617. Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor. IMPO. [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Yw9DdT>
10. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.pdf [Internet]. [citado 4 de abril de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2CycyIO> Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Ley N° 19353 [Internet]. [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2rwFzSP>
11. Ley N° 19353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados[Internet]. [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2rwFzSP>



12. Smeltzer, S. C., Brunner, L. S., Suddarth., & Bare, B. G. Brunner y Suddarth. Tratado de enfermería medicoquirúrgica (9ª edición.). Madrid: McGraw-Hill. 2002
13. Montalvo Arenas C. E. UNAM. Fac. Med. Sistema-tegumentario.pdf [Internet]. [citado 28 de enero de 2019]. Disponible en: <http://bct.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2018/08/Sistema-tegumentario.pdf>
14. Souza Diba Maria Sebba Tosta de, Santos Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en ancianos atendidos en asilo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Oct [citado 20 de abril de 2019]; 15 (5): 958-964. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500012>.
15. OPS. Úlceras por Presión. guía30. pdf [Internet]. [citado 28 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf>
16. Virginia Henderson | Gomeres [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2NXSPa>

Anexos:

Anexo 1: Ley número 18617 de la República Oriental del Uruguay

Instituto nacional del adulto mayor

Se crea en la órbita del ministerio de desarrollo social y se establecen sus competencias. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General;

DECRETAN:



Artículo 1º. (Institucionalidad).- Créase en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), que será presidido por un Director designado por el Presidente de la República entre profesionales, técnicos o personalidades reconocidamente expertas en el tema.

Artículo 2º. (Competencias).- El Instituto Nacional del Adulto Mayor tendrá como competencias:

- A) La promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años, tengan residencia permanente y fehacientemente demostrable en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía, según lo establecido en el artículo 1º de la [Ley N° 17.796](#), de 9 de agosto de 2004.

- D) El asesoramiento a los organismos del Estado sobre los derechos de los adultos mayores establecidos en la Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994, ratificada por nuestro país, cuyo ejercicio debe incorporarse en las acciones y programas dirigidos a esta población.

- F) La elaboración de un Plan Nacional de Promoción que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva para el cumplimiento de sus derechos como persona y sujeto social.

Artículo 3º. (Coordinación).- Créase un Consejo Consultivo integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de los adultos mayores jubilados, pensionistas y de sus intereses culturales a los efectos de dar cumplimiento a las competencias asignadas al Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), quien presidirá dicho Consejo.

Los organismos del Estado integrantes del mismo deberán prestar aporte técnico y económico con destino a la ejecución de políticas.



Artículo 4º. (Principios rectores).- Para dar cumplimiento a lo establecido en el literal F) del artículo 2º de la presente ley, además de cualesquiera otros elementos que puedan ser agregados como materia de regulación para la promoción integral del adulto mayor por parte del Consejo Consultivo del Adulto Mayor, el Plan Nacional de Promoción del Adulto Mayor deberá contemplar los siguientes principios:

- 1) *Promover el acceso a la atención integral de su salud en la prevención, asistencia y eventuales procesos de rehabilitación, tanto en la esfera pública como privada, siguiendo el modelo de "cuidados progresivos". Para ello se privilegiará la atención con base comunitaria creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar.*
- 2) *Promover que el sistema de salud tanto en el ámbito público como en el privado asegure la medicación básica para uso gerontológico, al costo más bajo posible.*
- 3) *Colaborar con el Ministerio de Salud Pública fijando las bases sobre las cuales éste controlará las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados, dando así cumplimiento a la [Ley N° 17.066](#), de 24 de diciembre de 1998.*
- 4) *Coordinar las políticas sociales y los programas de asistencia en alimentación y vivienda a los efectos de que contemplen las necesidades de los adultos mayores que requieran dicho apoyo.*
- 5) *Fomentar programas de capacitación y de formación de los técnicos, profesionales y funcionarios que estén en relación con los adultos mayores haciendo conocer los derechos específicos de esta etapa etárea.*

10) Incluir en las políticas habitacionales nacionales normas que garanticen el acceso a una solución habitacional digna y decorosa, de costos accesibles



y de ambientes agradables y seguros con destino a los A, incluyendo aquellos que padecen diversos grados de pérdida de autonomía y discapacidad.

11) Estimular la creación de instituciones que agrupen al A., a fin de mantener niveles de integración social que permitan vivir la etapa plenamente.

13) Promover la capacitación de prevención de la violencia hacia el AM tanto en la comunidad como en el ámbito doméstico, haciendo conocer sus derechos legales al respecto.

Anexo 2: Ley número 19353 de la República Oriental del Uruguay

Sistema nacional integrado de cuidados

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Declaración de interés general).- Declárase de interés general la universalización de los cuidados a las personas en situación de dependencia.

Artículo 3º. (Definiciones).- A los efectos de la presente ley se entiende por:

- A) Cuidados: las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes.*

- C) Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia, decisiones acerca de cómo vivir y desarrollar las actividades y necesidades básicas de la vida diaria, contemplando la cooperación equitativa con otras personas.*



D) *Dependencia: el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria.*

La valoración del nivel de dependencia de las personas para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria, se determinarán mediante la aplicación del baremo que dicte la reglamentación a tales efectos.

Las actividades y necesidades básicas de la vida diaria serán definidas en la reglamentación correspondiente.

Artículo 4º. (Principios y directrices del Sistema Nacional Integrado de Cuidados).-

Son principios y directrices del SNIC:

- D) *La equidad, continuidad, oportunidad, calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios y las prestaciones de cuidados a las personas en situación de dependencia, así como la consideración de sus preferencias sobre el tipo de cuidado a recibir.*
- E) *La calidad integral, que de acuerdo a normas y protocolos de actuación, respete los derechos de los destinatarios y trabajadores del cuidado.*

CAPÍTULO II

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DE QUIENES PRESTAN CUIDADOS

Artículo 5º. (Derechos de las personas en situación de dependencia).- Se reconoce a las personas en situación de dependencia, sin perjuicio de los derechos que establecen las normas aplicables:

- A) *El ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad.*
- B) *A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y*



actualizada relacionada con:

- 1 *Su situación de dependencia.*
)
- 2 *Los servicios y prestaciones a que puedan eventualmente acceder.*
)
- 3 *Los requisitos y condiciones para hacer uso de los mismos.*
)
- 4 *Las políticas y programas de atención y cuidados integrales que se implementen en el ámbito del SNIC.*

Artículo 6°. (Obligaciones de las personas usuarias del Sistema Nacional Integrado de Cuidados).- Las personas en situación de dependencia y, en su caso, quienes les representen, estarán especialmente obligadas a:

- A) *Suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las autoridades competentes para la valoración de su grado de dependencia.*
- B) *Comunicar todo tipo de ayudas, prestaciones o servicios que reciban.*
- C) *Aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas.*
- D) *Informar sobre sus ingresos y situación patrimonial.*
- E) *Cualquier otra obligación prevista en la normativa aplicable.*

Artículo 7°. (Obligaciones de quienes prestan cuidados).- Las personas que prestan servicios de cuidados, sean físicas o jurídicas, públicas o privadas, deberán cumplir con todas las obligaciones que respecto a dicha actividad establezca la normativa aplicable.



Artículo 8º. (Ámbito subjetivo de aplicación).- Son titulares de los derechos establecidos en la presente ley:

A) *Quienes se encuentren en situación de dependencia, considerando como tales las personas que requieran apoyos específicos para el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria. Por ello, se consideran personas en situación de dependencia:*

1 *Niñas y niños de hasta doce años.*

)

2 *Personas con discapacidad que carecen de autonomía para desarrollar actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.*

)

3 *Personas mayores de sesenta y cinco años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.*

B) Quienes prestan servicios de cuidados.

El Poder Ejecutivo reglamentará las condiciones de acceso a los servicios y prestaciones que formen parte del SNIC.

CAPÍTULO III

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS

Artículo 9º. (Objetivos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados).- El SNIC perseguirá los siguientes objetivos:

E) *Profesionalizar las tareas de cuidados a través de la promoción de la formación y capacitación de las personas que presten servicios de cuidados, incentivando su desarrollo profesional continuo, el trabajo en equipos interdisciplinarios, la investigación científica, fomentando la participación activa de trabajadores y*



personas en situación de dependencia.

Artículo 18. (Integración y cometidos del Comité Consultivo de Cuidados).- El Comité Consultivo de Cuidados estará integrado por delegados del PIT-CNT, de la sociedad civil organizada a través de organizaciones representativas en el ámbito del contenido de la ley, del sector académico especializado y de las entidades privadas que prestan servicios de cuidados.

Tendrá carácter honorario y por cometido asesorar a la Secretaría Nacional de Cuidados, sobre las mejores prácticas conducentes al cumplimiento de los objetivos, políticas y estrategias correspondientes al SNIC.

El Poder Ejecutivo reglamentará su integración y funcionamiento.

Artículo 19. (Competencia del Ministerio de Desarrollo Social).- Sustitúyese el literal C) del artículo 9º de la [Ley N° 17.866](#), de 21 de marzo de 2005, por el siguiente:

“C) Coordinar las acciones, planes y programas intersectoriales, implementados por el Poder Ejecutivo para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales a la alimentación, a la educación, a la salud, a la vivienda, al disfrute de un medio ambiente sano, al trabajo, a la seguridad social, a la no discriminación y a los cuidados”.

Artículo 20. (Reglamentación).- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley conforme al numeral 4) del [artículo 168](#) de la Constitución de la República. Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 18 de noviembre de 2015.

Anexo 3: Ley número 17066 de la República Oriental del Uruguay

Hogares de ancianos.

CAPITULO IDE LA COMPETENCIA DEL PODER EJECUTIVO.



Artículo 1º.- Corresponde al Poder Ejecutivo determinar la política general en materia de ancianidad.

El Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias, ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas.

CAPITULO II

DE LA CLASIFICACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Artículo 2º.- Los establecimientos privados a que refiere la presente ley son aquellos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios.

A estos efectos se considera adulto mayor, a toda persona que haya cumplido sesenta y cinco años de edad.

Artículo 3º. (Concepto de hogares).- Dichos establecimientos se denominarán "hogares" cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores.

Artículo 4º. (Concepto de residencias).- Se denominarán "residencias", los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

Artículo 5º. (Concepto de centros de diurnos y refugios nocturnos).- Se denominarán "centros diurnos y refugios nocturnos", aquellos establecimientos privados con o sin fines de lucro, que brinden alojamiento de horario parcial (diurno o nocturno), ofreciendo servicios de corta estadía, recreación, alimentación, higiene y atención psicosocial.



Artículo 6º. (De los servicios de inserción familiar).- Los "servicios de inserción familiar" para adultos mayores son los ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquéllas a quienes se deben obligaciones alimentarias ([artículos 118 a 120 del Código Civil](#)).

Para brindar este servicio las familias deberán operar como núcleo familiar continente, estar dotadas de sólidas condiciones morales y estabilidad, procurando el desarrollo de la vida del adulto mayor con salud y bienestar.

CAPITULO III

DE LA INSTALACION DE SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS

Artículo 7º. (Habilitación y registro).- Todas las residencias, hogares, centros y demás servicios para adultos mayores, autoválidos o discapacitados, deberán contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública y estar inscriptos en el Registro Unico Nacional a cargo de dicho Ministerio, quien a al vez tendrá a su cargo el control sobre dichos establecimientos.

La reglamentación determinará las condiciones necesarias a los fines de la habilitación a que hace referencia el inciso anterior, la forma mediante la cual se ejercerá el control de los mencionados establecimientos así como la periodicidad de las inspecciones, cuya realización, el Ministerio de Salud Pública podrá coordinar con el Banco de Previsión Social en el marco de los cometidos que le asigna el inciso segundo del [artículo 1º](#) de la presente ley.

Artículo 8º. (Contenido de los registros).- Los registros deberán incluir la naturaleza del establecimiento y las características del servicio con identificación de sus representantes o responsables, los recursos humanos y materiales disponibles para su instalación y funcionamiento, sin perjuicio de otros requerimientos que establezca la reglamentación.



Artículo 9º. (Condiciones mínimas de funcionamiento).- Los establecimientos deberán contar, como mínimo, con una planta física iluminada y aireada naturalmente, provista de todos los servicios necesarios para el cuidado de la salud integral, la higiene y la seguridad de los residentes.

Artículo 10. (Del referente médico).- Los establecimientos, a excepción del servicio de inserción familiar, deberán contar con un referente médico geriatra-gerontólogo, responsable de la salud de las personas alojadas.

En caso de no contar con médicos con esa especialidad, la función podrá ser desempeñada por un médico general cuyos cometidos y responsabilidades serán determinados por la reglamentación.

Artículo 11.- Los representantes legales de los establecimientos con fines de lucro declararán, de acuerdo con la reglamentación de la presente ley, las modalidades de pago y los montos establecidos en los contratos verbales o escritos, que celebren terceros o alojados, con los representantes mencionados.

Artículo 12.- Cuando los alojados en establecimientos con fines de lucro incumplieran con su obligación de pago se producirá la extinción del contrato, y los representantes legales de esos establecimientos procurarán retornar a los alojados a sus parientes. Si ello no fuera posible los internarán en un establecimiento estatal acorde a su estado de salud, el que deberá recibirlos, sin perjuicio de que el alojado pueda internarse en el establecimiento privado que lo admitiese.

CAPITULO IV

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 13.- El Ministerio de Salud Pública podrá adoptar, en caso de incumplimiento y atendiendo a la gravedad de las faltas, las acciones que a continuación se estipulan:

A) Observación.



- B) Apercibimiento.
- C) Sanciones pecuniarias que podrán fijarse entre 1 UR (una unidad reajutable) y 50 UR (cincuenta unidades reajutables) por cada adulto mayor alojado en el establecimiento.
- D) Suspensión de actividades.
- E) Clausura definitiva.

Las sanciones no serán acumulables y no serán aplicables a los establecimientos indicados en el [artículo 6º](#) de la presente ley, las sanciones de los literales C) y E).

CAPITULO V

DE LA COMISION HONORARIA

Artículo 14.- Créase una Comisión Honoraria de asesoramiento en la materia prevista por la presente ley, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública y estará integrada por cinco miembros: un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá; un delegado de la Facultad de Medicina que tendrá la calidad de médico con posgrado en geriatría y gerontología; un representante del BPS; un delegado designado por los hogares privados sin fines de lucro a que refiere la presente ley y un representante de las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas que integran los Registros Nacionales respectivos del Programa de Ancianidad del BPS.

Artículo 15.- Los integrantes de la referida Comisión Honoraria deberán contar con antecedentes en el campo de la gerontología o geriatría y durarán como máximo cinco años en sus funciones.

Artículo 16. (De los cometidos de la Comisión Honoraria).- Serán cometidos de la Comisión Honoraria:



- A) El asesoramiento al Ministerio de Salud Pública y a los establecimientos privados sobre las condiciones requeridas para su habilitación y funcionamiento, de acuerdo a lo establecido en el [Capítulo III](#) de la presente ley.
- B) Proponer al Ministerio de Salud Pública la gestión ante los organismos competentes procurando se otorguen líneas de crédito aptas para la compra o habilitación de locales idóneos para cumplir con los fines de la presente ley, preferentemente establecidos en áreas rurales.
- C) Los demás cometidos que le asigne el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 17.- Dentro del plazo de los noventa días siguientes a la fecha de publicación de la reglamentación, todos los establecimientos que alojen adultos mayores, deberán inscribirse en la forma y condiciones previstas legal y reglamentariamente.

Vencido dicho plazo quedarán sin efecto de pleno derecho las autorizaciones o habilitaciones de funcionamiento existentes.

Artículo 18. (Reglamentación).- El Poder Ejecutivo, dentro del plazo de los ciento veinte días siguientes a la fecha de publicación de la presente ley, la reglamentará

Anexo 4: Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: Escala de Norton.

Estado Físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
4) Bueno	4) Alerta	4) completo	4) Deambula	4) No
3) Aceptable	3) Apático	3) Algo limitada	3) Con ayuda	3) Ocasional
2) Deficiente	2) Confuso	2) Muy limitada	2) Silla de ruedas	2) Habitual



1)Muy deficiente	1) Estupor	1) Inmóvil	1) Encamado	1)Doble incontinencia
------------------	------------	------------	-------------	-----------------------

Fuente: López Ortega, Jesús. Cuidados al paciente crítico adulto II. Capítulo

Se trata de una escala ordinal que incluye 5 aspectos.

- A. Valoración del estado físico general.
- B. Valoración del estado mental.
- C. Valoración de la actividad.
- D. Valoración de la movilidad.
- E. Valoración de la Incontinencia.

La puntuación que se puede obtener varía entre 5 a 20 puntos, donde 5 es máximo riesgo y 20 mínimo riesgo de desarrollar UPP.

La clasificación de riesgo según la escala sería:

- Índice de 5 a 11: muy alto riesgo
- Índice de 12 a 14: riesgo evidente.
- Índice mayor a 14: riesgo mínimo o no riesgo.

	BUENO 4	MEDIANO 3	REGULAR 2	MUY MALO 1
Estado físico:	persona que realiza 4 comidas diarias,	persona que realiza tres comidas diarias,	persona que realiza dos comidas al día.	Persona que realiza 1 comida al día, líquidos
NUTRICIÓN	IMC: entre 20- 25; líquidos:	IMC:	Líquidos 500 a 1000cc día.	menor a 500cc día,
HIDRATACIÓN	1500 a 2000cc día, temp. Corporal de 36 a 37° C.	mayor a 20 y menor de 25; líquidos entre 1000 a 1500cc	Temp. Corporal 37,5° a 38° C.	temp. Corporal menos de 35,5°C o más de 38,5°C.
	<u>Hidratación:</u> persona con el peso mantenido, mucosas húmedas,	Temp: 37 a 37,5°C.	Hidratación, ligeros edemas, piel seca y	Hidratación edemas generalizados, piel seca y escamosa,



	rosadas y pliegue cutáneo normoelástico.	Hidratación: Relleno capilar lento, y pliegue cutáneo hipoelástico.	escamosa. Lengua seca y pastosa.	lengua seca y pastosa, persistencia del pliegue cutáneo.
	ALERTA 4	APÁTICO 3	CONFUSO 2	ESTUPOROSO 1
Estado mental	Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar. Responde adecuadamente a estímulos, visuales, auditivos, y táctiles. Comprende la información.	Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante estímulos, reacciona con dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas, posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.	Inquieto, agresivo, irritable, dormido, respuesta lenta a estímulos dolorosos fuertes, cuando despierta responde verbalmente con discurso breve e inconexo. Intermitentemente desorientado, en tiempo, lugar y o persona.	Desorientado en tiempo, lugar y persona, despierta solo a estímulos dolorosos, sin respuesta verbal.

	TOTAL 4	DISMINUIDA 3	MUY LIMITADA 2	INMÓVIL 1
Actividad	Es totalmente capaz de cambiar	Inicia movimientos con bastante	Solo inicia movilizaciones	Incapaz de cambiar de



	de postura corporal de forma autónoma, mantenerla.	frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.	voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para todos los movimientos.	postura por su mismo o mantener la posición corporal.
	AMBULANTE 4	CAMINA CON AYUDA 3	SENTADO 2	ENCAMADO 1
Movilidad	Independiente total, capaz de caminar solo, aunque se ayuda de aparatos con más de un punto de apoyo o lleva prótesis.	la persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo	la persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. La persona necesita ayuda o mecánica.	Dependiente para todos sus movimientos, precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse).

	NINGUNA 4	OCASIONAL 3	URINARIA O FECAL 2	URINARIA Y FECAL 1
incontinencia	Control de ambos esfínteres. Colocación de SV, control de esfínter anal.	No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.	No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.	No controla ninguno de los esfínteres.



Anexo 5. Carta de autorización a instituciones.

Rocha, ----- de Mayo de 2019

Consejo directivo de Hogar o Residencial de ancianos.

PRESENTE

Por la presente queremos solicitar amablemente vuestra colaboración y autorización, para que estudiantes de la Facultad de Enfermería en el CURE sede Rocha, puedan realizar ciertas actividades en la residencia de anciano en el marco de su Trabajo de Tesis Final.

Dichos estudiantes estarán recabando información necesaria y sustancial, para realizar su investigación titulada: “Factores de riesgo asociados al desarrollo de Úlceras por presión en adultos mayores institucionalizados en una ciudad del interior”.

Para llevara a cabo su tesis con éxito dichos estudiantes necesitarían acceder a la institución en los períodos comprendidos del 20 al 30 de mayo de 2019, recabar información mediante: valoración de enfermería a adultos mayores con 65 o más años de edad, que hubieran sido autorizados a través del consentimiento informado por parte del encargado del residencial o su familiar haya consentido participar en la investigación.

Se adjuntan a esta carta: Nombres e identificación de los estudiantes y Protocolo de Trabajo Tesis Final.

Si lo encuentra pertinente podemos reunirnos para comentarle personalmente los detalles del Trabajo de Tesis que dichos estudiantes estarán realizando y así responder a dudas o consultas que crean pertinentes.

Quedamos a la espera de su respuesta y saludan cordialmente.



Lic. En Enf. Isabel Silva
Olivera

Lic. En Enf. Adriana Olmos

Lic. En Enf. Elizabeth

Cátedra Enfermería

Coordinadora Rocha

Docente adjunta

Adulto y Anciano

Anexo 6: Formulario de consentimiento informado

Su residencial ha sido invitado a participar en un estudio de investigación por parte de un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería, pertenecientes a Universidad de la República, CURE Rocha; en el marco del trabajo final de investigación.

Antes de que usted autorice o decida participar en el estudio por favor le solicitamos lea este formulario atentamente y consulte todas las dudas.

Este estudio tiene como propósito “factores de Riesgo asociados al desarrollo de UPP en adultos mayores institucionalizados en una ciudad del interior”, del 20 al 30 de mayo de 2019.

Si usted decide participar se realizara la aplicación de la escala de Norton, la cual evalúa el riesgo de desarrollar Ulceras por presión, basados en estado físico, mental, movilidad, actividad e incontinencia que presenten los adultos mayores que ahí residen; la aplicación de la misma tomará 15-20 min aproximados de su tiempo.

La información aportada será empleada con fines exclusivamente académicos, siendo divulgada como parte de este estudio. La identidad de los Adultos mayores será confidencia bajo Decreto N° 379/2008.

Desde ya le agradecemos su participación.



Consentimiento:

Quien suscribe _____

Titular de la C.I _____ como representante de la residencia de larga estadía _____ de la ciudad de Rocha.

He leído la información provista en este formulario de consentimiento y autorizo a los adultos mayores que residen en esta institución a participar en el estudio de investigación realizada por estudiantes de la Facultad de enfermería pertenecientes a la Universidad de la República, CURE Rocha.










He sido informado del objetivo de este estudio.

Doy mi autorización para el uso de la información aportada con fines académicos, manteniéndose en anonimato de la identidad de los residentes.

Anexo:

Actividades	Agosto 2017	Setiembre 2017	Marzo 2018	Abril 2018	Julio 2018	Agosto 2018	Diciembre 2018	Enero 2019	Febrero 2019
Tema a investigar									
Delimitación del problema									
Inicio protocolo									
Objetivos									



Justificación									
Marco teórico									
Metodología									
Creación de instrumentos y variables									
Operacionalización de variables									
Finalización del protocolo									
Recogida de información-aplicación de instrumentos									
Procesamiento de los datos									
Resultados y análisis de los datos									
Discusión y conclusiones									