



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

" PARTICIPACION DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL PACIENTE CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES"



TESIS GRUPAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
P R E S E N T A N :
IRMA GUTIERREZ PEREZ
EDUARDA SEQUERA MENDOZA

ASESOR: LIC. EN ENF. ADDY GUTIERREZ RAYGOZA

MEXICO, D. F.

1993

FALLA DE ORIGEN

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Página Núm.

-- INTRODUCCION	1
I.-- MARCO TEORICO	4
1.1. ULCERA	5
1.2. SINDROME DEL DOLOR ARTERIOVARICOSO ...	5
1.3. FISIOLOGIA DE LAS VENAS	6
1.4. VENAS SUPERFICIALES	6
1.5. VENAS PROFUNDAS	7
1.6. VENAS PERFORANTES	8
1.7. FISIOPATOLOGIA DE LAS ULCERAS EN -- MIEMBROS INFERIORES	8
1.8. FISIOPATOLOGIA DE LAS ARTERIAS	10
1.9. TIPOS DE ULCERAS	11
1.9.1. ULCERAS FLEBOSTATICAS	11
1.9.2. ULCERAS DE ORIGEN ARTERIAL O ISQUEMI- CAS	12
1.9.3. ULCERAS NEUROTROFICAS	13
1.9.4. ULCERAS MIXTAS	13
1.10. PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN EL - TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES	14
A) MEDIDAS DE HIGIENE CIRCULATORIA EN PADECIMIENTOS VENOSOS	15
1.11. ORIGEN BIOLOGICO DE LA FAMILIA	17
1.12. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA EN MEXI- CO Y LA ATENCION DE LA SALUD.....	18
II.-- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19

III.-- OBJETIVOS	20
IV.-- HIPOTESIS DEL TRABAJO Y VARIABLES IDENTIFI-- CADAS	21
V.-- METODOLOGIA	22
5.1. TIPO DE INVESTIGACION	22
5.2. UNIVERSO	22
5.3. METODO	22
5.4. TECNICA	22
5.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS ..	22
VI.-- PROCESO ESTADISTICO DE DATOS	23
6.1. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	23
6.2. CLASIFICACION	23
6.3. RECUESTO	23
6.4. PRESENTACION	23
6.5. ANALISIS	23
-- CUADROS	26
-- CONCLUSIONES	45
-- ANEXO	47
PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO PARA LAS CURACIO-- NES DE ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES .	
-- BIBLIOGRAFIA	48

INTRODUCCION.-

Las Ulceras en miembros inferiores son un padecimiento muy frecuente, altamente invalidante, que causa intenso sufrimiento y que amerita reposo en ocasiones y hospitalización prolongada.

Es causa de grandes gastos para la familia y/o para la Institución responsable de la salud por lo prolongado del internamiento y lo costoso del tratamiento y para la sociedad por el ausentismo en el trabajo. Por lo tanto la investigación que vamos a realizar reviste todas las características de un grave problema en el que intervienen factores médicos, económicos y sociales.

En base a lo antes expuesto, éstos pacientes son canalizados al Servicio de Prolongación Hospitalaria, para recibir atención médica en su domicilio que consiste en revisión de la técnica, dotación de medicamentos y material de curación, y curaciones, teniendo como objetivo principal -- el adiestramiento de algún miembro de la familia para que sirva de apoyo en la atención del paciente y de ésta manera disminuir las consultas frecuentes en Medicina Familiar e Internamiento por recaídas que la mayoría de las veces son innecesarias; los resultados obtenidos para validar -- nuestro Estudio, se describen en el curso del siguiente -- trabajo.

Al revisar las estadísticas en el Hospital General --- de Zona No.24 del I.M.S.S. Poza Rica, Ver., con el apoyo de la Forma 4-30-6 encontramos en el periodo de Enero a Diciembre de 1992 sobre Ulceras en Miembros Inferiores (M.I.) que fueron manejadas un total de 392 pacientes de los cuales 55 corresponden al Area de Hospital y 337 a Consulta Externa.

Siendo de interés para nuestro trabajo los pacientes-- hospitalizados, y que fueron canalizados al Programa de --- Prolongación Hospitalaria. Los cuales fueron 38 que representan el 70%, predominando en grupo de edad 70 años y más, y el de 40 y 50 años como se puede observar en la tabla el sexo femenino es el más afectado tanto en Hospital como en Consulta Externa.

La Licenciada en Enfermería está preparada para darle-- solución a los problemas de salud en base a los recursos -- disponibles y es parte integrante de la atención del indivi-- duo en el hogar y se proyecta en los servicios de la salud-- hacia la comunidad, para conocer las condiciones ambients-- les, socioeconómicas y culturales de la misma, obtiene in-- formación en relación a las necesidades de salud y ayuda a-- identificarlas.

PACIENTES CON ULCERAS EN M.I. 1992 HOSPITAL Y CONSULTA EXTERNA.-

EDAD	-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70 y +		SUBTOTAL	TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
Hospital												1	2	2	4	4	8	10	7	10	1	6	22	33	55
Consulta Externa	1	1				1	2		2		12	10	9	10	9	18	12	16	9	14	12	12	68	82	
			1	1	1	2		1		24	4	3	3	16	31	14	27	20	23	8	8	90	97		
TOTAL	1	1	1	1	1	1	4		3		36	14	12	13	25	49	26	43	29	37	20	20	158	179	337 16.32%

FUENTE : 4-30-6

I.- MARCO TEORICO.-

Las Ulceras de los miembros inferiores (M.I.) es una -- pérdida de sustancias que tiende a la cronicidad y que -- presente siempre un síntoma, una complicación o una secuela de otra enfermedad; la mayoría de las úlceras de la pierna -- se localizan en el tercio inferior por arriba de los maleo -- los y la mayoría se debe a insuficiencia venosa crónica.

En nuestro medio es muy frecuente denominar a las úlceras de los miembros inferiores y a las alteraciones de los tejidos blandos que las acompañan "Complejo cutáneo vascular de pierna".

El diagnóstico correcto de una úlcera de M.I. en general es fácil, no es solo del dominio del especialista, sino del médico general y del licenciado en enfermería que se -- dedique a la Medicina General, ya que no se necesitan aparatos ni estudios complicados; simplemente será suficiente -- con una buena observación e interrogatorio al paciente y el conocimiento de la etiopatología de las úlceras en M.I. con -- sideraciones como las siguientes son suficientes para elaborar un Plan de Acciones, preguntar si el paciente que sufre úlcera de las piernas es diabético, tener en cuenta su edad, si ha sufrido traumatismos, si está excedido de peso, tipo -- de actividad que desarrolla y si está mucho tiempo de pié ;

si ha tenido una enfermedad crónica o ha sufrido alguna intervención quirúrgica en la que haya pasado desapercibida -- alguna trombosis venosa profunda y cuya primera manifestación podría ser un edema de la pierna y posteriormente la -- formación de várices o simplemente la aparición de una úlcera posterior a un traumatismo leve o a la picadura de un insecto sin presencia de enfermedad vascular previa.

1.1. ULCERA.-

Pérdida de sustancia de una superficie cutánea o mucosa-- acompañada de una proliferación de tejido conjuntivo, con una evolución lenta. Se produce por una causa local (traumatis-- mos, calor, frío, radiaciones, infecciones, alteraciones circulatorias, lesiones nerviosas) casi siempre asociada a una -- causa general (Diabetes, Avitaminosis, Estado General Defi-- ciente, Factores Hereditarios). Úlcera varicosa, Úlcera de la pierna provocada por várices.

1.2. SINDROME DEL DOLOR ARTERIO-VARICOSO.

Es un proceso patológico extremadamente complejo, dada -- la participación de numerosos factores, su diagnóstico y tratamiento, está subordinado a los de las etiologías.

1.3. FISILOGIA DE LAS VENAS.-

Las venas son responsables de conducir la sangre desde el lecho capilar hasta el corazón, tienen paredes más delgadas y mayor diámetro luminal que las arterias, y están formadas por tres capas : la íntima, la media y la adventicia.

Las venas de las extremidades inferiores, que parecen prácticas son las únicas que sufren várices, están dotadas de válvulas que fragmentan la circulación y son más abundantes en las venas profundas que en las superficiales, su disposición permite que la sangre circule de la periferia hacia el corazón pero impide que retroceda.

Las venas poseen fibras musculares y colágenas, pero contienen mucho menos tejido elástico que las arterias, las fibras musculares lisas están distribuidas en forma circular y longitudinal. Las venas de la extremidad inferior pueden dividirse en tres grupos: Superficiales, profundas y perforantes.

1.4. VENAS SUPERFICIALES.

Estas venas se encuentran entre aponeurosis profunda y la piel, la vena safena interna es la vena más larga del

cuerpo, se origina de las venas dorsales digital y metatarsal dorsal por vía del arco venoso dorsal y de la vena marginal media. La safena interna empieza a 2.5 cm. enfrente -- del maleolo medial de la tibia como continuación de la venamarginal media. Ascende la pierna al frente del maleolo, -- por detrás del nervio safeno a lo largo del borde medial de la tibia y le cara posteromedial de la rodilla. Entra a la - apertura safena para terminar en la vena femoral o cerca de un centímetro debajo de 4 cms.lateral el tubérculo del pubis y a 2.5 cms.debajo del ligamento inguinal. La safena externa se origina de la unión de la vena marginal lateral del pié - con venas pequeñas provenientes del lado lateral del talón , atrás del maleolo lateral, para entonces el tendón de aquilles y el borde posterior del maleolo lateral, para ascender en el centro de la pantorrilla, hacia abajo de la fosa poplitea. Las venas superficiales están formadas por la red venosa del pié, por la vena safena interna y la vena safena externa, éstas últimas son únicas y no acompañan a las arterias.

1.5. VENAS PROFUNDAS.-

Se encuentran bajo la aponeurosis profunda y acompañan a las arterias con las que comparten los mismos nombres. Se originan en los plexos en la superficie plantar de los dedos

de los pies (venas plantares digitales) y forman 4 venas ---metatarsales que a su vez se unen para formar la vena tibial-posterior por detrás del maleolo medial de la tibia. La vena profunda más grande es la vena femoral profunda. Las venas --profundas son : dos pedias, dos tibiales anteriores, dos plan-tares externas, dos tibiales posteriores, dos peroneas, dos -troncos tibioperoneos, la poplítea y la femoral que son úni--cas.

1.6. VENAS PERFORANTES.-

Son aquellas que han perforado la aponeurosis, apartan - la comunicación entre los sistemas de venas superficiales y - profundas, la actividad de los músculos de la pantorrilla que contiene una densa vaina fascial, bombea la sangre de las ve-nas superficiales a las venas profundas a través de las venas perforantes, las válvulas de las venas perforantes están dis-ñadas para facilitar el flujo. Las venas perforantes pueden - ser directas o indirectas, son pequeñas y se unen a las venas pequeñas intermusculares que se volverán tributarias de las - venas profundas.

1.7. FISIOPATOLOGIA DE LAS ÚLCERAS EN M.I.

El mecanismo íntimo de las úlceras en M.I. de cómo se -- produce el complejo de pierna, no es conocido completamente ,

exponemos la opinión de Quijano-Méndez: Por un arco reflejo que obedece a estímulos partidos de la piel, por condición-anormal de ella, es lanzado un mandato vasopresor a través de la cadena simpático-lumbar, se presenta un espasmo arterial y arteriocapilar que determina anoxiatísular y de la misma pared capilar la que aumenta y altera su permeabilidad, permitiendo una trasudación del plasma y elementos --- sanguíneos y su depósito en los espacios pericapilares e intercelulares.

Al desplazarse las proteínas plasmáticas y los cristaloideos, disminuye la presión oncótica y osmótica intracapilar determinando la presencia de edema. Al mismo tiempo, -- por el espasmo arteriolar, disminuye la velocidad de circulación en el capilar y hay retardo en la progresión venosa-estasis y más edema. Este edema produce la desconexión celular y ocasiona sobrecarga de detritus celulares, metabolismo y CO_2 . Las proteínas extravasadas serán acarreadas por los espacios intersticiales como linfa, su plétora determina una sobrecarga para la circulación linfática, quedando una rémora de proteínas que a la larga se gelifican, favorecen la invasión fibroblástica y se convierten esos espacios en un medio nade adecuado para el metabolismo célula-tisular. Estos tegumentos así afectados son fácilmente atacados

por agentes piógenos y se sensibilizan tópicamente y si a éstos agregamos la presencia de un factor claramente vascular y traumático, tenemos completo el cuadro clínico del -- complejo de pierna.

1.8. FISIOPATOLOGIA DE LAS ARTERIAS.-

En las paredes de todas las arterias de tamaño macroscópico se distinguen 3 capas o tónicas : Interna o íntima - compuesta por el endotelio y la lámina basal; media, formada por células musculares lisas, es mantenida por la sustancia intercelular que producen elastina; externa o adventicia formada por tejido conectivo fibroso. Existen 3 clases de arterias : Las arterias elásticas pertenecen, los grandes vasos que se encargan de la conducción de la sangre desde el corazón hasta las arterias musculares, arterias musculares, se les llama distribuidoras, su función es de regular el flujo sanguíneo hacia las diversas regiones corporales mediante la contracción y el relajamiento del músculo liso de sus paredes; arteriolas, la estrechez de su luz y el relativo grosor de sus paredes ofrecen una mayor resistencia a la corriente sanguínea.

1.9. TIPOS DE ULCERAS.-

1.9.1. ULCERAS FLEBOSTATICAS.

Se deben a la insuficiencia venosa crónica y se subdividen en : Úlceras varicosas son el factor etiológico predominante; Úlceras posflebíticas, hay obstrucción venosa profunda como secuela de una trombosis venosa, dejando una insuficiencia valvular; fístula arteriovenosas, ya sean traumáticas o congénitas, la presión arterial se transmite al sistema venoso ocasionando insuficiencia venosa que conduce a una úlcera; úlcera y esplenomegalia, la presión del hígado sobre la porción intrahepática de la vena cava inferior produce hipertensión venosa en todo el sistema, distalmente que puede ocasionar insuficiencia venosa; úlcera por declividad o deuso, es debido a la falta de contracción muscular que favorecen la circulación de retorno, se produce edema, también se les llama úlceras mixtas porque los pacientes que las sufren tienen una enfermedad sistémica grave que les impide deambular y que les provoca edema, o bien están paralizados de los miembros inferiores.

1.9.2. ULCERAS DE ORIGEN ARTERIAL O ISQUEMICAS.-

Se deben a circulación arterial insuficiente o por -- factores funcionales que producen vasoespasmo prolongado -- y formación de una úlcera; y en otras predomina el factor-- isquémico, se subdividen en : hipertensivas, en las que el vasoespasmo sobre la cara externa de las piernas con poca- irrigación arterial. Arterioscleróticas o tromboangésticas, requieren un estudio especializado para poder hacer la di- ferenciación entre problema degenerativo arterial y un pro- ceso inflamatorio arterial. Diabéticas, podría considerarse mixta, en ellas predomina un factor arterial isquémico- las mencionamos como arteriolas, aún cuando exista partici- pación neurotrófica. Pospoliomielíticas, se pueden conside- rar mixtas, existen alteraciones vasomotoras y neurológi- cas, por perniosis; en ellas se agrupan todas las úlceras- a frigori por alteraciones vasospásticas que sufren los -- enfermos expuestos al frío y por tiempo prolongado o bien- con especial susceptibilidad a temperaturas bajas. Por --- decúbito, se consideran mixtas, tienen un componente neuro- trófico importante, la presión prolongada que se ejerce so- bre determinados sitios de la piel.

1.9.3. ULCERAS NEUROTROFICAS.-

Estas dependen de la alteración en la inervación en miembros inferiores, se subdividen en varios grupos : Perforante plantar con mielodisplasia, es frecuente en los diabéticos. Perforante plantar por acción nerviosa, que pueden ser plantares o dorsales. Perforante plantar de los diabéticos, tienden a perforar el pié de la planta hacia el dorso cuando tienen mucho tiempo de evolución. Espondiloestática, alteración de la médula espinal provocan fenómenos tróficos musculocutáneos. Posradicotomía, procedimiento utilizado como terapéutica antiálgica. Ulceromutilante, éstas son menos frecuentes.

1.9.4. ULCERAS MIXTAS.-

Lo más común es que haya componentes neurotróficos y vasculares. Se subdividen en varios grupos : Ulcera del diabético, existen factores neurotróficos y vasculares principalmente a nivel capilar por hielinosis, se infectan con facilidad y producen destrucción tisular extensa-profunda, inclusive con alteraciones esqueléticas. Ulceras pospoliomielíticas, existen factores vasculares y neurológicos. Ulceras por eritema indurado, hay un factor alérgico e inmunológico semejante al de las vasculitis nodulares. Ulceras por lesión vásculonerviosa, como las collagenopatías.

1.10. PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DE --
LAS ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES.

El tratamiento se dirige al problema local y a los -
problemas generales. Primero comprende en los casos senci-
llos el uso de venda elástica, se debe aplicar la venda -
en la mañana, cuando el edema esté reducido al mínimo o -
no existe gracias a la posición supina que el enfermo tu-
vo durante la noche. En el caso de que emplee la venda, -
se debe aplicar firmemente pero sin exceso de presión de-
be empezarse el vendaje en la planta del pié, en torno al
tobillo e ir ascendiendo gradualmente hasta el tercio su-
perior de la pierna.

En casos avanzados, con Úlcera, debe tratarse la úl-
cera con una sustancia estéril (vaselina) que no irrite -
la superficie cruenta sino que la proteja con algún anti-
biótico local si hubiera infección. Se impone el reposo -
por unos días y la aplicación de la venda o la media, con
lo que obtienen a veces remisiones muy favorables de toda
la signología y sintomatología, desaparición del edema, -
de la induración del dolor, cicatrización progresiva de -
la Úlcera.

Debe combatirse invariablemente la obesidad con die-
tas hipocalóricas, hiposódicas, casos muy avanzados sin -

respuesta favorable, son candidatos a la resección quirúrgica de los gruesos paquetes venosos de venas comunicantes y porciones de la vena principal involucrada como la safena interna.

Después de la intervención, las venas profundas toman a su cargo toda la circulación del miembro afectado.- Se pueden emplear injertos de piel para úlceras extensas o tórpidas.

Según Savagó(1983), la inyección de sustancias esclerosantes para ser útil debe hacerse con la compresión digital de los sitios distales de las venas durante unos minutos, para permitir que la sustancia esclerosante haga efecto trombosante en la pared de la vena, de lo contrario pasa por la vena sin hacer efecto, arrastrada por la corriente sanguínea.

Es indispensable tratar otros padecimientos, la diabetes, la hipertensión, la menopausia.

A) MEDIDAS DE HIGIENE CIRCULATORIA EN PADECIMIENTOS VENOSOS.-

- 1.- Conservar el peso corporal dentro de límites normales.
- 2.- Evitar permanecer de pie más de una hora seguida, recostarse con los miembros inferiores elevados por lap-

so de quince minutos cuantas veces sea posible durante el día.

Cuando esté en posición de pie, adquiere el hábito de flexionar los dedos dentro de los zapatos, y pararse -- constantemente de puntas.

- 3.-Use su media elástica desde el momento de levantarse -- hasta acostarse excepto durante el baño, las medias deben renovarse cada tres meses, es ideal disponer de dos pares con el objetivo de lavado y secado de las mismas.
- 4.-Sea muy cuidadoso para evitar golpearse, rasguñarse ó rascarse, evite causarse heridas en los pies y piernas.
- 5.-Aplíquese crema no perfumada o aceite en la piel de las piernas y piel cuantas veces sea necesario.
- 6.-Las damas deben evitar el uso de fajas o vestidos muy apretados.
- 7.-Evite cualquier tipo de irrigación a la piel afectada -- como exposición al sol o contacto con objetos muy calientes.
- 8.-Planee sus actividades diarias para que durante el día descansen sus miembros inferiores con una elevación de 45° por dos periodos de media hora.
- 9.-Durante un viaje largo procure levantarse del asiento -- y dar unos pasos por lo menos cada dos horas, si viaje en automóvil detenerse, descender del mismo y caminar -- algunos minutos.

10.-Practicar la natación o realizar ejercicios dentro del agua flexionando y extendiendo ambas piernas y pies, - o en su defecto baño de tina llena por las noches por veinte minutos flexionando y extendiendo ambas piernas y pies. Efectuar bicicletas y caminar todos los días.

1.11. ORIGEN BIOLÓGICO DE LA FAMILIA.-

El origen histórico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo, presente en etapas de evolución anteriores al parecer del llamado "Homo sapiens".

La ley de la subsistencia pide al hombre primitivo no ser individualista ni plantear sus "egosmos" sino buscar su seguridad en la solidaridad del grupo a que se pertenece.

La familia es la habilidad humana para construir la -- sociedad, es la célula social en la que se mueve el ser humano desde niño y plantea incógnitas y problemas que a veces parecen no tener solución.

Es además, una unidad de relaciones humanas que dependen de niveles de influencias externas y que se relaciona - prácticamente con todos los problemas y dimensiones de la vida humana, es por ello que requiere de una atención cuidada por parte de todos.

Desde el punto de vista etimológico según Tapparelli,-- la palabra familia deriva del latín fames que significa ham bre.

1.12. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA EN MEXICO Y LA ATENCION DE LA SALUD.

Con base a su desarrollo puede ser: Moderna, tradicional, arcaica o primitiva. En base a su demografía : Urbana- y rural. Con base a su integración puede ser: Integrada --- cuando los cónyuges viven y cumplen sus funciones, semi-integrada cuando los cónyuges viven juntos pero no cumplen -- adecuadamente sus funciones. Desintegrada cuando falta algo no de sus cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono. Desde el punto de vista tipológico: Campesina, obrera, profesional. En base a su composición o estructura: Nuclear, extensa, extensa-compuesta. Nuclear, cuando es padre e hijos; extensa, cuando es hijos, abuelos, etc., y extensa-compuesta, cuando es padre, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

El tipo de familia que persiste en México es la extensa. Considerando que la familia es un continuo limitado por un lado, por el estado de equilibrio bio-psicosocial y por el otro por un estado de patogénesis, el que al evolucionar puede causar convalescencia, cronicidad o en su defecto la muerte; el nivel de salud o enfermedad de la familia se representan por variaciones que van desde una salud óptima -- hasta la enfermedad grave o la muerte.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Existen frecuentes reingresos a hospitalización-- por úlceras de miembros inferiores que se complican debido a falta de orientación adecuada a pacientes y sus familiares lo que ocasiona aumento en la consulta, días de estancia hospitalaria, mayor gasto, desequilibrio en la economía familiar y problemas emocionales de sus -- miembros.

La Licenciada en Enfermería tiene los elementos -- formativos y experienciales que le permiten orientar a la familia para contribuir a disminuir éstos problemas.

Evaluar la aplicación del Programa con el fin de fundamentar la necesaria participación de la -- Licenciada en Enfermería en la orientación de los familiares, para el manejo del paciente con úlceras en miembros inferiores con base en lo siguiente :

- Disminuir los reingresos hospitalarios por la -- misma causa.
- Disminuir las infecciones concurrentes.
- Disminuir la saturación de la consulta externa - por atenciones innecesarias.
- Favorecer la economía familiar al disminuir los gastos de transportación del paciente a la con-- sulta externa.

IV.- HIPOTESIS DEL TRABAJO Y VARIABLES IDENTIFICADAS.-

Con un adiestramiento adecuado a través de la Licenciada en Enfermería a familiares en el manejo de pacientes con úlceras en M.I. disminuyen las infecciones recurrentes y los continuos reingresos al hospital y las --- consultas innecesarias.

VARIABLES IDENTIFICADAS :

- Adiestramiento a la familia.
- Manejo del paciente con úlceras en M.I.
- Infecciones recurrentes en las úlceras en M.I.
- Frecuentes reingresos al hospital.
- Consultas innecesarias.

V.- METODOLOGIA.-

5.1. TIPO DE INVESTIGACION.-

De acuerdo con el problema presentado se trata de un estudio longitudinal, prospectivo y de pacientes únicos.

5.2. UNIVERSO.-

Todos los pacientes con úlceras en M.I. relacionados con el sistema circulatorio que egresaron del servicio de hospitalización e ingresaron al programa de prolongación hospitalaria a partir de enero de 1992.

5.3. METODO.-

Mediante encuestas.

5.4. TECNICA.-

Entrevista y preguntas cerradas, previa orientación de los familiares en la técnica de curación.

5.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.-

Por medio de cuestionarios.

VI.- PROCESO ESTADISTICO DE DATOS.-

6.1. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.-

Se entregará un cuestionario a cada paciente para --- que sea contestado después de un mes de recibir el adies--
tramiento dos veces por semana; dicho cuestionario se plan
tea con respuestas cerradas (ejemplo : Si o No; Bueno -
Mala) .

6.2. CLASIFICACION.-

De acuerdo a las siguientes escalas : Si, No, Bueno ,
Mala.

6.3. RECUENTO.-

Manual con tarjeta.

6.4. PRESENTACION.-

Por medio de cuadros y gráficas.

6.5. ANALISIS.-

Con resultados obtenidos se aplicarán pruebas esta--
dísticas para validar la hipótesis anunciada.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.G.Z. CON M.F. No.24
POZA RICA, VER.,

QUESTIONARIO PARA LA INVESTIGACION DE ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES.-

EDAD _____ SEXO _____

1.-¿QUE FUNCION DESEMPEÑA EN LA FAMILIA ?

PADRE _____ MADRE _____ HIJO _____

2.-¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO ?

3.-¿QUE TIPO DE TRABAJO DESEMPEÑA?

4.-¿QUE TIEMPO TIENE CON EL PROBLEMA DE ULCERA?

5.-¿CUANTAS VECES SE HA HOSPITALIZADO POR SU PROBLEMA DE --
ULCERA ANTES DEL INGRESO AL PROGRAMA DE PROLONGACION HOS
PITALARIA?

6.-¿SE LE HA INFECTADO LA ULCERA EN M.I.DESDE QUE SE LE REA
LIZAN LAS CURACIONES EN SU DOMICILIO?

7.-¿HA ASISTIDO A LA CONSULTA EXTERNA DESDE QUE LE REALIZA
SU FAMILIAR LAS CURACIONES EN SU DOMICILIO?

8.-¿CONSIDERA UD.QUE SU PROBLEMA QUE PADECE FUE POR FALTA --
DE ATENCION?

MEDICO FAM. _____ ESPECIALISTA _____ AMBDS _____ NINGUNO _____

9.-¿QUE GRADO DE ESCOLARIDAD TIENE EL FAMILIAR QUE PRACTICA
EN LAS CURACIONES?

10.-¿EL FAMILIAR QUE PARTICIPA EN LAS CURACIONES SABIA DE LA
TECNICA DE CURACION?

SI _____

NO _____

- 11.-¿SE HA SENTIDO A GUSTO POR LAS CURACIONES EFECTUADAS POR SU FAMILIAR?
SI _____ NO _____
- 12.-¿CUANTAS VECES SE HA INTERNADO DESDE QUE ESTA A CARGO DEL PROGRAMA DE PROLONGACION HOSPITALARIA?

- 13.-¿COMO CONSIDERA LAS CURACIONES QUE LE REALIZA SU FAMILIAR? IGUAL QUE EL EQUIPO DE SALUD ___ MEJOR ___ PEOR _____
- 14.-¿PENSO UD.QUE SE PODRIA Y/O CONTROLAR SU PADECIMIENTO AL-SALIR DEL HOSPITAL?
SI _____ NO _____
- 15.-¿LOS DIAS QUE ESTUVO INTERNADO(A) SE SINTIO ANGSTIADO(A) POR HACERLE FALTA A SUS FAMILIARES?
SI _____ NO _____
- 16.-¿SE AHORRO DINERO POR EL HECHO QUE LO ATIENDE SU FAMILIAR?
SI _____ NO _____
- 17.-¿CUAL ES SU INGRESO MENSUAL ?
MENOS N\$375.00 ___ ENTRE N\$375.00 Y 750.00 ___ MAS _____
- 18.-¿PADECIO UD.ALGUNA DTRA ENFERMEDAD ?
DIABETES _____ H.T.A. _____ VARICES _____
- 19.-¿QUE TIPO DE CASA HABITA ?

- 20.-¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA ?

- 21.-¿QUE TIPO DE AGUA UTILIZA PARA EL ASEO DE SU ULCERA?

C U A D R O S

NUMERO DE CASOS ESTUDIADOS DE ULCERAS EN M.I.
POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.,
DURANTE 1992.

CUADRO No.1

EDAD	SEXO		TOTAL	% M	% F	TOTAL %
	M	F				
30-39	2	4	6	12	20	16
40-49	2	4	6	12	20	16
50-59	2	4	6	12	20	16
60-69	6	4	10	33	20	26
70-79	6	4	10	33	20	26
TOTALES	18	20	38	100%	100%	100%

FUENTE : DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION :

Como se observa en el cuadro número 1 que el porcentaje de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores el que predomina es el -- sexo femenino que representa el 52.6% siendo en el hombre 47.4%

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS
CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S.POZA RICA,VER.
DURANTE 1992

CUADRO No.2

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE	TOTAL	%
ANALFABETA	10	26.3
PRIMARIA COMPLETA	14	36.8
PRIMARIA INCOMPLETA	9	23.7
SECUNDARIA COMPLETA	0	-
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	13.2
TOTALES	38	100.0%

FUENTE: DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION:

Con respecto a la escolaridad de los pacientes con úlceras en miembros inferiores mostrados - en el cuadro número 2 solo abarca el 36.8% con escolaridad primaria completa.

DIFERENTES TIPOS DE OCUPACION DE LOS PACIENTES
ESTUDIADOS CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.
DURANTE 1992

CUADRO No.3

OCUPACION	TOTAL	%
OBrero	8	21.0
SECRETARIO	-	-
LABORES DEL -- HOGAR	20	52.6
NO TRABAJA	4	10.5
CHOFER	2	5.3
CAMPESINO	2	5.3
PENSIONADO	2	5.3
TOTALES	38	100%

FUENTE: DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION:

Con respecto a la ocupación de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores es el 52.6% que se dedican a labores del hogar y el 21% obreros, y el restante a otras actividades.

ROLL FAMILIAR CON EL TIEMPO DE EVOLUCION DEL PROCESO
ULCEROSO EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S. DE POZA RICA, VER.,
DURANTE 1992

CUADRO No.4

FUNC. QUE DESEMPEÑA EN LA FAM.	TOTAL	%	AÑOS DE EVOLUC. DE LA ULC.	TOTAL	%
PADRE	16	42.1	-1 AÑO	4	10.5
MADRE	18	47.4	1-3 AÑOS	4	10.5
HIJO	-	-	4-7 AÑOS	10	26.4
ABUELO/A	4	10.5	8 y +	20	52.6
TOTALES	38	100 %	TOTALES	38	100 %

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION:

El cuadro número 4 que es el del roll familiar de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores el que predomina con 47.4% es la madre y con el - 42.1% el padre, en los años de evolución del proceso ulceroso es de 8 años y más.

CUADRO COMPARATIVO ANTES Y DESPUES DE INGRESAR AL
PROGRAMA DE PROLONGACION HOSPITALARIA EN PACIENTES
CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES EN
EL HOSPITAL GRAL.DE ZONA C/M.F.No.24
DURANTE 1992

CUADRO No.5

HOSPITALIZADO ANTES DE INGRESAR AL PROGRAMA	TOTAL	%	HOSPITALIZADO - DESPUES DE INGRESAR AL PROGRAMA	TOTAL	%
MASCULINO	13	34.2	MASCULINO	4	10.5
FEMENINO	15	39.4	FEMENINO	4	10.5
TOTALES	28	73.6%	TOTALES	8	21.0%

FUENTE : DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION:

Cuadro que representa el ingreso al hospital antes del programa de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores fué del sexo femenino 15 casos y en el masculino 13 casos.

Hospitalizados después de ingresar al programa solo fueron 8 casos que representa el 21%.

CAUSA DEL PROBLEMA POR APRECIACION DEL PACIENTE CON
ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL.DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S. POZA RICA,VER.
DURANTE 1992.

CUADRO No.6

CAUSA	TOTAL	%
FALTA DE ATN.DEL MEDICO FAMILIAR	-	-
FALTA DE ATN.DEL MED.ESPECIALISTA	2	5.3
AMBOS	-	-
NINGUNO	36	94.7
TOTALES	38	100 %

FUENTE: DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION :

En el cuadro número 6 de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores, se observa que el paciente manifiesta que sólo 2 fueron causados por el especialista y el resto no se atribuye a ninguna persona.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS CURACIONES DE ULCERAS EN MIEMBROS
INFERIORES PREVIAS AL INGRESO AL PROGRAMA DE PROLONGA-
CION HOSPITALARIA Y ACEPTACION POR EL PACIENTE AL
DEJARSE CURAR POR EL FAMILIAR.
EN EL HOSPITAL GRAL.DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S. POZA RICA,VER.
DURANTE 1992

CUADRO No.7

SABIA TEC.DE CU- RACION EL FAM. QUE LO CURA	TOTAL	%	SE SIENTE A GUS- TO POR CURARLO SU FAMILIAR	TOTAL	%
SI	12	31.6	SI	32	84.2
NO	26	68.4	NO	6	15.8
TOTALES	38	100%	TOTALES	38	100%

FUENTE : DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION :

El cuadro número 7 nos representa de los pacientes estu-
diados con úlceras en miembros inferiores, si el fami-
liar que lo cura sabía técnica de curación el cual nos-
dice que el 68.4% no sabía curar y el 31.6% sí, y que -
se siente a gusto con las curaciones que le realizó su-
familiar y el cual nos representó 84.2% que sí y 15.8%-
no.

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL FAMILIAR QUE CURA AL PACIENTE
CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL.ZONA C/M.F. NUM. 24
I.M..S.S. POZA RICA,VER.

DURANTE 1992

Cuadro No.8

ESCOLARIDAD DEL FAM.QUE CURA	TOTAL	%
ANALFABETA	2	5.3
PRIMARIA COM- PLETA	18	47.4
PRIMARIA INCOM- PLETA	8	21.0
SECUNDARIA COM- PLETA	4	10.5
SECUNDARIA IN- COMPLETA	2	5.3
PREPARATORIA	4	10.5
TOTALES	38	100%

FUENTE : DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION :

En éste cuadro número 8 de grado de escolaridad del familiar de los pacientes estudiados con -- úlceras en miembros inferiores, que cura al pa-- ciente nos indica que 18 casos representan el - 47.4% tiene primaria completa, 8 casos que re-- presentan el 21% tienen primaria incompleta, -- por lo que se concluye que el grupo estudiado - predomina la escolaridad baja.

PACIENTES CON ÚLCERAS EN MIEMBROS INFERIORES QUE SE

PUEDEN CURAR AL SALIR DEL HOSPITAL.

HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F. NUM. 24

I.M.S.S. POZA RICA, VER.

DURANTE 1992

Cuadro No.9

SE PUEDE CURAR AL SALIR DEL HOS PITAL	TOTAL	%
SI	32	84.2
NO	6	15.8
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

En el cuadro número 9 de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores, - al realizar la encuesta 32 casos aceptaron - que sí, siendo el 84.2% y 6 de los casos no, que es el 15.8%.

PACIENTE CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES QUE
FUERON HOSPITALIZADOS QUE SE SINTIERON ---
ANGUSTIADOS DURANTE SU HOSPITALI-
ZACION EN EL HOSP.GRAL.DE ZONA C/M.F.#24
I.M.S.S. POZA RICA,VER.
DURANTE 1992

Cuadro No. 10

CUANDO ESTUVO HOSPI TALIZADO SE SINTIO- ANGUSTIADO	TOTAL	%
SI	34	89.5
NO	4	10.5
TOTALES	38	100 %

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

En el cuadro número 10 de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores, representan a los que estuvieron hospitalizados que se sintieron angustiados de los 38 casos, 34 de ellos si presentaron angustia y 4 casos que no, representan el 10.5%.

AHORRO ECONOMICO POR LA PARTICIPACION DEL FAMILIAR
EN LA CURACION A PACIENTES CON ULCERAS EN
MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL.DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S. POZA RICA,VER.,
DURANTE 1992

CUADRO No.11

SE AHORRO DINERO CURANDOLO SU FAMI- LIAR	TOTAL	%
SI	38	100
NO	-	-
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION :

Nótese que en el cuadro número 11 se muestra --
que el ahorro económico fué del 100% curándolo-
su familiar, abarca los 38 casos de los pacien-
tes estudiados con úlceras en miembros inferio-
res.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR DEL PACIENTE CON ULCERAS EN
MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.#24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.,
DURANTE 1992

Cuadro No.12

INGRESO MENSUAL	TOTAL	%
N\$ -375.00	16	42.1
N\$ 375 - 750	16	42.1
N\$ 750.00 y +	6	15.8
TOTALES	38	100 %

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.

INTERPRETACION :

En el cuadro número 12 se observa que el --
ingreso mensual de los pacientes estudiados
con úlceras en miembros inferiores es un --
nivel bajo.

PATOLOGIA AGREGADA DEL PACIENTE CON ULCERAS EN MIEMBROS
INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.#24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.
DURANTE 1992

Cuadro No. 13

PATOLOGIA AGREGADA AL PADECIMIENTO.	TOTAL	%
DIABETES	14	36.8
HIPERTENSION ARTERIAL	2	5.3
VARICES	22	57.9
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

El cuadro número 13 muestra a los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores que han tenido patología agregada siendo las que -- más influyen los problemas con várices 22 casos (57.9%) diabetes 14 casos (36.8%).

TIPO DE HABITACION DE LOS PACIENTES CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES.
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F. #24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.
DURANTE 1992

Cuadro No. 14

TIPO DE HABITACION.	TOTALES	%
MADERA PISO DE CEMENTO	16	42.1
MATERIAL TODO	12	31.6
MADERA PISO DE TIERRA	8	21.0
MATERIAL PISO DE TIERRA	2	5.3
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

El cuadro número 14 muestra el tipo de habitación de los pacientes estudiados con úlceras en miembros inferiores, siendo 12 casas (31.6%) el que vive en mejor condición.

NUMERO DE MIEMBROS QUE CONVIVEN CON EL PACIENTE CON ULCERA
EN MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F. #24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.

DURANTE 1992

Cuadro No.15

PERSONAS QUE CONVIVEN EN LA CASA	TOTAL	%
1 - 3	2	5.3
4 - 6	30	78.9
7 - 10	4	10.5
11 y más	2	5.3
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

En el cuadro número 15 como se puede observar - que el número que influye en la convivencia con el paciente es de 4 a 6 personas siendo 30 de los encuestados.

TIPO DE AGUA QUE UTILIZA PARA SU CURACION A PARTE DE LA -
SOLUCION LOS PACIENTES CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL.DE ZONA C/M.F.#24

I.M.S.S. POZA RICA, VER.

DURANTE 1992

Cuadro No. 16

TIPO DE AGUA PA RA SU CURACION	TOTAL	%
GARRAFON S/HER VIR	2	5.3
DE LA LLAVE -- HERVIDA	26	68.4
DE POZO HERVIDA	4	10.5
GARRAFON HERVI- DA	4	10.5
AGUA DE FILTRO	2	5.3
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

En el cuadro número 16 de acuerdo al agua --
que utiliza el paciente para su curación se
observa que la mayoría la hierve, represen--
tando el 68.4%.

NUMERO DE VECES QUE SE HA INFECTADO EL PACIENTE CON --
ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES DESDE QUE LO CURA SU ==
FAMILIAR.

EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.#24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.,
DURANTE 1992

Cuadro No.17

# DE VECES QUE SE HA INFECTADO DESDE QUE LO CURA S/FAM.	TOTAL	%
SI	2	5.3
NO	36	94.7
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

En el cuadro número 17 se observa que el paciente no se ha infectado la úlcera desde que la curación la realiza su familiar mostrando un 94.7% de los casos estudiados que son 36 y 2 casos 5.3% que se han infectado.

NUMERO DE CASOS DE PACIENTES CON ULCERAS EN MIEMBROS
INFERIORES QUE ASISTEN A LA CONSULTA DESDE QUE
LO CURA SU FAMILIAR,
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.No.24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.
DURANTE 1992

CUADRO No. 18

ASISTE A CONSULTA EXTERNA DESDE QUE LO CURA SU FAMILIAR	TOTAL	%
SI	2	5.3%
NO	36	94.7%
TOTALES	38	100 %

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

En el cuadro número 18 muestra que en 38 casos estudiados solamente 2 que representa el 5.3 % han asistido a consulta externa desde que lo cura su familiar.

CALIDAD DE LA CURACION QUE REALIZA EL FAMILIAR AL
PACIENTE CON ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES
EN EL HOSPITAL GRAL. DE ZONA C/M.F.#24
I.M.S.S. POZA RICA, VER.,
DURANTE 1992

Cuadro No. 19

CALIDAD DE LA CURACION POR SU FAMILIAR	TOTAL	%
IGUAL QUE EL EQUIPO DE SALUD	32	84.2
MEJOR	4	10.5
PEOR	2	5.3
TOTALES	38	100%

FUENTE :

DIRECTA MEDIANTE ENCUESTA.-

INTERPRETACION :

En el cuadro número 19 se observa que la curación del familiar hacia su paciente la consideran igual que la del equipo de salud con el 84.2%.

CONCLUSIONES.-

Posteriormente al análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, llegamos a la conclusión de que será necesario modificar algunos aspectos para que la atención de enfermería que se da al paciente sea oportuna, adecuada, humanista, de calidad y con la optimización de recursos que en éste momento el país y la institución requieren.

Por lo tanto :

Es necesario que en el programa de adiestramiento -- se capacite y se seleccione al personal para que influya en la orientación al familiar y paciente en la realización de las curaciones y autocuidado sobre algún problema de salud, en éste caso a pacientes con úlceras en miembros inferiores para disminuir los frecuentes reingresos e infecciones que puedan presentarse. Anexo 1. Programa de -- adiestramiento.

Es conveniente que la distribución de pacientes que son atendidos en la C.H.General de Zona No.24 de Poza Rica, Ver., se les proporcione una adecuada atención de enfermería, ya que el acceso de los pacientes al hospital -- se dificulta por el aspecto económico.

Proporcionar al Personal de Enfermería todos los -- recursos de enseñanza para los familiares y hacerlos participar, para que se responsabilicen en una adecuada --- atención.

El Licenciado en Enfermería está capacitado para valorar y conocer la importancia del diagnóstico del paciente para su manejo y atención adecuada así como la necesidad de identificar los problemas que puedan presentarse - en él.

Como se vió en el Estudio realizado y representado - en algunos Cuadros (#7) que 12 casos solo sabían la técnica de curación y los 26 restantes no sabían curar, ésto - representa que la Lic.en Enfermería se introduzca más en el campo de la investigación y docencia, ya que ambos aspectos se dan conjuntamente y solo a través de ellos se - detectan necesidades y se encuentran alternativas de solución para el logro de una eficiente atención.

Posteriormente después de la enseñanza a los familiares sobre curaciones y atención a su paciente vemos con - agrado en el Cuadro #19 que la calidad de atención en la curación por su familiar fué en forma positiva la Enseñanza por la Lic.en Enfermería.

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO PARA LAS CURACIONES DE ULCERAS =
EN MIEMBROS INFERIORES.

OBJETIVOS:

Lograr la participación de un familiar u otra persona para la realización de la curación domiciliaria a personas con úlceras en miembros inferiores.

DURACION : 2 horas.

TEMARIO :

- 1.-La importancia de la participación de la persona que realizará la curación.
 - Descripción breve sobre las úlceras y su evolución.
 - Material y equipo necesario para su curación.
 - Descripción del procedimiento para la curación.

METODOLOGIA:

La enseñanza se llevará a cabo por medio de la información del padecimiento utilizando rotafolios, demostración directa de la curación de la persona afectada, enseñándole como preparar el equipo y el material que se va a utilizar demostrándole en la primera entrevista como se hace la curación y en la siguiente entrevista se verá como realizó la curación.

EVALUACION:

Por medio de las visitas subsiguientes, se observará el curso de la lesión corroborando con la persona responsable de la curación la forma en que lo realiza, realimentando el procedimiento cuantas veces sea necesario.

BIBLIOGRAFIA . =

- 1.- ABURTO Galván, César. Elementos de Biostatística para estudiantes de Ciencias de la Salud. México, Fondo-Educativo Interamericana, 1986, 225 p.
- 2.- BALSEIRO Almarino, Lasty. Investigación en Enfermería.
- 3.- CANALES, Alvarado y Pineda. Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo del personal de Salud México, Limusa, O.M.S., O.P.S., 1986, 327 p.
- 4.- DIAZ Ballesteros, Fernando; Páramo Díaz, Marcela. Los -- Grandes Síndromes Vasculares. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1984, 1022 p.
- 5.- DIAZ B, Luis. Úlceras Benignas de las Piernas. Foro Médico, 1:1, 3-8, 1981.
- 6.- Enciclopedia Básica en Color. Ed. Denal, S.A.
- 7.- ESPINO Vela, J. Introducción a la Cardiología. México, - Ed. Méndez Dtea, 1983, 641 p.
- 8.- HARRISON, Thorn, Adams, Braunvalc, Isselbacher, Petersdorf. Medicina Interna. México, Prensa Médica 1982, 2499 p.
- 9.- JAIME A, Humberto; C. Arnulfo. Fundamentos de Medicina Familiar. 1, 6-8, 1982.
- 10.- LEÑERO O, Luis. La Familia. Ed. Edical S.A., I, II, 33-34, -- 1976, México, D.F.
- 11.- MAHONEY, E, A. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. - México, Interamericana 1986, 612 p.
- 12.- JASSEN Farmacéutica Revista Médica. Perfil de las Vasculopatías y del Síndrome del Dolor Arteriovascular. -- 10, 1-6, 1990.
- 13.- SHULTIS Brunner, Lillian; Smith Suddart, Doris. Enfermería-Médico Quirúrgica. México, Ed. Interamericana, 3a. Ed., 1975, 1230 p.
