



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR EN LA EVOLUCIÓN
DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
CENTRO MÉDICO NAVAL 2011- 2014**

**PRESENTADO POR
MADELY LESLIE ROMERO CASTRO**

**ASESOR
FERNANDO RUNZER COLMENARES**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR EN LA EVOLUCIÓN
DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
CENTRO MÉDICO NAVAL 2011- 2014**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANA

**PRESENTADA POR
MADELY LESLIE ROMERO CASTRO**

**ASESOR
M. E. FERNANDO RUNZER COLMENARES**

LIMA, PERÚ

2019

JURADO

Presidente: José Francisco Parodi García, maestro en Salud Pública

Miembro: Hugo Ortiz Becerra, maestro en Medicina con mención en Cirugía General

Miembro: Nelly Mercedes Lizabeth Borra Toledo, doctora en Salud Pública

A Dios por la fuerza de cada día;
a mi madre y abuela, por ser mi
motivación y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

A Fernando Runzer Colmenares, médico geriatra, por la asesoría temática.

A Ian Falvy Bockos, médico geriatra, por la asesoría metodológica.

A Claudia De Pilar Valdivia Alcalde, médica geriatra, por la asesoría temática.

ÍNDICE

| | Págs. |
|-------------------------------|--------------|
| Portada | i |
| Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Resumen | vi |
| Abstract | vii |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| | |
| II. METODOLOGÍA | 7 |
| | |
| III. RESULTADOS | 17 |
| | |
| IV. DISCUSIÓN | 30 |
| | |
| CONCLUSIONES | 35 |
| | |
| RECOMENDACIONES | 37 |
| | |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 38 |
| | |
| ANEXOS | |

RESUMEN

Objetivos: Determinar la relación de la valoración sociofamiliar en la evolución de úlceras por presión (UPP) en adultos mayores del Centro Médico Naval (CEMENA) 2011- 2014.

Metodología: Estudio longitudinal de tipo cuantitativo, observacional y analítico. Se tomó como población a 98 pacientes adultos mayores del Centro médico naval desde enero 2011 hasta diciembre 2014, que presentaron úlceras por presión en su admisión y que pudieran o no tener riesgo o problema social según la escala de valoración sociofamiliar de Gijón modificada.

Resultados: El 100% (N=98) de la población presentó úlceras. El 68.37%(N=67) presentó riesgo o problema social, los pacientes con puntaje Gijón ≥ 10 y evolución no adecuada conformaron el 89.66% (n=52; p=0.0001). Los resultados obtenidos por regresión logística indicaron que tener problema social aumenta la probabilidad de tener una UPP con evolución no adecuada en un 1.51 (1.02-2.24) en comparación a los que no tienen problema social, en un modelo ajustado por edad, localización de UPP, tratamiento y estadio de inicio de la UPP.

Conclusiones: Se determinó que la valoración sociofamiliar se relaciona con la evolución de las UPP en la población adulto mayor; si el paciente se encuentra en riesgo o problema social, tendrá mayor probabilidad de presentar una evolución no adecuada de la UPP.

Palabras clave: Úlcera por presión, problema social, escala de valoración sociofamiliar de Gijón modificada y evolución no adecuada

ABSTRACT

Objectives: To determine the relationship of the sociofamiliar valuation in the evolution of pressure ulcers (UPP) in older adults of the Naval Medical Center (CEMENA) 2011-2014.

Methodology: Longitudinal study of quantitative, observational and analytical type. A total of 98 elderly patients were taken from the Naval Medical Center from January 2011 to December 2014, who presented pressure ulcers on admission and who may or may not have a risk or social problem according to the modified socio-family assessment scale of Gijón.

Results: 100% (N = 98) of the population presented ulcers. 68.37% (N = 67) presented risk or social problem, patients with Gijón score ≥ 10 and inadequate evolution formed 89.66% (n = 52, p = 0.0001). The results obtained by logistic regression indicated that having a social problem increases the probability of having a UPP with an inadequate evolution in a 1.51 (1.02-2.24) compared to those who do not have a social problem, in a model adjusted for age, location of UPP, treatment and degree of initiation of the UPP.

Conclusions: It was determined that the sociofamiliar valuation is related to the evolution of the UPP in the elderly population; If the patient is at risk or social problem, will be more likely to present an inadequate evolution of the UPP.

Key words: Ulcer due to pressure, social problem, social assessment scale of Gijón modified and inadequate evolution

I. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de carácter isquémico que se localizan en la piel y en tejidos subyacentes y son producidas por la presión prolongada ejercida por una superficie externa sobre las prominencias óseas (1).

Por el impacto que causan en la población a nivel mundial, su incidencia es reconocida como indicador para determinar la calidad de asistencia brindada por el sistema de salud (2,3). Según la OMS, las UPP tienen una incidencia de 55% y una prevalencia que oscila entre el 5-12%. Además, las más altas proporciones de UPP por etapas de vida se dan en la población geriátrica con una predominancia del 70% en mayores de 70 años. En este sentido, la probabilidad de padecerlas es mayor con el envejecimiento (4).

Según Jaul et al., en su artículo de manejo y evaluación de UPP, la aparición de UPP en el adulto mayor es indicio del descuido y mal pronóstico, ya sea por el envejecimiento en sí, comorbilidades, nivel funcional, nutricional y aspecto sociofamiliar (4,5).

El proceso de envejecimiento y los factores ambientales dañan la piel y hace un ambiente más propicio para el desarrollo de úlceras (6). En los adultos mayores, los cambios en la piel están dados por el aplanamiento de la unión dermoepidérmica, el recambio lento de las células cutáneas, pérdida de elasticidad, adelgazamiento de las capas subcutáneas, reducción de la masa muscular general (sarcopenia), disminución de la perfusión y oxidación intradérmica vascular (7). Se puede decir que los adultos mayores tienen mayor probabilidad de presentar UPP (8).

Las comorbilidades son relevantes, ya que generan cambios fisiológicos que disminuyen las reservas del anciano haciéndolo más vulnerable (9). Las enfermedades agudas, muchas veces, obligan al paciente a permanecer en cama por lo que predispone a mayor riesgo de desarrollar úlceras (3). Asimismo, las

condiciones de inmovilidad temporal que perjudican los músculos, como lo son las caídas, fractura de cadera, cirugías e infecciones (10). La alta prevalencia de enfermedades sistémicas crónicas o de largo plazo en el adulto mayor contribuyen a las UPP, entre ellas la insuficiencia arterial, insuficiencia venosa, esclerosis múltiple, *diabetes mellitus*, *stroke*; enfermedades neurológicas como demencia o alzheimer, entre otras (3,11).

Con respecto al nivel funcional, se debe tener en cuenta que los perjuicios de las enfermedades avanzadas causan mayores discapacidades, que incluye la inmovilidad, incontinencia y el deterioro cognitivo (12). Las discapacidades contribuyen al desarrollo y persistencia de UPP, sobre todo cuando se combinan con una comorbilidad de fondo (13).

A nivel nutricional, Nizaka et al., en 2012, usó un diseño transversal e hizo una estimación de los requerimientos proteicos en 28 adultos mayores hospitalizados con UPP. De los resultados, se obtuvo que una UPP puede requerir mayor ingesta de proteínas, debido al hipercatabolismo de proteína muscular en lugar de la pérdida directa de proteína a partir de exudado de la herida (14).

A nivel sociofamiliar, debe considerarse la importancia de evaluar las redes de apoyo familiar, los recursos comunitarios del paciente y la familia, además la carga económica que acompaña a las UPP.

Según Ruiz-Dioses et al., en su estudio realizado en establecimientos de salud de primer nivel, en el Callao, entrevistó a 301 adultos mayores y se les realizó una valoración sociofamiliar por medio de la escala de Gijón modificada, de los cuales 75.1% tenía riesgo o problema social. Del estudio, se concluyó que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores (15).

La cronicidad de las UPP resulta en síntomas y otras secuelas, como dolor, disconformidad, deterioro cognitivo, disminución en la calidad de vida y reducción de sus competencias (16).

Como respuesta ante el envejecimiento progresivo de la población, en el ámbito del sistema de salud, existe mayor necesidad de actividades dirigidas hacia el anciano (17). Está por ello justificado contar con un instrumento que nos permita tener en cuenta los aspectos sociales, junto a los funcionales o psicológicos, a la hora de detectar situaciones de riesgo o de problema social, emitir un pronóstico, orientar una intervención o efectuar un seguimiento (18).

Para entender la importancia que tiene la valoración social se debe tener en cuenta los conceptos de riesgo social y problema social.

El riesgo social está conformado por un conjunto de características o rasgos relacionados a factores sociales que incrementan la vulnerabilidad del anciano para desarrollar un estado de fragilidad y necesidad, lo que los pone en riesgos de accidentes, ruptura del equilibrio homeostático y muerte. Estos factores pueden estar relacionados con las pérdidas de papeles sociales, inadaptación a la jubilación, aislamiento, insatisfacción con las actividades cotidianas e inactividad (19).

El problema social es definido como una situación consolidada, difícilmente modificable, del individuo o del entorno que rompe la interacción entre ambos, lo que impide que este satisfaga sus necesidades básicas (20).

García, et al., realizó un estudio de validez y fiabilidad de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón del anciano. La muestra contó con 1062 individuos de la población adulto mayor, se evaluó la fiabilidad por entrevista con dos observadores, y la validez mediante el contraste de la puntuación obtenida por la escala con un criterio de referencia que consistió en una valoración independiente y ciega por un experto en trabajo social. De los resultados, se obtuvo el coeficiente de correlación intraclase (fiabilidad interobservador) de 0.957. El coeficiente alfa de Cronbach es de 0.4467, lo que denota una consistencia interna moderada. Se concluyó que la escala, como instrumento de medida, permite detectar situaciones de riesgo o

problemática social con un grado de fiabilidad alto y de validez aceptable, siendo útil en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria de las personas adultos mayores(20).

Para lograr la valoración social, es necesario definir variables como: a) el ajuste ambiental, b) la adaptación personal y bienestar subjetivo y c) las interacciones sociales. El ajuste ambiental está enfocado en la situación económica y la vivienda, la adaptación personal y bienestar subjetivo comprenden la capacidad de realizar actividades y la percepción o situación de salud de la persona; mientras que las interacciones sociales implican el soporte o la red social (20,21).

Entonces por ejemplo, de acuerdo con García et al., un adulto mayor con una dimensión de ajuste ambiental con situación económica dependiente de terceros y vivienda inadecuada sin servicios básicos, material débil, etc.; con dimensión de adaptación personal y bienestar subjetivo refiere vivir solo y familiares viven lejos; y dentro de una dimensión de interacciones sociales recibe cuidados permanentes no sale ni recibe visitas, en este caso, puede considerarse como un adulto mayor con problema social. La escala de Gijón reconoce y recolecta factores que recaen dentro de cada una de estas categorías para poder evaluar acertadamente si el adulto mayor en cuestión tiene problema social. La escala divide estas tres dimensiones en cinco variables: 1) situación familiar, 2) situación económica, 3) vivienda, 4) relaciones sociales y 5) apoyo de redes sociales. Si el adulto mayor en evaluación obtiene una puntaje mayor a nueve, se asume tiene un riesgo o problema social (20).

El objetivo del presente estudio fue establecer si existe relación de la valoración sociofamiliar en la evolución de úlceras por presión del adulto mayor en el centro médico naval, en el periodo 2011- 2014.

Según Banks et al., en Australia, se estimó que el costo de hospital por úlceras por presión en 2001-2002 llegó a un promedio de 285 millones de dólares australianos. En el año 2004 el Reino Unido invirtió 1.4 a 2.1 billones de libras. Esta cifra representó el 4% del presupuesto total del servicio nacional de salud que se destinó para el tratamiento de UPP. En el mismo año para los Estados Unidos se calculó el valor de 2.2-3.6 mil millones de dólares (5). En 2010, estudios en Holanda,

informaron que el tratamiento de las UPP tiene un coste de 89 millones a 1.9 billones de euros (6).

Estos valores de países desarrollados evidenciaron que las UPP son una condición de gran inversión, hecho que también afecta a países como Perú.

Según el instituto de estadística e informática (INEI), la sociedad peruana se compone de un total de 10.4% adultos mayores, proyectándose para el año 2025 a un valor 17.1% de la población, lo que significaría que el presupuesto destinado a esta afección debería aumentar por relación directa (22).

El índice de Desarrollo inclusivo (IDI) indicó en enero de 2018 que el Perú ocupa el último puesto en indicadores como protección social y cobertura de pensiones para personas de la tercera edad.

A pesar del conocimiento actual sobre el crecimiento de la población adulto mayor, los servicios geriátricos no son prioridad inmediata y sigue siendo motivo de debate la necesidad de una reestructuración para un sistema eficaz de salud que cubra todas sus necesidades y no se conforme solamente de servicios médicos tradicionales (23,24).

Según Soldevilla J. y Verdú J., en 2015, realizó un estudio de Impacto social y económico de UPP, describiendo a las UPP como un mal prevenible. Por este motivo y con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida en la población adulto mayor, se debe tener en cuenta al aspecto social como soporte fundamental para la identificación de la población frágil; es así, que contar con una evaluación social permite determinar las condiciones de vida de los adultos mayores en distintas áreas de situación económica, vivienda, familiar, apoyo de redes sociales y relaciones sociales (25-26).

El tener una valoración social y el conocer la relación que existe entre el adulto mayor y su entorno, son relevantes para la organización de un plan y estrategias para los cuidados del anciano (27,28).

En el Perú, no existen suficientes investigaciones sobre la significancia de las condiciones sociales del adulto mayor direccionadas a las UPP; en este sentido, lo que se busca con el presente estudio es lograr un aporte orientado a la importancia del aspecto social en la valoración integral como marcador para el hallazgo de pacientes en riesgo o ya con problema social, su detección contribuirá principalmente a evitar las UPP, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que las padecen, y asimismo, descubrir la existencia de dimensiones deficientes en nuestro sistema de salud para poder realizar una planificación y acción oportuna para destinar recursos a los adultos mayores con lesiones evitables como lo son las UPP(29-31).

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipos y diseño

Observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, de correlación múltiple.

2.2 Diseño muestral

Población universo

Todas las personas adultas mayores con la úlcera por presión (UPP).

Población de estudio

Adultos mayores con UPP atendidos en el Centro Médico Naval en el periodo de enero 2011 hasta diciembre 2014.

Tamaño de la población de estudio

Para el cálculo del tamaño muestral, se usó la aplicación Epi Info 7.0, con un nivel de confianza del 95% y una frecuencia esperada de 6.8%. El tamaño de la muestra es de 98 personas con UPP.

Muestreo

El tipo de muestreo a realizar es de tipo no probabilístico.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores con UPP del CEMENA.
- Personas que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Persona que no firmó consentimiento informado a CEMENA.

2.3 Procedimiento de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

Se utilizó la técnica de observación indirecta, se realizó el análisis documental de 98 pacientes adultos mayores seleccionados que presentaron UPP durante el seguimiento de un año correspondiente de la base de datos UPP CEMENA de enero 2011a diciembre 2014.

Para el estudio, se incluyeron a todos los participantes de la investigación original (factores de riesgo asociados a UPP en adultos mayores: Centro Médico Naval), quienes, en su totalidad, tuvieron diagnóstico de UPP. Para el presente proyecto, se tomó en cuenta, como variable desenlace, a los participantes que, durante el seguimiento por un año, presentaron evolución no adecuada de UPP.

Se consideró el estadio de la UPP a la admisión (al inicio del estudio) y como instrumento específico de medición de la valoración sociofamiliar, se utilizó la escala de valoración sociofamiliar de Gijón modificada para así clasificar a los pacientes que presentaron o no riesgo o problema social a su admisión en CEMENA.

Además de examinar la valoración sociofamiliar y su impacto sobre diagnóstico de úlcera por presión, se tomó los datos generales (género, edad, grupo etario, estado civil) de la población estudiada y los relacionados con las variables de investigación (estadio de úlcera, uso de medicación, número de úlcera, localización, comorbilidades) y se les extrajo de la base de datos del Centro Médico Naval, obtenidos en diferentes intervalos durante el periodo enero 2011-diciembre 2014.

A diferencia del estudio original (factores de riesgo asociados a UPP en adultos mayores: Centro Médico Naval), que hizo sólo la recolección de datos y cuyo objetivo fue determinar cuáles eran los factores en general, asociados a UPP, los procedimientos para el presente estudio fueron enfocados al factor social (escala sociofamiliar de Gijón modificada) y evolución de la UPP (adecuada/no adecuada)

como variables principales; se incluyó otras covariables de la base de datos, en función a la formulación del problema (28).

2.4 Procesamiento y análisis de datos

- Se registraron todos los datos en una tabla del programa Excel® 2010 y se sometieron a análisis estadístico con el programa STATA.
- Análisis bivariado: Se consideró el estudio de Chi2 para valorar el riesgo relativo y determinar la fuerza de asociación entre el riesgo o problema social y la evolución, cuantificando cuánto y cómo se asocia la variable “riesgo o problema social” a la evolución de UPP, a partir de la frecuencia con que aparece o no en los pacientes.
- Análisis multivariado: Se consideró los valores para determinar una asociación así como las fuerzas de asociación múltiples, utilizando el análisis de regresión logística, donde la variable dependiente es la evolución (adecuada/no adecuada) de UPP, la variable independiente más importante es la presencia de riesgo o problema social (dada por la escala sociofamiliar de Gijón con puntaje ≥ 10), y se incluyó otras variables importantes biológicamente como la edad, género, y demás variables que hayan estado significativamente asociadas a la evolución.
- Análisis univariado: Se consideró los resultados de las variables de forma individual para una determinación de frecuencias, proporciones y tasas.
- Se utilizó tablas para la presentación de resultados de variables.
- Se consideró un nivel de confianza de 95% por lo tanto un $p < 0.05$ significa asociación estadística entre dos variables incluyendo la evolución no adecuada de UPP.

2.5 Aspectos éticos

CEMENA recolectó la base de datos informando que contó con un respectivo consentimiento informado previa evaluación y la revisión ética del estudio respetando el derecho de los pacientes de participar o querer interrumpir en el momento que desea el estudio, sin posibilidades de producir daño a los pacientes involucrados.

El presente trabajo de investigación tomó en cuenta y respetó los principios éticos de la profesión médica basados en la última versión de la Declaración de Helsinki

aprobada en la asamblea número 64 de la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2013.

Se mantuvo total confidencialidad de los datos obtenidos y se resguardó la intimidad al no tener en cuenta los nombres completos, documento de identidad, así como el mantenimiento permanente de los principios éticos en la investigación como la constitución política, Ley 1090/2006.

III. RESULTADOS

Así como lo muestra la tabla 1, en referencia al puntaje asignado por la escala de Gijón, se obtuvo un 68.37%(n=68) para los pacientes que presentaban riesgo o problema social, mientras que el 31.63% (N=31) no lo presentó.

Tabla 1. Características generales registradas durante el seguimiento de pacientes adultos mayores con UPP

| Variable | N | % |
|---|----------|----------|
| Riesgo /problema social (Gijón ≥ 10) | | |
| No | 31 | 31.63 |
| Sí | 67 | 68.37 |
| Género | | |
| Masculino | 65 | 66.33 |
| Femenino | 33 | 33.67 |
| Edad | | |
| 60-70 | 6 | 6.12 |
| 71-80 | 6 | 6.12 |
| 81- a más | 86 | 87.76 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 7 | 7.22 |
| Casado | 35 | 36.08 |
| Viudo | 43 | 44.33 |
| Divorciado/separado | 7 | 7.22 |
| Conviviente | 5 | 5.15 |
| Comorbilidades | | |
| No presenta | 35 | 35.71 |
| Presenta una comorbilidad | 33 | 33.67 |
| Presenta 2 o más | 30 | 30.61 |
| Diabetes | 24 | 24.48 |

| | | |
|-------------------------------------|----|-------|
| DCV | 29 | 29.59 |
| Fractura de cadera | 12 | 12.24 |
| Demencia | 45 | 45.91 |
| Cuidador | | |
| No tiene | 5 | 5.1 |
| Contratado | 22 | 22.45 |
| Familiar | 71 | 72.45 |
| Tratamiento | | |
| Uso de gel (Polihexanida) | N | % |
| No | 60 | 61.22 |
| Sí | 38 | 38.78 |
| Cura convencional | | |
| No | 38 | 38.78 |
| Sí | 60 | 61.22 |
| uso de apósito (hidrocolide) | | |
| No | 65 | 66.33 |
| Sí | 33 | 33.67 |
| Localización de UPP | | |
| Calcáneo | | |
| No | 72 | 73.47 |
| Sí | 26 | 26.53 |
| Sacro | | |
| No | 59 | 60.2 |
| Sí | 39 | 39.8 |
| Glúteo | | |
| No | 60 | 61.22 |
| Sí | 38 | 38.78 |
| Trocánter | | |
| No | 90 | 91.84 |
| Sí | 8 | 8.16 |
| Tobillo | | |
| No | 86 | 87.76 |
| Sí | 12 | 12.24 |
| Otros | | |
| No | 90 | 91.84 |
| Sí | 8 | 8.16 |

| Estadío de UPP al inicio de la investigación | | |
|--|----|-------|
| Estadío I | 14 | 14.29 |
| Estadío II | 31 | 31.63 |
| Estadío III | 33 | 33.67 |
| Estadío IV | 20 | 20.41 |

Se realizó seguimiento de 12 meses a cada paciente registrado en la base de datos UPP CEMENA, y se tomó para el siguiente estudio como puntos de cohorte el estadío de inicio y fin del seguimiento de las UPP; se observó la evolución (adecuada o no adecuada). Se tuvo en cuenta que los pacientes que disminuyeron en uno o más estadíos de UPP indican una evolución adecuada (n=40) y las UPP que se mantuvieron en el mismo estadío o aumentaron en uno o más estadíos son denominadas como una evolución no adecuada (n=58).

Se usó Chi² para determinar la fuerza de asociación entre la evolución de las UPP con cada uno de los datos recolectados, siendo el cardinal, el riesgo y problema social, el cual fue valorado por la escala sociofamiliar de Gijón modificada mostrando un puntaje de 0 hasta 9 para los pacientes que no presentan riesgo o problema (n=31), y para los que si presentan riesgo o problema social se tomó el puntaje desde 10 a más (n=67) (28-30).

En la tabla 2, se observa los resultados del análisis bivariado. La escala sociofamiliar de Gijón mostró datos estadísticamente significativos con p=0.0001; además, en el análisis los pacientes con puntaje Gijón ≥ 10 y evolución no adecuada conformaron el 89.66%(n=52), mientras que los que tuvieron un puntaje Gijón de 0-9 y una evolución no adecuada fueron el 10.34%(n=6). Esto indica que la mayoría de los pacientes con riesgo o problema social (Gijón ≥ 10) tuvieron úlceras con evolución no adecuada, a diferencia de los que presentaron una evolución adecuada, quienes en su mayoría fueron pacientes sin riesgo o problema social con puntaje Gijón 0 - 9, conformados por un 62.5% (n=25); y los restantes fueron 37.5%(n=15) de pacientes; también presentaron evolución adecuada a pesar de su riesgo o problema social siendo solo una mínima parte de la población.

Tabla 2. Análisis bivariado en base a la evolución de UPP N=98

| Variable | Evolución | | | | p* |
|--|-------------|------|--------------|-------|--------|
| | Adecuada | | No adecuada | | |
| | n=40(40.82) | | n=58 (59.18) | | |
| | n | % | n | % | |
| Riesgo/problema social (puntaje gijon ≥ 10) | | | | | 0.0001 |
| No | 25 | 62.5 | 6 | 10.34 | |
| Si | 15 | 37.5 | 52 | 89.66 | |
| Género | | | | | 0.8 |
| Masculino | 27 | 67.5 | 38 | 58.46 | |
| Femenino | 13 | 32.5 | 20 | 34.48 | |
| Edad | | | | | 0.0001 |
| 60-70 | 6 | 15 | 0 | 0 | |
| 71-80 | 6 | 15 | 0 | 0 | |
| 81 a más | 28 | 70 | 58 | 100 | |
| Estado Civil | | | | | 0.7 |
| Soltero | 3 | 7.5 | 4 | 7.02 | |
| Casado | 16 | 40 | 19 | 33.33 | |
| Viudo | 15 | 37.5 | 28 | 49.12 | |
| Divorciado/separado | 4 | 10 | 3 | 5.26 | |
| Conviviente | 2 | 5 | 3 | 5.26 | |
| Estadío de inicio | | | | | 0.0001 |
| 0 | 14 | 35 | 0 | 0 | |
| 1 | 12 | 30 | 19 | 32.76 | |
| 2 | 9 | 22.5 | 24 | 41.38 | |
| 3 | 5 | 12.5 | 15 | 25.86 | |
| N.º de comorbilidades | | | | | 0.351 |
| no presenta | 16 | 40 | 19 | 32.76 | |
| 1 | 15 | 37.5 | 18 | 31.03 | |
| 2 o mas | 9 | 22.5 | 21 | 36.21 | |

| | | | | | |
|---|----|------|----|-------|--------|
| Tratamiento | | | | | |
| Gel (polihexanida) | | | | | 0.0001 |
| No | 12 | 30 | 48 | 82.76 | |
| Sí | 28 | 70 | 10 | 17.24 | |
| Cura convencional | | | | | 0.0001 |
| No | 28 | 70 | 10 | 17.24 | |
| Sí | 12 | 30 | 48 | 82.76 | |
| Uso de apósito | | | | | 0.283 |
| No | 29 | 72.5 | 36 | 62.07 | |
| Sí | 11 | 27.5 | 22 | 37.93 | |
| Localización de UPP | | | | | |
| calcáneo | | | | | 0.776 |
| No | 30 | 75 | 42 | 72.41 | |
| Sí | 10 | 25 | 16 | 27.59 | |
| Sacro | | | | | 0.421 |
| No | 26 | 65 | 33 | 56.9 | |
| Sí | 14 | 35 | 25 | 43.1 | |
| Glúteo | | | | | 0.324 |
| No | 26 | 65 | 34 | 58.62 | |
| Sí | 14 | 35 | 24 | 41.38 | |
| Trocánter | | | | | 0.005 |
| No | 33 | 82.5 | 57 | 98.28 | |
| Sí | 7 | 17.5 | 1 | 1.72 | |
| Tobillo | | | | | 0.573 |
| No | 36 | 90 | 50 | 86.21 | |
| Sí | 4 | 10 | 8 | 13.79 | |
| Otros | | | | | 0.581 |
| No | 36 | 90 | 54 | 93.1 | |
| Sí | 4 | 10 | 4 | 6.9 | |
| P* Análisis realizado por técnica de Chi2 | | | | | |

En la tabla 3, se muestra el cálculo del OR de todas las variables y la probabilidad de tener una evolución no adecuada obteniendo que las variables significativas fueron: problema social, edad, localización de UPP, tratamiento y estadio de inicio de la UPP. Como se observa, los resultados obtenidos por regresión logística nos

indican que tener problema social aumenta la probabilidad de tener una UPP con evolución no adecuada en un 1.51 (1.02-2.24) en comparación a los que no tienen problema social, en un modelo ajustado por edad, localización de UPP, tratamiento y estadio de inicio de la UPP.

Tabla 3. Regresión logística para determinar relación entre riesgo/problema social y evolución no adecuada de UPP

| Variable | Modelo crudo | Modelo ajustado |
|--|------------------|--------------------------|
| | OR (IC 95%) | OR (IC 95%) ¹ |
| Riesgo/problema social | | |
| Sí | 1.62 (1.31-1.99) | 1.51 (1.02-2.24) |
| No | Referencia | Referencia |
| ¹ Modelo ajustado por edad, localización de la UPP, tratamiento y estadio de inicio | | |

IV. DISCUSIÓN

Se apreció, durante la investigación, que la mayoría de estudios consultados, o fueron de enfoque sociofamiliar netamente, u orientados a las UPP exclusivamente, sin aplicar una medida para valorar el aspecto social en ellas. Es así que los resultados de la presente investigación son de gran beneficio, al combinar estos dos elementos, por medio de la escala sociofamiliar de Gijón modificada aplicada en la población adulto mayor con UPP.

De los datos obtenidos del CEMENA, se obtuvo que la escala de valoración sociofamiliar de Gijón modificada calculó un total de 68.36% de pacientes con puntaje Gijón ≥ 10 , y como se evidenció en el estudio, este puntaje en los pacientes adultos mayores aumenta la probabilidad de tener una UPP con evolución no adecuada en un 1.51 veces más que aquellos pacientes sin riesgo o problema social.

Montenegro, en su estudio para determinar las características geriátricas y problemas sociales en adultos mayores, obtuvo por medio de la escala de Gijón modificada, un 49.4% de pacientes con riesgo y problema social, de un total de 154 pacientes geriátricos, indicando la importancia de los factores sociales tanto en salud como enfermedad y su influencia con el paso de los años, principalmente a partir de los sesenta años (32). Ruiz-Dioses, en su estudio realizado en establecimientos de salud de primer nivel en el Callao, entrevistó a 301 adultos mayores y se les realizó una valoración sociofamiliar por medio de la escala de Gijón modificada de los cuales 75.1% tenía riesgo o problema social (15). Asimismo, Villarreal en su estudio por determinar las condiciones sociofamiliares en Colombia mostró por medio de la escala de Gijón modificada que el 67.7% de los adultos mayores de una población de 275 adultos mayores tenían riesgo y problema social (33).

Para el presente estudio, en análisis bivariado los pacientes con puntaje Gijón ≥ 10 y evolución no adecuada conformaron el 89.66% (n=52), mientras que los que

tuvieron un puntaje Gijón de 0-9 (no riesgo) presentaron en su mayoría una evolución adecuada siendo pacientes sin riesgo o problema social conformados por un 62.5% (n=25). Esto indica que los pacientes con riesgo o problema social tienen mayor probabilidad de presentar úlceras con evolución no adecuada, lo que muestra la importancia del aspecto social para la evolución de las UPP en pacientes adultos mayores que las padecen, y, asimismo, debe interpretarse como un componente valioso para la prevención de las UPP.

Dentro de las características generales con respecto al género, Peralta en su estudio, para determinar la frecuencia de casos de UPP y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores en el hospital Cayetano Heredia, obtuvo en su mayoría una población de género masculino de 51.6%%, al igual que para el presente estudio, la predominancia se dio para el género masculino donde se obtuvo un porcentaje de 66.33% (N=65) de pacientes con UPP (3). Rebagliati, en su análisis por determinar la prevalencia de características clínicas, epidemiológicas y sociales en una población geriátrica Militar, evaluó a un total de 711 pacientes adultos mayores, en el que donde la predominancia de paciente con UPP fue en el sexo masculino (34).

Cabe resaltar que, en el Perú, distintos estudios de UPP en adultos mayores han dado como resultado al género masculino como el predominante. Este resultado muestra especial importancia, ya que las estadísticas de otros países difieren con la de nuestra mostrando predominancia en el género femenino como Gálvez, en su estudio de prevalencia y factores de riesgo de UPP, realizado en España, reportó un predominio en las UPP de sexo femenino de 73.9% (35). Khor, en su estudio de determinantes de mortalidad en adultos mayores con UPP realizado en Malasia, encontró también una predominancia en el sexo femenino de 52% del total de la población (36). Iizaka, en Japón, obtuvo una mayoría de pacientes de sexo femenino que conformó el 64.2% de la población estudiada (14).

Para el análisis bivariado de género versus evolución, se obtuvo un $p=0.8$, y la mayoría de pacientes fueron de género masculino en 58.46% con evolución no adecuada.

Para la variable de estado civil, dentro de las características generales, se obtuvo una mayoría en pacientes viudos con el 44.33%. Del análisis bivariado, se obtuvo $p=0.7$ y el predominio fue de 49.12% de pacientes viudos con una evolución no adecuada mientras que el 16% de pacientes casados predominaron en la evolución adecuada. Estos resultados coinciden con los de Gallo quien señala en su estudio que, en el 54% de su población con UPP se encontró la condición de viudo. Además, menciona que hay mayor probabilidad de presentar UPP y los pacientes pueden verse más afectados en caso no cuenten con el cuidado de terceros (1).

El grupo etario que predominó fue el de adultos mayores de 80 años con 87.76%, observándose un promedio de edad similar en comparación con otros estudios como en España, realizado por Con Redondo que obtuvo un predominio de 88% en los pacientes mayores de 80 años en su estudio de prevalencia de UPP (21); Gálvez obtuvo 36.4% en mayoría de pacientes con UPP entre los 90 a 97 años (34). En Italia, Cereda, en su estudio, soporte nutricional de enfermedad específica versus estándar, realizado en una población adulto mayor con UPP, encontró predominio en los pacientes de 81 y 82 años (6).

En el análisis bivariado de grupo etario versus evolución, se encontró que los pacientes con evolución no adecuada en su totalidad fueron los pacientes mayores de 80 años, teniendo un resultado estadísticamente significativo $p=0.0001$; de estos resultados, se indica que, a mayor edad del paciente, hay mayor probabilidad de presentar una evolución no adecuada de UPP, lo que extiende el tiempo de padecerla y asimismo empeorando su calidad de vida.

De la variable estadio de inicio de las UPP, Valero obtuvo un predominio en estadio III con 47.82% en su estudio de prevalencia de UPP al igual que el presente estudio, donde se obtuvo una mayoría en úlceras de estadio III en 33.67% ($n=33$), seguida cercanamente de úlceras estadio II con un resultado de 31.63% ($N=31$) (37). Pero existen diferencias con otros estudios, como Soldevilla, que obtuvo en su estudio nacional de prevalencia de UPP un 37.5% de UPP estadio II (13). Lobo en su estudio de factores de riesgo en desarrollo de UPP, obtuvo una mayoría de 48% para estadio II (38). Del análisis bivariado, entre estadio de inicio de UPP versus su evolución, se obtuvo $p=0.0001$, siendo estadísticamente significativo; además, los

pacientes con UPP en estadio I mostraron en mayoría evolución adecuada con 35%(N=14). Por otro lado, los pacientes que tuvieron predominio para evolución no adecuada fueron conformados por el estadio III con 41.38% (N=24). Como se puede apreciar, todos los pacientes tenían UPP a su ingreso, en su mayoría de estadio III (N=33), diversos estudios como Valero en Colombia, y Brunet en Brasil, y los mencionados anteriormente, han demostrado que la predominancia en estadio de UPP es entre II y III (37, 39). Esta información es de relevancia; se debe tomar en cuenta que a la variable de evolución no adecuada se le suma el hecho de ser una población adulto mayor donde la recuperación es más lenta y requiere más cuidado, además de una revisión médica adecuada, correcta higiene y eliminación de tejido necrosado hecho por la persona a cargo.

Para la localización, predominó la región sacra con 39.8% y región glútea con 38.78%, lo que coincide con Lobo, que obtuvo predominio de 31.8% en región sacra (38). Otros estudios como el de Cereda que obtuvo 46%, e Iizaka con 23% en predominio de UPP en región sacra (6,14). Ello indica que una de las regiones principales a inspeccionar en pacientes postrados o con disfunción en movilidad debería ser la región sacra por tener el respaldo estadístico global de diferentes estudios.

En relación a comorbilidades, se pudo apreciar que 35.7% de los pacientes no presentó ninguna; el 33%, una comorbilidad y el 30%, dos a más. Entre las comorbilidades que presentaron los pacientes, se tomaron en cuenta: demencia, DCV, DM y fractura de cadera; la más predominante fue la población con demencia seguida por DCV y diabetes; estos resultados pueden ser explicados por el impacto de estas enfermedades tanto en su estado general y, asimismo, en la movilidad de los pacientes.

Los resultados obtenidos se asemejan a la bibliografía consultada como el estudio de Peralta, encontró en una población de 463 de ancianos con UPP, 37.7% con dos a más comorbilidades y 37.7% con una comorbilidad, y 24.5% sin comorbilidades; dentro de las comorbilidades que predominaron se encontró neumonía y DCV (2). Por otro lado, Khor encontró en su estudio de determinantes

de mortalidad entre adultos mayores con UPP un predominio en pacientes con diabetes, *stroke* y demencia (36).

Para el análisis bivariado de comorbilidades versus evolución de UPP, los resultados del presente estudio mostraron que los pacientes con dos a más comorbilidades tuvieron predominio con evolución no adecuada, en 36.21%. Este resultado evidencia que a mayor número de comorbilidades la evolución de la UPP tiene mayor probabilidad de ser no adecuada.

Con respecto al tratamiento seguido por los pacientes, el que tuvo mayor uso fue el de cura convencional en 61.22%, seguido del gel con 38.78% y de apósito con 33.67%. Para el análisis bivariado versus evolución, el estudio de Cortés mostró que no hay diferencia del beneficio de uso entre el gel y la cura convencional, a diferencia del presente estudio donde los pacientes tratados solo con cura convencional en su mayoría mostraron 82.76% (N=48) de evolución no adecuada ($p=0.0001$) (40). Los pacientes tratados con gel en su mayoría mostraron 70% (N=28) de evolución adecuada ($p=0.0001$); y los tratados con apósito mostraron en su mayoría 37.93% (N=22) de evolución “no adecuada” ($p=0.283$). Estos resultados indicarían que el uso de gel en pacientes con UPP tendría mayor beneficio que la cura convencional y los apósitos, lo que permitiría una adecuada evolución de úlceras en adultos mayores.

CONCLUSIONES

- El tener riesgo o problema social en adultos mayores aumenta la probabilidad de tener una úlcera por presión (UPP) con evolución no adecuada en 1.51 veces más a comparación de aquellos que no tienen riesgo o problema social.
- La mayoría (68.37%) de pacientes adultos mayores con UPP del centro médico Naval (CEMENA) presentó riesgo o problema social.
- La mayoría (59.18%) de pacientes adultos mayores con UPP del CEMENA presentó evolución no adecuada de UPP.
- El estadio III (33.67%) de UPP predominó en la población adulto mayor.
- El género que predominó en la población adulto mayor con UPP fue el masculino (66.33%), pero no fue estadísticamente significativo.
- Los pacientes viudos (44.33%) predominaron en la población adulto mayor con UPP, pero no fue estadísticamente significativo.
- Los pacientes mayores de 80 años (44.33%) predominaron dentro de los grupos etarios de la población adulto mayor con UPP.
- Los pacientes que no presentaron comorbilidades (35.71%) predominaron en la población adulto mayor con UPP, sin embargo, no fue estadísticamente significativo.
- La cura convencional (61.22%) fue el tratamiento más usado por los pacientes y se asocia significativamente a una evolución no adecuada de pacientes ancianos con UPP.

RECOMENDACIONES

Se deberían realizar más estudios que hagan uso de escalas de valoración social, como la escala sociofamiliar de Gijón, para poder generar de sus hallazgos, diferentes estrategias de prevención y detección temprana, concientización social, elaboración de guías e implementar programas para la prevención de UPP.

En nuestro país, existe una gran necesidad de complementar investigaciones de carácter social en la población de adultos mayores. Se espera que los datos recolectados en este estudio contribuyan a otras investigaciones y se logre trascender en la prevención y manejo de las UPP, para brindar un entorno accesible donde el paciente logre interactuar sin mayor dificultad.

Los resultados de esta investigación serán útiles para el desarrollo e implementación de programas estructurados, organizados e integrales de capacitación para el personal de salud, pacientes, familias y todos los proveedores de atención para la prevención y tratamiento de úlceras por presión.

Desarrollar planes de acción que permitan identificar las fallas en programas destinados a ayuda social del adulto mayor, y así poder destinar recursos de forma eficaz que mejoren los indicadores del país.

El manejo de las UPP comienza por la evaluación integral, es decir, de enfoque multidisciplinario, para abarcar las especialidades que amerite el paciente; e interdisciplinario para un manejo coordinado entre especialidades, puesto que cada tratamiento deberá ser individualizado

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gallo K., Pachas C., Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima, Rev. enferm. Herediana, 01 (1) 26-32. [Internet] 2008. Extraído el 30 de enero de 2016. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2008/enero/v1n1ao4.pdf>
2. Peralta C.1, Varela L.2, Gálvez M. 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. Rev Med Hered (2009).20 (1),.16-21. [Internet] 2009. Extraído el 25 de febrero de 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2009000100005
3. Jaul1,2 ,Assessment and Management of Pressure Ulcers in the Elderly, Drugs Aging 2010; 27 (4): 311-325. [Internet] 2010. Extraído el 30 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20359262>
4. Banks N., Graves, Bauer Ash, Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals, European Journal of Clinical Nutrition 67,.42 – 46. [Internet] 2013. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23047712>
5. Makai P.,Koopmanschap M, Bal R. Nieboer , Research Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative, Makai et al. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 8(11), 1-13. [Internet] 2010. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20515473>
6. Cereda E., MD, Anna Gini, MD, Disease-Specific, Versus Standard, Nutritional Support for the Treatment of Pressure Ulcers in Institutionalized Older Adults: A Randomized Controlled Trial, JAGS, august, 57(8):.1395–1402. [Internet] 2009. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19563522>

7. Saunders L., Krause J., Personality and Behavioral Predictors of Pressure Ulcer History, NIH-PA; 16(2): 61–71. [Internet] 2010. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3190299/>
8. Berlowitz D., Section Editors, Sanfey H, Schmader K., Collins K., Clinical staging and management of pressure ulcers, Uptodate, Apr 11. [Internet] 2016. Extraído el 30 de junio de 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-staging-and-management-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury>
9. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. [Internet] 2009. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
10. Soto F. Oscar, Barrios C. Sara, Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria, Ciencia y Enfermería XVIII (3):, 61-72. [Internet] 2012. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300007
11. Ward, k., Reuben, D., Schmader, K, Sokol, N, Comprehensive geriatric assessment Uptodate,. [Internet] 2016. Extraído el 11 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>
12. Mattison, M., Schmader, K., Auerbach A, Park, L. Hospital management of older adults, Uptodate. [Internet] 2016. Extraído 11 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults>

13. Soldevilla J., Torra i Bou J. , Verdú J., Martínez F, López P. , Mayán J. , 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005.Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes, GEROKOMO; 17 (3): 154-172. [Internet] 2006. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300006

14. Iizaka S., RN, PhD, Junko Matsuo, RN, PhD, Estimation of Protein Requirements According to Nitrogen Balance for Older Hospitalized Adults with Pressure Ulcers According to Wound Severity in Japan, JAGS 2012 NOV, 60(11):2027–2034. [Internet] 2012. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23110319>

15. Ruiz-Dioses L., Campos-León M., Peña, Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006, N.Rev Peru Med Exp Salud Publica; 25(4): 374-379. [Internet] 2008. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005

16. Jayawadarema, Maya K, Elder Abuse at End of Life, Journal of palliative medicine, 9,127-136.[Internet] 2006. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/b69b/3302faa270d9facd68e6e1c50cb84b98dcb7.pdf>

17. Seong-Hi Park, Young-Shin Lee, Young-Mi Kwon; Predictive Validity of Pressure Ulcer Risk. Assessment tools for elderly: A Meta-Analysis, Western Journal of Nursing Research; 1-25. [Internet] 2015. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945915602259>

18. Berlowitz D.,Schmader,k.,Sanfey,H ,Collins, K., Epidemiology, pathogenesis and risk assessment of pressure ulcers, Uptodate, Apr 11, 2016. [Internet] 2016. Extraído el 30 de abril de 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury>
19. Olivera J y Clausen,J, Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social, Economía , enero-junio 2014; 73(37), 75-113. [Internet] 2014. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/10085>
20. Garcia, J., Díaz Palacios,E., Salamea, A., Cabrera A.; Menéndez,A.; Fernández A; y García V.; Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano; Atención Primaria; 23(7), 434-440. [Internet] 1999. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/518344.pdf>
21. De Con Redondo J., Martínez F., Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud, GEROKOMOS; 20 (2): 92-97.[Internet] 2009. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200007
22. INFORME TÉCNICO, INEI, Situación de la Población Adulta Mayor INDICADORES DEL ADULTO MAYOR Julio-Agosto-Septiembre 2017, 1-60. [Internet] 2009. Extraído el 30 de diciembre de 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf
23. Gray,L., Berg, k;, Brant E Fries, Jean-Claude H., Hirdes,J., Steel, K. and Morris,J ; Correspondence Open Access;Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system; BMC Health

Services Research; 71(9), 1-10. [Internet] 2009. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-71>

24. Zuñiga-Castro,C., Espinoza N., Fernandez M., Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional, Rev enferm Herediana;7(2):.155-161.[Internet] 2014. Extraído el 29 de abril de 2018. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2566>
25. Kaddourah B., Amani K, Abu-Shaheen, Knowledge and attitudes of health professionals towards pressure ulcers at a rehabilitation hospital: a cross-sectional study, K, BMC Nursing, pp.15:17.[Internet] 2016. Extraído el 28 de febrero de 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779255/>
26. Soldevilla A. Javier, Verdu S. Jose , Torra i B. Joan, Impacto social y económico de las Úlceras por Presión, Research Gate,29 January 2015. [Internet] 2015. Extraído el 25 de marzo de 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318910529_El_impacto_economico_de_las_lesiones_por_presion_Revision_integrativa
27. Laranjeira C., Loureiro S., Factores de riesgo das úlceras de pressão em doentes internados num hospital português, Rev. Salud Pública,19 (1): 99-104. [Internet] 2017. Extraído el 20 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00099.pdf>
28. Berlowitz D.,Schmader,k.,Sanfey,H ,Collins, K., Epidemiology, pathogenesis and risk assessment of pressure ulcers, Uptodate, [Internet] 2016. Extraído el 28 de junio de 2016. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury>

29. Subai , Balubaid ,Alhamdan AA (3),The Association between Nutritional Status using the Mini Nutritional Assessment and the severity of Pressure Ulcer in Elderly Hospitalized Patients at King Abdul-Aziz Medical City in Riyadh, Middle East Journal of Age and Ageing Volume 7, Issue 4,3-11. [Internet] 2010. Extraído el 8 de marzo de 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/284361065_The_Association_between_Nutritional_Status_Using_the_Mini_Nutritional_Assessment_and_the_Severity_of_Pressure_Ulcer_in_Elderly_Hospitalized_Patients_at_King_Abdul-Aziz_Medical_City_in_Riyadh

30. Garcia-Caselles P, Miralles R, Arellano M, Torres RM, Aguilera A, Pi-Figueras M, Cervera AM. Validation of a modified version of the Gijon's social-familial evaluation scale (SFES): the "Barcelona SFES Version", for patients with cognitive impairment. Arch Gerontol Geriatr Suppl;(9):201-206. [Internet] 2004. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8501553_Validation_of_a_modified_version_of_the_Gijon's_social-familial_evaluation_scale_SFES_The_Barcelona_SFES_version_for_patients_with_cognitive_impairment

31. Diaz ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994;29:339-245 [Internet] 2009. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300004

32. Montenegro L, Salazar C., De la Puente C., Gómez A., Ramírez E.,Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores, Acta Med Per 26(3), .169-174. [Internet] 2009. Extraído el 15 de marzo de 2016. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300005

33. Villarreal G., Month E., Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia) Salud Uninorte. Barranquilla (Col.); 28 (1): 75-87. [Internet] 2012. Extraído el 20 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>
34. Rebagliati C. , Runzer F., Izquierdo M, . Jacobs L,. Parodi J. , Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar, Rev Horiz Med Abril ,12(2),.21-27. [Internet] 2012. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/100>
35. Galvez C., Mayorga E., Gornemann I., Corbacho J., Jimenez M., Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Atención primaria, ,30 (6): 357-362. [Internet] 2002. Extraído el 15 de octubre de 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82484648.pdf>
36. Khor H, Juan Tan, Nor Izzati Saedon , Shahrul B. Kamaruzzaman ,Ai Vyrn Chin, Philip J.H. Poi, Maw Pin Tan; Determinants of mortality among older adults with pressure ulcers, Archives of Gerontology and Geriatrics 536–541 [Internet] 2014. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Determinants-of-mortality-among-older-adults-with-Khor-Tan/080635f1c4bb2748906038426b99644118e9ffa0>
37. Valero H., Parra D., Rey R., Camargo-Figuera F., Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud, rev. Salud UIS, 011; 43 (3): 249-255. [Internet] 2011. Extraído el 30 de agosto de 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343835703004.pdf>

38. Lobo A., Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida, REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.; 11(3):405-418. [Internet] 2009. Extraído el 30 de marzo de 2016. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232008000300405&script=sci_abstract&tlng=es
39. Brunet N., Conceição V., Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário, Rev Latino-am Enfermagem; 13(4):474-80. [Internet] 2005. Extraído el 28 de marzo de 2016. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a03.pdf>
40. Cortés O., Salazar L., Rojas-Castañeda Y., Alvarado P, Serna A., Grinspun D, Use of Hydrocolloid Dressings in Preventing Pressure Ulcers in High-risk Patients: a Retrospective Cohort, Invest Educ Enferm. Vol. 36 No1, February 15th, ISSN: 2216-0280. [Internet] 2018. Extraído el 30 de marzo de 2018. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29898350>

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos:

Escala de Gijón – riesgo social en el adulto mayor (version de barcelona modificada)

A. **Situación Familiar:**

1. Vive con familiares, sin depender de ellos cognitiva/físicamente.
2. Vive con cónyuge de edad similar.
3. Vive con familiar con algún grado de dependencia.
4. Vive sólo y tiene hijos o familiares que viven cerca.
5. Vive sólo y familiares viven lejos.

B. **Situación Económica:**

1. Sus ingresos cubren sus necesidades y puede ahorrar.
2. Sus ingresos cubren sus necesidades.
3. Sus ingresos cubren sus necesidades parcialmente o con dificultad.
4. Sus ingresos no cubren sus necesidades y depende de apoyo parcial de terceros.
5. Depende totalmente de apoyo económico de terceros.

C. **Vivienda:**

1. Adecuada a necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en casa e ingresos.
3. Humedad, mala higiene, servicios básicos adecuados.
4. No hay teléfono, ni ascensor (si vive en 3er piso o más arriba).
5. Vivienda inadecuada: no servicios básicos, material débil, etc.

D. **Relaciones Sociales:**

1. Tiene relaciones sociales.
2. Tiene relaciones sociales son familiares y vecinos solamente.
3. Tiene relaciones sociales con familiares o vecinos solamente.
4. No sale de casa, recibe visitas.
5. No sale ni recibe visitas.

E. **Apoyo de Redes Sociales:**

1. Apoyo familiar y vecinal. Pertenece a Club/CAM/programa Municipal de Personas Adultas Mayores.
2. Requiere y tiene apoyo a domicilio.
3. Ausencia de apoyo.
4. Requiere ingreso a residencia geriátrica o está en trámite.
5. Recibe cuidados permanentes.

SCORE: 5 – 9: No Riesgo // 10 – 14: Riesgo Social // > 14:Problema Social