

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 2 NORTE DEL D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

Protocolo de Investigación  
Titulado:

### CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESION DE UNA UNIDAD MEDICA DEL PRIMER NIVEL

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**Investigador asociado**

Cora Karina Guerrero Leyva  
Médico residente del Curso Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social  
Matrícula: 98362509  
Dirección: Camino Antiguo San Juan de Aragón No. 235  
Colonia: Casas Alemán  
Teléfono: 57573289  
Correo electrónico: [corakarinagl@gmail.com](mailto:corakarinagl@gmail.com)

**Investigador asociado**

Esther Azcárate García  
Profesor Titular del curso de Especialización en Médico Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social  
Matrícula: 99362280  
Dirección: Camino Antiguo San Juan de Aragón No. 235  
Colonia: Casas Alemán Teléfono: 57672977, extensión: 21465  
Correo electrónico: [estherazcarate@gmail.com](mailto:estherazcarate@gmail.com)

**Investigador responsable**

Rodrigo Villaseñor Hidalgo  
Profesor Adjunto del curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social  
Matrícula: 99366361  
Dirección: Camino Antiguo San Juan de Aragón No. 235  
Colonia: Casas Alemán  
Teléfono: 57672977, extensión: 21407  
Correo electrónico: [rodriguin6027@gmail.com](mailto:rodriguin6027@gmail.com)

Ciudad de México, Marzo del 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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

INDICE.....	2
Resumen integrado .....	4
MARCO TEORICO.....	5
Introducción .....	5
Antecedentes .....	6
Cuidador primario .....	14
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS: .....	20
JUSTIFICACIÓN .....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	23
OBJETIVOS .....	23
General.....	23
Específicos .....	23
EXPECTATIVA EMPÍRICA.....	24
VARIABLES .....	24
Variables de estudio.....	24
Variables descriptoras.....	24
MATERIAL Y METODOS .....	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	26
Determinación De La Muestra .....	27
Procedimiento Para Determinación E Integración De La Muestra .....	27
Instrumento De Medición .....	27
Hoja De Recolección de la Información .....	29
Análisis Estadístico .....	29
ASPECTOS ÉTICOS.....	29
Riesgo de la investigación .....	30
Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto .....	30
Balance riesgo beneficio .....	30
Confidencialidad.....	30
Condiciones para el consentimiento informado.....	30
Forma de selección de los participantes .....	31
Calificación del Riesgo .....	31

Conflictos De Intereses.....	31
PROGRAMA DE TRABAJO .....	31
DIFUSION DEL ESTUDIO.....	31
RECURSOS .....	32
RESULTADOS: .....	33
ANÁLISIS DE RESULTADOS:.....	37
CONCLUSIONES .....	38
SUGERENCIAS.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS .....	44

# CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESION DE UNA UNIDAD MEDICA DEL PRIMER NIVEL

Villaseñor-Hidalgo R<sup>1</sup>, Ramírez-Zaragoza F<sup>2</sup>, Guerrero-Leyva C<sup>3</sup>

## Resumen integrado

### Resultados

Conocer cuál es el índice de conocimiento del cuidador primario en cuanto al tema de formación de la ulceras por presión en los usuarios del primer nivel de atención de la clínica 94. El 90.625% del total de los encuestados posee un índice de conocimientos bajo sobre el tema mientras que solo el 9.375% alcanzo un índice que se considera como aceptable sobre el tema , por escolaridad de los que aprobaron el cuestionario 53% cuentan con licenciatura y 47% secundaria en general los participantes se distribuyeron de la siguiente manera en base a su escolaridad 48% secundaria, 22% primaria, 21% licenciatura y 7% personas analfabetas los grupos de edades se distribuyeron de la siguiente manera entre los 51-60 años 26%, de los 61-70 años 25%, de los 41-50 años 17%, de los 31- 40 años 15% los mayores d 70 años 11% y los de 20-30 años 6% lo que comprueba que las edades promedio en las que se encuentran los cuidadores es entre los 50-65 años , del total de los cuidadores 61% eran del género femenino y 39% del masculino.

**Objetivo:** determinar el índice de conocimiento del Cuidador Primario para la prevención de las Ulceras por Presión en el primer nivel de atención.

**Material y métodos:** se realizó un estudio Descriptivo, Observacional, Prospectivo y Transversal en mayores de 18 años, cuidadores primarios de adultos mayores que acuden al Instituto Mexicano del Seguro Social que acuden a recibir atención médica en la Unidad de Medicina Familiar 94. A los pacientes que participaron en el estudio y cumplieron los criterios de selección, se les leyó un modelo de consentimiento, además de que se les explicaron los objetivos de la investigación y se les pidió consentimiento por escrito para su participación. Se midió el índice de conocimiento del Cuidador Primario con el cuestionario COCU-LCRD23 Cuestionario de Cuidadores Familiares sobre la prevención de las úlceras por presión y con los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico, descriptivo utilizando el programa SPSS versión 6 se procesó la información elaborando un análisis del comportamiento de las variables, y utilizando el programa de Excel se realizaron las gráficas y tablas presentadas.

**Tiempo de desarrollo:** 1 año.

**Palabras clave:** Cuidador Primario, Ulceras por Presión, Grado de Conocimiento, Medidas Prevención.

1 Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94 IMSS.

2 Médico Familiar, UMF No.94 IMSS.

3 Médico residente del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS.

## MARCO TEORICO

### Introducción

Los cambios sociodemográficos actualmente arrojan que la población de adultos mayores va en incremento durante los últimos años y con ello la prevalencia de le enfermedades crónico degenerativas, muchas de estos adultos mayores no pueden valerse por ellos mismos ya que con el envejecimiento padecen limitaciones tanto de movilidad, fragilidad, problemas tanto mentales y físicos, lo que los lleva a perder la capacidad de vivir en forma independiente.

La dependencia al ser principalmente física se basa en dos personajes el enfermo y su cuidador. Entonces muchas veces es necesario establecer un cambio de roles para la familia y el más común es que los padres sean cuidados por sus hijos, la acción de cuidar significa; preservar, guardar, asistir y conservar.

Es común que el adulto mayor presente enfermedades que lo lleven a mantenerse en cama ya sea de forma temporal o permanente y la principal complicación de esta postración son la formación de úlceras por presión, esto por múltiples factores entre los cuales destacan, adelgazamiento de la piel y la lentitud con que esta se regenera, pero el principal factor que predispone dicha aparición es la falta de movilidad.

Existen múltiples indicadores epidemiológicos de la eficacia de las medidas preventivas las cuales impactan tanto en la prevalencia como en la incidencia de la aparición de las úlceras por presión. Se estima que en México de acuerdo con cifras de la Secretaria de Salud el porcentaje de prevalencia real de las úlceras por presión es de un 12.92% y con una prevalencia media de 20.07% y una desviación estándar de más menos 15.79%, únicamente en los hospitales de segundo nivel siendo más común en pacientes mayores de 65 años postrados y que se encuentran en áreas de cuidados intensivos.

En las áreas de hospitalización es el personal de enfermería quien lleva a cabo dicha actividad pero muchos pacientes ya ingresan a las áreas hospitalarias con dichas lesiones por lo que resulta indispensable que como médicos de primer contacto seamos nosotros quienes demos la capacitación y concientización al cuidador primario ya que estos paciente requieren cuidados las 24 horas del día haciendo de esto no solo un trabajo para el cuidador primario sino para toda la familia y de esta manera se puede prevenir la aparición de las úlceras.

El Médico de Familia es uno de los especialistas que se caracteriza por la continuidad de la atención medica por lo cual es nuestra tarea asegurarnos primero del nivel de conocimiento que tiene cuidador primario sobre el tema para posteriormente poder educar sobre la prevención y atención de los factores de riesgo para la aparición de las úlceras por presión siempre individualizando la atención a cada paciente.

## Antecedentes

### Úlceras por Presión:

#### Definición

Son lesiones que se producen en la piel, secundarias a un proceso de isquemia, derivados de mecanismos tales como presión, cizallamiento y fricción los cuales se pueden presentar en forma aislada o combinados, y que a su vez ocasionan necrosis de diversas capas así como afección en región articulares y al hueso siendo las áreas con prominencias óseas las zonas más frecuentes de aparición todo esto como consecuencia de una compresión prolongada. **(1)**

#### Epidemiología:

Según un estudio nacional llevado a cabo en estados unidos en el año 2001 la prevalencia de la úlceras por presión en la unidades de cuidados intensivos fue de 22-28.7%, **(2)** en Alemania del 27.8% en el 2002 **(3)** mientras que en Australia en el año 2006 la prevalencia fue de 14.9% , **(4)** a nivel internacional la cifra de prevalencia aun es desconocida aunque en unidades pediátricas de Estados Unidos se encontró una incidencia de 27% **(5)** En España , el primer estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión , se realizó en el 2001 , recogió datos de 30 unidades críticas y se encontró una prevalencia de 12,4% en unidades de adultos y 18.1% en unidades pediátricas , el segundo estudio se realizó en el 2005, mostro una prevalencia del 22.67% en unidades de adultos y del 17.77% en las unidades pediátricas y se incluyeron datos de 49 unidades críticas. **(6)** **(7)**

Existen cuatro principales factores que contribuyen para la formación del desarrollo de las úlceras por presión son:

1.- Presión: Este representa el factor más importante y se define como la fuerza que se ejerce sobre una superficie perpendicular a la piel, que provoca aplastamiento tisular que condiciona una oclusión del flujo sanguíneo e hipoxia terminando en necrosis si este proceso se mantiene.

La presión capilar máxima se cifra en torno a 20mmHg y la presión tisular entre los 16-33mmHg, Cuando se aplica una compresión sobre la piel que sobrepasa los 32mmhg se producen alteraciones tales como hipoxia, acumulo de productos de degradación metabólica tales como el dióxido de carbono y radicales libres que tienden a dañar la piel , ahora bien si esta compresión excede los 70mmHg y se mantiene por un periodo de más de dos horas el daño que se produce a las células resulta irreversible esto se observa con mayor frecuencia en pacientes que se encuentran en las posiciones decúbito supino lo cual puede generar presiones de hasta 150mmHg , dicha cifra se aumenta al doble 300mmHg al adoptar una posición sedente prolongada. **(1)** **(8)**

2.- Fricción: Fuerza que actúa tangencial y paralelamente a la piel, produciendo roces ya sea por cualquier movimiento a arrastres contra otra superficie y puede empeorar su condición si se conjunta con la humedad.

3.- Cizallamiento: fuerzas paralelas producidas cuando dos superficies adyacentes se deslizan entre sí, condicionando compresión de los vasos sanguíneos y privando de oxígeno a la piel.

4.- Humedad : Es la presencia de cualquier líquido o vapor de agua que impregne la piel, que condiciona maceración y reblandecimiento de la piel lo cual disminuye la resistencia de la piel e incrementa el riesgo de presentar tanto ulceración con erosión hasta 5 veces más. (1)

Sin embargo en diversos estudios se han recopilado otra serie de factores que contribuyen a la formación de las úlceras por presión los cuales se pueden clasificar en:

- Fisiopatológicos.

Cambios asociados al envejecimiento tales como insuficiencia vascular periférica, estasis venosas, delgadez, obesidad, anemias, hipoproteïnemias, cáncer, infección, cuestiones que alteran el estado de conciencia secundario a ingesta de fármacos, confusión, coma, déficit motor por accidentes cerebrovasculares o fracturas, alteraciones en la eliminación tanto urinaria como fecal.

- Derivados de tratamiento de base del paciente.

Que pueden incluir radioterapia y quimioterapia, o aplicación de sondas.

- Situacionales.

Falta de higiene, arrugas en la ropa, objetos que induzcan roce directo, inmovilidad que sea condicionada por fatiga o dolor.

- Del entorno.

Mala utilización del material de prevención, falta de criterios unificados para los procesos curativos, falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes, sobrecarga del trabajo, desmotivación profesional por la falta de capacitación específica. (8) (9)

A pesar de todos los factores antes mencionados debemos tomar en cuenta que es el deterioro de la movilidad que trae como consecuencia la inmovilidad hasta ahora el factor de riesgo más importante para el desarrollo de estas lesiones.

Ahora bien, para llevar a cabo la valoración de las úlceras por presión es necesario realizar una revisión integral y sistemática de varios puntos que incluyen la localización y número de lesiones.

En cuanto a las regiones anatómicas donde más se presentan las lesiones de úlceras por presión son:

- En atención primaria: talón 27,74%; sacro 26,7%; trocánter 17,8%
- En hospitales: sacro 50,45%; talón 19,26%; trocánter 7,64%
- En atención socio-sanitaria: sacro 32,02%; talón 18,89%; trocánter 15,89%

Escápula, espalda, glúteo, cresta iliaca, dedos de pies, parrilla costal, omóplato, genitales, metatarsianos, nariz, completan una larga lista de posibles lugares donde se pueden presentar además estas lesiones. (10)

Para su clasificación se utilizan 4 categorías:

Estadio I Eritema cutáneo que no palidece. Normalmente en paciente con piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local



Estadio II           Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida del espesor parcial que involucra epidermis, dermis o ambas.  
Estadio III           Pérdida total de grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.  
Estadio IV           Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o del músculo, hueso o estructura de sostén, aquí con en el estadio III, se pueden ver lesiones tipo cavernas con tunelizaciones o trayectos sinuosos. (10)

Importante como identificar el área donde se encuentran las lesiones es registrar el diámetro y longitudes de todas las lesiones tanto en sus planos circulares, longitudinales y perpendiculares, en cuanto a la profundidad podemos clasificar las úlceras en varios grados:

Grado I Afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente.  
Grado II Afecta a toda la piel hasta la grasa subcutánea.  
Grado III Llega hasta la fascia profunda  
Grado IV La necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso.(11) (12)

El tejido que existe en el lecho de la lesión (epitelización, degranulación, necrótico, tunelizado o con fístulas) y siempre debe de ser comparado en relación al tejido sano, analizar sin presenta secreción a través de la úlcera y definir el tipo de exudado sobre todo si es purulento y si existe o no fetidez.

En la valoración del estado de la piel perilesional aquí se debe prestar principal atención en buscar signos como dolor, calor, eritema.

Para el tratamiento y manejo de la úlceras por presión se debe realizar una valoración general e integral del paciente que abarcan enfermedades de base, estado nutricional, grado del dolor y todos los demás aspectos sociales que condicionaron al paciente a desarrollar dichas lesiones, incluidas también pruebas de laboratorio como biometría hemática, pruebas de coagulación, velocidad de sedimentación globular, química sanguínea.

Existen diferentes escalas para valorar el riesgo de presentar úlceras por presión y estas van a constituir la forma más objetiva de valorar y llevar acabo la toma de decisiones a la hora de establecer las medidas tanto diagnósticas y terapéuticas para el paciente, además su uso rutinario y sistemático aumento la calidad de los cuidados de los pacientes, dentro de las más utilizadas y conocidas en nuestro medio se encuentran la escala de Braden y Norton. (10) (13) (14)

La escala de Braden cuenta con una sensibilidad del 83-100% y una especificidad del 64-77% y la de Norton una sensibilidad de 73 a 92% y una especificidad del 61-94%, aunque existen muchas otras escalas encaminadas a identificar a los pacientes con riesgo para desarrollar úlceras por presión (Waterlow, Arnell, Gosnell, Ek y Nova ) como ya bien comentamos las dos primeras mencionadas son las más reconocidas en el ámbito internacional. (11) (12)

## Escala de Braden

PUNTOS	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
	<i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	<i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	<i>Responde a órdenes verbales.</i>	<i>Sin déficit sensorial.</i>
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
	<i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	<i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	<i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	<i>Piel normalmente seca.</i>
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
	<i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	<i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	<i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	<i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
	<i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	<i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	<i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	<i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	
	<i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	<i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente</i>	<i>Se mueve autónomamente.</i>	
NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
	RIESGO MODERADO	≤14		
	RIESGO BAJO	≤16		

## Escala de Norton

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

### CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.  
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO  
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.  
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Todos los pacientes deben ser evaluados desde su ingreso y tal vez en forma prioritaria , a fin de minimizar riesgo e implementar medias de prevención ; posterior a ello la revisión se debe hacer cada 24 hrs , las intervenciones para prevenir y limitar la progresión deben estar encaminadas a evaluar los cuidados generales de la piel, reducir la fricción o el cizallamiento, evaluar el estado nutricional, redistribuir la compresión en los sitios de mayor presión y por supuesto la evaluación del riesgo. (1) (10) otro punto no menos importante es sobre todo la educación al paciente , al personal del salud y sobre todo el cuidador primario, este debe ser capaz de reconocer cuales son los signos iniciales del daño por la presión , cuidado de las heridas y movilización del paciente , control de la humedad y el uso de superficies especiales que ayudan a aliviar la presión tomando en cuenta que el proceso de cicatrización puede verse enlentecido si las causas que están ocasionando las lesiones no son tratadas a tiempo y en forma eficaz .

#### Prevención

##### Cuidados de la Piel:

Se debe inspeccionar esta regularmente procurando detectar signos como enrojecimiento, edema, calor, dolor; lavar la piel con agua y jabón además de secar cuidadosamente sin friccionar la piel sobre todo en las zonas de los pliegues cutáneos, la utilización de jabones sin irritantes (perfumes, colorante, aromatizante, alcohol) y con un pH neutro, nunca aplicar masajes sobre las zonas lesionadas prominencias óseas o en sitios con sospecha de úlceras , evitar utilizar soluciones que contengan cualquier tipo de alcohol, se pueden realizar ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas , evitar la exposición de la piel con la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad. Los productos para el cuidado de la piel tales como emolientes, vaselina o ungüentos para hidratar o lubricar la piel ayudan a reducir el daño. (1) (10)

Para proteger la piel contra la humedad que ocasiona la incontinencia, las secreciones, los drenajes y la transpiración se recomienda cambio frecuente de pañales y de la ropa de cama cuando el paciente presente incontinencia fecal o urinaria , control de la humedad mediante el uso de compresas , pañales o gasas las cuales se deberán cambiar cuando se encuentran mojadas y al hacerlo la piel se debe limpiar de forma gentil y siempre evitando la fricción, en algunos casos se deberá evaluar la colocación de una sonda vesical lo que reducirá el riesgo de contaminación de las zonas con lesiones ya establecidas.

#### **Cargas mecánicas y Redistribución de las Zonas de Presión**

La cabecera del paciente de debe ubicar en el grado más bajo de elevación que sea posible en un ángulo de 30 grados con cambio de posición cada 3 horas , siempre y cuando esto sea compatible con los otros problemas médicos que presente, siempre utilizar ropa de cama ya que esto disminuye las fuerzas de rozamiento y fricción, los cambios posturales se llevaran a cabo cada dos horas por regla general ,dando prioridad a evitar el contacto directo con las prominencias óseas utilizando superficies blandas (ejemplos: almohadas) sin embargo en muchos casos la frecuencia de los cambios de presión está determinada por la tolerancia individual, el nivel de actividad y movilidad, las condiciones de la piel , los objetivos médicos determinados por la condición médica del paciente , los que puedan adoptar la posición sedente deben cambiar el lado de mayor carga cada 15 minutos preferentemente, lo que ayuda a redistribuir el peso corporal, esto debe hacerlo ayudándose con sus brazos , movilizándose de lado a lado o subiendo y bajando la cabeza, si el paciente no es capaz de realizar estos movimientos el cuidador primario deberá procurar realizar

estos movimientos cada hora.. (8) Con cada cambio de posición de deben evaluar los signos de alarma cutáneos, eritema, maceración, resequedad, edema, induración, dolor y las zonas con lesiones ya establecidas. Cuando estas acciones se llevan a cabo en unidades hospitalarias se deben registrar siempre en el formato correspondiente de cada institución y colocar el programa de cambios de posición en la cabecera del paciente y a la vista de todos.

La secuencia recomendada de los cambios posturales es:

- 1.- Decúbito supino
- 2.-Decúbito lateral derecho
- 3.- Decúbito lateral izquierdo

Todo esto si es posible de preferencia en posición semifowler (1)

### **Superficies de apoyo**

A todos los pacientes con úlceras por presión o riesgo de desarrollar las mismas se les debe colocar algún dispositivo que ayude a disminuir la presión , se reconocen dos tipos las Estáticas (ejemplos: Aire estático, Gel, Agua, Hule Espumo o la combinación de dos o más ) los cuáles son más recomendados por que son más apropiados ,menos costosos y de mayor accesibilidad ; y las de tipo Dinámicas como pérdida limitada de aire, aire alternante y aire fluidificado , existen situaciones específicas para utilizar este tipo de dispositivos:

- Tocar fondo: cuando la superficie estática comprimida mide menos de 2,5 cm.
- Paciente con alto riesgo de UPP y con hiperemia reactiva en una prominencia ósea, a pesar del uso de una superficie estática de apoyo.(1)(10) (11)

### **Acciones para reducción del cizallamiento y la fricción**

Se recomienda que la ropa de cama se mantenga sin arrugas y limpia, la sabana debe quedar holgada principalmente en la zona de los dedos de los pies, utilizar medidas para aliviar la fricción y la presión, se utilizan películas transparentes, apósitos y cremas en prominencias óseas en las zonas más propensas al desarrollo de úlceras, mantener una angulación de 30 grados en la posición decúbito lateral para evitar el exceso de peso sobre el trocánter , además de colocar protectores en regiones como codos y talones si el paciente lo requiriera (15)

El uso de flotadores o anillos que solo concentran las fuerzas tangenciales y la presión sobre la ulcera están contraindicados ya que solo aumentan el cizallamiento. Las almohadas que suelen rellenarse con semillas son consideradas como fómites de microorganismos patógenos en las áreas de hospital, tampoco se recomienda el uso de guantes llenos de agua o bolsas de soluciones intravenosas.

Las recomendaciones actuales para el cuidado de la piel en pacientes con factores de riesgo o lesiones establecidas se deben realizar por lo menos dos veces al día con la búsqueda intencionada de signos de daño secundario a la presión ejercida.

En cuanto a las complicaciones las podemos clasificar en primarias y secundarias.

Las primarias a su vez se clasifican en locales que son secundarias a las progresión de la necrosis que afectan articulaciones y pueden originar hemorragias y fístulas , las infecciones son más frecuentes en las úlceras que están clasificadas entre los grados III y IV, entre los microorganismos más implicados son los gram negativos anaerobios y Staphylococos Aureus meticilin resistente. Y las complicaciones sistémicas como anemia, endocarditis, sepsis, tétanos y las complicaciones mismas de los tratamientos realizados al paciente. Las complicaciones secundarias tiene más que

ver con el aspectos sociocultural del paciente incluyendo factores como su economía, red de apoyo, tiempo de estancia intrahospitalaria, y también de tipo clínico como infecciones nosocomiales agregadas, iatrogenia, retraso en incorporación a programas de rehabilitación (10) (11)

El tratamiento como ya se menciona es multidisciplinario tomando en cuenta la valoración general del enfermo incluso se puede llegar a requerir la intervención de todos los niveles de atención de salud en nuestro país y para ello como ya se mencionó antes se debe primero estadificar el grado de la ulcera.

#### Nutrición:

Es recomendable emplear un plan nutricional individualizado a la necesidades de cada paciente en el cuál se debe de proporcionar de 30-35kcal por peso al día y una cantidad de proteínas de 1.25 a 1.5 gr por kilo de peso al día , Ante un resultado anormal del estado nutricional, se deben corregir las deficiencias con dieta normo calórica e hiperproteica (1,5-1,7 gr/Kg), con amino ácidos específicos (arginina), enriquecida con vitaminas (A, B, C), ácido fólico y Zinc ; ya que la desnutrición afecta a la mayor parte de los pacientes postrados o con estancias hospitalarias medias a largas elevando la mortalidad de los mismos y que aun siendo tan común sigue pasando desapercibida en un medio como el nuestro . (16) (17)

El manejo se establece en base al grado de clasificación de la úlcera al momento del diagnostico

#### Grado I

En esta grado los cuidados son fundamentalmente ofrecidos por el cuidador primario y en casa donde se les recomienda que no se debe dar masaje en las zonas anatómicas correspondientes a las prominencias óseas, así como también para evitar el riesgo de isquemia debemos emplear las medidas que disminuyan la presión , cizallamiento y la fricción , realizar una inspección minuciosa cada 24 horas si vemos mejoría en cuanto a la lesión podemos orientar al cuidador a seguir realizando en forma rutinaria todas las medidas previamente mencionadas , además del apoyo nutricional y evitar la humedad , si la lesión por el lado contrario no presenta signo de mejoría o empeora se debe reajustar todo el manejo integral del paciente en conjunto con el médico de primer contacto. Se debe educar la cuidador en los aspectos que le ayuden a reconocer cuales son los signos tempranos que se producen por la presión aumentada en las zonas más propensas, así como proporcionar información tanto en forma verbal y escrita sobre prevención de la formación de úlceras, la movilización del paciente , las superficies con las que ellos cuentan y que puedan aliviar la presión , el cuidado sobre las heridas, el control de la humedad y la importancia en mantener un buen estado nutricional para esto , dentro los datos de alarma cutáneos se les hará hincapié en conocer la resequedad, eritema, maceración, identificar las lesiones ya establecidas, la piel de cebolla. (1)

## Grado II

Estas pueden ser manejados por el cuidador primario en conjunto con el personal de enfermería evitando la humedad en las zonas de las lesiones que proviene secundaria a los líquidos producidos por la orina, las heces o los líquidos que pueden drenar propiamente de las úlceras, el lavado de las mismas se llevara a cabo con solución salina a presión lo cual se puede realizar con una jeringa empleando una aguja o un punzo la solución salina no provoca daño tisular, no impide el proceso normal de la cicatrización, no altera la flora natural de la piel ni produce alergias al paciente, tenemos que evitar tallar la piel y no usar antisépticos o antibióticos tópicos, podemos utilizar aquí material protector terapéutico así como también si en paciente lo requiere iniciar manejo para el dolor, debemos cuidar mantener la humedad en el lecho de la úlcera a temperatura local, la evaluación de la evolución en este grado se debe llevar a cabo cada dos a cuatro semanas (1) (10)

## Grado III

Manejados por el médico de primer contacto y el personal de enfermería capacitado se repiten los pasos del grado II y se agregan además las siguientes medidas analgésico como paracetamol 1 gr vía oral o clonixinato de lisina 100mg intramuscular 30 minutos previos a realizar la curación, desbridamiento autolítico con miel, realizar adecuadamente la desbridación del tejido necrosado o desvitalizado, el desbridamiento mecánico se realiza con gasa seca siempre y cuando el paciente lo tolere con cambio de apósito, los objetivos del desbridamiento son disminuir el riesgo de infección y humedad, remover áreas queratósicas, exudados, tejido infectado, necrótico, así como estimular el tejido de granulación y favorecer una adecuada cicatrización, en el caso particular de la región anatómica del talón solo se llevara a cabo la desbridación si encontramos líquido por debajo de una úlcera seca.

En este grado ya se valorar el inicio de terapia por presión negativa que es un método no invasivo la cual permite mediante la aplicación de presión negativa controlada en una herida sellada, lo cual favorece en un contorno húmedo y aislado la cicatrización por estimulación de la neoangiogénesis y el crecimiento del tejido de granulación y que al mismo tiempo nos ayuda a disminuir la carga de bacterias que se asientan sobre estas lesiones y eliminar el exceso de fluidos, exudados y líquidos lo cual no solo reduce el tamaño de las heridas sino que también nos acorta el tiempo de recuperación. (18) (19) (20)

En caso de que se sospeche de alguna infección agregada tales como sepsis, celulitis, osteomielitis inmediatamente se remitirá al paciente el segundo nivel de atención. (1) (10)

## Grado IV

Cuando contamos con infección agregada (celulitis, dolor, crépitos, incremento del exudado, material purulento, tejido frío o macerado, hipertermia local, retraso en la curación o signos sistémicos de infección) se debe realizar siempre cultivos de la lesión para indicar en tratamiento antibiótico específico por microorganismo encontrado los cultivos se pueden tomar de tres maneras diferentes aspiración percutánea con aguja fina, frotis de la lesión con un hisopo o biopsia siendo esta última la más fiable ya que los microorganismos reportados aquí son los que generalmente están causando la infección. Así mismo se repiten todas las intervenciones

mencionadas en los grado I, II y III agregando el desbridamiento quirúrgico el cual se recomienda en lesiones con zonas de necrosis muy extensas, tractos tunelizados o incluso cuando por la extensión no se puede delimitar los bordes de la lesión, conjunto a esto también se debe proporcionar la terapia por presión negativa. (1) (10)

El pronóstico depende del grado en el que se encuentre la ulcera y de los cuidados o manejos que se otorguen como ya los cuidados referentes al tema son los que más influyen en la evolución de las mismas por lo cual educar en el cuidado es uno de los pasos determinantes para establecer pronósticos otro punto importante a tomar en cuenta es que a mayores comorbilidades que presente nuestro paciente o adulto mayor la calidad de vida también se verá mucho más reducida.

### Cuidador primario

Definición:

Es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo que asiste o cuida de él cuando este se encuentre afectado por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, llevando a cabo la realización de tareas de carácter de apoyo. (21) (22) Definido en términos de relaciones sociales y familiares; generalmente el cuidador cuenta con un parentesco con la persona que depende de él, aunque en ocasiones se puede extender a lazos de amistad o de vecindad.

Desde el principio de la humanidad la salud ha sido considerada uno de los bienes más preciados del hombre, para muchas personas el concepto de salud comprende no solamente la definición de ausencia de enfermedad, sino una más compleja y grande donde se abrazan los términos de bienestar físico, mental y social con lo cual el hombre es capaz de desarrollar sus actividades diarias y todos sus planes futuros. No obstante no es hasta que perdemos este equilibrio cuando el significado de la palabra salud cobra una verdadera relevancia.

Las enfermedades en todo el mundo con el paso de los años invariablemente han sufrido un cambio importante, en el siglo pasado ponderaban las enfermedades infectocontagiosas de carácter agudo, en la cual la mayoría de los casos los desenlaces terminaban siendo fatales y en un periodo corto de tiempo, sin embargo con los avances médicos y científicos de esta nueva era las circunstancias han cambiado, la expectativa de vida se ha logrado aumentar pero, se ha puesto entre dicho la calidad de esta, es decir vivimos más años pero no en las mejores condiciones, dando paso a otro tipo de padecimientos, los crónicos degenerativos; como ejemplos de estos padecimientos tenemos cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, hipertensión, osteoporosis, demencias, así como trastornos de la visión, la audición que son las que aquejan a la mayoría de la población adulta y que algunas son propias del proceso del envejecimiento el cuál es un proceso fisiológico irreversible e inevitable de cambios resultantes entre los factores genéticos, sociales, culturales y que se ve influidos por los estilos de vida que se ejercen y las enfermedades que una persona padece. (23)

Bajo estas circunstancias el envejecimiento puede condicionar que algunas personas vayan perdiendo poco a poco su autonomía y que necesiten de alguien más que les ayude a realizar sus actividades cotidianas. No queremos decir con esto que la vejez sea sinónimo de enfermedad, más bien que esta condición facilita las complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas, por los cambios fisiológicos propios que sufre el cuerpo humano con el paso del tiempo.

La situación demográfica para principios de siglo indicaba la tendencia de crecimiento de los grupos de más de 60 años, en el año 2005 según fuentes del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática México contaba con una población de 5 973 856 adultos mayores y la esperanza de vida se estimaba en 72.5 años, (24) , con el aumento de la población de adultos mayores y cuando los procesos crónicos relacionados con sus enfermedades de base derivan en la pérdida parcial o total de su capacidad de autocuidado generalmente es aquí donde cobra protagonismo el papel del cuidador primario .

La dependencia física es definida como “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al del cuidado personal” (25)

Aunque cada día el sistema de salud ofrece una mayor cobertura en la atención sanitaria, el aumento en la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional han requerido de mayor implicación de la familia en el cuidado de la salud de estas personas ,sobre todo en el caso de las enfermedades crónico degenerativas ; que a la larga tienden a condicionar permanencia en el hogar y en algunas otras situaciones hasta una condición de cierta o total dependencia , por lo cual es de esta red de apoyo inmediata de donde sale el cuidador primario la mayor parte de las veces.

A los cuidadores primarios en dos grandes grupos:

Los cuidadores formales son aquellos profesionales y responsables del establecimientos especializados que, habiendo recibido formación previa sobre los cuidados que necesita la persona dependiente, ofrecen una atención con límites horarios y que tienden a ejercer menor compromiso afectivo con la persona que se cuida por que la mayoría de las veces no cuenta con un lazo afectivo que lo una al paciente.

Cuidadores informales la principal característica de estos es que no recibieron ninguna capacitación sobre los cuidados que deben otorgar, generalmente surgen de la red de apoyo inmediata del paciente, como ya se menciona antes la familia; normalmente no reciben pago alguno por sus servicios y no tiene horario fijo llegando a ofrecer sus cuidados incluso hasta durante 24 horas del día. (26)

En la mayor parte los países del mundo este tipo de cuidado se ejerce de forma informal por lo cual no se cuenta con cifras exactas que avalen el número real de los mismos. Pero como ya lo mencionamos es del círculo familiar de donde proviene la mayoría de estos cuidadores y de estos son principalmente las mujeres quienes tienden a asumir este papel. (27)



Demográficamente las características principales de los cuidadores primarios son:

Mujeres 83.6%, amas de casa 44.25% de edades entre 45-65 años sin estudios 17.1% con parentesco directo con las personas enferma y de estas 22% son hijas, el 53.7% de estas personas ejercen el cuidado sin el apoyo de ningún otro miembro familiar, compartiendo el mismo domicilio para poder aportar un cuidado diario, continuo sin recibir en la mayoría de los casos una remuneración como ya se mencionó antes. (28) (29).

La función social, educativa, laboral y de poder de la familia ha sido una determinante en la perpetuación del rol de cuidadora que ha sido asumido por la mujer, ya sea en calidad de esposa, hija o madre; rol asignado por el carácter reproductivo de la mujer que se encuentra basado en relaciones del afecto y las actividades del hogar, y que tiene que ver con el rol productivo que se le otorga al hombre, por el papel que desempeña en la dinámica económica de una familia. Por lo cual la conciencia cultural colectiva tiende a establecer un vínculo entre el cuidado con algo maternal, haciendo que se entienda como algo natural que se da de este tipo de relación en el caso particular de la mujer; lo que a su vez dificulta el reconocimiento que a esta se le da cuando el cuidado se trata. (30) (31). Ciertamente con las cifras lo definen también existe una minoría de personas del género masculino realizando esta actividad; sin embargo sabemos que actualmente al acto de cuidar se le asume una connotación femenina donde el perfil de estas mujeres es sin empleo, con bajo nivel educativo, que se dedica a las actividades del hogar, con clase social comúnmente baja, que debe tener un lazo familiar directo con la persona que se cuida y que además debe de apoyar a otras mujeres en esta actividad (32). La mujer asume el cuidado como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, mientras que en el género masculino el cuidado se da como una opción. Con lo cual existe una diferente valoración social en cuanto a género de trata respecto al desarrollo de estas tareas, por lo cual es sumamente importante mencionar el gran aporte que las mujeres ofrecen dentro del sistema de salud al fungir como intermediarias entre este y el enfermo y no solo recalcar su papel cuando los cuidados no son asumidos de forma adecuada. (32) (33)

El cuidado de otro ser humano exige una gran capacidad para respetar la dignidad de quien se está cuidando y una capacidad aun mayor para ayudarlo a mantener al máximo su autonomía.

El cuidador debe mantener una posición positiva hacia la adaptación de todos los cambios que experimenta la persona que depende de él, esto implica no solo conocer sobre sus enfermedades y complicaciones si no también estar al tanto de síntomas y signos nuevos de las mismas, su estado nutricional e incluso emocional, así como también conocer ciertas medidas de prevención que repercutirán en la mejora de la calidad de vida del enfermo, en general debe estar al tanto del estado global del paciente, en todo momento. La tarea del cuidador no es fácil pero también puede llevar a una experiencia satisfactoria que en algunos casos puede reafirmar mucho más los vínculos fraternales entre estos dos personajes y si esta se realiza en forma adecuada repercutirá de forma positiva en la calidad de vida del enfermo.

En cada familia suele haber un cuidador principal sin que necesariamente se haya llegado a un acuerdo para asignar este rol, esto a su vez implica cambios en la dinámica familiar, en la distribución de roles y funciones, a fin de adaptarse a las nuevas exigencias de la vida del enfermo.

Algo muy importante que le sucede a la mayoría de las personas que adquieren este papel es que ven al acto de fungir como cuidador primario como algo temporal, aunque en la realidad la mayoría de las veces como en las enfermedades crónicas tiende a ser una tarea de varios años e incluso hasta el final de la vida del enfermo y que conlleva una necesidad cada vez más grande de cuidados y compromiso ; lo cual puede llevar al cuidador a dejar del lado incluso las actividades propias , por todo esto si en el sistema familiar no se tienen conductas adecuadas para adaptarse al cambio y resolver conflictos esto se convierte en una tarea mucho más difícil de afrontar , ya que recordemos que al ser la familia un sistema abierto invariablemente así como esta puede potenciar las capacidades de cada uno de sus integrantes en forma positiva , si alguno de estos integrantes sufre un cambio vital , su funcionalidad también lo hará repercutiendo con este acto de una forma diferente en cada uno de los integrantes de la misma, las enfermedades crónicas son probablemente el evento que más condiciona crisis dentro de una familia , ya que estas producen gran desgaste tanto para el enfermo y los familiares (34) (35)

#### Cuidador familiar

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado del enfermo (36) Cuidar a una persona con alguna discapacidad o enfermedad crónica "implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada" (37) (38)

#### Tipos de cuidadores primarios en la Familia:

El esposo o la esposa.

Cuando unos de los miembros de la pareja sufre una enfermedad imprevista suele ser el de mejor salud al que se le implica el cuidado del otro, es más bien una expresión de cariño por el tiempo compartido a la lo largo de los años, así mismo entre estos dos es el hombre quien recibe más apoyo de otros miembros de su núcleo familiar, ya que la mujer tiende a ser más renuente para buscar ayuda ya que estas ven esta tarea un deber moral que las dignifica aún más. (39)

Las hijas o los hijos.

Este tipo de cuidadores enfrentan ciertos cambios en varios aspectos inversión de roles, modificación de planes de futuro, sentimientos de ambivalencia, reajuste de la vida social y laboral. Aquí existe una mayor disposición al cuidado lo que favorece dicha acción, y un fuerte impacto emocional al descubrir vulnerable a si figura protectora y de sostén. La mayoría de las veces esta tarea recae en la hija soltera, la que no tiene hijos, el que tiene menos carga de trabajo o el que no trabaja (39).

## Los padres como cuidadores

Cuando los hijos ya eran personas adultas y dependientes, los padres tienden a enfrentarse de nuevo a un rol de cuidado que ya tenía superado, nuevamente se presentan los sentimientos de modificación de planes futuros, reajuste de la vida social e ambivalencia. (40)

Las funciones de los cuidadores varían del grado de dependencia que los pacientes tengan y pueden abarcan desde tareas limitadas o parciales , hasta hacerse cargo de ellos de forma completa , solo por mencionar algunos rubros los cuidadores primarios pueden llevar acabo las siguientes funciones , higiene personal , supervisión de medicamentos, movilización y transporte fuera del hogar , ayudar en la comunicación con los demás miembros de la familia o con las personas involucradas en su atención integral. (27)

La dependencia se define como “ un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria".(42)Se considera una situación específica de discapacidad, en la cual se observa una limitación severa de la persona para realizar una determinada actividad y en la cual tiene la necesidad de recibir ayuda personal o técnica para poder interactuar que le permita seguir interactuando con el medio ambiente, lo que constituye a este binomio discapacidad-dependencia una situación muy compleja de salud.(43)

La situación de hacerse cargo de un paciente totalmente dependiente cambia radicalmente la vida del cuidador por la exigencia y tiempo que esto requiere , es muy importante tomar en cuenta que la edad media de los cuidadores es entre los 50 años, por lo cual ellos mismos se encuentren enfrentando los cambios propios del envejecimiento lo cual podrían hacer más difícil su labor , ocasionando que este agotamiento pueda repercutir principalmente en su salud y también en el estado de ánimo y de salud del propio enfermo. (44)

En el caso particular de los cuidadores primarios de pacientes con poca movilidad o que se encuentran totalmente postrados en cama y dependen de este para realizar todas sus actividades el cuidador enfrentara más comúnmente retos ; como tiempo limitado para el propio descanso , insatisfacción en cuanto a las realización de las necesidades propias y vida social, incluso problemas conyugales si se tiene una relación de pareja si los comparamos con los cuidadores de pacientes que conservan algún grado de suficiencia, el sentimiento de culpa que les produce el pensar abandonar esta tarea hace a los cuidadores de pacientes totalmente dependientes más proclives a pensar que se está abandonando la responsabilidad del cuidado lo cual lo conducirá a tener sentimientos de aislamiento y tristeza lo que frecuentemente se manifiesta en forma inicial con cambios en el estado de salud, por lo cual debemos prestar una mayor atención en este tipo de cuidadores ya que el exceso de dedicación a este tipo de enfermos en específico puede terminar generando dos pacientes.

Como lo hemos analizado el cuidado diario y prolongado que se le provee a una persona enferma aunque se haga con devoción y cariño puede tener un grave impacto sobre la propia calidad de vida del cuidador primario.

El asumir todas estas responsabilidades asistenciales genera afecciones físicas, psicológicas y sociales que llevan al cuidador a desarrollar un sentimiento de sobrecarga, lo que ocasiona una serie de alteraciones físicas, como cefalea tensional, artralgias, astenia, insomnio, ansiedad, depresión, y de salud como el desarrollo de úlcera péptica y complicaciones cardiovasculares (45), estos además durante el tiempo que ofrecen sus cuidados experimentan una variada gama de emociones, que van desde amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado o algunas otras contrarias como agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, ira, culpa, frustración, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de una pérdida importante, de lo que se era antes de asumir el rol de cuidador, de las expectativas que el mismo se había trazado y de lo que se es realmente.

Todo esto constituye lo que se conoce como la carga del cuidador que puede ser definida como la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, es un concepto con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas del cuidado, y sumado todo esto constituye lo que se conoce como Cansancio en el rol de Cuidador (46) (47). Para tratar de dimensionar los efectos adversos por los que atraviesa el cuidador se han creado varias escalas entre las más utilizadas se menciona la de Zarit Burden Interview, en la cual se consideran desde factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, con lo cual se mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar(48) (49).

El bienestar del cuidador va a estar ligado a aspectos que incluyen, su propia salud, el tipo de relación que guarda con la persona a la cuál presta sus cuidados, la capacidad para resolver los problemas que se presentan a lo largo de la propia evolución de las enfermedades, apoyo emocional y el reconocimiento por parte de los demás familiares, la consecuencia de todos estos problemas determinaran el tipo de convivencia entre el paciente y el (50)

Por ello resulta de vital importancia asegurar también el bienestar físico y mental del cuidador y dentro de lo que se posible buscar que este mantenga a plenitud su salud física, emocional y mental y hacerle entender que el delegar parte de los cuidados y la atención que este ofrece no implican una traición a la tarea que se está realizando, como tampoco lo es la búsqueda del propio espacio para intentar mantener su vida lo más normal posible y así evitar que el desgaste físico y emocional que implican el cuidados constante y diario de alguien mas no repercuta en forma negativa sobre su persona y así podamos garantizar un óptimo cuidado de la persona que dependa de él.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

Con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 el gobierno de México determino dar prioridad a cinco objetivos principales relacionados con la atención de la salud, donde la meta principal se centraba en la prevención de eventos adversos. En dicho programa se definieron líneas de acción dirigidas a mejorar la calidad técnica, calidad percibida y calidad de organización, mediante el monitoreo sistematizado de indicadores de calidad (INDICAS). (51)

Uno de los indicadores que se incluyeron y monitorizaron desde el año 2006 fue el nivel de cumplimiento que se daba a las acciones para prevenir las úlceras por presión a nivel hospitalario, tomando en cuenta que la presencia de las mismas está considerada como un indicador negativo de calidad asistencial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por la repercusión que este tipo de lesiones tienen no solo en la calidad de vida de los pacientes que las presentan, también en sus cuidadores y más porque representan un consumo importante de los recursos de sistema de salud de cada país. (52)

Partiendo de que conocer la magnitud o el impacto que tiene un problema de salud determinado en una población es la base sin duda alguna, para poder llevar a cabo una buena gestión que garantice que la aplicación de los recursos sea de la manera más eficaz posible (53), se decidió realizar una encuesta nacional que arroje el gran problema real que representaban las úlceras por presión en los hospitales de segundo nivel de atención.

Esta fue la primera vez que un programa así fue implementado en nuestro país ya que hasta antes de él, en México, solo se tenían conocimiento sobre las medidas de prevención, pero no se contaba con un plan estratégico y específico que incluyera conjuntamente los aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión.

Dentro de las instituciones que participaron encontramos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Servicios Estatales de Salud, Secretaría de Marina (SEMAR) y servicios médicos privados. La información recibida proviene de 175 unidades médicas de segundo nivel de atención, de 32 entidades federativas y en total se valoraron 13 137 pacientes, de estos 1 697 presentaron una o más úlceras por presión, y con un total de 2754. A nivel nacional, el porcentaje de prevalencia cruda fue de 12.92 %, en tanto que la prevalencia media fue de 20.07 % con una desviación estándar de más, menos 15.79 %.(51)

Además se pudo concluir también cuales son las entidades que obtuvieron mayor prevalencia cruda y media en el país:

Entidad	Prevalencia en porcentaje
Jalisco	64.08%
Querétaro	41.86%
Campeche	38.15%
Colima	33.33

Fuente: Elaboración propia, Estudio Magnitud del Evento Adverso Úlceras por Presión

Entidades Federativas con mayor prevalencia media:

Entidad Federativa	Prevalencia en porcentaje
Veracruz	72.96%
Campeche	60%
Colima	50.7%
Jalisco	46.12%
Baja California	46.8%

Fuente: Elaboración propia Estudio Magnitud del Evento Adverso Ulceras por Presión

El estudio concluyó que 74% de los pacientes incluidos en el estudio desarrollo las ulceras posterior a su ingreso en la unidad y un 26% de los pacientes ya presentaban las ulceras al tener contacto con los servicios de salud consultados, el sexo femenino presenta mayor prevalencia con respecto al masculino con un porcentaje del 52%, y los pacientes que tienen en 71 y 80 años representaron en 20% del total, al estudiar el promedio de días en el cual aparecían las lesiones también se pudo concluir que el promedio fue de 6 días posteriores al ingreso a hospitalización. (51)

En cuanto a la localización los principales sitio de presentación fueron:  
Sacro 27%, Talón 27%, Isquion 10%, Cabeza 4% y Codos 3%

En cuanto a la severidad se clasifco por estadios:  
Estadio I 39%, Estadio II 34%, Estadio III 12%, Estadio IV 5%, y se agregó un apartado para casos no estadificables que represento el 10%.

En el 82% de los pacientes con ulceras por presión en las unidades de segundo nivel de atención se aplicó el protocolo adecuado, pero solo en el 68% de los casos dichas medidas quedan debidamente registradas en el expediente, 60% de las unidades estudiadas no utiliza el protocolo de prevención y 69% de estas ni siquiera cuenta con un plan instituciones.

Este estudio concluyo que al medir la prevalencia de las Ulceras por Presión en México fue muy importante para direccionar las estrategias de prevención en todo nuestro país y emprender una transición de lo curativo a lo preventivo, llevando siempre como estandarte la cultura de la calidad y minimizando el riesgo de la práctica médica y la aparición de eventos adversos siempre en pro del pacientes además que se debe estimular la partición activa de los familiares y del paciente mismo.

Dos son las recomendaciones más importantes que se derivaron de este estudio

- 1.- La implementación a nivel nacional de clínicas de heridas para incrementar la calidad del cuidado preventivo de las Ulceras por Presión.
- 2.- El establecimiento de un Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica de las Ulceras por Presión que permita monitorizar el avance de las estrategias tomadas a nivel local, estatal, jurisdiccional y nacional. (51)

## JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión representa un alto costo para los servicios de salud ya que aumenta el tiempo de estancia intrahospitalaria así como el riesgo de infecciones y complicaciones para los pacientes adultos mayores y los postrados de cualquier edad, las úlceras son de rápida aparición y en estadios más avanzados curan en forma lenta en todos los artículos referentes al tema se hace hincapié en que la principal medida para combatir las Ulceras por Presión es la prevención, lo cual supondría un ahorro a los sistemas de salud de un 5% de gasto sanitario de cada país **(1)**, dicha prevención puede ser llevada a cabo mediante una serie de medidas básicas que van desde el cuidado de la piel, cambios de posición, uso de superficies especiales, a menudo la formación de estas lesiones son consecuencias entonces, de malas estrategias preventivas o desconocimiento de las mismas, tomando en cuenta que la prevención de las mismas resulta más barata y eficaz que el cuidado y tratamiento de las lesiones ya establecidas es de vital importancia primero saber cuáles son los conocimientos de la familia y en nuestro caso en particular el cuidador primario sobre el tema para que partiendo de esto se pueda generar estrategias educativas dirigidas hacia esta población y hacia el mismo pacientes que ayuden a minimizar el riesgo de aparición de las mismas en personas con factores de riesgo alto y con el ello los costos sanitarios generados por dicho problema si bien los protagonistas activos en cuenta al tema a nivel de servicios de salud en el personal de enfermería y casi siempre en el segundo y tercer nivel de atención, en el primer nivel debe ser el médico de familia en quien recae el papel de educar al paciente y su familia y asegurarse que los conocimientos que se imparten se puedan

aplicar de forma correcta, dándole de esta manera todo el impacto que realmente tiene la tarea de la prevención.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las úlceras por presión son un problema frecuente en los pacientes de la tercera edad y postrados en áreas de hospitalización y muchos de los pacientes afectados progresan a ellas por el desconocimiento que existe por parte de sus cuidadores para la aparición de las mismas la mayoría de los cuidadores primarios de los pacientes postrados con los que estamos en contacto son personas con una escolaridad equivalente a un nivel medio superior o incluso menor por lo que es de gran utilidad utilizar un instrumento sencillo y de fácil comprensión pero no por esto sea menos específico y sensible para poder evaluar su nivel de conocimiento sobre el tema y en base a dichos resultados identificar cuáles son las áreas de oportunidad donde se puede impactar mas ya sea en los aspectos de cuidados de la piel, exposición a humedad, movilidad, nutrición , así como que nosotros mismos como profesionales de la salud que otorgan una atención continua e integral identifiquemos cuales son nuestros pacientes de alto riesgo, en cuales pacientes que ya cuentan con el diagnostico establecido podemos influir para minimizar el curso hacia la cronicidad , evitar complicaciones todo esto para individualizar la atención para paciente y cuidador siempre preservando la calidad de vida ante todo.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador primario para prevenir las úlceras por presión de una unidad médica del primer nivel?

## OBJETIVOS

### General

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador primario para prevenir las úlceras por presión de una unidad médica del primer nivel.

### Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento que prevalece en los cuidadores primarios para prevenir las úlceras por presión de una unidad médica del primer nivel.
- Demostrar que los conocimientos del cuidador primario son insuficientes para la prevención y manejo de las úlceras por presión



- Determinar cuáles son las áreas de prevención sobre las úlceras por presión que más desconocen los cuidadores primarios.
- Evaluar cuáles son los métodos de prevención que sí llevan los cuidadores primarios para evitar la formación de las úlceras por presión.

## EXPECTATIVA EMPÍRICA

En el 75% de los cuidadores primarios el nivel de conocimientos es bajo o insuficiente para prevenir las úlceras por presión de una unidad médica del primer nivel.

## VARIABLES

### VARIABLES DE ESTUDIO

Nivel de Conocimiento para prevenir las úlceras por presión:

Se usa el término para referirse a cada uno de los diferentes estados, valores y calidades que en relación de mayor o menor puede ostentar una persona en cuanto a los hechos o datos de información adquiridos a través de la experiencia, o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto. (54)

(Bibliografía Biblioteca Virtual de la Salud. Descriptores en ciencias de la Salud)

Definición operacional de la Variable

Es una variable cualitativa, escala de medición ordinal, policotómica, sus indicadores se pueden expresar como alto, medio o bajo.

### VARIABLES DESCRIPTORAS

Patología cardinal del paciente cuidado:

En definición se basa en la correcta y juiciosa conjugación del diagnóstico clínico, interrogatorio y exploración física los cuales se van a traducir en síntomas y signos cardinales de una enfermedad que derivado de un tratamiento puede ocasionar un deterioro en su calidad de vida. (55)

Tipo de cuidador primario:

Se define por el tipo de cuidado que ofrece en base a si recibe una remuneración y obtuvo estudios que lo certifiquen para otorgar atención a un paciente o si proviene de la red de apoyo más cercana al paciente la familia y ofrece sus cuidados sin remuneración alguna, en base al tiempo si el cuidado implica a las 24 horas del día o solos algunas horas, además de genero se es hombre o mujer. Variable cualitativa, policotomica, medición ordinal, se categoriza formal, informal, primario, secundario. (27)

#### **Edad del cuidador primario:**

Se define como el tiempo de vida transcurrido de un individuo desde su nacimiento hasta la fecha actual, expresado en años, (56) desde el nacimiento hasta el momento en que se realiza este estudio, es una variable de tipo cuantitativa, escala de medición años cumplidos, el estudio analiza pacientes mayores de 18 años.

#### **Género del cuidador primario:**

Definido como las diferencias físicas, biológicas, culturales y sociales constitutivas observadas en el hombre y la mujer que distinguen a uno del otro (57) para fines del estudio son las características fenotípicas observadas en cada participante, se mide por descripción observacional al participante, categorizando en masculino y femenino, es una variable de tipo cualitativa, dicotómica, en escala de medición nominal.

#### **Estado Civil del cuidador primario:**

Conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que lo corresponden, derivadas de los conocimientos y atributos o situaciones, tales como nacimiento , el nombre , la filiación, emancipación, matrimonio, filiación, divorcio o fallecimiento que ya en suma contribuyen a formar su identidad. (58) .Se considera una variable de tipo cualitativa, policotómica en escala ordinal y se categoriza con el ser casado, soltero, unión libre, divorciado, separado o viudo.

#### **Escolaridad del cuidador primario:**

Se define como el periodo de tiempo en que el cuidador primario asistió a la escuela (59) para fines del estudio es el grado máximo de estudios completos que el individuo posee, sus indicadores el nivel escolar máximo que hayan cursado. Es una variable de tipo cuantitativa,

continua, su indicador para fines del estudio se expresa en si sabe leer y escribir, primaria, secundaria, bachillerato o técnico, licenciatura y posgrado.

### **Ocupación principal del cuidador primario:**

Se define como aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por su cultura. (60). Para fines del estudio está representado por la actividad a la que se dedica el cuidador y que le reditué una compensación económica, sus indicadores pueden ser hogar, técnico, comerciante, obrero, profesional, jubilado o pensionado, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición ordinal.

## **MATERIAL Y METODOS**

### Diseño de Estudio

Descriptivo, Observacional, Prospectivo y Transversal.

### Universo

Cuidadores primarios de adultos mayores.

### Población

Cuidadores primarios de adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Muestra

Cuidadores primarios de adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

### Tipo de Muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### Inclusión

- Cuidadores primarios de pacientes adultos mayores.
- Mayores de 18 años.
- Ambos géneros.
- Alfa betas.

- Que acepten participar en el estudio de manera voluntaria bajo consentimiento informado.

#### Exclusión

- Cuidadores primarios que no contesten de manera completa los instrumentos y los datos sociodemográficos.

#### Determinación De La Muestra

Se tomó de la base de datos de ARIMAC el total de pacientes adultos mayores de la unidad de medicina familiar número 94 que son 35.954 , dicha cantidad se agregó a una base de datos del programa EPI-infov6,0 el cual arroja que se deberían encuestar a 160 cuidadores primarios esto con una prevalencia esperada del 5% un error esperado del 25% y un nivel de confianza de 95%, para ello se utilizó la incidencia cruda que es correspondiente al 12.92% del estudio que se realizó en nuestro país sobre la magnitud del evento adverso de las úlceras por presión. (51)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha/2}^2 \cdot q}{D^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot p}$$

Donde:

N: total de la población

Z<sub>α/2</sub>: (si la seguridad es del 95%)

p: proporción esperada (en este caso 5%=0.05)

q: 1-p (en este caso 1.0.05=0.95)

d: precisión ( en este caso deseamos un 3%)

n= 160

#### Procedimiento Para Determinación E Integración De La Muestra

Se consultó la base de datos de la unidad de medicina familiar número 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, para identificar la cantidad de pacientes adultos mayores con los que cuenta la unidad y en base a eso determinar el tamaño de la muestra, una vez obtenidos estos datos se aplicaran los cuestionarios en base al instrumento elegido los cuidadores primarios de los mismos previa autorización con consentimiento informado y previo conocimiento de las autoridades institucionales pertinentes.

#### Instrumento De Medición

Para el estudio se utilizara el instrumento CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS SOBRE ULCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (CUESTIONARIO COCU-LCRD 23) el principal objetivo de estos investigadores fue realizar y validar un cuestionario para medir los conocimientos de los cuidadores primarios en cuanto al tema de prevención de las úlceras por presión.

Para desarrollar dicho instrumento se emplearon varias fases.

Elaboración del listado inicial de ítems a partir de la bibliografía, Validación de contenido mediante dos rondas con un panel de 15 expertos. Prueba piloto en un grupo de cuidadores y la evaluación psicométrica del cuestionario en una muestra representativa de cuidadores familiares de cuatro provincias andaluzas (Jaén, Córdoba, Granada y Almería) durante 2014. Se realizó análisis de los ítems (dificultad, desconocimiento y discriminación), fiabilidad y validez.

Resultados: La versión de 37 ítems tuvo buena validez de contenido. Tras administrar el cuestionario en una muestra de 173 cuidadores se identifican 23 ítems con un índice de discriminación bueno ( $>20$ ) que se retienen para la versión final. La consistencia interna fue de alfa = 0,852. Buena validez concurrente en subgrupos sin estudios (puntuación media = 61,8) frente a con estudios universitarios (78,7).

En primer lugar se realizó un análisis de los 37 ítems del cuestionario para determinar los índices de dificultad, desconocimiento y discriminación. Respecto al porcentaje de aciertos (índice de dificultad) encontramos: muy fácil, 15 ítems; fácil, 9 ítems; algo fácil, 7; algo difícil, 4, y difícil, 2. Para el índice de discriminación había 15 ítems con baja discriminación ( $<20\%$ ), 13 ítems con buena discriminación (21% a 50%) y 9 con alta discriminación ( $>50\%$ ). Según el criterio establecido, inicialmente se pensó en eliminar los 15 ítems con un índice de discriminación menor de 20, pero finalmente se decidió mantener uno de ellos, debido a que hace referencia a un aspecto importante de la prevención, a juicio del equipo de investigadores. La distribución según índice de dificultad es: muy fácil, 4 ítems; fácil, 9; algo fácil, 6; algo difícil, 4; ninguno difícil o muy difícil. Según el índice de desconocimiento, la distribución es: muy bajo, 3 ítems; bajo, 6; medio, 6; alto, 5, y muy alto, 3. Finalmente, respecto a la discriminación encontramos: baja discriminación, 1 ítem; buena discriminación, 13, y alta discriminación, 9 ítems.

La fiabilidad del cuestionario mediante la determinación de la consistencia interna (alfa de Cronbach) para la versión inicial con 37 ítems es alfa = 0,877. Para la versión final con 23 ítems, es alfa = 0,852, con 3 ítems que tiene un correlación ítem-total menor de 0,3 (que son el 1, 9, y 22).

Para establecer la validez del cuestionario se consideró la validez de constructo y la validez concurrente. La validez de constructo se analizó mediante análisis factorial exploratorio usando componentes principales como método de extracción. Tanto para la versión inicial de 37 ítems como para la final de 23, se exploraron diversos modelos con dos, tres o cuatro factores, tanto sin rotación como rotados, sin que ninguno de ellos organizara los ítems de una forma significativa.

La validez concurrente se analizó mediante la comprobación de la hipótesis establecida "a priori" en grupos conocidos. En la muestra de cuidadores estudiada, los valores de puntuación global de conocimientos fueron: media: 72,6 con desviación estándar = 18,9; mediana = 73,9 con intervalo intercuartil = 26. El rango fue mínimo = 22 y máximo = 100. Mediante el test de Kolmogorov-Smirnov se encontró que esta variable no se ajusta a una distribución normal ( $p < 0,0001$ ); por tanto, para el análisis bivalente se usaron pruebas no paramétricas (test de Mann-Whitney). Solo se encontró la asociación prevista entre la puntuación en el cuestionario con el nivel de estudios de los cuidadores, pero no la asociación entre mayor puntuación de conocimientos con más tiempo de experiencia y con ausencia de UPP en el paciente al que cuida. Además se encontró una correlación moderada entre el nivel de estudios y la puntuación global (Rho Spearman: 0,44 ,  $p < 0,0001$ ) y una correlación pequeña e inversa entre puntuación global y edad de los cuidadores (Rho Spearman: -0,18  $p = 0,017$ ).

Las instrucciones para la interpretación del cuestionario es la siguiente:

Para calcular la puntuación se suma 1 punto por cada ítem con respuesta correcta

SI ítems: 1, 2, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21

No ítems: 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 19, 22, 23

Cuando la respuesta seas NO SE; se otorga una calificación de 0 puntos y esto aunque no impacta en el resultado sirve para identificar cuáles son las áreas de mayor desconocimiento del cuidador.  
(61)

La fórmula para el cálculo del índice se traduce de la siguiente forma:

$$\text{Índice de conocimientos: Puntuación obtenida/ 23 X 100}$$

(Anexo 1).

#### Hoja De Recolección de la Información

Se utilizó la hoja de recolección de datos original creada con el instrumento donde se especifican los datos de la persona que funge como cuidador, edad, escolaridad, género y datos de la persona que cuida la cual cuenta en el cual se especifica su edad el parentesco y si presenta o no ya lesiones establecidas.

(Anexo 2)

#### Análisis Estadístico

Se utilizará estadística descriptiva con ayuda del programa Excel, procediendo a realizar cuadros y gráficas de los datos obtenidos de las variables estudiadas, esto para su posterior análisis y discusión.

## ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

Se informara a las autoridades de la unidad, donde se llevara a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No.94 de México D.F.

#### **Riesgo de la investigación**

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, lineamientos nacionales y bajo la supervisión de la comisión federal para la protección de los riesgos sanitarios (COFEPRIS); así como las reglas internas institucionales. Se contempla un riesgo mínimo, debido a que es un estudio de tipo observacional que se basa únicamente en la aplicación de un cuestionario.

#### **Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto**

La valoración del riesgo que tiene un paciente para desarrollar las úlceras por presión en uno de los aspectos más claves para la prevención

#### **Balance riesgo beneficio**

El estudio no representa ningún riesgo para los participantes, por el contrario les permite darse cuenta de aspectos en el cuidado de su paciente que desconocían y mejorar sus técnicas de cuidado a fin de prevenir aparición de nuevas lesiones o limitar la cronicidad de algunas ya existentes.

#### **Confidencialidad**

La información obtenida se maneja con estricta confidencialidad y para asegurar esto los investigadores del estudio se refirieron a cada paciente utilizando el número de folio asignado.

#### **Condiciones para el consentimiento informado**

Los términos para la participación se explicaran en el lenguaje coloquial en el consentimiento informado lo cual realizo el investigador, quien explico este documento hasta cerciorarse que el

cuidador primario entendió cabalmente lo que se le explico. Al cuidador se le invita a participar en el estudio y deberá de entender que puede o no acceder, así mismo si decide no seguir adelante con el estudio puede abandonarlo en el momento que lo desee; con la total seguridad de que no tendrá ninguna repercusión sobre el o sobre la persona a su cuidado, además se le explica que los investigadores no forman parte de la atención que recibe en el instituto, a las personas que accedieron a participar en este protocolo de estudio para la aplicación del cuestionario el investigador leyendo cada una de las preguntas colocando la respuesta que el cuidador otorga a cada uno de los cuestionamientos.

#### **Forma de selección de los participantes**

Se eligieron a las personas que cumplen con el estatus de cuidador primario de pacientes adultos mayores ya se con úlceras por presión ya diagnosticadas o en riesgo de desarrollar las mismas, afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 94 la muestra se calculó del total de adultos mayores pertenecientes a dicha unidad.

#### **Calificación del Riesgo**

No existen riesgos para los participantes del estudio ya que no es de tipo experimental y tampoco se realizara ninguna estrategia educativa.

#### **Conflictos De Intereses**

No existen conflictos de intereses por parte de investigador.

### **PROGRAMA DE TRABAJO**

El presente trabajo se inició en abril del 2016 posterior a las clases médicas que incluye el programa de residencias medicas de la especialidad de medicina familiar en cuanto al rubro de estudio de la investigación, en base a las características que conforman al médico familiar y tomando en cuenta que una de ellas es la educación continua hacia el paciente y sus cuidadores se eligió el tema de investigación a desarrollar, se elaboró una hoja para la recopilación de datos, se presentó el proyecto ante el comité local de investigación y al otorgarse la aprobación para el mismo se inició la fase de la integración de la muestra y así se obtuvieron los datos del estudio. (Anexo 4)

### **DIFUSION DEL ESTUDIO**

El presente protocolo de investigación se proyectará como sesión médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 y se buscará publicar en una revista médica indizada. Con la finalidad de crear conciencia y de lograr hacer reflexionar a los lectores, sobre la importancia de la educación



no solo del paciente sino de las personas que integran su entorno fundamentalmente la familia, a fin de dar a la cultura de prevención la relevancia que realmente tiene.

## RECURSOS

Humanos: investigadores involucrados.

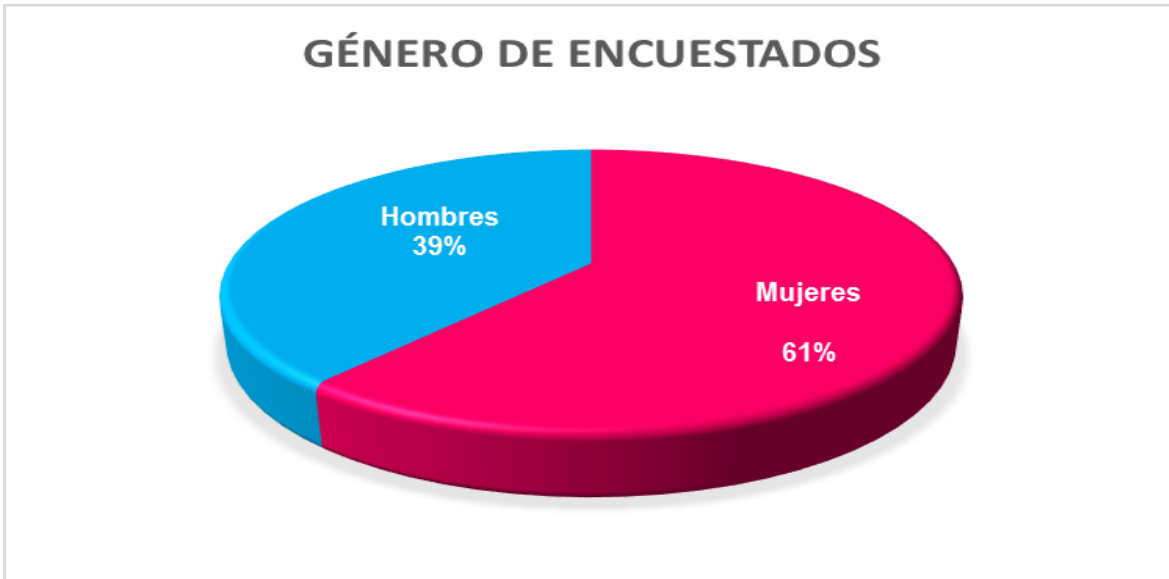
Físicos: instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, salas de espera y pasillos.

Materiales: artículos de papelería.

Tecnológicos: equipo de cómputo.

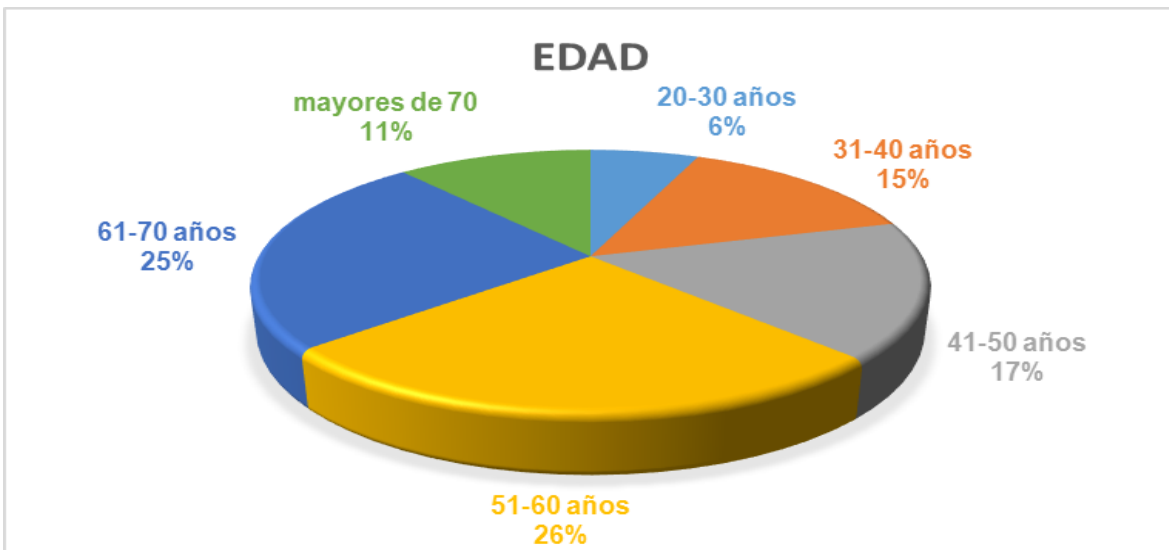
Financieros: aportados por el investigador.

RESULTADOS:



GRAFICA 1.

FUENTE Cuestionario aplicado a Cuidadores Primarios de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS numero 94 Noviembre 2017.



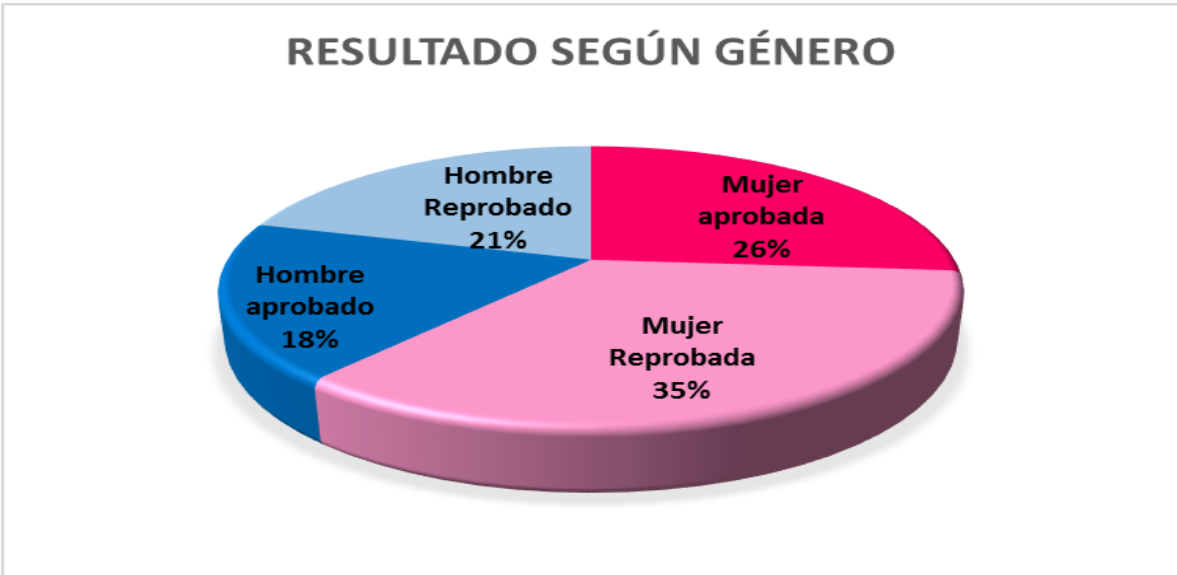
GRAFICA 2. FUENTE Cuestionario aplicado a Cuidadores Primarios de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS numero 94 Noviembre 2017



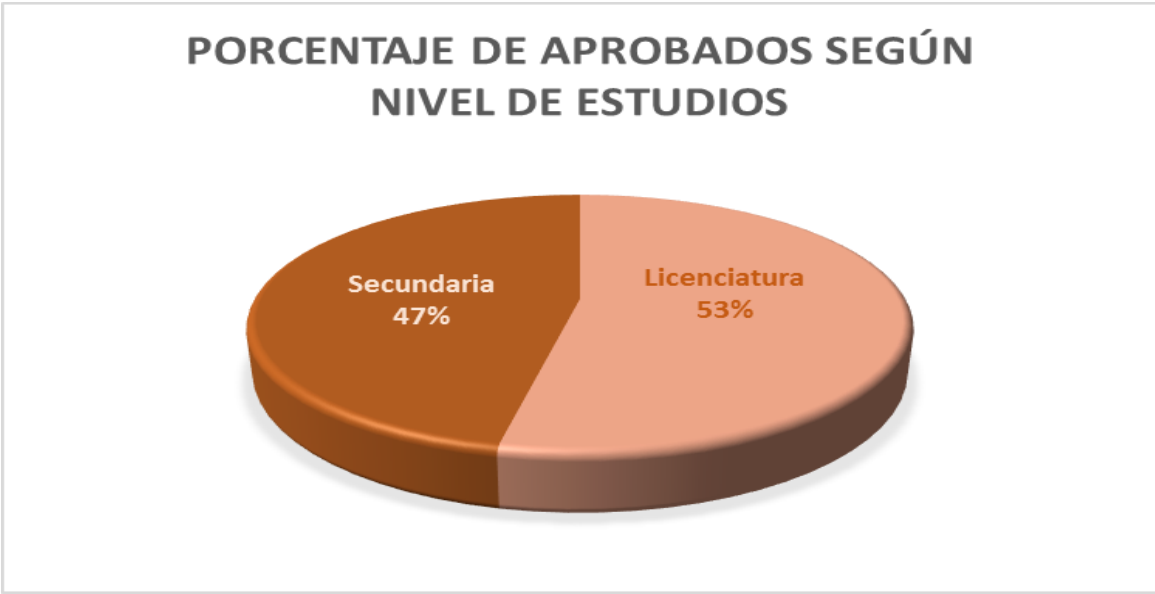
Grafica 3 FUENTE Cuestionario aplicado a Cuidadores Primarios de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS numero 94 Noviembre 2017.



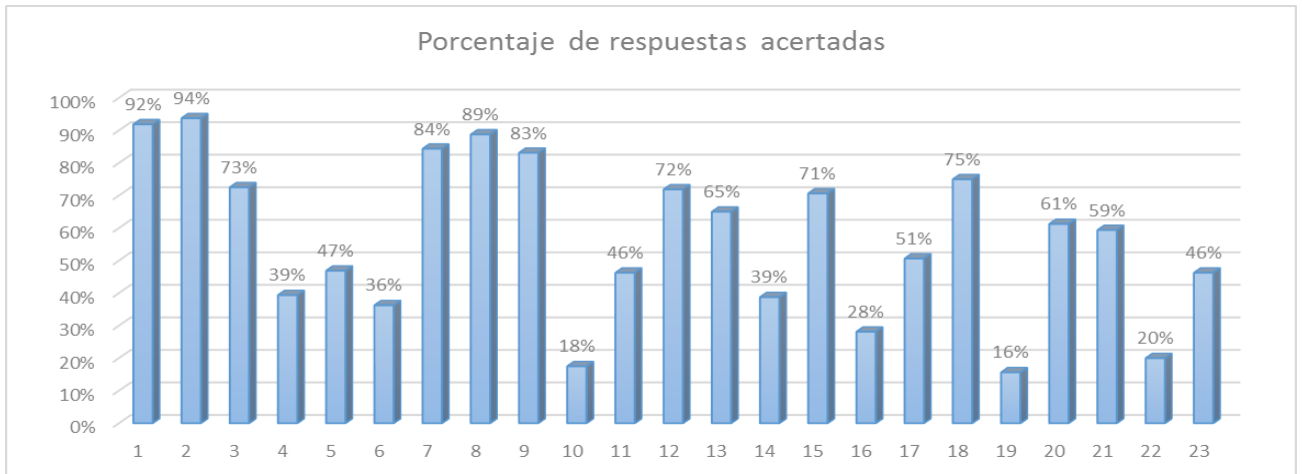
GRAFICA 4.FUENTE Cuestionario aplicado a Cuidadores Primarios de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS numero 94 Noviembre 2017.



GRAFICA 5. FUENTE Cuestionario aplicado a Cuidadores Primarios de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS numero 94 Noviembre 2017



GRAFICA 6. FUENTE Cuestionario aplicado a Cuidadores Primarios de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS numero 94 Noviembre 2017



GRAFICA 7, FUENTE Cuestionario aplicado a Cuidadores Primarios de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS numero 94 Noviembre 2017

De los 160 participantes de este estudio 61% fueron mujeres y 39% hombres (grafica 1) de acuerdo a edad de 51-60 años 26%, de 61-70 años 25%, 41-50 años 17%, 31-40 años 15% , mayores de 70 años 11%, de 20-30 años 6% (grafica 2) en cuanto a escolaridad 48% cursaron secundaria, 22% la primaria, 21% licenciatura, 7% analfabetas y 2% posgrado, (grafica 3) para el indice de conocimientos 91% sin conocimientos, 9% con conocimientos (grafica 4), de los que poseen conocimiento 26% fueron mujeres, 18% hombres, y de lo que no los poseen 35% fueron mujeres y 21% hombres (grafica 5), la escolaridad de los participantes con conocimientos fue 53% licenciatura y 47% secundaria, (grafica 6) las respuestas con mas aciertos de los participantes con 94% es el uso de crema hidratante despues del aseo y la que tuvo menos aciertos con 16% sobre el uso de cojines tipo rosco para permanecer sentado.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS:

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los 160 cuidadores primarios pertenecientes a las unidades de Medicina familiar No 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social por género se obtuvo que el 61% de los cuidadores primarios pertenecen al sexo femenino y el 39% al masculino, de acuerdo a la edad el mayor porcentaje se presentó en el grupo de edad comprendido entre los 51-60 años con un 26%, de los 61-70 años 25%, 41-50 años, 17%, de los 31-40 años, 11% los mayores de 70 años y los participantes de 20-30 años solo representaron el 6%.

En cuanto a la escolaridad como determinante para la aprobación o no del instrumento en cuestión, 53% de los participantes tenían licenciatura y 47% contaban con estudios a nivel secundaria por esto aunque no se observó una diferencia significativa entre los cuidadores, es un punto importante a tomar en cuenta ya que los participantes por grupo de estudio se distribuyeron de la siguiente manera 48% secundaria, 22% primaria, 21% licenciatura y 7% personas analfabetas lo que parece indicar que a mayor grado de estudios mayor es el índice de conocimientos que el cuidador primario puede poner en práctica a la hora de realizar la prevención de las úlceras por presión en paciente que permanecen en cama.

El 91% de los encuestados tienen un índice de conocimiento bajo o insuficiente sobre el tema de prevención en cuanto a las úlceras de presión, contra solo en 9% que si cuenta con conocimientos suficientes para llevar a cabo una buena prevención en cuanto al tema de úlceras por presión se refiere, la media de puntaje obtenido para los aprobados fue de 77.39%, las mujeres aprobadas fueron el 35%, hombres aprobados 18%, las mujeres que no contaron con conocimientos suficientes 26% y hombres 21%. Cabe mencionar que casi todos los participantes del estudio refirieron que los conocimientos sobre el tema los adquirieron por experiencia propia y que no influyó el tiempo que llevan al cuidado del enfermo sobre su índice de conocimientos.

Haciendo una comparación en cuanto a género se pudo comprobar que las mujeres en comparación con los hombres son las que poseen un índice de conocimiento mayor en cuanto al tema.

Al revisar las encuestas las preguntas donde la mayoría obtuvo respuestas correctas fueron la 2, 1, 8 que tiene que ver con el hecho de la importancia en el cambio de posición cuando un paciente está sentado, usar crema hidratante posterior al aseo de la piel identifican la importancia que juegan la humedad procedente de la orina y el sudor como factor de riesgo para la formación de las úlceras. Las áreas donde los cuidadores presentaron más deficiencias tienen que ver con el cuidado específico de la piel en cuanto a limpieza de la mismas, utilización o no de superficies de apoyo y principalmente un gran parte de los participantes desconoce que la alimentación juega un papel importante en la formación de las úlceras como se explica en las preguntas 19, 10, 22. Los participantes manifestaron que llevan el cuidado en forma individual aunque varios de ellos en ocasiones reciben ayuda de algún otro miembro de la familia para llevar a cabo la tarea del cuidado, todos los cuidadores ejercían el tipo de cuidado informal, y de estos la mayoría contaba con una media de 1-3 años llevando a cabo esta actividad, ninguno de los cuidadores participantes era un cuidador formal con conocimientos previos, y todos tenían un parentesco consanguíneo con la persona que cuidaban.

## CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio realizado se pudo comprobar que la mayoría de los cuidadores primarios tiene conocimientos insuficientes sobre el tema de úlceras por presión si bien algunos reconocen que la movilidad en el paciente postrado es importante, sus conocimientos en cuanto a los cuidados de la piel, el uso de superficies de apoyo y sobre todo la importancia del aspecto nutricional son deficientes, la mayoría de los cuidadores en nuestra unidad son del género femenino, en todos los cuidadores que participaron en el estudio predominó el tipo de cuidado informal que proviene de la red de apoyo primario que es la familia, las edades más comunes entre los cuidadores fueron entre los 51-70 años lo cual es un punto importante a tomar en cuenta ya que a esta edad los cuidadores también se encuentran enfrentando los cambios propios de la edad asociados con el envejecimiento lo que podría dificultar varias de las acciones preventivas para la formación de las úlceras; como son la movilización continua del paciente, punto importante en la génesis de la formación de estas lesiones, la escolaridad de predominio fue en el nivel de secundaria circunstancia que parece influir en la toma de decisiones al responder las preguntas. La mayoría de los participantes refirieron que no había tenido adiestramiento alguno sobre el tema que originó el estudio previo a la aplicación de este cuestionario, en ninguna ocasión, incluso los cuidadores de pacientes que han estado hospitalizados comentaron que no se les explica la forma correcta de realizar la secuencia de cuidados o cambios de posición que se deben llevar con el paciente enfermo, ellos solo observan como lo hace el personal de enfermería, pero por pena no preguntan cómo los pueden llevar a cabo ellos en el domicilio. A la mayoría les pareció importante conocer más sobre el tema y se mostraron interesados en saber cuál fue su resultado y sobre todo cuáles eran las preguntas donde más fallaron para mejorar los cuidados que ofrecen a su familiar.

## SUGERENCIAS.

En primera instancia aplicar en las demás unidades de primer nivel este tipo de estudios para saber que tanto conocen nuestros cuidadores sobre el tema de úlceras por presión y así poder realizar programas educativos en las unidades donde se involucre, no solo el personal de enfermería quienes son los principales protagonistas en cuanto al tema, sino también el personal de médicos de familia y de nutrición de todas las unidades, en dichos programas aparte de enseñar a reconocer cuáles son las medidas que nos ayudan a prevenir la aparición de las úlceras por presión, se debe enseñar a los cuidadores los datos de alarma que indican que los procesos no están evolucionando en forma correcta o que tienden a la complicación y cronicidad a fin de optimizar la atención cuando se requiera, enseñar al cuidador la técnica correcta en que deben llevar a cabo las curaciones sobre todo en los pacientes con úlceras en grado I que son manejados en forma ambulatoria, se pueden realizar talleres donde se enseñe la secuencia correcta de los cambios de posición y las formas más prácticas en las que estas se pueden llevar a cabo en la cama del paciente para verificar que estos procesos se están llevando a cabo en forma adecuada,

aprovechar el programa de visitas a domicilio para verificar como llevan a cabo los cuidados de los pacientes postrados los cuidadores primarios en sus domicilios , revisando la secuencia de cambios de posición si usan o no superficies de apoyo y como las utilizan, cuales son los productos que utilizan para el cuidado de la piel jabón, cremas, alcohol evaluando y orientando en cada visita hasta que el cuidador ya lo haga en forma secuencias y correcta. Además se pueden crear por delegación clínicas especializadas en la curación, manejo y tratamiento de las úlceras por presión con un equipo multidisciplinario como ya lo mencionamos antes lo cual ayudaría a la generación de nuevos empleos para el personal de salud.



## BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión. México Instituto Mexicano del Seguro Social, 2 de Diciembre 2015.
- 2.- Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, editors Incidence and Prevalence by clinical setting. Critical Care . En National Pressure Ulcer Advisory Panel.. Pressure ulcers in America: prevalence, incidence and implications for the future. Reston, VA: NPUAP; 2001
- 3.- Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Prevalence of pressure ulcers in Germany. J Clin Nurs. 2005;14:165-72
- 4.- Pressure Ulcer Point Prevalence Surveys. Victorian Quality Council. PUPPS 3-Pressure ulcer prevalence point survey marzo,2006
- 5.- Curley MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. Pediatric Crit Care Med. 2003;4:284-90
- 6.- Arboix in Perejamo M, Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, García González F, et, al. Úlceras por presión en las unidades de Cuidados Intensivos , Resultado del Primer Estudio Nacional de prevalencia de UPP en España. Gerokomos.2004;15:167-74
- 7.- Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, et al. Segundo Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes . Gerokomos . 2006; 17:154-72.
- 8.- Síndromes Geriátricos Úlceras por Presión Capitulo 21 Úlceras por presión
- 9.- Elorriaga B. Royo D. Guías de Cuidados de Enfermos, Úlceras por Presión. Elpeu Octubre-Diciembre 2003,23 (4) 194-198
- 10.- Grupo Nacional para el Estudios y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) Directrices Generales sobre tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño; 2003 revisión 27/04/2003
- 11.- Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriátria 3 Edición Barcelona: Masson 2002.
- 12.- Patología dermatológica más frecuente en el anciano (I) Rev Esp Geriatric Gerontol 2002; 37 (S5)
- 13.- García Fernández, FP, Pancorbo Hidalgo PL; Laguna Parras JM: Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas
- 14.- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.
- 15.- Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de las Úlceras por presión a Nivel Intrahospitalario

- 16.- Prieto MA, García C, Gordón SA, Gosdon A, Redel J, y Arévalo E. Incidencia de la desnutrición en los servicios quirúrgico del Hospital de la Reina Sofia de Cordoba . Nutr Hosp 1996;11:286-290
- 17.- Wanded-Berghe C, Sanz- Valero J, Jiménez M, Hernández M Malnutrition of home-based hospital patients. Nutr Hosp 2006;21:21-25
- 18.- Orgill DP, Bayer LR Update on negative-pressure wound therapy, Plast Reconstr Surg 2011; 2011;127 Suppl 1:105S
- 19.- Blume PA, Walters J, Payne W, Ayala J, Lantis J. Comparasion of negative pressure wound therapy using vacuum-assited clousre with advanced moist wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcer: A multicenter randomized controlled trial. Diabetes Care 2008;31:631
- 20.- Llanos S, Danilla S, Barraza C, et al.: Effectiveness of negative presurre clousure in the integration of Split thickness skin grafts. Ann Surg. 2006;244:700
- 21.- Brenda Selene B. Alvarado Aguilar S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Rev Cancerología 2009; 4: 39-46
- 22.- Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. (4ta. ed.). El síndrome del agotamiento en los Cuidados Paliativos. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. EUNSA, Barañain. 2002; 514-25
- 23.- Leyton Espinosa Z, Ordoñez Romero Y, Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor: Manual de información para profesionales, Perú, Ministerio de la mujer y desarrollo social; Perú Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima. MIMDES, 2003, 174 páginas
- 24.- Zuñiga-Herrera 7 García-López JE Partida-Bush V Mortalidad de la población de 60 años y más. La situación demográfica en México; México DF, 2004
- 25.- Consejo de Europa. Recomendación N (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, Relaria a la dependencia Anexo a la Recomendación nR (98) 9 Estrtrasburgo Consejo Europa 1998
- 26.- Rivera J. Redes Familiares en el Cuidado del anciano con demencia. Análisis Evolutivo de un estudio poblacional Madrid Consejo Económico y Social 2001.
- 27.- Bayes R, Cuidando al Cuidador; evaluación del Cuidador y apoyo social. Análisis de Recursos Psicológicos y soporte emocional del Cuidador, 2003 Universidad Autónoma de Barcelona.
- 28.- Rivera J. Redes Familiares en el Cuidado del anciano con demencia. Análisis Evolutivo de un estudio poblacional Madrid Consejo Económico y Social 2001
- 29.- Sánchez-Ayéndez, M. La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos: el caso de Puerto Rico. En: Gómez Gómez, E. Género, mujer y salud. Publicación científica nº 541. Washington: OPS, 1993
- 30.- Siles Gonzáles J, Solano Ruiz C. Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos: la estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer. Invest. Educ. Enferm. 2007; 25 (1):66-73

- 31.- Rodríguez Camarero ML, Rodríguez Camarero N, Azanon Hernández R, Torres López A, Rodríguez Salvador MM, Muñoz Ronda F. Mujeres, salud y cuidados familiares: Instituciones económicas desde la perspectiva antropológica. *Index Enferm.* 2007; 16(58):45-49
- 32.- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004; 18 (supl 2):83-92
- 33.- Valderrama Ponce MJ. El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Vasconia. Cuadernos de Historia-Geografía.* 2006; 35: 373-385
- 34.- Rolland JS Familia , Enfermedad y Discapacidad una Propuesta desde la Terapia Sistémica, Barcelona, Editorial Gedisa ,2000.Navarro Gongora J Enfermedad y Familia Manuel de Intervención Barcelona Editorial Paidós,2004
- 35.- Cruzat A. Teoría de Sistemas Naturales de Murray Bowen: un Nuevo entendimiento de los Procesos de Salud/Enfermedad al Interior de las Familias y las Organizaciones. *Medwave.* Noviembre, 2007; 7 (10).
- 36.- Izal M, Montorio I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Madrid: INSERSO; 1997
- 37.- Sánchez B. Cómo cuidar un enfermo en casa. *Aquichán* 2005; 5(1): 162.
- 38.- Casado D, López i Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Colección de estudios sociales. Barcelona: Ed.Fundación "la Caixa". 200. p. 68-75
- 39.- *Enf, Neurol Cuidadores Responsabilidades y Obligaciones (mex) vol 11 No 3163-169 2012 INN2010.*
- 40.- Uribe ZP Manual de Apoyo para las personas que brindan apoyo a otras personas, SSA México 2006:11
- 41.- Rojas M. Cuidar al que cuida Claves para el bienestar del que cuida a un ser querido. Santillán Ediciones Generales SL Madrid 2006
- 42.- Consejo Europa. Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia; 1998)
- 43.- Servicio Nacional del adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. [Internet] Santiago, Chile: INTA; 2010. p. 10-15.
- 44.- Fernández M. Montorio I. Díaz P Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para Cuidadores y Familiares Capítulo 1 Universidad Autónoma de Madrid España , 2000.
- 45.- School off caregivers- a psychoeducational of dement older people, 2009
- 46.- Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Cienc. enferm.* 2006; XII(2): 53-62

- 47.- Lara L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Rev Cubana Enferm. 2001; 17(2): 107-111
- 48.- Zarit SH, Bottigi K, Gaugler JE. Stress and caregivers. En: Fink Get et al. editores. Encyclopedia of Stress. 2nd Edition. San Diego, CA: Academic Press; 2007. p. 416- 418
- 49.- Mockus S, Novielli K. A practical Guide to Caring for Caregivers. Am Fam Physician. 2009; 62: 2613-2621
- 50.- Saiz Ladera GM Bordallo Huidobro JR El Cuidador como paciente, 2008.15 (7) 418-263
- 51.- Vela –Anaya G. Magnitud del Evento Adverso. Ulceras por presión. Rev. Enfermería Instituto Mex. Seguro Social. 2013;21 (01):3-8.
- 52.- Hibss P. The Economics of pressure ulcer prevention. Decubits 1998; 1: 32-8.////// Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen. T Impact of prevention strcutures and processes on pressure ulcer prevalence in residential aged care: result from phase II of the PRIME trial. Wound Pract Res, 2009; 17:12.
- 53.- Hibss P. The Economics of pressure ulcer prevention. Decubits 1998; 1: 32-8
- 54.- Biblioteca Virtual de la Salud. Descriptores en ciencias de la Salud)
- 55.-
- 56.-Buendia L, Colas P. y Hernández, F. (2001) Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Madrid, McGraw-Hill. 256-274
- 57.- Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales Medidas en Epidemiología. Salud Pub Méx 2000;42:337-48)
- 58.- Fernández R.J. El Registro del Estado Civil de las Personas. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM ( Citado 2017 Jun 10) Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf> )
- 59.- [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- 60.- Álvarez E. Gómez S., Navarrete E., et. Al. Definición y Desarrollo del concepto de Ocupación: Ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. 2017 Jun 10
- 61.- Arboledas Bellón Josefa, Pancorbo-Hidalgo Pedro Luis. Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación. Gerokomos [Internet]. 2016 Jun[citado2017Sep11];27(2):73-79.Disponibleen: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000200008&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000200008&Ing=es).

# ANEXOS

## Anexo 1 INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS			
<b>¿Para evitar que se formen escaras, llagas o úlceras por presión UPP, en una persona encamada, cree usted que? (marque la opción que crea correcta)</b>			
1-Si no se cambia de posición a una persona sentada es posible que aparezcan las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
2-Se debe usar crema hidratante en la piel, tras el aseo.	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
3-Es apropiado colocar y dejar en la misma posición sobre zonas de apoyo enrojecidas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
4-La piel reseca evita que se formen UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
5-Se debe usar en la piel cualquier tipo de alcohol (romero, colonia, etc) para evitar las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
6-Los polvos de talco sobre la piel evitan que se formen UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
7-En las personas de piel delicada es más fácil que aparezcan las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
8-La humedad procedente de la orina y del sudor, pueden incluir en que se formen UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
9-Si vemos una zona de apoyo enrojecida y que no blanquea al tocar, hay que informar a la enfermera porque puede ser una UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
10-El masaje en las zonas de apoyo enrojecidas es bueno para evitar las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
11-Las cremas (como las usadas para los bebés) usadas en las zonas que estén en contacto con las deposiciones, la orina o el sudor, evitan que se formen UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
12-El uso de un detergente o jabón muy fuerte para limpiar la piel, si la persona encamada no controla la orina o las deposiciones, es bueno para evitar las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
13-Cualquier clase de jabón, gel o detergente es bueno para el aseo de la persona encamada	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
14-La aplicación de aceites de farmacia (llamados ácidos grasos, como Mepentol, Corpitol. Linovera, etc) en la piel de zonas de apoyo ayuda a evitar que se formen UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
15-El uso de apósitos (o parches) almohadillados en la zona de apoyo ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
16-Una alimentación rica en grasas (aceite, carnes, huevos) ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
17-Una alimentación rica en proteína (carne, pescado, huevos) y vitaminas (fruta, verdura) ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
18-La alimentación incorrecta hace más fácil que se formen las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
19-El uso de cojines tipo "rosco" para estar sentado, ayuda a evitar que se formen las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
20- Colocar los pies de una personas sentada sobre un banquito / reposapiés, si no alcanza al suelo, ayuda a evitar las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
21-Para mover a una persona encamada es mejor usar una sábana entremetida bajo los glúteos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
22-Para una persona acostada que no se mueve, es mejor elevar bastante el cabecero de la cama (más de 30º) para evitar las UPP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se
23-Es apropiado poner bastante ropa de cama / mantas, que pesen, sobre una personas encamada	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No se

**CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESION DE UNA UNIDAD MEDICA DEL PRIMER NIVEL**

---

**DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA**


---

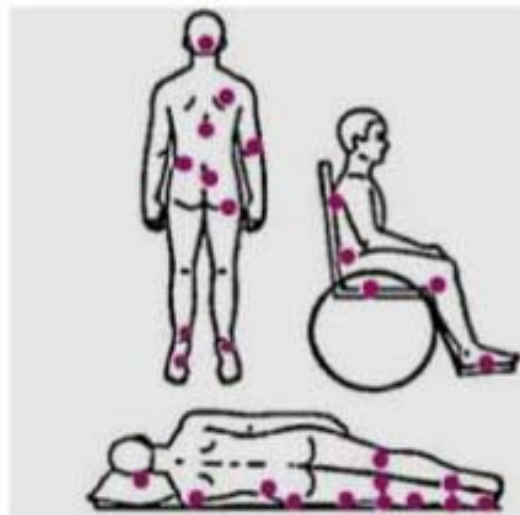
<b>Género</b>	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer
<b>Edad (en años):</b>		
<b>Estudios:</b>	<input type="radio"/> Sin estudios	<input type="radio"/> Formación profesional
	<input type="radio"/> Primarios/ EGB	<input type="radio"/> Universitarios
	<input type="radio"/> Secundaria/ Bachillerato	
<b>Profesión:</b>		
<b>¿La ejerce actualmente?:</b>	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
<b>Tiempo que lleva cuidando de su familiar o paciente (años):</b>	<input type="radio"/> Menos de 1	<input type="radio"/> De 5 a 10
	<input type="radio"/> De 1 a 3	<input type="radio"/> Más de 10
	<input type="radio"/> De 3 a 5	
<b>¿Antes había cuidado a alguna otra persona)</b>	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
<b>¿Le ayuda alguien para el cuidado del paciente?</b>	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
<b>¿Quién le ayuda?</b>	<input type="radio"/> Cuidador remunerado (cobra por cuidar)	<input type="radio"/> Cuidador familiar
	<input type="radio"/> Otro:	
<b>Todo lo que sabe del cuidado del paciente lo ha aprendido de:</b>		

---

---

**DATOS DEL PACIENTE O PERSONA A LA QUE CUIDA**

---

**Género** Hombre Mujer**Edad (en años):****Parentesco:** Padre / Madre Hermano/a Hijo/a Amigo/a Abuelo/a Suegro/a Ninguno (cuidador remunerado) Otro**Enfermedades principales del paciente o persona a la que cuida:****¿Dónde pasa la mayor parte del tiempo o del día la persona a la que cuida?** En cama En un sillón Alterna cama y sillón Otro**La persona a la que Vd cuida, ¿tiene problemas para controlar la orina?** Si No**La persona a la que Vd cuida, ¿tiene problemas para controlar las deposiciones?** Si No**¿La persona a la que Vd cuida, ¿tiene alguna úlcera, escara o llaga?** Si No**Si la respuesta es Si, indique en que parte del cuerpo:**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
 Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
 (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

<b>Nombre del estudio:</b>	<b>CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESION DE UNA UNIDAD MEDICA DEL PRIMER NIVEL</b>
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	No aplica
<b>Lugar y fecha:</b>	Ciudad de México, UMF No. 94, Septiembre del 2017
<b>Número de registro:</b>	
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Demostrar que la es la falta de conocimientos sobre el tema en cuestión lo que ocasiona la formación y complicaciones de las mismas más que las condiciones generales de base del paciente.
<b>Procedimientos:</b>	La participación consistirá en llenado de un cuestionario.
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	Tiempo invertido para contestar el cuestionario.
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	Orientación de algunos riesgos personales detectados que puede modificar.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre las úlceras por presión, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
<b>Participación o retiro</b>	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el IMSS
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	No se identificara el nombre de la paciente en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
<b>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</b>	No aplica
<b>Beneficios al término del estudio:</b>	Identificar el grado de conocimiento del cuidador primario sobre la prevención de las úlceras por presión
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
<b>Investigador Responsable:</b>	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula: 99366361, teléfono: 5767 27 99, extensión: 21407. Correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com
<b>Colaboradores:</b>	Médico Residente del Curso de Especialización de Medicina Familiar Cora Karina Guerrero Leyva Matrícula 98362509, teléfono 5767 27 99, extensión: 21407 Correo electrónico: corakarinagl@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
 Testigo 1

\_\_\_\_\_  
 Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
 Testigo 2

\_\_\_\_\_  
 Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



Anexo 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO PARA PREVENIR LAS ULCERAS POR PRESION DE UNA UNIDAD MEDICA DEL PRIMER NIVEL

<b>Actividades</b>	MES (año)	SEPTIEMBRE 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Elaboración del Protocolo	<b>P</b>	<b>P</b>					
	<b>R</b>						
Selección del instrumento	<b>P</b>	<b>P</b>					
	<b>R</b>						
Elaboración de la hoja de recolección de datos	<b>P</b>		<b>P</b>				
	<b>R</b>						
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	<b>P</b>			<b>P</b>			
	<b>R</b>						
Recolección de la información	<b>P</b>			<b>P</b>			
	<b>R</b>						
Elaboración de la base de datos	<b>P</b>			<b>P</b>			
	<b>R</b>						
Captura de la información	<b>P</b>				<b>P</b>		
	<b>R</b>						
Procesamiento de Datos	<b>P</b>				<b>P</b>		
	<b>R</b>						
Análisis de los Resultados	<b>P</b>					<b>P</b>	
	<b>R</b>						
Elaboración del escrito científico	<b>P</b>						<b>P</b>
	<b>R</b>						

P= programado

R= realizado