

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**EFICACIA DEL ACEITE DE OLIVA EN LA
PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN
EN RELACIÓN A LAS CREMAS
TRADICIONALES EN PACIENTES
POSTRADOS EN EL HOSPITAL DE
CHIMBOTE 2016**

PRESENTADO POR:

María Marleny Rivera Gonzales

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

ASESOR:

Dra. Soledad LLañez Bustamante

HUACHO - 2018

**[Título] EFICACIA DEL ACEITE DE OLIVA EN LA PRESENTACION
DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

María Marleny Rivera Gonzales

TESIS DE DOCTORADO

ASESOR: Dra. Soledad Dionisia LLañez Bustamante

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO**

DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

HUACHO

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a:

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy permitiendo llegar hasta este punto, dándome salud para lograr mis objetivos. Además de su infinita bondad y amor por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mí camino a aquellas personas que han sido mi soporte durante todo el periodo de estudio.

Y en especial, quiero dedicar este trabajo a mis Hijos: Leny(en el cielo), Michel, y Ángel por tenerme paciencia y tolerancia, por disminuir sus horas dedicados a ellos por los estudios y viajes , por la ausencia muchas veces en sus días especiales, les dedico a ustedes este estudio y todos los méritos que obtenga; gracias por ser mis hijos y bendigo porque aún están conmigo sanos y felices, aunque sé que pronto volaran por sus sueños y triunfos; y siempre les estaré esperando para seguir apoyándoles. LOS AMO.

María Marleny Rivera Gonzales

AGRADECIMIENTO

. A mi madre Margarita. por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste, con sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Serapio por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, con su frase “enamórense del libro” por el valor mostrado para salir adelante y por sacarnos adelante a sus 6 hijos. GRACIAS.

A mis familiares, a mi hermana Rosa por ser el ejemplo de una hermana mayor , de la cual aprendí aciertos en momentos difíciles; y a mis demás hermanos Luz, Zenaida, Víctor, Edith, aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

A mi maestra, Dra. Soledad LLañez Bustamante, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, para la elaboración de esta tesis; y por su impulso al desarrollo de nuestra formación profesional.

A mis amigas Loida y Margarita, que nos conocemos desde nuestras alma mater, por sus apoyos en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo buenas amigas.



María Marleny Rivera Gonzales

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN | ix |
| ABSTRACT | x |
| CAPITULO I | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 1 |
| 1.2 Formulación del problema | 4 |
| 1.2.1 Problema general | 4 |
| 1.2.2 Problemas específicos | 4 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 4 |
| 1.3.1 Objetivo general | 4 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 4 |
| 1.4 Justificación de la investigación | 5 |
| 1.5 Delimitaciones del estudio | 7 |
| 1.6 Viabilidad del estudio | 7 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO | 9 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 9 |
| 2.1.1 Investigaciones internacionales | 9 |
| 2.1.2 Investigaciones nacionales | 11 |
| 2.2 Bases teóricas | 14 |
| METODOLOGÍA | |
| 3.1.- Diseño metodológico | 34 |
| 3.2.- Población y muestra | 35 |
| 3.2.1 Población | 35 |
| 3.2.2 Muestra | 36 |
| 3.3 Técnicas de recolección de datos | 36 |
| 3.4 Técnicas para el procesamiento de la información | 40 |
| CAPÍTULO IV | |
| RESULTADOS | 42 |
| 4.1 Análisis de resultados | 42 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| CAPÍTULO V | 47 |
| DISCUSIÓN | 47 |
| 5.1 Discusión de resultados | 47 |
| CAPÍTULO VI | 58 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 58 |
| REFERENCIAS | 60 |
| 7.1 Fuentes documentales | 60 |
| 7.2 Fuentes bibliográficas | 61 |
| 7.3 Fuentes hemerográficas | 64 |
| 7.4 Fuentes electrónicas | 64 |
| ANEXOS | 65 |



INDICE DE TABLAS

PAG.

- Tabla 1.- Efectividad de la aplicación del aceite de oliva a los 4 días observación, en relación a las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018..... 41
- Tabla 2.- Efectividad de la aplicación del aceite de oliva a los 8 días de aplicación en relación a las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018.----- 43
- Tabla 3.- Efectividad de la aplicación del aceite de oliva a los 12 días de aplicación en relación con las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018. ----- 44
- Tabla 4.- Efectividad de la aplicación del aceite de oliva a los 15 días de aplicación en relación a las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018.----- 46
- Tabla 5.- Prueba de Normalidad de Shapiro Wilk de Prevención de UPP a los 15 días de aplicación del Aceite de Oliva en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2018 ----- 47
- Tabla 6.- Contrastación de hipótesis a los 4 días de aplicación del aceite de oliva en relación con las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018.----- 54
- Tabla 7.- Contrastación de hipótesis a los 8 días de aplicación del aceite de oliva en relación a las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018 ----- 55
- Tabla N°8.- Contrastación de hipótesis a los 12 días de aplicación del aceite de oliva en relación a las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018 ----- 57
- Tabla N°9.- Contrastación de hipótesis a los 15 días de aplicación del aceite de oliva en relación a las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en Essalud Chimbote 2018 ----- 58

INDICE DE FIGURAS

PAG.

- Figura 1: Nivel de Presentación de UPP a los 4 días de aplicación de ambos tratamientos, en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017. ----- 42
- Figura 2: Nivel de Prevención de UPP a los 8 días de aplicación de ambos tratamientos, en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017----- 44
- Figura 3: Nivel de Prevención de UPP a los 12 días de aplicación de ambos tratamientos, en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017----- 45
- Figura 4: Nivel de Prevención de UPP a los 15 días de aplicación de ambos tratamientos, en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017----- 47
- Figura 5: Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 4 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017 ----- 55
- Figura 6: Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 8 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017----- 56
- Figura N°7: Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 12 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017----- 58
- Figura N°8: Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 15 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017 -----59

RESUMEN

El Presente estudio de investigación es un trabajo de tipo Aplicativo, Cuantitativo con un diseño Experimental, que tiene como objetivo, Determinar la eficacia de la aplicación tópica del aceite de oliva en la prevención de Ulceras por Presión, en relación con las cremas tradicionales, en pacientes postrados Hospitalizados en el servicio de Emergencia-Medicina del Hospital III Es salud Chimbote. 2017; siendo de gran importancia ya que los resultados mejoraron en la prevención de úlceras por presión en Essalud. La población en estudio fueron adultos mayores que fueron hospitalizados en el servicio de Emergencia de Essalud Chimbote desde el mes de Enero a Febrero del 2017 siendo un total de 20 pacientes con riesgo alto de desarrollar UPP determinado mediante la escala de Bradem (≤ 13 puntos).estableciéndose 10 pacientes para grupo control como experimental, el numero muestral es por conveniencia. Se utilizó una guía de observación durante las 4 evaluaciones con un tiempo de 15 días para cada paciente. Se aplicó Shapiro Wilk para muestras menores a 50 ($n < 50$) que prueba la normalidad de los datos de la variable en estudio, donde se muestra que el nivel de significancia para la variable y dimensiones son mayores al 5% ($p > 0.05$), demostrándose que los datos se distribuyen de manera normal; por lo cual se utilizó la prueba paramétrica t de student, y se determinó la influencia de la Técnica de aplicación del Aceite de Oliva en pacientes adultos mayores postrados. Para la validez del Instrumento de Observación, fue a través de Juicio de expertos alcanzando un 88 % de valoración. Además, se demostró estadísticamente, que el grupo experimental alcanzo un nivel sobresaliente en un 20 % y 80% Nivel de Elevado, de prevención de UPP, con una relación de ineficacia con el grupo control, con la aplicación de las cremas tradicionales que solo alcanzó un nivel elevado de Prevención de UPP en un 20 %. y el 80 % se quedó en el nivel Débil de Prevención de UPP.

Palabras clave: Aceite de Oliva, úlceras por presión

ABSTRACT

The present research study is a work of application type, quantitative with an experimental design, which aims to determine the effectiveness of the topical application of olive oil in the prevention of pressure ulcers, in relation to traditional creams, in post-rados patients Hospitalized in the Emergency Service- Hospital Medicine III Chimbote health. 2017, being of great importance since the results improved in the prevention of pressure ulcers in Essalud. The study population was older adults who were hospitalized in the Emergency service of Essalud Chimbote from the month of January to February 2017, with a total of 20 patients at high risk of developing UPP determined by the Bradem scale (<13 points). establishing 10 patients for control group as experimental, the sample number is for convenience. An observation guide was used during the 4 evaluations with a time of 15 days for each patient. Shapiro Wilk was applied for samples less than 50 ($n < 50$) that proves the normality of the data of the variable under study, where it is shown that the level of significance for the variable and dimensions are greater than 5% ($p > 0.05$), showing that the data are distributed in a normal way; for which the student's parametric t-test was used, and the influence of the Olive Oil Application Technique on prostrate elderly patients was determined. For the validity of the Observation Instrument, it was through Expert Judgment reaching an 88% valuation. In addition, it was shown statistically, that the experimental group reached an outstanding level of 20% and 80% High Level, of UPP prevention, with an ineffective relationship with the control group, with the application of traditional creams that only reached a high level of UPP Prevention by 20%. and 80% stayed at the Weak UPP Prevention level.

Keywords: .- Olive Oil , pressure ulcers.

Haga clic aquí para escribir texto.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) representan una importante problemática de salud a nivel mundial y aún más cuando se observa con frecuencia que las instituciones hospitalarias que brindan una atención en salud, son testigos silenciosos de la presencia de las UPP. La presencia de UPP tiene importantes repercusiones tanto personales como socioeconómicas, convirtiéndose así en un problema de salud pública.

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría (95%) de las UPP que presentan los pacientes son evitables y aun más que otro porcentaje importante (60%) de estas serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración, tratamientos y acciones de cuidados, valorando los riesgos a UPP.

Por esto la prevención de las UPP se convierte en un tema de interés para los profesionales, pues se ha convertido en uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, porque determina la efectividad del cuidado de la piel dado por el profesional que desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud.

Estas úlceras son un problema en los hospitales y centros de atención a largo plazo, y son una causa importante de morbilidad. En el entorno hospitalario contribuyen a una mayor duración de la estancia del paciente y de esta manera bloquean las camas para ser utilizada por otro paciente. Las úlceras son difíciles de tratar, son una causa permanente de dolor y las molestias para el paciente y puede ser una presión sobre las finanzas de los hospitales y centros de atención. Las úlceras por presión no son exclusivos de los tiempos modernos, ya que se han descubierto en los restos de un cuerpo momificado egipcio (Armstrong y Bortz, 2001). Esto podría sugerir que el problema se remonta a los faraones, y ha seguido siendo un problema difícil a lo largo de los siglos (Bridel 1992).

Por lo que el tema sigue siendo importante y más aún cuando implica demostrar que existe otra sustancia que impide la presentación de Úlceras por presión en los pacientes hospitalizados a través de las técnicas establecidas. Por lo que esta investigación tiene 6 capítulos, a estudiar y se detalla: Capítulo 1, Planteamiento del Problema, donde describe la Realidad Problemática, formulación del problema, Objetivos de la Investigación, Justificación, Delimitación del estudio, Viabilidad del Estudio.

Como Cap. II Marco Teórico, donde se detalla Antecedente de la Investigación, Base Teórica, Bases Filosóficas, Definición de términos Básicas, Hipótesis Investigación y Operacionalización de Variables.

En el Cap. III, Metodología, Diseños Metodológicos, Población y muestra, Técnicas de Recolección de datos, Técnicas para el proceso de la información.

En el cap. IV, Resultados, donde se describe las tablas, gráficos, Análisis y Contrastación de Hipótesis. En el Cap. V, Discusión de Resultados y Cap. VI, Conclusiones y Recomendaciones y finalizando con la Bibliografía.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las Úlceras por Presión son un problema de Salud Pública que repercute de manera importante sobre los sistemas de salud por el elevadísimo costo de su tratamiento. La prevalencia e incidencia son consideradas por la OMS como uno de los indicadores de la calidad de atención, y sobre la calidad de vida de las personas, tanto de los pacientes como de los cuidadores. (Puentes Medina 2006). Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema para el sistema sanitario público a la vez que un gran reto para la enfermería por sus repercusiones sobre la salud y la calidad de vida de quienes las padecen, repercusiones socio laborales de los cuidadores, el consumo de recursos, y el creciente aumento de reclamaciones judiciales. (García J, 2007)

La UPP es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. En nuestro país, a pesar del esfuerzo que se realiza en todos los niveles de atención para prevenir y controlar la incidencia de UPP, sigue constituyendo un problema importante, y su incidencia se incrementa en las unidades de Hospitalización, pues la piel de los enfermos de terapia se encuentra muy vulnerable y está en continuo peligro de sufrir daño. Diversas son las causas que facilitan la aparición de úlceras por presión, como son: mal estado general, deshidrataciones, presencia de secreciones, exudados, radioterapia, terapia farmacológica y estasis venosa (Bermejo, J. 2003).

La gestión del cuidado del paciente juega un papel primordial; tanto para prevenir la aparición de la UPP, como para conseguir su curación, y demuestran la pericia del profesional enfermero en pleno ejercicio (Izquierdo, 2005) La Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que la presencia de úlceras por presión es un indicador de la calidad asistencial; es decir, un indicador cualitativo de la calidad de los cuidados de enfermería, tanto a pacientes que las presentan como a los que corren riesgo de presentarlas, siendo una causa importante de morbilidad en las diferentes instituciones de salud. Por ende, el cuidado de la piel en pacientes adultos mayores “ancianos”, hoy en día ha despertado una preocupación en el mantenimiento de la integridad de la piel, siendo una necesidad básica del paciente. El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), calcula que su incidencia en la población general es 1.7% entre 55 y 69 años y 3.3% entre 70 y 75 años. Asimismo, se estima que el 60% se desarrollan en el hospital y más del 70% de las úlceras por presión ocurren en mayores de 70 años; teniendo un porcentaje de prevención de un 95%; por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos. En el Perú, a nivel hospitalario, existe una prevalencia de 11 a 16%; frente a esta situación, se debe considerar que la población peruana está convirtiéndose en una sociedad de adultos mayores “gerontes”, con las características propias de una cultura generacional y social; estimaciones apuntan que en el 2025 la población de adultos mayores alcanzará 12,6%. (Bermejo, J. 2003).

Se estima que al menos un 95% de las UPP serían evitables. Entre las diversas medidas utilizadas en la prevención de UPP destacamos las estrategias orientadas al cuidado de la piel; Se considera la piel seca como un factor de riesgo significativo e independiente para el desarrollo de UPP. Por lo tanto, una piel en óptimas condiciones va a ser más resistente a determinadas situaciones externas. Entre las medidas presentadas en las Directrices Generales sobre Prevención de las úlceras por Presión del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas en el año 2003 en lo que destacamos, para el cuidado general de la piel, medidas como aplicar cremas hidratantes y

valorar la posibilidad de utilizar productos con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas de riesgo de desarrollo de UPP cuya piel esté intacta, así como proteger la piel del exceso de humedad y el control y manejo de presiones (Llácer Pérez y col. 2006).

La UPP es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. En nuestro país, a pesar del esfuerzo que se realiza en todos los niveles de atención para prevenir y controlar la incidencia de UPP, sigue constituyendo un problema importante, y su incidencia se incrementa en las unidades de Hospitalización, pues la piel de los enfermos de terapia se encuentra muy vulnerable y está en continuo peligro de sufrir daño. Diversas son las causas que facilitan la aparición de úlceras por presión, como son: mal estado general, deshidrataciones, presencia de secreciones, exudados, radioterapia, terapia farmacológica y estasis venosa (Bermejo, J. 2003).

La gestión del cuidado del paciente juega un papel primordial; tanto para prevenir la aparición de la UPP, como para conseguir su curación, y demuestran la pericia del profesional enfermero en pleno ejercicio (Izquierdo, 2005)

El aceite de oliva se venía usando ya en la Grecia y Roma antiguas.; encontramos referencias en textos hipocráticos en los que se indicaba la aplicación de aceite de oliva en el tratamiento de úlceras en la cabeza. El aceite de oliva es rico en ácidos grasos esenciales, como los ácidos oleicos y linoléico, Fito esteroides y escualeno, todas estas moléculas confieren al aceite de oliva unas propiedades excepcionales a nivel de la piel, aumentando su hidratación y ejerciendo una acción protectora, emoliente y regeneradora; posee una actividad protectora, útil en productos solares y presenta propiedades calmantes y revitalizantes en el tratamiento del eritema en preparados para después del sol, así como en el tratamiento de quemaduras de tercer grado en ratas de laboratorio.(Barbancho, F.2004)

Basándome en las características de este producto y al no existir estudios que lo comparen con los utilizados rutinariamente, se plantea demostrar “la eficacia del aceite de oliva en la presentación de las Úlceras por presión en un grupo de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital de Essalud de Chimbote.”

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la eficacia del aceite de oliva en la prevención de úlceras por presión, en relación con el uso de las cremas tradicionales en pacientes adultos mayores hospitalizados en Essalud Chimbote 2017?

1.2.2 Problemas específicos

- Cual es la eficacia del aceite de Oliva en la prevención de úlceras por presión en los pacientes postrados adultos mayores hospitalizados en Essalud de Chimbote?
- Cuál es la eficacia de las cremas tradicionales en la prevención de úlceras por presión, en los pacientes adultos mayores hospitalizados en Essalud de Chimbote?
- ¿Qué relación de eficacia tiene el uso de las cremas tradicionales, con el aceite de oliva en la prevención de las Úlceras por presión en los pacientes adultos mayores hospitalizados en Essalud de Chimbote?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la eficacia de la aplicación tópica del aceite de oliva en la prevención de Úlceras por Presión, en relación con las cremas tradicionales en pacientes Adultos mayores postrados en el servicio de Emergencia- Medicina del Hospital III Es salud Chimbote. 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

1.- Identificar la eficacia de la aplicación tópica del aceite de oliva en la prevención de UPP en pacientes Adultos Mayores postrados en el servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote.

2.- Identificar la eficacia de la aplicación tópica de las cremas tradicionales en la prevención de UPP, en los pacientes Adultos Mayores postrados en el servicio de Emergencia- Medicina de Es salud Chimbote.

3.- Demostrar la relación de eficacia entre la aplicación del aceite de Oliva y las cremas tradicionales en la prevención de las Ulceras por Presión en los pacientes Adultos Mayores postrados Hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote.

1.4 Justificación de la investigación

Se ha evidenciado según estudios, la preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría de las UPP que presentan los pacientes son evitables, como lo menciona un estudio realizado en el Hospital de Navarra - España, que nos dice que el 95% de las UPP son evitables y aún más que otro porcentaje importante, el 60%, de estas serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración y riesgo de UPP, en los centros Hospitalarios de salud, que es donde con mayor frecuencia se presentan (Silvestre, 2000).

La prevención se refiere a las actividades dirigidas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. En otras palabras, prevenir significa inhibir el desarrollo de la enfermedad; reducir el progreso y proteger al organismo de efectos dañinos futuros (Orellana, 2007) A pesar del esfuerzo que se realiza en todos los niveles de atención para prevenir y controlar la incidencia de úlceras por presión, sigue constituyendo un problema importante de salud y su incidencia se incrementa, constituyendo un reto para los profesionales de la salud. Por esta razón, los profesionales de enfermería tienen una vital importancia, ya que son los encargados de establecer un plan de cuidados para prevenir su aparición (Bautista, 2004). La prevención de las UPP se convierte en un tema de interés para los profesionales de salud, pues se ha convertido en uno de los indicadores de un buen cuidado de enfermería, ya que determina la efectividad del cuidado de la piel dado por el profesional que desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud. (Candela Zamora MD, 2010)

En la ciudad de Chimbote existen Instituciones de Salud que prestan atenciones relacionados a la Prevención, rehabilitación y tratamiento oportuno, según los niveles de atención. Así pues, hay 3 sectores grandes que cubren la atención de Salud, MINSA que atiende al 45 % de la población, ESSALUD que atiende al 35%, el 10 % se atienden en las

clínicas privadas y un 10 % no se atiende en ninguno Centro Asistencial y son atendidos en las farmacias o usan la medicina complementaria.(INEI 2012).

El Hospital III Essalud Chimbote, pertenece a un Nivel de atención II-III presenta Servicios de atención como Emergencia, Medicina, Ginecología, Cirugía, Pediatría, etc. Con una cobertura de 35 % de toda la población del cual, en un alto porcentaje son personas adultos mayores (jubilados), y de ellos el 60 % se enferman por tener muchos factores de riesgo, como la edad, Enfermedades Degenerativas, inmovilidad secundaria por un accidente cerebro vascular, mala nutrición, incontinencia fecal y/o urinaria, fracturas, piel seca y regeneración epidérmica lenta, epostación en cama, que usan pañales, sonda nasogástricas para alimentación, sondas Foley para eliminación urinaria, presentan vías periféricas para tratamientos endovenosos, catéter venosos centrales etc., son características para adquirir úlceras por presión. El Servicio de Emergencia, cuenta con 14 camas y demás son camillas que llegan en un promedio de 40, de los cuales diariamente todas son ocupadas por adultos mayores que ocupan el 75 % entre ambos sexos según los archivos del año 2015. (Libro de ingresos). De esta cantidad de pacientes, el 10 % ingresa con úlceras de presión o zonas de presión, y el 20 % se forman en el servicio, por lo que es preocupante para la Institución, ya que hay un costo social alto por las estancias prolongadas altas, mayor uso de medicamentos, materiales, ropas, alimentación, infecciones intrahospitalarias, etc. (Libro de Ingresos)

Por ello, en el Servicio de Emergencia-Medicina, el profesional de enfermería preocupados por esta alta incidencia de UPP, ha tomado acciones preventivas como una alternativa de usar el aceite de Oliva, cada doce horas, mañana y noche, como una acción preventiva, durante la permanencia de su Hospitalización. Por lo que es relevante e importante el presente estudio ya que implica disminuir gastos y costos tanto para la Institución como para las familias chimbotanas ya que es una alternativa de tratamiento mejorando la calidad de vida del paciente adulto mayor. Por lo que la Justificación se reduce en 3 aspectos:

Justificación Teórica. - Se requiere tomar conocimiento, analizar y alcanzar las síntesis de las teorías que describen, explican, y respaldan las hipótesis que existe una significativa influencia entre el uso del aceite de oliva y las cremas tradicionales.

Justificación Metodológica. - Se requiere diseñar y aplicar la metodología pertinente que permita determinar la forma o grado de acción que tiene el aceite de oliva en relación a las cremas tradicionales que es objetivo de la presente investigación.

Justificación Práctica. - Ante esta problemática se demuestra la mejor efectividad entre la aplicación tópica del aceite de oliva y la aplicación de las cremas tradicionales para evitar las úlceras por presión. Es necesario aplicar el diseño experimental, que consiste en aplicar las cremas tradicionales y el aceite de oliva en los pacientes evaluados de riesgo, para evitar las úlceras por presión, que se encuentran hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina del hospital Essalud de Chimbote, según la metodología descrita.

1.5 Delimitaciones del estudio

El presente estudio está delimitado según 4 ejes:

- a.- Delimitación Espacial: Se realizó en el Hospital Essalud de Chimbote. Servicio de Emergencia – Medicina.
- b.- Delimitación Temporal: Se realizó durante el mes de Enero a Febrero del 2017 hasta que se evaluó los 20 casos por 15 días cada uno.
- c.- Delimitación del Universo: Está conformado por los 20 adultos mayores (mayor de 60 años) que ingresaron al Servicio de Emergencia para ser atendidos y que aceptaron entrar a la investigación.
- d.- Delimitación del Contenido: Esta delimitado por demostrar la Eficacia del aceite de oliva en relación con las cremas comunes, en la presentación de UPP en los adultos mayores hospitalizados en Essalud de Chimbote, Servicio de Emergencia y Medicina, durante los meses de Enero a Abril del 2017.

1.6 Viabilidad del estudio

El Presente Estudio de Investigación es viable ya que se cuenta con el apoyo de la Jefatura del Servicio de Enfermería, Apoyo del Departamento de Emergencia y el personal que

labora en el Servicio. Además, la Investigadora trabaja en el mismo servicio hace 11 años y fue capacitada en manejo de Ulceras por presión en pacientes postrados.

Así mismo, el tiempo programado no es muy amplio y no perjudica la atención a los pacientes, más bien nos aporta soluciones, contando con los recursos materiales siendo autofinanciado por el mismo investigador.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

- Díaz, A., y otros, (2009) Realizaron la Investigación “Efectividad del aceite de Oliva en la prevención de las UPP frente a los ácidos hiperoxigenados, resultados intermedios de un estudio no inferioridad. España”, los objetivos fueron; a) Evaluar la eficacia de la aplicación tópica de aceite de oliva virgen extra en la prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes ancianos, en comparación con los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), medida por la incidencia de UPP. b) Determinar la seguridad terapéutica (efectos adversos) de la aplicación tópica de aceite de oliva virgen extra. La hipótesis por contrastar es que la incidencia de UPP en el grupo tratado con el preparado de aceite de oliva no es superior a la incidencia de UPP en el grupo tratado con AGHO, estableciendo un margen de no inferioridad del 7%. Fue un ensayo Clínico de no inferioridad, multicéntrico, aleatorizado y controlado, con doble enmascaramiento. El tamaño de muestra estimado es de 560 personas, Teniendo los resultados con una muestra de 247 residentes de 12 residencias. Ambos grupos son equivalentes al inicio. La incidencia de UPP en el grupo del aceite de oliva fue del 7,1% (8 de 112 residentes) y del 6,8% (8 de 117 residentes) en el grupo de AGHO, con una diferencia de incidencias del 0,31% (intervalo de confianza al 90% = -6,19% a +5,47%) que está dentro del margen de no inferioridad establecido de $\pm 7\%$ y apoya la hipótesis inicial. No se observó ningún efecto adverso en ninguno de los grupos.

- Jordán y Clark; (1998.) Realizaron la investigación “Prevalencia de las úlceras por presión (UPP) entre los ancianos que residen en el Hospital Insular de Lanzarote”- España. Investigación que tuvo como objetivo; Analizar la prevalencia de las úlceras por presión (UPP), Determinar las características de situación mental, física y nutricional de los pacientes que presentan UPP y los que no, teniendo como conclusiones: La edad media de la población en estudio fue de 81.25 años. En cuanto a la estancia media de dichos pacientes fue de 33,76 meses, aunque un 15% de ellos llevaban más de 5 años. También se encontró que en un 12% de los casos se presentaban úlceras por presión, siendo esta prevalencia similar a la del ingreso en el hospital. En cuanto al grado observamos: grado I con 25%, grado II 15%, grado III 16.7% y grado IV un 33.3%. Es llamativo el hecho de que el 83.3% de los ancianos afectados de UPP presentaban deterioro cognitivo frente al 62.5% encontrado entre los que no padecían úlceras. En la Residencia de Asistidos el porcentaje de ancianos que padecían demencia fue un 36%. Un factor importante en la aparición de UPP, es la incontinencia (urinaria y fecal) alcanza cifras no despreciables en nuestra población, así la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 75%, y la fecal era en el momento del estudio padecida por el 67% de los que tenían UPP y el 46.6% de los que no presentaban dichas lesiones.

- C. Silvestre, L. Doménech, (1998), Realizaron la Investigación “Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra”, 1997-1998; España. El presente estudio pretende evaluar la prevalencia en los dos últimos años comparando: la prevalencia de pacientes ulcerados, la valoración de riesgo de desarrollar úlceras y los factores asociados al desarrollo de úlceras. El estudio tuvo un diseño transversal y los resultados muestran: Una disminución de los pacientes de riesgo y de la prevalencia de úlceras en 1998 respecto al año anterior. Esta disminución podría ser debida a una detección más precoz del riesgo, por medio de las escalas valorativas Norton y Bradem que hubiera dado lugar a la instauración inmediata de cuidados preventivos en los pacientes de mayor riesgo. Esta deducción está basada en el hecho de que todos los pacientes ulcerados

(excepto uno) en 1998 habían sido considerados de riesgo y de inmediato han recibido cuidados preventivos. En 1998, aumenta el número de pacientes de riesgo en el momento del ingreso, hecho que puede estar explicado porque también se dobla el número de pacientes valorados al ingreso.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Chigne, O., (1999) en su investigación: “Aplicación de Escala de Norton para Evaluar riesgo de úlceras por presión en pacientes adultos mayores hospitalizados”- 1998-1999, determino la prevalencia del riesgo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados en el hospital Nacional Cayetano Heredia; el estudio fue de tipo descriptivo – transversal. Los resultados fueron; que, del total de la muestra, un 29.00 % está constituido por adultos mayores con alto riesgo a U.P.P. Así mismo el 63.2% son mayores de 85 años, con mayor incidencia el sexo femenino. El 100% de la muestra con más de 10 diagnósticos médicos tenían riesgo de U.P.P, de este grupo el 66.7% presento algún grado de inmovilismo, el 54.7% tienen algún grado de dependencia y el 38.1% de los adultos mayores tenían una mala condición física.

Salvador Neyra, Genoveva Clara, (1995) investigó la Influencia de la participación de los familiares en la prevención de complicaciones en pacientes hemipléjicos, consultorios de Neurología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El estudio fue de tipo descriptivo, exploratorio, prospectivo y de corte transversal con método probabilístico con una muestra de 30 familiares de pacientes hemipléjicos obteniendo las siguientes Conclusiones: La presencia o ausencia de complicaciones en el paciente hemipléjico refleja la calidad de su cuidado y la importancia que se dé a las medidas preventivas.

- Cerdán R, E y Cols (2001) Realizaron la Investigación. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica angloamericana 2007. Sus objetivos fueron: Determinar los factores de riesgo para el desarrollo de UPP en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA, durante el mes de Enero – Febrero – Marzo del 2007. Identificar los factores

permanentes para el desarrollo de UPPI, en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA, Identificar los factores variables para el desarrollo de UPPI, en los pacientes hospitalizados en la UCI de la CAA. El diseño del estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo; método descriptivo, de corte transversal, con un enfoque epidemiológico. El estudio se realizó en la UCI de la Clínica Angloamericana; durante los meses de Enero – Febrero – Marzo del 2007. La población estuvo compuesta por 100 pacientes que son todos los pacientes que se hospitalizaron en la unidad durante los meses de enero a marzo del 2007. Sus resultados fueron: Que del total de pacientes ingresados (100 pacientes) el 20%(20) presenta UPP, de éstos el 60% (12) tuvo una edad entre 40 y 64 años y 40% (8) comprende las edades mayor o igual a 65 años; tenemos también que el 60% (12) son de sexo masculino y el 40% (8) restante son de sexo femenino. Así mismo del 100% (100 pacientes hospitalizados) el 48% (48) ingresan por insuficiencia respiratoria (IR), 16% (16) ingresan por Síndrome Isquémico Coronario Agudo (SICA), 12% (12) ingresa por desorden cerebrovascular (DCV), 8% (8) ingresa por Traumatismo encéfalo craneano (TEC), y el 16% (16) ingresa por otro diagnóstico, evidenciándose que en la mayoría de pacientes se utilizó tubo endotraqueal (TET), oxigenoterapia según el tipo de IRA y la colocación de Sondas nasogástrica u oro gástrica, ya sea para alimentación o evacuación. Se observa en el gráfico que del 100% (20 pacientes), el 40% (8) de los pacientes que presentan UPP tienen como tratamiento la sedo analgesia, mientras que el 60% (12) restante no presenta ninguna de las indicaciones descritas. Se observa en el gráfico que del 100% (100) de los pacientes hospitalizados 92% (92) fueron adecuadamente valorados y se realizaron las medidas preventivas y curativas necesarias para evitar las UPPI o su progreso y 8% (8) no valora adecuadamente y no realiza medidas preventivas y curativas necesarias. En el gráfico se observa que del 100% (100) de pacientes que se hospitalizaron en Enero – Febrero – Marzo del 2007, 20% (20) presentaron UPP, de las cuales un 60% (12) fueron de I grado y el 40% (8) restante fue de II grado.

- Correa U., G. (2000) investigó acerca de La Atención de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes con limitada movilidad del Instituto de

Ciencias Neurológicas Oscar Trelles Montes. El estudio fue de tipo cuestionario y la investigación de tipo descriptivo explicativo, de corte longitudinal prospectivo de diseño de 20 observaciones considerándose una muestra de 15 enfermeras y los pacientes con limitada movilidad obteniendo los siguientes resultados: El 26% tuvo alto riesgo de UPP, el 24% de riesgo moderado y el 50% sin riesgo, además sostuvo que las mujeres tienen mayor índice de riesgo de presentar úlceras por presión con un 18% en relación a los hombres con 16%, y el grupo etareo con mayor riesgo de presentar úlceras por presión fluctúa entre 40-49 y 60-69 años correspondiendo al 24% de la muestra.

- Izquierdo, F., (2005) investigó La Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. El estudio fue de tipo descriptivo prospectivo y Correlacional, con un tamaño muestral de 100 pacientes mayores de 60 años obteniendo las siguientes Resultados: De 100 pacientes que fueron sometidos al estudio el 47% tuvo alto riesgo de UPP, el 8% de riesgo moderado y el 45% sin riesgo, de los cuales 16 adultos mayores hacen algún grado de UPP durante su permanencia en el servicio de medicina; siendo las úlceras de II grado de mayor incidencia y la zona afectada fue la región sacra.

- Lozano, P., (2003) investigó la “Actitud de las enfermeras en prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el paciente hospitalizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martín. El instrumento que utilizó fue la escala de Norton, y los diagnósticos fueron neumonía y accidente cerebrovascular, Así como también Infecciones de vías Urinarias, malnutrición, riesgo moderado y alto para desarrollar úlcera de presión de ingreso, uso de catéter vesical, sujeción mecánica, dispositivos externos locales en zonas de prominencias óseas, la presencia de cuidador y el desarrollo de infección pulmonar Intrahospitalaria. Llegaron a las conclusiones, que la úlcera de presión es una condición frecuente en el adulto mayor hospitalizado y los factores asociados a su aparición fueron malnutrición y Sujeción mecánica. El Instrumento Likert modificada y la investigación es de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal con un nivel aplicativo, con un tamaño

muestral de 42 enfermeras que cuenta el hospital obteniendo los siguientes Resultados: La actitud de las enfermeras en relación a las medidas preventivas y de tratamiento de las úlceras por presión en el paciente son favorables en el 100%.

- Peralta V., C., y Cols (2009) Realizaron el trabajo Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. Los objetivos fueron Determinar la frecuencia de casos de úlcera de presión y los factores asociados más importantes para su aparición en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina de un hospital general. El estudio fue prospectivo, observacional. Se estudiaron a todos los pacientes mayores de 60 años, hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre diciembre de 2006 y abril de 2007. Se evaluaron diferentes variables demográficas, clínicas, así como diversos síndromes geriátricos; en dos grupos de pacientes, quienes desarrollaron úlcera de presión y los que no desarrollaron úlcera de presión. Se utilizó chí cuadrado y el análisis multivariado para determinar asociación estadística. Los resultados fueron: La población fue de 463 adultos mayores, la frecuencia de casos de úlcera de presión fue 11,4%. Las variables que estuvieron asociadas con el desarrollo de úlcera de presión, con una significancia estadística en el análisis univariado fueron: edad mayor de 70 años, dependencia parcial o total, deterioro cognitivo moderado o severo, incontinencia

2.2 Bases teóricas

Las úlceras por presión son lesiones isquémicas, es decir, por falta de riego sanguíneo, que provocan la muerte de tejidos y posterior necrosis, comenzando en la piel. En general se producen en sitios donde existen prominencias de los huesos, que al comprimir la zona de apoyo entre éste y el resto de cuerpo situado superficialmente provocan la disminución o la suspensión del flujo de sangre, con el consiguiente daño a los tejidos. Dichos sitios pueden ser sometidos a presión intensa durante un período corto o a presión menos intensa, durante un tiempo más prolongado, siendo ambas alternativas potencialmente dañinas para la piel. (Dueñas, 2004)

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. (Dueñas, 2004). Las úlceras por presión (UPP) también pueden definirse como “cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición. Se desecha en la actualidad el término úlcera por decúbito por no hacer referencia a la presión, factor determinante en su aparición, y por excluir a la que no han aparecido en decúbito”. (Ascardoso, 2002).

Definición clásica: ”. (Javier Colina, 1988).”La U.P.P. es la lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro”. Se estima que al menos un 95% de las UPP serían evitables. Entre las diversas medidas utilizadas en la prevención de UPP destacamos las estrategias orientadas al cuidado de la piel. Se considera la piel seca como un factor de riesgo significativo e independiente para el desarrollo de UPP. Por lo tanto, una piel en óptimas condiciones va a ser más resistente a determinadas situaciones externas. Entre las medidas presentadas en las Directrices Generales sobre Prevención de las úlceras por Presión del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas en el año 2003 en lo que destacamos, para el cuidado general de la piel, medidas como aplicar cremas hidratantes y valorar la posibilidad de utilizar productos con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas de riesgo de desarrollo de UPP cuya piel esté intacta, así como proteger la piel del exceso de humedad y el control y manejo de presiones (Candela-Zamora, Martín- y cols. 2010).

En las causas Intervienen dos factores relacionados, por una parte existe un factor extrínseco que únicamente es la presión que se realiza sobre un tejido concreto y que representa el motivo primordial para desarrollar la úlcera, pero podemos decir que la aplicación sobre cualquier zona del cuerpo de una presión de 50-60 mm Hg/cm² produce una isquemia localizada, sufriendo en primer lugar las consecuencias de la presión aquellos tejidos situados próximos al hueso, por lo que la mayor necrosis de los tejidos se produce en las zonas más profundas (B D. , 2001). Por otra parte, podemos distinguir un factor

intrínseco, que son las respuestas biológicas en las diferentes patologías las que reducen el gradiente de presión necesario para interrumpir la vitalidad de los tejidos. (B D., 2001)

Epidemiología e Incidencia: La incidencia real de las lesiones por presión es muy difícil conocerla con exactitud, ya que existe un gran número de úlceras que son tratadas en el domicilio del enfermo, sin que queden recogidas en ningún registro; además, muchas de las ulceraciones que aparecen en los enfermos crónicos hospitalizados o en asilos, no se les concede ninguna importancia y por tanto no son recogidas como una enfermedad, por lo que es muy difícil realizar una estadística médica fiable. La mayor incidencia se presenta en la población mayor de 65 años con el 60%, pero ninguna zona del cuerpo es inmune al desarrollo de úlceras, sin embargo, la cintura pélvica es la que arroja el mayor porcentaje de localización, concretamente la zona sacra, isquiática y trocantérea, representando más del 75%; en los pacientes ambulatorios, es frecuente observar úlceras en el maléolo interno del pie o en el talón con el 9%, que por ser de escasa extensión y profundidad pueden ser tratadas en su domicilio; sin embargo, en pacientes postrados en cama en unidades de cuidados intensivos, una de las localizaciones más frecuentes son la región sacra y los talones, ya que permanecen durante mucho tiempo en posición decúbito supino. (Álvarez, 1998)

Fisiopatología: Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea en un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y huesos. (Álvarez, 1998).

Síntomas y tratamiento según las fases: Las UPP, se caracterizan por la severidad, que van desde la Etapa I o eritema (los signos iniciales) hasta la Etapa IV o de contracción (los más graves) .(Álvarez, 1998)

Clasificación del NPUAP/EPUAP de las úlceras por presión

Fase I o Eritema: Caracterizada por un enrojecimiento persistente sobre una prominencia ósea. Este eritema indica que se ha llegado al límite de tolerancia de la piel a la presión, por eso, esta fase constituye el punto de alarma inicial para la formación de una ulceración, y representa la única fase reversible de la misma. Durante esta fase, si se elimina la presión persistente, conseguiremos evitar la aparición de una necrosis tisular profunda que constituiría el punto de partida de una UPP. Por eso, durante esta fase, los esfuerzos terapéuticos deben ir encaminados a la prevención. .(Álvarez, 1998)

Fase II o de Escara: Si continúa la presión, se producirá una necrosis tisular de la parte de tejido comprendida entre la piel y el hueso subyacente, que se traducirá en la aparición de una placa oscura, de aspecto seco, que se mantiene así durante varios días y que, progresivamente, va experimentando un reblandecimiento progresivo por los bordes, comenzando a macerarse para finalizar formando gruesos esfacelos húmedos que progresivamente se eliminan, ya sea de forma espontánea o por sucesivas escarectomías quirúrgicas. .(Álvarez, 1998)

Fase III o de Detersión: En esta fase la úlcera se presenta como una resequeidad profunda, con la aparición de esfacelos necróticos y restos de fibrina en el fondo y con un tejido recubierto de un exudado purulento y maloliente como consecuencia de los productos de invasión bacteriana y la destrucción de tejidos desvitalizados. En muchas ocasiones, el aspecto externo de la úlcera puede llevar a engaños, ya que se presenta con un orificio externo pequeño que deja en el interior una importante cavidad o saco ulceroso. Durante la fase de escara y de detersión el desbridamiento quirúrgico debe realizarse diariamente mediante pinzas y bisturí estériles, cumpliendo todas las medidas de asepsia necesarias, puede realizarse en la propia cama del paciente; salvo desbridamientos muy amplios se harán en quirófano o en una sala adecuada. Aunque existen en el mercado diferentes agentes desbridantes enzimáticos, ninguno de ellos se ha mostrado más efectivo que el desbridamiento quirúrgico, pudiendo además causar complicaciones infecciosas añadidas si no se retira completamente la crema con cada cura. Para evitar dolor durante estas operaciones se aconseja usar un analgésico tópico (gel de lidocaína al 2%). Si se presenta

hemorragia puede realizarse control mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Si no cede la hemorragia habrá que recurrir a la sutura del vaso sangrante; una vez controlada se debe emplear un apósito seco de 8 a 24 horas y cambiarlo posteriormente por uno húmedo. (Álvarez, 1998)

Fase IV o de Contracción: Una vez formado el tejido de granulación, comienza la reparación espontánea con la proliferación del epitelio marginal de la úlcera. Los bordes de la UPP presentan una progresiva contracción, reduciendo paulatinamente el tamaño de la lesión. Esta fase se caracteriza por la reaparición de gérmenes Gram positivos y la reducción significativa del exudado purulento, que representan un signo del inicio de los fenómenos de reparación espontánea, condición necesaria para poder emprender los procedimientos quirúrgicos necesarios para el cierre de la úlcera, con las máximas garantías de éxito. Cuidados paliativos: Que un paciente sea terminal no significa que debemos ceder, fallar, rendirse al contrario se debe seguir dando calidad de vida hasta el día en que fallezca. Por lo tanto no se debe culpar al entorno, ni realizar técnicas agresivas al contrario se debe mantener la herida limpia y protegida para evitar infección, utilizar apósitos que permitan distanciar la frecuencia de curas, evitar el dolor administrando su analgésico según tenga indicado, y el mal olor utilizando (apósitos que absorben los olores como por ejemplo: Carbonet. Cuando ya se tienen pacientes que presentan una lesión ulcerada por presión se debe evaluar periódicamente el número, tamaño, estadio y localización, “cambios en cuanto al olor, aparición de eritema perilesional, purulencia, grado de extensión del tejido necrótico, profundidad, lentitud en la cicatrización e indicios de infección”. (B D., 2001)

Escala de Bradem – Bergstrom

La escala de valoración del riesgo de UPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP. Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea se opta por la escala de Bradem Bergstrom, propuestas también en la Nursing Interventions Classification (NIC) y por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión (GNEAUPP). Esta escala tiene 6 categorías que son: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad,

movilidad, nutrición y roce/peligro de lesiones cutáneas. El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgo: • < 12 = riesgo alto • 13 – 15 = riesgo medio • 16 – 18 = riesgo bajo • > 19 = sin riesgo (Candela Zamora MD, 2010).

ESCALA DE BRADEN

Riesgo de úlceras por presión.
 Braden-bergstrom <13 = alto riesgo
 Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado
 Braden-bergstrom >14 = bajo riesgo

| | Percepción sensorial | Exposición a la humedad | Actividad | Movilidad | Nutrición | Riesgo de lesiones cutáneas |
|---|------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | Completamente limitada | Constantemente húmeda | Encamado | Completamente inmóvil | Muy pobre | Problema |
| 2 | Muy limitada | Húmeda con frecuencia | En silla | Muy limitada | Probablemente inadecuada | Problema potencial |
| 3 | Ligeramente limitada | Ocasionalmente húmeda | Deambula ocasionalmente | Ligeramente limitada | Adecuada | No existe problema aparente |
| 4 | Sin limitaciones | Raramente húmeda | Deambula frecuentemente | Sin limitaciones | Excelente | |

El aceite de oliva es un aceite vegetal de uso principalmente culinario que se extrae del fruto del olivo (*olea europea*), denominado oliva o aceituna. Casi la tercera parte de la pulpa de la aceituna es aceite y, por esta razón, desde la antigüedad se ha extraído fácilmente con una simple presión ejercida por un molino. En España, las instalaciones donde se obtiene el aceite reciben el nombre de almazara. Su uso es fundamentalmente culinario, pero se ha empleado para usos cosméticos, medicinales, religiosos y para las lámparas de aceite. La oliva o aceituna no se suele comer cruda debido a la amargura de su sabor (debida principalmente a la presencia de compuestos fenólicos), este sabor se reduce

en gran medida mediante la aplicación de diversos procesos de macerado. No obstante, el 90 % de la producción mundial de olivas se emplea en producir aceite. (CARRILLO, 2009)

El aceite se extrae de aceitunas maduras de entre seis y ocho meses, justo en el momento que contienen su máxima cantidad de aceite lo que suele ocurrir a finales de otoño. Las aceitunas se someten a una primera presión con el objeto de extraer su zumo; la calidad del aceite depende en gran medida del procesado posterior. (C, 2014)

La legislación de la Unión Europea solo permite comercializar al por menor las siguientes categorías de aceite de oliva:

Aceite de oliva virgen extra

Este tipo de aceite es de máxima calidad, se obtiene directamente de aceitunas en buen estado únicamente por procedimientos mecánicos, con un sabor y olor intachables y libre de defectos, no pudiendo sobrepasar su grado de acidez los 0,8°, expresado en porcentaje de ácido oleico libre. La mediana de defectos ha de ser igual a 0 y la mediana de frutado mayor de 0.

Aceite de oliva virgen

Este aceite sigue los mismos parámetros de calidad que el aceite de oliva extra, en cuanto a los métodos de obtención. La diferencia es que no puede superar los 2° de acidez. La mediana de defectos tiene que ser inferior a 3,5 y la mediana de frutado mayor de 0. En otras palabras, los defectos deben ser prácticamente imperceptibles para el consumidor.

Aceite de oliva - contiene exclusivamente aceites de oliva refinados y aceites de oliva vírgenes

Es una mezcla de aceite de oliva refinado, que es el obtenido a partir del refinado de los aceites defectuosos, que no han alcanzado los parámetros de calidad anteriormente citados y de aceite de oliva virgen o virgen extra. Como observaremos, ha perdido la palabra "virgen". Ello es debido a que en el proceso de elaboración del aceite refinado se utilizan otros procesos químicos o térmicos de limpieza de aromas, sabores y colores. (CARRILLO, 2009)

El aceite de oliva es rico en ácidos grasos, donde el ácido oleico (ácido graso mono insaturado del aceite de oliva) es el más abundante de sus componentes, lo que constituye

un 75% respecto al total de ácidos, siendo dos de ellos el ácido linoleico y el linoleico. Estos ácidos grasos son conocidos como AGE y no son sintetizados por nuestro organismo. Además de ácidos grasos, el aceite de oliva también contiene una fracción insaponificable que incluye hidrocarburos terpenos, esteroides, tocoferoles, compuestos fenólicos y aromáticos. (Candela Zamora MD, 2010).

El aceite de oliva virgen extra (AOVE) (C, 2014) “E (Candela Zamora MD, 2010)s un aceite de oliva virgen con una acidez libre o igual o inferior a 0,8 grados, sin defectos organolépticos y con presencia del atributo afrutado de la aceituna. Para la obtención de este tipo de aceite, la aceituna es recogida en su momento óptimo de madurez y sigue un proceso de elaboración minucioso. Los beneficios que el AOVE tiene a nivel cutáneo son variados: aportan hidratación en pieles sanas y contribuyen a repararla en aquellas que están deterioradas de forma rápida. También, por sus propiedades antiinflamatorias permiten acelerar los procesos de curación y cicatrización. El empleo del aceite de oliva se ha llevado a cabo en diversos experimentos con animales de laboratorio. Se ha mostrado que el ácido oleico y el linoleico aceleran el proceso de cicatrización en el estudio de Cano y Cols, realizado en ratas de laboratorio. En otro estudio llevado a cabo por Sakazaki y Cols. en modelos de ratón con UPP, la aplicación de aceite de oliva ozonizado mejoró la formación de tejido de granulación 10 días después de la aplicación, mostrando que el aceite de oliva ozonizado era eficaz en la curación de heridas y de UPP. (Candela Zamora MD, 2010).

Propiedades nutricionales del Aceite de Oliva.

A temperatura ambiente los lípidos pueden ser sólidos, a lo que se le denomina "grasas concretas" (o simplemente grasas), si a temperatura ambiente los lípidos se presentan como líquidos se denominan "aceites". El aceite de oliva es líquido a temperatura ambiente. El aceite de oliva posee algunas propiedades características de todos los aceites vegetales, así como otras particulares de la aceituna. Una de las principales propiedades se deriva de su alto contenido de ácido oleico. (Cano C, 2002)

Un aceite de oliva virgen que por su olor y sabor resulte defectuoso así como por tener una acidez superior a 2 %, se conoce como aceite de oliva lampante; este nombre hace referencia al empleo que se hacía de él hasta hace pocos años, ya que se usaba para la iluminación con lámparas o lucernarios. Una vez refinado y casi desprovistos de sabor, olor y color se encabezan con aceites de oliva vírgenes aromáticos y afrutados (esta operación se denomina encabezar) siendo así aptos para el consumo, y se conocen como aceite de oliva refinado. (Cano C, 2002)

El aceite de oliva virgen extra es muy beneficioso para la salud, está recomendado para todas las edades. Algunas de las ventajas que nos ofrece el consumo del aceite de oliva son:

Contiene vitamina E: que previene de la oxidación del colesterol malo LDL, lo que daría lugar a la aparición de placas de ateroma o arterioscleróticas, que impiden el correcto flujo sanguíneo a través del sistema arterial. Por su contenido en vitamina E y el efecto antioxidante de esta sobre la membrana celular, el aceite de oliva está especialmente recomendado para la infancia y la tercera edad. (CARRILLO, 2009)

Polifenoles: poseen una acción antioxidante, previene el envejecimiento celular y también la formación de células cancerosas. Grasas monoinsaturadas: ayudan a reducir los niveles de LDL-colesterol o colesterol malo. En las personas diabéticas ayuda a rebajar los niveles de glucemia, por lo que necesitarían menos cantidad de insulina. (CARRILLO, 2009)

El aceite de oliva virgen extra se infiltra muy poco en el alimento, ya que las variaciones químicas que se producen en la fritura son pequeñas y lentas. Además, se realiza una costra en el alimento que no deja que se escapen sus constituyentes. Por lo que es el mejor aceite de oliva para realizar fritos. Ayuda al endurecimiento de los huesos, lo que beneficia mucho a las personas adultas. Evita la sobreabundancia de colesterol y ayuda a la asimilación de grasas, ya que favorece la síntesis hepática de sales biliares. Reduce el ácido de la mucosa esofágica, frena y regula el vaciado del estómago al duodeno, y descende la acidez gástrica, por lo que se reduce el riesgo de la aparición de úlceras gástricas. (Candela Zamora MD, 2010)

Según (CARRILLO, 2009) “La cantidad de ácidos grasos satisface totalmente las exigencias nutricionales. Las grasas (lípidos) son indispensables para el sostenimiento de la vida. Sus funciones de aporte energético al metabolismo se complementan además con otras funciones biológicas de gran importancia, tal y como: facilitadores del transporte y absorción de algunas vitaminas (denominadas liposolubles), precursor de algunas hormonas. La presencia de grasas hace de favorecedor de los sabores, haciendo que sean más apetecibles algunos alimentos. Se ha denominado al aceite de oliva como uno de los pilares de la llamada dieta mediterránea, debido al uso intensivo que de él se hace. Las dietas de las personas sedentarias en los países industrializados contienen entre un 30 % y un 45 % de grasas, los deportistas deberían reducir su contenido en un intervalo que va desde 25 % a 35 % y los ácidos grasos saturados por debajo de un 10 %. Las carencias de lípidos reducen el porcentaje hasta por debajo de 1 % en una dieta prolongada durante muchos meses. El aceite de oliva, debido a su procedencia vegetal, no posee esteroides en forma de colesterol. Aceite de oliva, tanto el virgen como el extra, son ricos en vitaminas A, D, E y K. Favorece la absorción de minerales como el calcio, el fósforo, el magnesio y el zinc; es eficaz en el proceso digestivo, evitando la acidez gástrica y facilitando el tránsito intestinal. Mejora el control de la presión arterial. Ayuda a controlar el nivel de glucosa en sangre. La elevada cantidad de polifenoles (un antioxidante natural) en el aceite de oliva ayuda y previene enfermedades degenerativas como el Alzheimer, y actúa contra el envejecimiento. Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, aumentando el HDL o colesterol bueno. (Candela Zamora MD, 2010).

Jeanne Calment, una de las personas con la longevidad confirmada más larga del mundo (122 años), decía que sus alimentos favoritos eran el aceite de oliva, el vino de Oporto y el chocolate. (Cano C, 2002)

COMPOSICIONES DEL ACEITE DE OLIVA

Según, (F, 2004) (DIAZ VALENZUELA A, 2014), el rendimiento de aceite de la aceituna es muy alto, dependiendo de la variedad, el porcentaje puede oscilar entre un 25 y un 30 % de aceite en cada aceituna. Las aceitunas poseen un glucósido amargo, oleuropeína,

que posee actividad antioxidante, que debe eliminarse mediante un tratamiento adecuado. En el caso del aceite de oliva este compuesto se elimina de forma natural durante el prensado en la almazara. De los componentes químicos que posee el aceite son en su mayoría ácidos grasos, como son el ácido oleico (casi un 75 %), siendo el siguiente el ácido palmítico, ácido linoleico. El aceite de oliva posee una cantidad moderada de Vitamina E (principalmente α -Tocoferol) y a pesar de poseer una baja cantidad de γ -Tocoferol el aceite de oliva es estable. Los componentes menores del aceite no se eliminan debido a que rara vez es refinado escualenos, esteroides, alcoholes, clorofila, carotenoides.

No obstante, se pueden resumir que existen en el aceite de oliva tres grandes grupos de sustancias, a saber:

Fracción saponificable: comprende el 98-99 % en el total de su peso. Está formada por los triglicéridos, ácidos grasos libres y fosfolípidos. Esta fracción está formada por un 75,5 % de ácido oleico (C18:1), un 11,5 % de ácido palmítico (C16:0) y por un 7,5 % de ácido linoleico (C18:2), además de otros ácidos grasos en concentración de trazas, como cafeico, margárico, esteárico, etc.

Fracción saponificable: constituye el 1,5 % en el total de su peso. Comprende los hidrocarburos como el hexenal, responsable del gusto herbáceo de un aceite de aroma frutado, alcoholes, esteroides y tocoferoles. No obstante, muchas marcas producen aceite mezclando algunas variedades de aceituna (usualmente dos o tres) para dar a su producto un sabor y aroma particular.

Cosmética e higiene

Posteriormente el aceite de oliva empezó a ser mezclado con hierbas aromáticas y esencias de flores para crear valiosos ungüentos aromáticos. Tanto en la cultura egipcia, micénica y romana se han encontrado multitud de referencias arqueológicas a los productos creados con aceite de oliva y sobre sus beneficios. Los atletas de la época clásica utilizaban siempre aceite de oliva para proteger su piel del sol, el calor y las caídas. Los gladiadores se untaban la piel con aceite para ser más resbaladizos y flexibles. Luego, los gladiadores y atletas se quitaban el sudor mezclado con aceite con una herramienta (el estrígilo) y este era vendido muy caro al público como emplasto y emoliente. (F, 2004)

Usos medicinales. - Este aceite ha estado presente en bálsamos, emplastes, ungüentos, linimentos y cataplasmas para quemaduras, durezas de la piel, otitis, heridas, torceduras y luxaciones. Mezclado con hierbas, como mirra y aloe, o con productos de fórmulas magistrales, ha servido para crear compuestos de purgas, lavativas y heméticos. También, es beneficioso para el hígado y la vesícula biliar, porque es un perfecto colagogo y colerético. Hoy se utiliza como excipiente y principio activo de muchos medicamentos.

CREMAS COMERCIALES - ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (AGHO)

Según E. Martínez Cuervo, Se Componen de Ácidos grasos esenciales (linoleico, palmítico y esteárico).

La Presentación: solución tópica en spray

Sus Propiedades, mejora la hidratación de la piel y evita la sequedad cutánea, aumentando su resistencia al rozamiento, mantiene el nivel de oxigenación de los tejidos de apoyo, aumentando la microcirculación sanguínea y evitando la isquemia tular. Impulsa la renovación celular dérmica.

Indicaciones: prevención de las úlceras por presión, tratamiento de las úlceras por presión de estadio.

(B S. , 1997)Contraindicaciones: sensibilidad a alguno de sus componentes

Las propiedades y beneficios de los ácidos grasos esenciales aplicados de forma tópica en la piel para la prevención y el tratamiento de diversas lesiones están ampliamente descritos en la literatura científica. Encontramos estudios que han demostrado que la aplicación tópica de ácidos grasos esenciales mejora la hidratación y la elasticidad de la piel, y puede prevenir la rotura de la piel en personas con estado nutricional deficiente. En el grupo de los ácidos grasos esenciales, los más conocidos y utilizados son los AGHO, que son productos compuestos por ácidos grasos esenciales que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenarían. Diferentes estudios han demostrado que los AGHO aumentan la microcirculación sanguínea, impulsan la renovación celular epidérmica reparando la

troficidad cutánea, mejoran el estado de hidratación de la piel evitando la sequedad cutánea y protegen frente a la fricción. (GALLART E, 2001)

Aunque los AGHO se empiezan a comercializar en España en 1995, no comenzaron a utilizarse de forma real hasta 1996 (Gallart E, Fuente saz C, y col.2001) y sería 5 años después, en 2001, cuando se realizó el primer estudio experimental para comprobar su efectividad en la prevención de UPP en pacientes ingresados y donde ya se pone de manifiesto que podrían constituir una medida efectiva en la prevención de UPP. Sin embargo, aún son pocos los estudios realizados, como muestra la revisión de Martínez Cuervo y cols., desarrollada en 2009, en la que se incluyen además de UPP, úlceras vasculares y úlceras de pie diabético, y donde tan solo se encuentran dos ensayos clínicos sobre la eficacia de los AGHO. No obstante, y a pesar de las evidencias científicas que demuestran que los AGHO son efectivos en la prevención de UPP, estos siguen siendo productos poco utilizados en el contexto socio sanitario. (GALLART E, 2001)

Existen guías de práctica clínica actualizadas basadas en las mejores evidencias que presentan medidas de prevención de las UPP relacionadas con los cuidados preventivos de la piel. La aplicación tópica de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas potenciales de riesgo de desarrollo de esta lesión es una de las numerosas medidas que eran recomendadas por el GNEAUPP en el año 2003 en las Directrices Generales sobre las UPP.

Los AGHO son productos oleosos compuestos por ácidos grasos esenciales (AGE) que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenación. Estos compuestos mejoran la elasticidad, el tono de la piel y el aporte sanguíneo, y facilitan la renovación de las células epidérmicas y protege su integridad. (Candela Zamora MD, 2010).

En el año 1995 comienzan a comercializarse los AGHO en España. En un estudio realizado entre junio de 2001 y diciembre de 2002, llevado a cabo en centros sanitarios y socio sanitarios de la red andaluza, que cuantificaba los recursos materiales para la prevención y el tratamiento de las UPP, se determinó que los productos más usados para la prevención de las UPP en zonas de riesgo eran las leches o cremas hidratantes seguidas por los AGHO. (Gallart e, 2001)

A partir del siglo XXI comienza un interés creciente sobre estos compuestos, y se realizan diferentes estudios para comprobar la efectividad de los AGHO. Con el objetivo de evitar la aparición de estas lesiones, los investigadores han empezado a plantearse la eficacia de otros productos en la prevención de UPP, como es el caso de los AGE. En este sentido, hay un ensayo clínico aleatorizado (ECA) en el que se prueba los AGE y los AGHO, donde se muestra que la aplicación de estos productos representa una medida igual de efectiva en la prevención de las UPP. (Candela Zamora MD, 2010).

2.3.- Bases Filosóficas

La filosofía de enfermería tiene sus fundamentos en el cuidado integral del usuario, diferentes personajes hacen referencia a ello. Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. (Potter P, 1998)

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en *F. Nightingale*, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como *Henderson, Hall y Watson* suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avisa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno. (Potter P, 1998)

PARADIGMA DE LA INTEGRACION

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el

reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson*, *H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería. (Suddarth, 2003)

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse, M.Newman, M. Rogers y Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica, así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina. (GARCIA J, 2007)

Se coincide plenamente con el criterio de *King*, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida insanos hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Orem' describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz" (GNEAUPP, 2003)

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general que nos identifica dentro del equipo de salud. Desde las perspectivas actuales, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería, que incorporado en el trabajo diario ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con una base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas. (García Fernández F, 2007)

2.4.- Definición de términos

Eficacia. - La eficacia es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.

Aplicación del Aceite de oliva. - Es la Capacidad para obrar o para conseguir una piel hidratada húmeda a través de la administración del aceite de oliva

Prevención de úlceras por presión. –Son las acciones realizadas para evitar la presentación de las UPP, como la aplicación del aceite de oliva en la piel de los adultos mayores postrados.

Aplicación de cremas Tradicionales. - Es la Capacidad para obrar o para conseguir una piel hidratada húmeda a través de la administración de cremas Hiperoxigenados que se venden en las farmacias con cualquier nombre comercial y que son compradas por los familiares.

Pacientes adultos mayores postrados. - Son las personas con promedio de edad mayor de 60 años, que presenten enfermedades degenerativas que deterioran el movimiento por largos periodos de tiempos.

2.5.- Operacionalización de Variables

| Variable independiente | Denominación Conceptual | Denominación Operacional | Dimensiones | Escala |
|--|--|--|--|---|
| Variable Independiente 1. Eficacia del aceite de Oliva | Es la capacidad de evitar la presentación de una Úlcera por Presión a través de la aplicación del aceite de oliva a personas adultas mayores postradas hospitalizados en Essalud Chimbote. | Es el Nivel de Prevención de las úlceras por presión después de la aplicación del Aceite de Oliva. | -Nivel Débil. - -Nivel Elevado. -Nivel Sobresaliente | 1- 4 puntos 5 – 7puntos 8-10 puntos |
| 2.- Eficacia de Cremas Tradicional | Definición Conceptual Es la capacidad de evitar la presentación | Es el Nivel de Prevención de las úlceras por presión | Nivel Débil. Nivel | 1- 4 puntos 5 – 7puntos 8- 10 |

| | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|--------|
| es (No aplicación de Aceite de Oliva). | de una Ulcera por Presión a través de la aplicación de las cremas tradicionales a personas adultas mayores postradas, hospitalizados en Essalud Chimbote. | después de la aplicación de las cremas tradicionales. | Elevado. Nivel Sobresaliente | puntos |
|--|---|---|------------------------------------|--------|

2.5.2.- Variable Dependiente.

Prevención de úlceras por presión

Definición Conceptual

Es la aparición de UPP en los pacientes Adultos Mayores, postrados crónicos hospitalizados en el servicio de Medicina/ Emergencia de Essalud.

2.5.3.- Variables Controladas; Son los siguientes:

Adulto mayor > de 60 años.

Ambos sexos.

Postrados

Test de Bradem.

Pacientes que no tengan UPP.

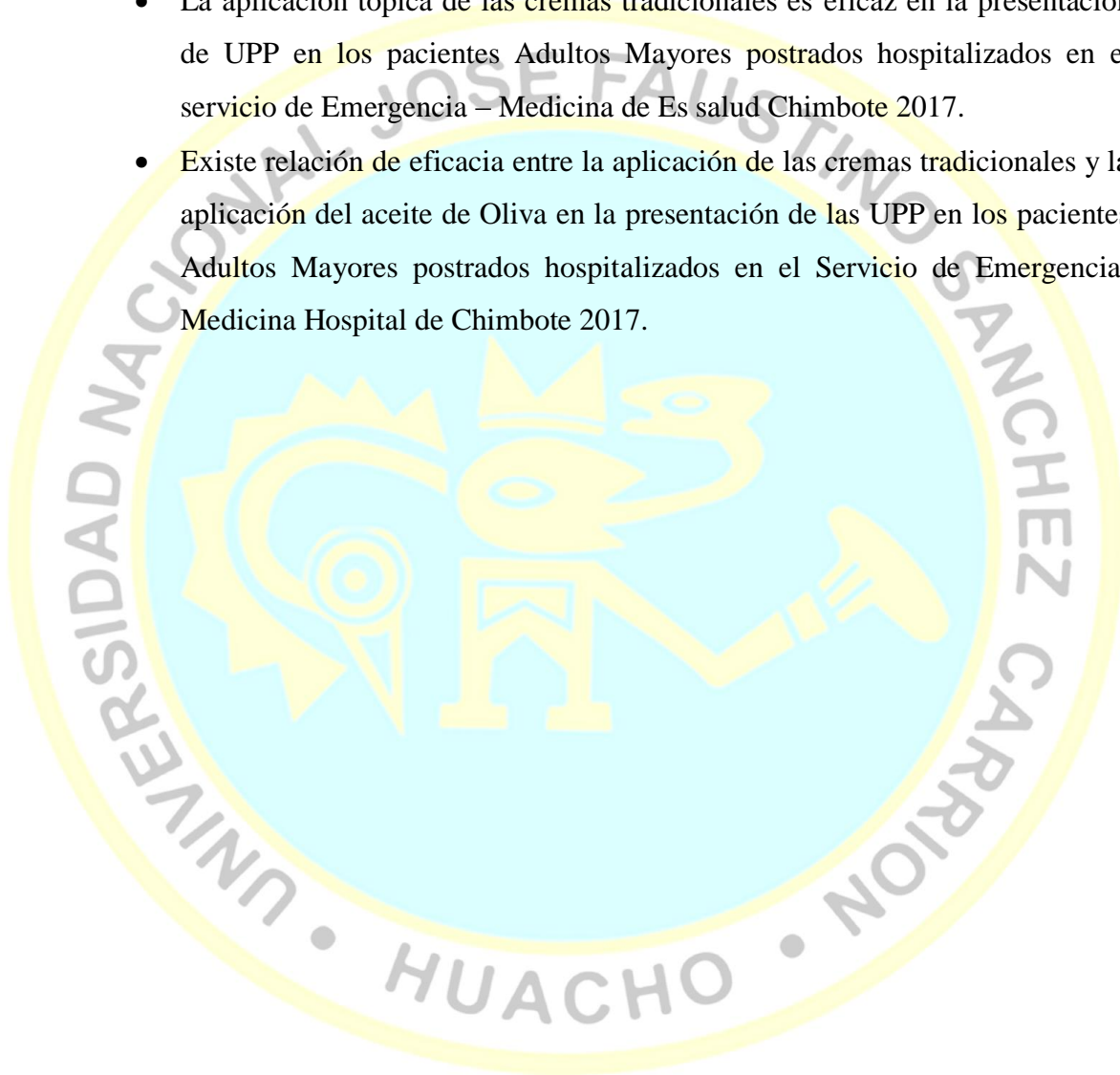
2.6.- Hipótesis de investigación

2.6.1.- Hipótesis General

El aceite de oliva es más eficaz que las cremas tradicionales en la presentación de UPP, aplicados en forma tópica a los pacientes Adultos Mayores postrados en el Servicio de Emergencia- Medicina del Hospital Essalud Chimbote 2017.

2.6.2 Hipótesis específicas

- La aplicación tópica del aceite de Oliva es eficaz en la presentación de UPP en pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el servicio de Emergencia – Medicina de Es salud Chimbote 2017.
- La aplicación tópica de las cremas tradicionales es eficaz en la presentación de UPP en los pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el servicio de Emergencia – Medicina de Es salud Chimbote 2017.
- Existe relación de eficacia entre la aplicación de las cremas tradicionales y la aplicación del aceite de Oliva en la presentación de las UPP en los pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina Hospital de Chimbote 2017.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.- Diseño metodológico

El problema de la presente investigación se abordó desde el enfoque cuantitativo, a nivel explicativo con un diseño experimental, ya que el estudio corresponde a un estudio de campo por que la investigación se centra en hacer el estudio donde el fenómeno se da de manera natural, de este modo se busca conseguir la situación lo más real posible., aleatorizado y controlado, comparando un preparado de aceite de oliva frente a las cremas tradicionales (AGHO), a través de la técnica de observación, utilizando para el recojo de datos, los instrumentos respectivos, como una lista de cotejo y una guía de Observación. Hemos elegido una investigación explicativa porque nuestra investigación dedica una atención primordial a lo que será explicar y cuantificar la relación entre las variables, aplicación de aceite de oliva en relación al uso de las otras cremas comerciales en los pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencia- Medicina del Hospital Essalud.

En cuanto al enfoque, asumimos el cuantitativo porque tal como menciona Gómez (2009) utiliza la recolección el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Para la presente investigación se seleccionó el diseño experimental. por qué Utiliza un grupo experimental y otro que denomina grupo de control. El grupo experimental es aquel en el que se introduce el tratamiento o la variable independiente, mientras que el grupo control es aquel que no tiene tratamiento.

Las investigaciones experimentales tienen una notación específica que identifica la variable independiente que no es manipulada, solo la variable dependiente después de aplicar el tratamiento se ve los resultados. Se indica con la letra X la introducción del tratamiento. El trabajo experimental con este diseño consiste en tomar a ambos grupos la prueba de valoración de Bradem, al momento que ingresa el paciente tanto para el grupo experimental como para el grupo control, luego al grupo experimental se le aplica el aceite de oliva ósea el tratamiento X y al grupo control la misma crema del día que utilizan rutinariamente todos los pacientes.. Los resultados de este diseño se pueden generalizar a grupos similares con lo cual se estaría controlando algunos criterios de Invalidez externa.

GE. = 01 X 02

GC. = 03 04

GE.- Grupo Experimental

GC.- Grupo control.

01 y 03 = Primera Evaluación a los pacientes con la Prueba de Bradem positivo en riesgo de UPP.

02 y 04 = Evaluación final después de aplicado el tratamiento y el control sin tratamiento.

X.- Aplicación del aceite de oliva.

3.2.- Población y muestra

3.2.1 Población

La población de estudio son los adultos mayores que son hospitalizados en el servicio de Emergencia de Essalud Chimbote desde el mes de enero 2017 hasta conformar los 20 pacientes.

3.2.2 Muestra

El numero Muestral fue por Conveniencia, Iniciándose a formarlo desde el Mes de Enero 2017 hasta el mes de Febrero , fecha en que se sumaron los 10 pacientes en cada grupo, siendo totalmente 20 pacientes a los que se desean estudiar y con algún riesgo de desarrollar UPP determinado mediante la escala de Bradem (≤ 14 puntos), siendo 10 pacientes para el grupo Control y 10 para el Grupo Experimental, teniendo en cuenta la aplicación de un piloto informativo en el cual del total Hospitalizados más de un 50 % presentan factores de riesgos para UPP.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1.- Pacientes que ya tienen UPP de cualquier categoría cuando ingresaron al estudio o con heridas no cicatrizadas antes del comienzo del estudio.
- 2.- Pacientes en los que se preveía que no iban a completar el periodo de seguimiento (por situación de gravedad extrema o traslado a otro centro previsto).
- 3.- Aquellos pacientes que no quieren que se les aplique el producto o que sus familiares no acepten el procedimiento y no quieren firmar el consentimiento Informado.
- 4.- Pacientes menores de 60 años con documento de identidad.

3.3 Técnicas de recolección de datos

A.- Coordinaciones Administrativas

Se coordinó con la enfermera jefe del departamento de enfermería de la Red Asistencial, III Chimbote, y con las coordinadoras de los servicios de Emergencia y Medicina, para obtener los las facilidades en la aplicación del Instrumento. Se presentó el proyecto a la Oficina de Capacitación para el documento de aceptación por el comité de Ética.

B.- Instrumentos y Técnicas de Recolección de datos

La información se recolecto mediante la aplicación de instrumentos previamente diseñado, para cada uno de los grupos en estudio, durante el ingreso del paciente al Servicio de Emergencia del Hospital.

El 1er, instrumento incluye un documento de consentimiento informado, establecido y normado por la Institución que se utiliza para cada procedimiento que se aplica a cualquier paciente; por lo que firmo el paciente para ingresar al estudio, o el grupo familiar, cuando las condiciones físicas del paciente no lo permitieron.

El 2do Instrumento, Para la recolección de datos se utilizó, El Test de Bradem para la calificación del Tipo de riesgo antes de iniciar el estudio. Este Instrumento ya es utilizado a nivel nacional y mundial para valorar el riesgo a ulceras por presión. Se utiliza con la población adulta, considerando 6 aspectos a evaluar:

- Percepción Sensorial
- Exposición a la humedad
- Actividad
- Humedad
- Nutrición
- Riesgo de lesiones cutáneas.

La escala valora una puntuación de Riesgo de ulcera por presión:

Braden-Bergstrom <13 = alto riesgo

Braden-Bergstrom 13 – 14 = riesgo moderado

Braden-Bergstrom >14 = bajo riesgo

El tercer Instrumento fue una Guía de Observación que fue validada por 3 expertos, a través de un instrumento de validación, tanto de Contenido como de Gramática, alcanzando una valoración de 0.88 (88 %) y fueron:

- Dr. Díaz Santisteban, Víctor: Medico Asistencial del Servicio de Medicina, Auditor del Hospital III Essalud, Docente de la USP, Tiene Diplomado en Investigación Científica. ,
- Mg Guevara Carranza, Yaneth: Enfermera Jefe del Servicio de Emergencia, Docente de la USP en la escuela de enfermería durante 5 años y Maestría en Ciencias de Enfermería.
- Dr. Henry Hurtado M.; Emergenciólogo de Profesión, jefe del Servicio de Emergencia del Hospital III Es salud Chimbote.

Esta guía utilizada, con la Técnica del cuestionario consta de 2 ítems: El primer ítem corresponde a los antecedentes personales del paciente, El segundo ítem, valora la aparición de úlceras por presión y el estadio de ésta al egreso.

La Técnica de la observación fue directa, participativa, y duro en todo el proceso de Investigación. A cada paciente se le realizó dos observaciones en el día, en dos momentos diferentes el turno de mañana y Noche con un espacio de 4 días entre una observación y otra.

TRATAMIENTO DE LA MUESTRA

1.- Grupo Control; son 10 de los pacientes que al ser evaluados dieron como positivo algún nivel de riesgo con el test de Bradem; a ellos se les aplico diariamente las cremas tradicionales cada 12 horas, o sea mañana y noche, en las cuales la investigadora evaluó los cambios propios de la piel a través del instrumento ya establecido, que en su totalidad son 4 evaluaciones no contando con el 1er día de inicio del estudio.

2.- Grupo experimental. - Son 10 de los pacientes que al ser evaluados dieron como positivo algún nivel de riesgo con el test de Bradem, a ellos se le aplico diariamente el aceite de oliva cada 12 horas, o sea mañana y noche, en las cuales la investigadora evaluó los cambios propios de la piel a través del instrumento ya establecido, que en su totalidad son 4 evaluaciones no contando con el 1er día de inicio del estudio.

Para el presente estudio de Investigación se tomó en cuenta los principios éticos de la Teoría Principista de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, considerando lo siguiente:

Respeto a la Autonomía. - Para Beauchamp y Childress, el individuo autónomo es el que actúa libremente de acuerdo con un plan “auto escogido”. Según afirman estos autores todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales: a) La libertad, entendida como la independencia de influencias que controlen, y b) La agencia, es decir la capacidad para la acción intencional. Para la aplicación de los instrumentos de la investigación, se explicara a cada uno de los familiares de los pacientes adultos mayores acerca de los objetivos de la investigación, así mismo se aplicará el consentimiento informado, el mismo que autoriza formalmente su participación.

No maleficencia. - El principio de No maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionalmente. Para el presente estudio durante todo el proceso y como efectos de la misma investigación, no se cometerán daños.

Beneficencia.- La beneficencia puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Para el presente estudio, se considera como el sujeto de estudio a los adultos mayores que estaban hospitalizados en el servicio de Medicina y que beneficiara como consecuencia de mejorar su calidad de vida de este grupo etareo.

EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACION

1.- Se inicia cuando ingreso un paciente por el Servicio de emergencia a cualquier hora, primeramente se clasifico por el grupo etario, luego se hizo la observación inicial de la piel buscando Ulceras por presión (UPP) tanto del grupo Control como del grupo Experimental, si ya presentaban UPP, no se incluyó en el estudio.

2.- Luego, a cada paciente clasificado se le hace conocer el instrumento que incluye el documento de consentimiento informado, luego de haberle explicado, se le hace firmar al familiar para ingresar al estudio, cuando las condiciones físicas del paciente no lo permitían.

3.- Luego con la Guía de Observación se evalúa como 1er día, como ingresa:

Se valoró con el test de Bradem (el riesgo a UPP) obteniéndose una calificación, luego se observó su piel detenidamente en busca de características propias de zonas de presión. El 1ero que ingreso fue para el grupo control, el 2do que ingreso fue para el grupo de tratamiento, y así sucesivamente.

4.- A cada paciente que ingreso desde el primer día se le aplico en forma externa el aceite de oliva en las zonas de presión en la mañana y en la noche, fueron administradas de forma tópica con masajes suaves, extendiendo con la yema de los dedos de manera homogénea en las zonas de presión de riesgo: talones, codos, sacro, glúteos y omóplatos. Esta aplicación la desarrollaba la enfermera responsable de cada uno de los pacientes del estudio junto a otro colaborador, tanto al grupo experimental como al grupo Control las cremas tradicionales de forma tópica, estos se aplicaron durante 15 días, ya que ese tiempo duro el proceso de investigación para cada paciente durante 2 meses aproximadamente.

5.- Se presentó, un caso que durante la hospitalización falleció antes de terminar los días de evaluación por lo que se retiró del proceso de experimentación.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

En la recogida de datos para procesar los resultados se consideraron:

1.- La Observación por parte del Investigador en las acciones desplegadas en la aplicación de las cremas comunes al grupo control y el aceite de oliva al grupo experimental., en las respuestas de la piel al tratamiento aplicado en ambos grupos, registrados en un Instrumento validado por Juicio de expertos. en el anexo 1 y en el

anexo 2 la Ficha de controles por cada observación en busca de cambios o características propias de una UPP.

2.- Descriptivo. -Los resultados están representados en tablas simples y de doble entrada, con cifras absolutas y relativas.

3.- Inferencial. - Se aplicó Shapiro Wilk para muestras menores a 50 ($n < 50$) que prueba la normalidad de los datos de la variable en estudio, donde se muestra que el nivel de significancia para la variable y dimensiones son mayores al 5% ($p > 0.05$), demostrándose que los datos se distribuyen de manera normal; por lo cual es necesario utilizar la prueba paramétrica t de student, para determinar la influencia de la Técnica de aplicación del Aceite de Oliva en pacientes adultos mayores postrados en el Servicio de Medicina- Emergencia en Essalud 2017. Para la validez del Instrumento se realizó a través de Juicio de Expertos con una validez de (0.88) 88% de aceptación, tanto con el criterio de Constructo como criterio de Gramática.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

En el siguiente estudio “Eficacia del aceite de oliva en la prevención de úlceras por presión en pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina Es salud Chimbote 2017”, se presentan las siguientes tablas:

Tabla1.- Nivel de Prevención de UPP a los 4 días de aplicación del tratamiento con Aceite de oliva y las cremas comunes en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

| PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION | ESCALA | Grupo Control Cremas Comunes | | Grupo Experimental Aceite de Oliva | |
|---|--------|---------------------------------|------------|---------------------------------------|------------|
| | | Nº | % | Nº | % |
| Débil | 1 - 4 | 10 | 100 | 9 | 90 |
| Elevada | 5 – 7 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| Sobresaliente | 8 - 10 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | | 10 | 100 | 10 | 100 |

Fuente: Información obtenida de la base de datos del presente trabajo (anexo 1)

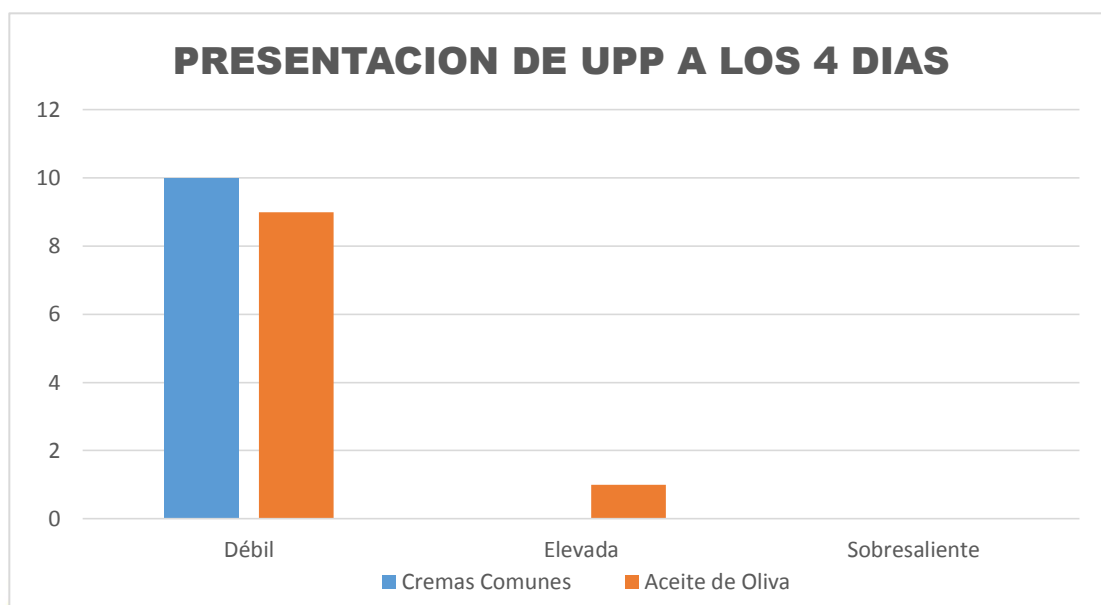


Figura 1: Nivel de Presentación de UPP a los 4 días de aplicación de ambos tratamientos, en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Tabla 2.

Nivel de Presentación de UPP a los 8 días de aplicación del Aceite de oliva. En los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

| PRESENTACION DE ULCERAS POR PRESION | ESCALA | Grupo Control Cremas Comunes | | Grupo Experimental Aceite de Oliva | |
|-------------------------------------|--------|------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
| | | N° | % | N° | % |
| Débil | 1 - 4 | 10 | 100 | 5 | 50 |
| Elevada | 5 - 7 | 0 | 0 | 5 | 50 |
| Sobresaliente | 8 - 10 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| TOTAL | | 10 | 100 | 10 | 100 |

Fuente: Información obtenida de la base de datos del presente trabajo (anexo 1)

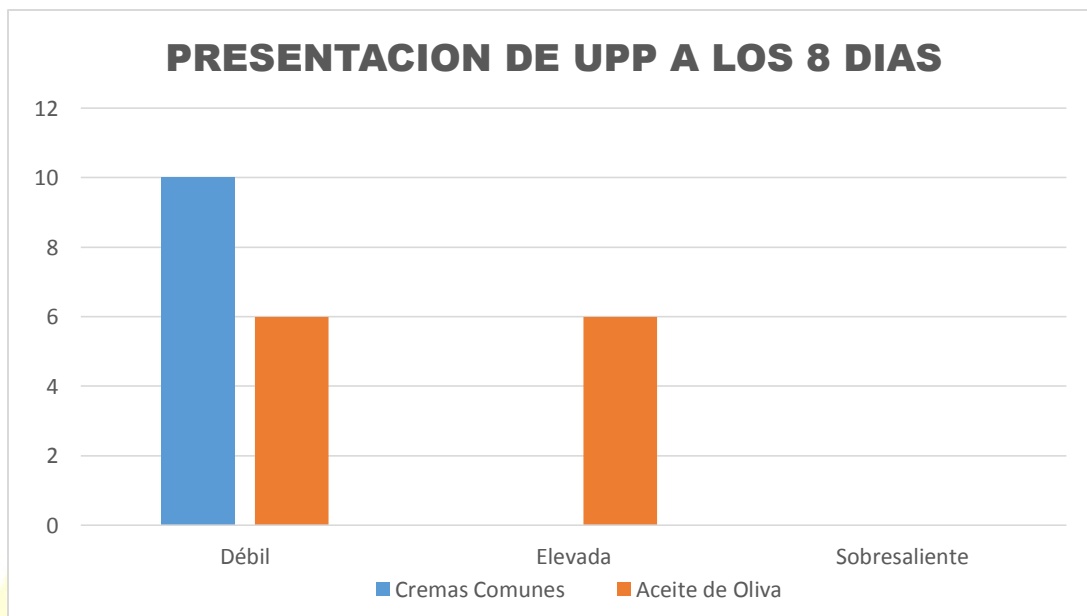


Figura 2: Prevención de UPP a los 8 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Tabla 3.- Nivel de Prevención de UPP a los 12 días de aplicación del Aceite de Oliva en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

| PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN | ESCALA | Grupo Control Cremas Comunes | | Grupo Experimental Aceite de Oliva | |
|---|--------|---------------------------------|------------|---------------------------------------|------------|
| | | N° | % | N° | % |
| Débil | 1 - 5 | 9 | 90 | 6 | 60 |
| Elevada | 6 - 7 | 1 | 10 | 3 | 30 |
| Sobresaliente | 8 - 10 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| TOTAL | | 10 | 100 | 10 | 100 |

Fuente: Información obtenida de la base de datos del presente trabajo (anexo 1)

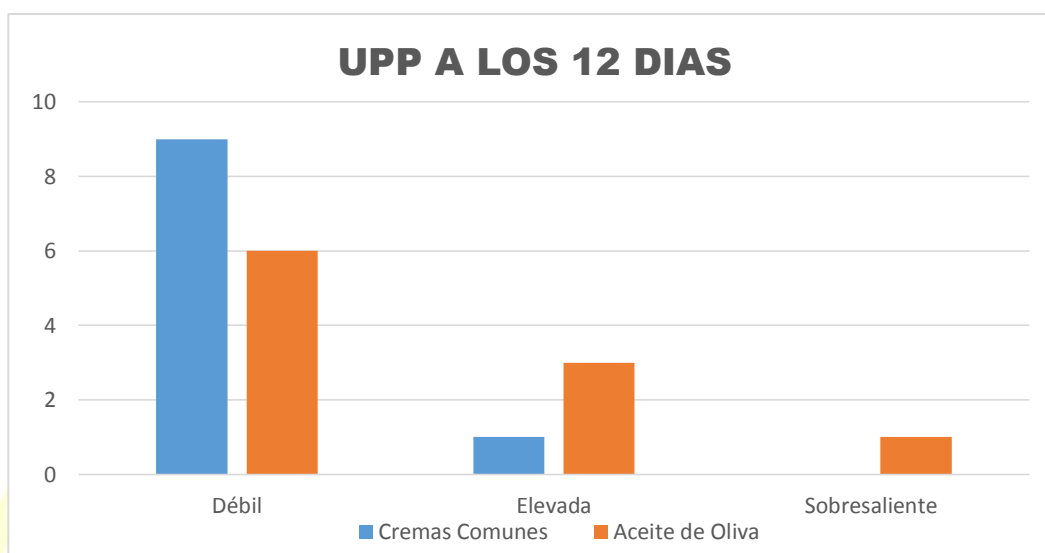


Figura 3: Prevención de UPP a los 12 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Tabla 4

Prevención de UPP a los 15 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

| PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN | ESCALA | Grupo Control Cremas Comunes | | Grupo Experimental Aceite de Oliva | |
|---|--------|---------------------------------|------------|---------------------------------------|------------|
| | | N° | % | N° | % |
| Débil | 1 - 4 | 8 | 80 | 0 | 0 |
| Elevada | 5 – 7 | 1 | 10 | 8 | 80 |
| Sobresaliente | 8 - 10 | 1 | 10 | 2 | 20 |
| TOTAL | | 10 | 100 | 10 | 100 |

Fuente: Información obtenida de la base de datos del presente trabajo (anexo 1)

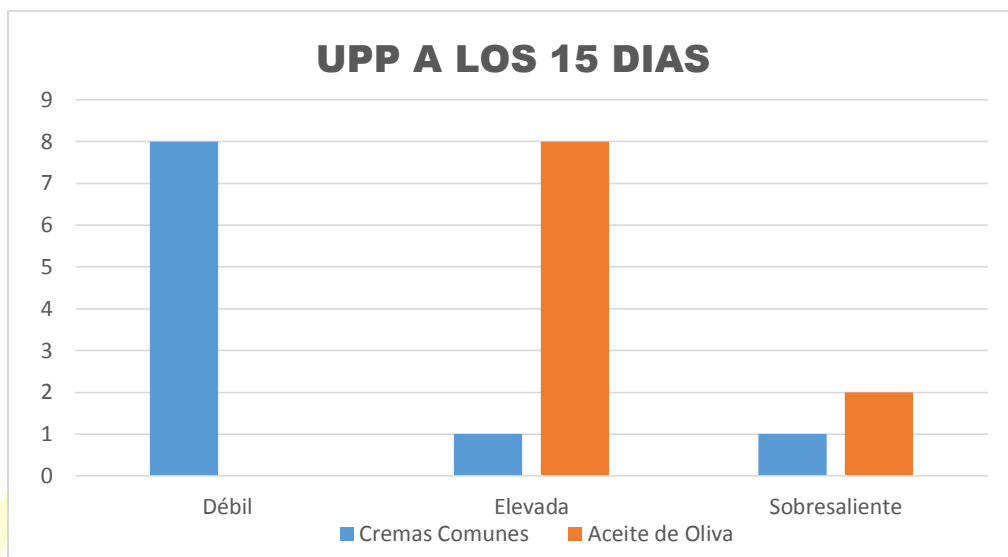


Figura 4: Prevención de UPP a los 15 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

PRUEBA DE NORMALIDAD:

Tabla 5.

Prueba de Normalidad de Shapiro Wilk de Presentación de UPP a los 15 días de aplicación del Aceite de Oliva en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

| PRUEBA DE NORMALIDAD | | | |
|------------------------------|--------------|----|-------|
| Pruebas de normalidad | Shapiro-Wilk | | |
| | Estadístico | gl | Sig. |
| Técnica de UPP a los 4 días | 0.954 | 10 | 0.691 |
| Técnica de UPP a los 8 días | 0.983 | 10 | 0.993 |
| Técnica de UPP a los 12 días | 0.868 | 10 | 0.061 |
| Técnica de UPP a los 15 días | 0.905 | 10 | 0.184 |

Fuente: Información obtenida de la base de datos de la Presentación de Ulceras : SPSS Vrs. 25.0 es.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

Hoy en día el Adulto Mayor es centro de interés para el profesional de salud, lo cual es necesario considerar, ya que se trata de una población que está aumentando.

El presente estudio, “La eficacia del aceite de oliva en la presentación de úlceras por presión, en relación con el uso de las cremas tradicionales en pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital III Essalud de Chimbote- 2017., obtiene como resultados:

En la 1era Tabla, se valora el Nivel de presentación de las úlceras por presión a los 4 días de iniciado el tratamiento en el grupo control y grupo experimental, observándose que en el Grupo Control (Cremas Comunes) el 100% de los pacientes hospitalizados obtienen nivel débil de aplicación de las cremas comunes, en cambio cuando se aplican el aceite de oliva (Grupo Experimental), a los 4 días se obtiene que el 10% (1) de los pacientes hospitalizados obtienen nivel elevada en la presentación de úlceras por presión y el 90 % continua en un nivel débil. Denotándose que la aplicación del aceite de oliva en 4 días se mantiene mejorando la presentación de las UPP en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Estos resultados se corroboran con los que nos dice Díaz V., A. (2014) que el aceite (AOVE) tiene beneficios a nivel cutáneo y son variados: aportan hidratación en

pieles sanas y contribuyen a repararla en aquellas que están deterioradas de forma rápida. También, por sus propiedades antiinflamatorias permiten acelerar los procesos de curación y cicatrización. Según Cano y Cols, se ha mostrado que el ácido oleico y el linoleico aceleran el proceso de cicatrización, estudios realizados en ratas de laboratorio. En otro estudio llevado a cabo por Sakazaki y cols. en modelos de ratón con UPP, la aplicación de aceite de oliva ozonizado mejoró la formación de tejido de granulación 10 días después de la aplicación, mostrando que el aceite de oliva ozonizado era eficaz en la curación de heridas y de UPP. Igualmente en el estudio de Carrillo, P (2009) donde el aceite de oliva virgen extra fue muy beneficioso para la salud del grupo de adultos mayores.

Por lo que se puede aceptar al aceite de Oliva como otra sustancia eficaz para alargar el tiempo para la presentación de UPP con un nivel elevado de Prevención.

En la Segunda Tabla, Se refiere a la presentación de ulcera por presión a los 8 días de iniciado el tratamiento (ósea 2do control) en el grupo control y grupo experimental, observándose que en el Grupo Control el 100% de los pacientes hospitalizados siguen obteniéndose nivel débil en cuanto la aplicación de las cremas comunes, en cambio en el Grupo Experimental después de aplicar el Aceite de Oliva a los 8 días, el 50% de los pacientes hospitalizados obtienen nivel elevada en la presentación de úlceras por presión, y el 50% aun en el Nivel Débil en la presentación de UPP. Denotándose que la Aplicación del aceite de oliva en la presentación de UPP en 8 días se mantiene mejorando en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina Essalud.

Así mismo, hay diferentes estudios que han demostrado que las cremas tradicionales que contienen AGHO aumentan la microcirculación sanguínea, impulsan la renovación celular epidérmica reparando la troficidad cutánea, mejoran el estado de hidratación de la piel evitando la sequedad cutánea y protegiendo frente a la fricción.

Estos resultados se corroboran con lo encontrado en el primer estudio en el año 2001 (Gallart, E), estudio experimental donde se comprobó su efectividad en la prevención

de UPP en pacientes ingresados y donde ya se pone de manifiesto que podrían constituir una medida efectiva en la prevención de UPP. Sin embargo, aún son pocos los estudios realizados, como muestra la revisión de Martínez Cuervo y cols., desarrollada en 2009, en la que se incluyen además de UPP, úlceras vasculares y úlceras de pie diabético, y donde tan solo se encuentran dos ensayos clínicos sobre la eficacia de los AGHO. No obstante y a pesar de las evidencias científicas que demuestran que los AGHO son efectivos en la prevención de UPP, estos siguen siendo productos poco utilizados en el contexto socio sanitario, por lo que el aceite de Oliva arriba como una alternativa Eficaz en la prevención de las UPP.

En esta tabla, se valora la presentación de ulcera por presión a los 12 días de iniciado el tratamiento (3er control) en el grupo control y grupo experimental, observándose que en el Grupo Control, el 90% de los pacientes hospitalizados obtienen aun el nivel débil en la aplicación de las cremas comunes, y el 10 % un nivel elevado, en cambio en el Grupo Experimental a los 12 días de aplicación del aceite de oliva, el 30% de los pacientes hospitalizados ya obtienen nivel elevado, el 10% un nivel sobresaliente y el 60 % aun en el nivel débil en la presentación de úlceras por presión. Denotándose que la Técnica de Aplicación del aceite de Oliva en la presentación de UPP en 12 días se Mejora en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Es importante resaltar que este margen de equivalencia es suficientemente estricto para garantizar la equivalencia real de los productos, y sería más estrecho que el margen del 15% establecido por Candela-Zamora y cols. en su estudio comparativo de dos AGHO diferentes. Según estudios previos, el uso de AGHO como medida preventiva frente a las UPP es bastante más frecuente en los hospitales (42,9%) que en las residencias geriátricas (18,2%) , donde se usan con más frecuencia otros productos como leches, cremas hidratantes y aceites de diversos tipos, pero cuya eficacia no ha sido comprobada . (DIAZ VALENZUELA A, 2014)

Por lo que se obtiene que ambas sustancias evitan la aparición temprana de las Ulceras por presión, pero con diferencias en el nivel de prevención ya que en el 3er control ya tenemos nivel elevados y sobresalientes con el aceite de Oliva y con aceptación de que no han producido efectos adversos ni el grupo tratado con aceite de oliva virgen ni el grupo tratado con AGHO, por lo que podemos aceptar un perfil de seguridad equivalente. (C, 2014)

Referente a la Presentación de UPP después la aplicación del tratamiento en ambos grupos a los 15 días,(4to control) se observa que en el Grupo Control el 80% de los pacientes hospitalizados aun obtienen nivel débil de aplicación por las cremas comunes, avanzado lentamente en su prevención en solo un 10%, tanto como para el nivel Elevado y Sobresaliente, En cambio después de aplicar la Técnica Experimental en la presentación de UPP con el aceite de Oliva , a los 15 días el 80% de los pacientes hospitalizados obtienen nivel elevado y un 20% en un nivel sobresaliente en la presentación de ulceras UPP con el aceite de Oliva. Denotándose que la Técnica Experimental en la presentación de UPP en los 15 días se Mejora ósea tarda en la formación y por ende no se presentan las UPP, en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Estos resultados se corrobora con lo que encontró (CARRILLO, 2009) donde nos refiere que el aceite de oliva es rico en ácidos grasos, donde el ácido oleico (ácido graso monoinsaturado del aceite de oliva) es el más abundante de sus componentes, lo que constituye un 75% respecto al total de ácidos, siendo dos de ellos el ácido linoleico y el linolénico. Estos ácidos grasos son conocidos como AGE y no son sintetizados por nuestro organismo. Además de ácidos grasos, el aceite de oliva también contiene una fracción insaponificable que incluye hidrocarburos terpénicos, esteroides, tocoferoles, compuestos fenólicos y aromáticos.

Según lo que fundamenta (DIAZ VALENZUELA A, 2014) El aceite de oliva virgen extra (AOVE) tiene beneficios a nivel cutáneo y son variados: aportan hidratación en

pieles sanas y contribuyen a repararla en aquellas que están deterioradas de forma rápida. También, por sus propiedades antiinflamatorias permiten acelerar los procesos de curación y cicatrización. En otro estudio llevado a cabo por Sakazaki y cols. en modelos de ratón con UPP, la aplicación de aceite de oliva ozonizado mejoró la formación de tejido de granulación 10 días después de la aplicación, mostrando que el aceite de oliva ozonizado era eficaz en la curación de heridas y de UPP.

En la siguiente tabla, sobre la Prueba de Normalidad, realizada ya que la muestra es pequeña siendo 20 pacientes, 10 para grupo control y 10 para grupo Experimental, observándose que la prueba de Shapiro Wilk para muestras menores a 50 ($n < 50$) que prueba la normalidad de los datos de la variable en estudio, demuestra que el nivel de significancia para la variable y dimensiones son mayores al 5% ($p > 0.05$), demostrándose que los datos se distribuyen de manera normal; por lo cual es necesario utilizar la prueba paramétrica t de student, para determinar la influencia de la Técnica de aplicación del Aceite de Oliva en la presentación de las UPP en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Emergencia Medicina 2017.

Se puede explicar en esta tabla el porqué del tamaño de la muestra, ya que esta incidencia que se relaciona con otros trabajos, debido a que los 20 pacientes que entraron al estudio presentaron grado de dependencia III en la valoración de enfermería (procedimientos Invasivos como vía periférica, SNG, SF CVC), y Riesgo de Braden Alto que implica que el paciente no participa en su autocuidado, con valoración y monitoreo continuo, con funciones vitales alteradas y medicación parenteral constante, por lo que la administración del tratamiento se tiene que realizar siempre aplicados por la investigadora apoyados por otras profesionales o personal de apoyo (familiar o técnico de enfermería).

4.2. Contrastación de la Hipótesis

- Hipótesis general

Ha , El aceite de oliva es más eficaz que las cremas tradicionales en la presentación de UPP, aplicados en forma tópica a los pacientes Adultos Mayores postrados en el Servicio de Emergencia- Medicina del Hospital Essalud Chimbote 2017.

Ho Las Cremas tradicionales son mas efectivas que el Aceite de Oliva en la presentación de UPP, aplicados en forma tópica a los pacientes Adultos Mayores postrados en el Servicio de Emergencia- Medicina del Hospital Essalud Chimbote 2017.

- Hipótesis Especificas

Ha. La aplicación tópica del aceite de Oliva es más eficaz en la presentación de UPP en pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el servicio de Emergencia Medicina de Es salud Chimbote 2017.

Ho. La aplicación tópica de las cremas tradicionales es más eficaz en la presentación de UPP en los pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el servicio de Emergencia – Medicina de Es salud Chimbote 2017.

Tabla 6.

Prueba de hipótesis a los 4 días de la Aplicación de las Cremas tradicionales y Aceite de Oliva en la Prevención de UPP en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017

| PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION | Promedio | % | Diferencia | t_{cal} | Significancia |
|--|-----------------|----------|-------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Grupo Control | 17.1 | 5.1% | 43.4% | 7.64 | p = 0.000 < 0.05 Significativo |
| Grupo Experimental | 43.6 | 48.5% | | | |

Fuente: Información obtenida de la base de datos de la Prevención de Ulceras por presión (Anexo 01).
Salida: SPSS Vrs. 25.0 es.

Descripción: En la Tabla 6 se observa que la diferencia media (Grupo Control y Experimental) de la aplicación de aceite de Oliva en la presentación de UPP a los 4 días es positivo (43.4%) la cual quiere decir que la técnica del Grupo Experimental es mayor que el grupo Control. También se observa que el valor de la prueba estadística es $t_{cal} = 7.64$ con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$), demostrándose que la Técnica del aceite de oliva a los 4 días mejorara significativamente la presentación de úlceras por presión en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

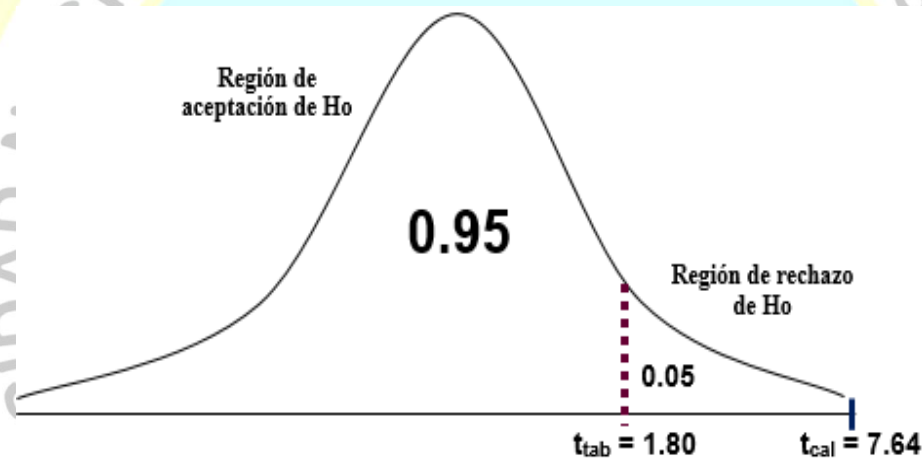


Figura 5: Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 4 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Tabla 7

Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 8 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

| AMBIENTAL | Promedio | % | Diferencia | t_{cal} | Significancia |
|--------------------|----------|-------|------------|-----------|--------------------|
| Grupo Control | 6.3 | 10.7% | 26.6% | 5.29 | $p = 0.000 < 0.05$ |
| Grupo Experimental | 11.8 | 37.3% | | | |

Fuente: Información obtenida de la base de datos de la Presentación de Ulceras por presión
 Anexo 01 Salida: SPSS Vrs. 25.0 es

Descripción: En la Tabla 7 Referente a la Prueba de Hipótesis a los 8 días de aplicación del tratamiento se observa que la diferencia media (Grupo Control y Experimental) de la aplicación del aceite de Oliva, a los 8 días es positivo (26.6), la cual quiere decir que esta técnica de aplicación, que obtienen los pacientes hospitalizados es mayor. También se observa que el valor de la prueba estadística es $t_{cal} = 5.29$ con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$), demostrándose que la Técnica de aplicación del Aceite de Oliva a los 8 días, mejorara significativamente en la presentación de úlceras por presión en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

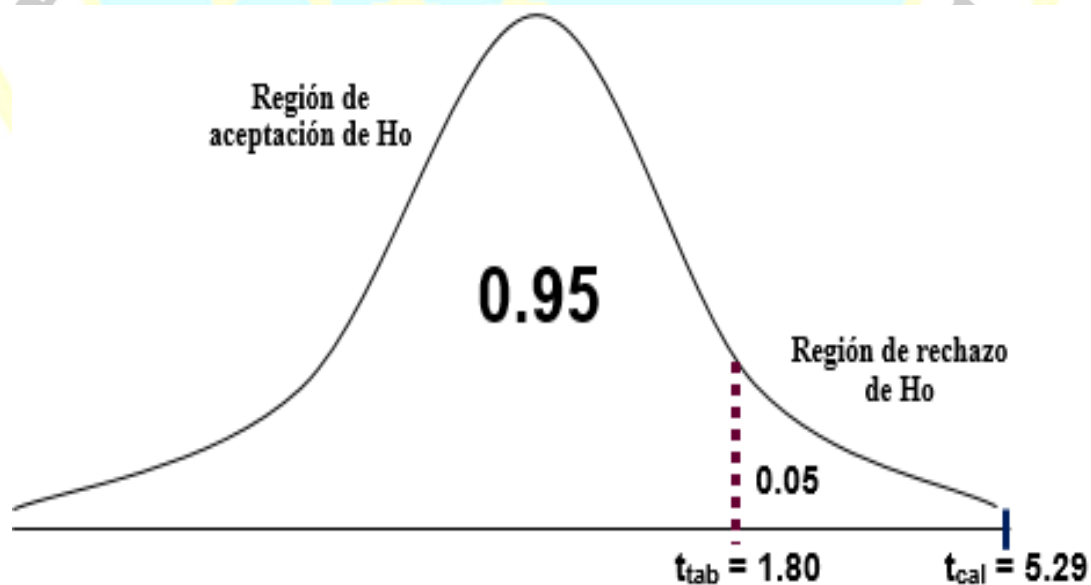


Figura 6: Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 8 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Tabla 8.

Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 12 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2016.

| PRESENTACION DE ULCERAS POR PRESION | Promedio | % | Diferencia | t_{cal} | Significancia |
|--|-----------------|----------|-------------------|------------------------|----------------------|
| Grupo Control | 5.8 | 8.3% | 39.7% | 4.93 | p = 0.000 < 0.05 |
| Grupo Experimental | 14.1 | 48.0% | | | |

Fuente: Información obtenida de la base de datos de la Presentación de Ulceras (Anexo 01).

Descripción: En la Tabla 7 se observa que la diferencia media de la técnica UPP a los 12 días aplicando el aceite de oliva es positivo (8.3) la cual quiere decir que la técnica Experimental, en la presentación de UPP a los 12 días que obtienen los pacientes hospitalizados es mayor que en el Grupo Control de las Cremas Comunes. También se observa que el valor de la prueba estadística es $t_{cal} = 4.93$ con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$), demostrándose que la Técnica de UPP a los 12 días del aceite de oliva, mejorara significativamente la presentación de ulceras por presión en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

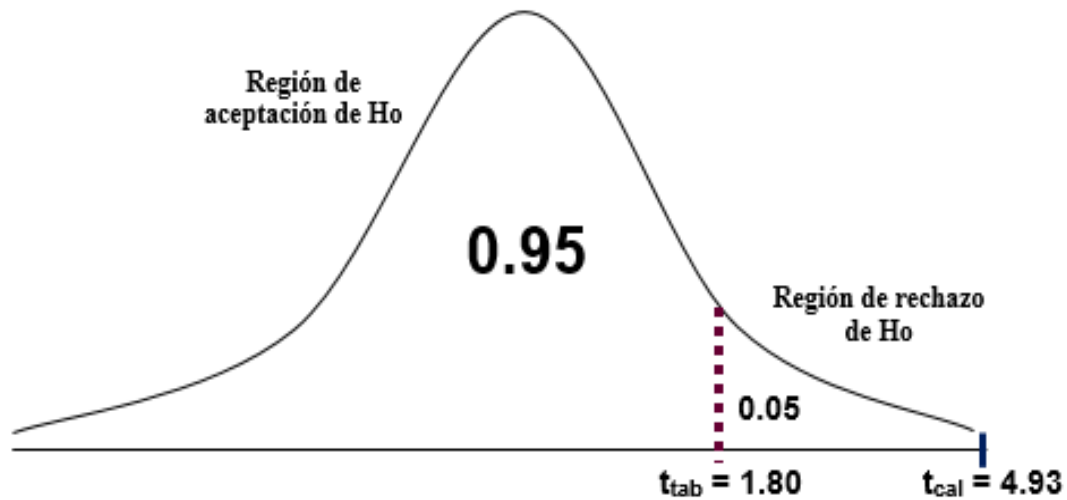


Figura 7: Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 12 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

Tabla 9.

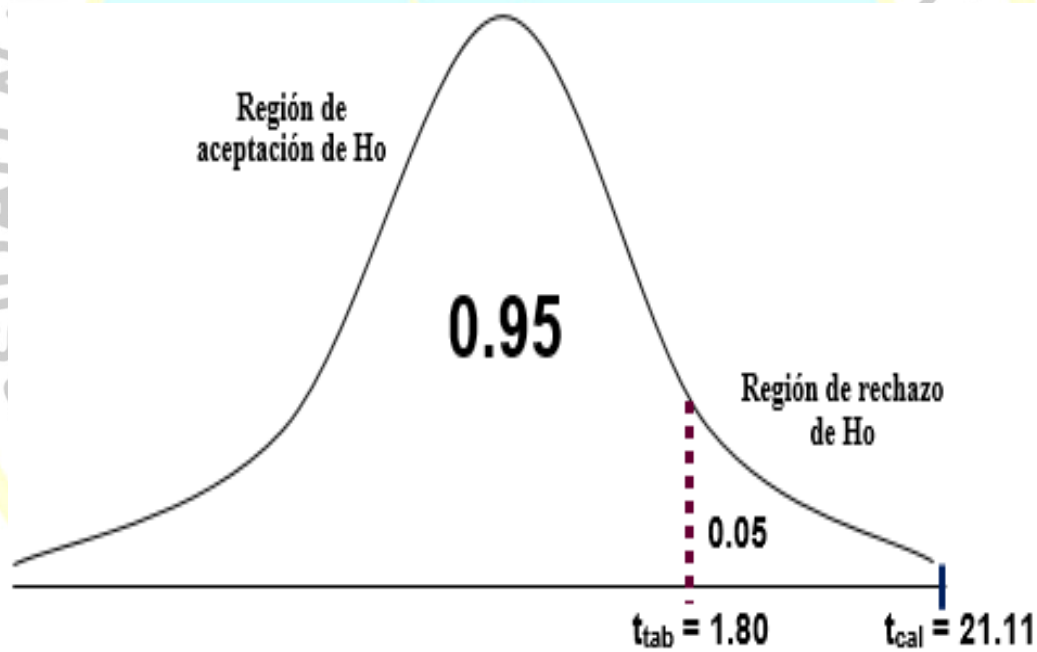
Prueba de hipótesis de la Técnica de UPP a los 15 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

| PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN | Promedio | % | Diferencia | t_{cal} | Significancia |
|--|-----------------|----------|-------------------|------------------------|----------------------|
| Grupo Control | 5.1 | 5.2% | 59.9% | 21.11 | p = 0.000 < 0.05 |
| Grupo Experimental | 17.7 | 65.1% | | | |

Fuente: Información obtenida de la base de datos de la Presentación de UPP en Adultos Mayores. (Anexo 01).

Descripción: En la Tabla 9, Prueba de hipótesis de la Técnica Experimental de UPP a los 15 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017,

se observa que la diferencia media del Grupo Control y Grupo Experimental en la aplicación de la técnica en la presentación de UPP a los 15 días, aplicando el aceite de oliva es positivo (12.6) la cual quiere decir que la técnica Experimental, a los 15 días que obtienen los pacientes hospitalizados es mayor que en el Grupo Control. También se observa que el valor de la prueba estadística es $t_{cal} = 21.11$ con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$), demostrándose que la Técnica Experimental en la presentación de UPP a los 15 días, con el aceite de oliva, mejorara significativamente la presentación de úlceras por presión en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.



Elaboración propia.

Figura 8. Prevención de UPP a los 15 días de aplicación del tratamiento indicado en los adultos mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud Chimbote 2017.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6-1.- Conclusiones

En el presente estudio, “Eficacia del aceite de oliva en la prevención de úlceras por presión, en relación con el uso de las cremas tradicionales en pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital III Essalud de Chimbote- 2017”, se llega a las siguientes conclusiones:

1.- Se demuestra Eficiencia del Aceite de Oliva, desde los 4 días de aplicación con un nivel de Prevención elevado. Llegando hasta los 15 días con un nivel sobresaliente de Prevención en un 60 % de la totalidad de los pacientes.

2.- Se demuestra la NO eficiencia de las Cremas Comunes, ya que solo llega a un nivel de Prevención Elevado en un 40% de la totalidad de los pacientes a los 15 días de observación. y el 60 % se queda en un nivel débil.

3.- En esta Investigación se evidencia que la aplicación de cremas tradicionales con la aplicación de aceite de oliva tiene una relación de Eficacia, logrando que el experimento sea una alternativa de Prevención a UPP más eficaz en los adultos mayores a disposición de los profesionales de la Salud.

4.- Que hay ausencia de efectos adversos tras la aplicación de estos productos indicando la seguridad en su uso.

6.2.- Recomendaciones

El presente estudio, “La eficacia del aceite de oliva en la prevención de úlceras por presión, en relación con el uso de las cremas tradicionales en pacientes Adultos Mayores postrados hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital III Essalud de Chimbote- 2017., se llega a las siguientes Recomendaciones:

1.- Que las instituciones formadoras de profesionales de enfermería Informen y orienten a los nuevos profesionales acerca de la gran incidencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y los mecanismos de afrontamiento como el uso del aceite de Oliva Extra-Virgen, para evitar su aparición mejorando la calidad de vida del paciente y la calidad del cuidado asistencial.

2.- Que las instituciones prestadoras de servicios de salud mejoren su cuidado, promoviendo espacios de capacitación acerca de la prevención de úlceras por presión, por medio de la implementación de los protocolos con que cuenta cada institución, usando las cremas tradicionales con que cuenta, y sumando otras alternativas como el uso de Aceite de Oliva, buscando mejorar el nivel de conocimientos así como la actitud profesional frente a los adultos mayores postrados hospitalizados.

3.- Continuar desarrollando trabajos de investigación Experimentales con otros productos que nos ayuden a mejorar y evitar complicaciones en nuestros pacientes adultos mayores considerados como un grupo vulnerable y que según tendencia de la pirámide Poblacional, tiende a crecer, seguir experimentando estrategias que sumen y mejoren la atención y cuidados de salud..

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

- Argimon, P., y otros. (2014). *Estudios experimentales- ensayos clínicos.metodologia de investigacion clinica y epidemiologia.*
- B, Z. (2008).- *La prevencion en salud. algunos referentes conceptuales.* mexico: centro de investigaciones psicologicas y sociologicas.
- Mayta, R., (1994) *La familia como agente de autocuidado en la prevención de las úlceras por presión en pacientes inmovilizados de la tercera edad..* Lima..
- Varela L. 1999. *Valoración Geriátrica Integral. Tesis para Doctorado Hospital Nacional Cayetano Heredia.*
- UNCH (2000).- *Reducción de la Presión en Zonas de Riesgo para desarrollar Ulceras por Presión con un Apósito Hidrocoloide.* Revista Rol de Enfermería. Vol. Nº 23.
- Carrillo, P. (2009). *Propiedades del aceite de oliva en el mantenimiento de la integridad cutanea. Seminario medico,* 61(2), 62-90.
- Díaz, V.,y otros.- (2014). Eficacia en la prevencion de upp del aceite de oliva virgen frente a creams hiperoxigenadas. *GEROKOMOS,* 74-80 -25(2).
- E, M. C. (2009). La efectividad de los acidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la pielperilesional. *GEROKOMOS,* 20 (1)41-6.
- Gallart, E.- (2001). Estudio experimental paracomprobar la efectividad de los acidos grasos hiperoxigenados en la prevencion de las upp en pacientes ingrsados. *Enfermeria clinica,* 11(5) 179-83.

- Garcia ,F. (2006). Recursos materiales para la prevencion y el tratamiento de upp, analisis de la situacion. *GEROKOMOS*, 17 (1) 47-57.
- Martinez, N., (2011). Ulceras por presion y estado nutricional en el paciente grave en el hospital naval. *Revista cubana medicina intensiva y emergencias*, pag. 56.
- Pancorbo, Hidalgo, Garcia, y Fernandez .- (2013). Epidemiologia de la ulceras por presion 4to estudio nacional de prevalencia. *gerokomos*, 25 (4) 162-70.
- Postigo, M.,- (2011). Acidos grasos hiperoxigenados. *Rol de enfermeria*, 34(2) 134-5.
- Paresion, G. N. (2014). DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCION DE LAS ULCERS POR PRESION. *GNEAUPP*, 156-159.

7.2.- Fuentes bibliográficas

- Alvarez, J. (1998). *Diccionario Mosby Medicina y Ciencias de la salud*. España: Harcourt.
- .Avila C, B. J. (2008). *GUIA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA, Prevencion y tratamiento de ulceras por presion*. Valencia España: Interamericana.
- B, D. (2001). *TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA*. MADRID: McGrawHill INTERAMERICANA.
- C, C. C. (2014). *Evidencia de la efectividad de acidos grasos hiperoxigenados para prevencion y tratamiento de heridas. Metas de enfermeria*, 17.
- Candela y Zamora M.(2010). *Esudio comparativo de efectividad de dos acidos grasos hiperoxigenados en el tratamiento de ulceras por presion*. Chile: UNE.

- Cano C, B. V. (2002). La fracción del aceite de oliva disminuye el área de la quemadura con costra hipotrofica. *Salud y educación*, 61-156.
- F, B. (2004). El aceite y otros productos del olivo en la Grecia y Roma antigua, Uso dietéticos y Terapéuticos. *Revista de la Historia de enfermería # 9*, 61- 251.
- Gallart E, F. C. (2001). *Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la piel de los adultos mayores*. Mexico: GEROKOMOS.
- García Fernández F, M. M. (2007). *Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. Andalucía España: Junta de Andalucía.
- GARCIA J, c. (2007). *GUIA CLINICA DE ULCERAS POR PRESION*. ESPAÑA- : ALCORA.
- GNEAUPP. (2003). Directrices generales sobre Prevención y úlceras por presión. *Logroño*, 23-29.
- Gerald V. Tortora Anatomía – Fisiología clínica. 7ma edición Madrid – España. Ed. Lescer S.A. 1998.
- H, K. (1984). *Enfermedades neurológicas*. Mexico: Científica S,A, de C V San Bernardino.
- Hernandez, R, Fernandez, C y Bautista, P.- (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico:Mcgraw hill Interamericana.
- Izquierdo, F. (2005). Relación entre riesgo e incidencias de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina. *HNCH*, 9-15.
- J, A. (1998). *Diccionario Mosby Medicina y Ciencias de la Salud*. España: Harcourt Brace.
- Jose, B. D. (2003). *Cuidados en enfermería en las úlceras por presión*. España: Diploado.

- LLacer J, M. r. (2006). *Aplicaciones del aceite de oliva en farmacia*. España: Facultad de Farmacia.
- Lozano, L. (2003). Actitud de las enfermeras en prevencion y tratamiento de las ulceras por presion en el paciente hospitalizado. *Edgardo Rebagliati MARTINS*, 15-35.
- Marriner A. (1997). *Modelos y Teorias en enfermeria*,. Barcelona Buenos Aires,: Harcourt Brace.
- Puentes J, P. y. (2006). Prevencion de ulceras vasculares y pie diabeticas. *Rol de enfermeria # 29*, 6 - 41
- R, C. (1984). *Neurologia*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Segovia T Bermejo M, R. J. (2001). Cuidado de la piel y ulceras por presion. *Rev. Rol de enfermeria # 24*, 82- 578.
- Soldevilla A. Navarro Rodriguez S. (2006). Aspetos legales relacionados con ulceras por presion. *GEROKOMOS*, 24-203.
- Soldevilla J, T. J. (2009). Estudio Nacxional de Prevalencia de ulceras por presion. *GEROKOMOS*, 77-90.
- Suddarth, B. y. (2003). *Enfermeria Medico Quirurgico*. Mexico: Interamericana Editores
- Teodoro Colton Estadística en Medicina 1° Ed. Barcelona – España. Ediciones científicas y Técnico S.A. 2000.
- Tinoco, R. (2003). Importancia del manejo multidisciplinario de las ulceras por presion en el adulto mayor. *Hospital Geriatrico San Jose PNP*, 13-21.
- Torra, J. E. (2005). Efectividad de un compuesto de acidos grasos hiperoxigenados en la prevencion de ulceras por presion. *Gerokomos*, 36-229.

- Ugas, G. (2000). Atención de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes con limitada movilidad. *I,E,C,N,O,T,M,*, 9-16.
- Velez. H, B. J. (1985). *Fundamentos de Medicina Neurologia Restrepo*. Colombia: Sigfredo.

7.3 Fuentes hemerográficas

- Valoración del Riesgo de úlceras por presión. Nursing May 2002
- Cuidados cutáneos a pacientes con incontinencia. Nursing Feb. 2003
- Informe Estadístico Anual – 2003 Indicadores de salud del Hospital Nacional Cayetano Heredia – servicio de Medicina.
- Oficina Sanitaria Panamericana. 1996 la Salud de los Ancianos, una preocupación para todos. Washington, D.C. OPS; 3-4
- Bacardi Z.P. 2004. Consideraciones sobre la intervención de enfermería en las úlceras por presión Revista 16 de Abril 201; SIN 1729 – 6935.

7.4 Fuentes electrónicas:

- Cordomi, Alfonso “Estudio sobre úlceras por Presión en un Centro Sanitario”
<http://www.drogueriamartin.comar/trabajos.htm#estudios>.

ANEXOS

ANEXOS 01

GUIA DE OBSERVACION

El presente instrumento tiene como finalidad obtener información sobre la eficacia del aceite de oliva como prevención de úlceras por presión, en los pacientes hospitalizados en Essalud Chimbote.

I.- DATOS GENERALES.

1.- N° Orden :

Código.-

2.- Sexo : M () F () Edad :

3.- Tratamiento: Aceite de oliva () Cremas Tradicionales ()

4.- Test de Bradem:

- Riesgo Bajo () Riesgo Medio () Riesgo Alto ()

5.- Diagnostico Medico: Enf. Neurológicas () Enf. Cardiológicas ()

Enf. Respiratorias (), Enf. Cancerígenas ().

6.- Procedimientos Invasivos: Vía periférica () SNG () SF () CVC ()

II.- DATOS ESPECIFICOS

| CONTROL 4 DIAS | | CONTROL 8 DIAS | | CONTROL 12 DIAS | | CONTROL 15 DIAS | |
|----------------|-----|----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
| SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| I | I | I | I | I | I | I | I |
| II | II | II | II | II | II | II | II |
| III | III | III | III | III | III | III | III |
| IV | IV | IV | IV | IV | IV | IV | IV |

ANEXO 2

EFICACIA DEL ACEITE DE OLIVA COMO PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS- ESSALUD CHIMBOTE

| FICHA DE CONTROL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|----|--------|----|---------|----|---------|----|----------------|--------|----|--------|----|---------|----|---------|----|
| Aceite de oliva | 4 días | | 8 días | | 12 días | | 15 días | | Cremas comunes | 4 días | | 8 días | | 12 días | | 15 días | |
| | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| Cod 1 | | x | | x | | x | | x | Cod 11 | | x | | x | | x | | x |
| Cod 2 | | x | | x | | x | | x | Cod 12 | | x | | x | X I | | X II | |
| Cod 3 | | x | | x | X I | | X II | | Cod 13 | | x | | x | | x | | x |
| Cod 4 | | x | | x | | x | | x | Cod 14 | | x | | x | X I | | X II | |
| Cod 5 | | x | | x | | x | | x | Cod 15 | | x | | x | | x | X I | |
| Cod 6 | | x | | x | X i | | X I | | Cod 16 | | x | | x | X I | | X | |
| Cod 7 | | x | | x | | x | X I | | Cod 17 | | x | | x | X I | | X | |
| Cod 8 | | x | | x | | x | X I | | Cod 18 | | x | | x | | x | | x |
| Cod 9 | | x | | x | | x | | x | Cod 19 | | x | | x | | x | | x |
| Cod 10 | | x | | x | | x | | x | Cod 20 | | x | | x | | x | | x |
| TOTAL | 0 | 10 | 0 | 10 | 2 | 8 | 4 | 6 | TOTAL | 0 | 10 | 0 | 10 | 4 | 6 | 5 | 5 |

Elaborado por el autor: Mg María Marleny Rivera Gonzales.

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PUBLICA

HOJA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

I.- DATOS GENERALES

1.1.- Apellidos y Nombres del Informante:

1.2.- Cargo e Institución donde labora:

1.3.- Nombre del Instrumento a evaluar :

“Eficacia del aceite de Oliva en la prevención de las UPP en relación con las cremas tradicionales en los adultos mayores postrados en el Servicio de Emergencia- Medicina de Essalud. 2017”

II.- INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada Item del contenido del Instrumento que revisa, marque ud con un check () o un aspa () la opción si o no según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMATICA.

El Criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el Item corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir, mientras que el criterio de GRAMATICA se refiere a que si el Ítems esta bien redactado gramaticalmente, es decir si tiene sentido lógico y se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de algunos Ítems.

| N° de Items | CONSTRUCTO | | GRAMATICA | | OBSERVACIONES |
|-------------|------------|----|-----------|----|---------------|
| | SI | NO | SI | NO | |
| ITEM 1 | | | | | |
| ITEM 2 | | | | | |
| ITEM 3 | | | | | |
| ITEM 4 | | | | | |
| ITEM 5 | | | | | |
| ITEM 6 | | | | | |
| ITEM 7 | | | | | |

Dra. Soledad Dionisia LLañez Bustamante

ASESOR

**[Dra Maria del Rosario Farromeque Meza
PRESIDENTE**

**[Dr. Carlo Magno Velásquez Vergara
SECRETARIO**

**[Dr. Alfredo Edgar López Jiménez]
VOCAL**