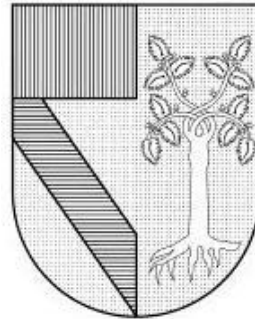


# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

---

---

**Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Enfermería**



“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A ULCERAS POR  
PRESION EN PACIENTES EN LA CASA DE LAS HERMANAS DEL BUEN  
SAMARITANO”

## **PROYECTO TERMINAL**

Q U E P R E S E N T A

**LIC. DALIA QUINTANA REYES**

P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E :

**MAESTRA EN TERAPIA DE HERIDAS, ESTOMAS Y QUEMADURAS**

**DIRECTOR DEL TRABAJO:**

Dr. JORGE ULISES BLÁSQUEZ MARTÍNEZ

**ASESOR:** MTRA. MARIA JOSE GONZALEZ MIER

## INDICE

1. <i>Introducción</i> .....	4
2. <i>Resumen</i> .....	5
3. <i>Marco Teórico:</i>	
➤ <i>Definición UPP</i> .....	6
➤ <i>Fisiopatología</i> .....	8
➤ <i>Factores de Riesgo</i> .....	10
➤ <i>Estadios /Abordaje UPP</i> .....	14
➤ <i>Estadios</i> .....	15
➤ <i>Localización UPP</i> .....	17
➤ <i>Tratamiento de la causa</i> .....	20
➤ <i>Generalidades de la Piel</i> .....	22
➤ <i>Vejez</i> .....	25
➤ <i>Riesgo UPP en Ansianos</i> .....	26
4. <i>Datos Epidemiológicos de UPP nivel mundial</i> .....	29
5. <i>Datos Epidemiológicos de UPP en Mexico</i> .....	30
6. <i>Antecedentes</i>	
➤ <i>Descripción de Art. Científicos factores asociados UPP</i> .....	31
➤ <i>La casa de las Hermanas del buen Samaritano</i> .....	31
➤ <i>Malinalco</i> .....	32
7. <i>Planteamiento del problema</i>	
➤ <i>Pregunta de investigación/ tema de investigación</i> .....	34
➤ <i>Pateamiento del problema</i> .....	35
8. <i>Justificación</i> .....	37
9. <i>Objetivos</i> .....	

10. Hipótesis .....	38
11. Material, Métodos y Universo .....	38
➤ Lugar donde se realizó el estudio	38
➤ Universo	41
➤ Material y diseño	42
➤ Criterio de Inclusión	42
➤ Criterios de Exclusión	42
➤ Tamaño de la muestra	
12. Descripción de las Variables .....	42
13. Análisis de la Información .....	44
14. Análisis de Resultados .....	44
➤ 14.1 Gráficas .....	45
15. Técnicas de análisis .....	49
16. Recursos Humanos .....	50
17. Recursos Materiales .....	50
18. Análisis de Información .....	51
19. Análisis de Resultados .....	51
20. Conclusiones	52
21. Recomendaciones .....	54
22. Referencias Bibliográficas .....	56
23. Anexos .....	57

## 1- INTRODUCCIÓN.

Las úlceras por presión (UPP) o lesiones por presión (LPP) el cual es un término que se está debatiendo a nivel mundial por los expertos como son el Grupo Nacional para el Estudio de Úlceras por Presión en España, OMS y Panel Nacional Ulcer Advisor Panel (NPUAP por sus siglas en inglés) de Estados Unidos (1) incluso en Mexico por La comisión Interdisciplinaria de Enfermería (CIE), que se reúnen periódicamente para revisar y analizar estrategias para su prevención y tratamiento que se reunirán el próximo año (2019) en cual van acuñar ya la definición de cada uno de los conceptos ya mencionados, pero mientras se va seguir ocupando la terminología de Úlceras Por presión Hasta que se vayan cambiando todas las referencias bibliográficas.

Las Úlceras Por Presión (UPP) representan un importante problema de salud mundial el cual se ha visto que las cifras van aumentando o será que ya se toma en cuenta como un problema de salud pública que hace 20 años no se le daba la relevancia de ahora, cuando se empezó a describir y realizar acciones de prevención, o será que se ha invertido triangulo poblacional que ha ido en aumento los adultos mayores que son los que tienen mayor riesgo de presentar este tipo de lesione tisulares, por ser persona dependientes de cuidados. (2)

Las edades en que los ancianos inician el ser más dependiente oscila a partir de los 65-74 años donde tienen una alta probabilidad de estar institucionalizados que las edades inferiores, que se nombran Cuidados de Larga Estancia, se ha convertido en una demanda social que se ha venido acentuando e incrementado en los últimos años.

Se ha observado que en las instituciones formales presentan con más frecuencia el desarrollo de las (UPP) por la sobrecarga de trabajo y el peor estado de salud de las personas cuidadas (sedentarismo, ansiedad depresión y comorbilidades presentes), continuando con la Instituciones como asilos o residencias y en último lugar en los hogares donde se presentan menos incidencia de UPP. (3)

La incidencia es de 1.7% a 3.3% entre los 65 -75 años de pacientes hospitalizados y presentan con mas frecuencia en hospitales que en sitios asistencia como asilos un 24%.

(3)

Prevalencia	4.7% - 33.1%	Hospitales, estancia hospitalaria
	4.4% - 32%	Comunidades, familiares
	4.6%- 20.7%	<i>Residencia y centros geriátricos</i>

Hoy en día se ha evidenciado según estudios a nivel internacional la preocupación por este tema, especialmente por que se cree que la mayoría (95%) de las UPP son prevenibles, y se convierte en un tema de interés para los profesionales de la salud ya es uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, por que determina la efectividad del cuidado del paciente enfocado a la piel, dado por el profesional de Enfermería que es el que está en contacto directo con el paciente y desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud en sus diferentes niveles, el paciente se convierte en prioridad porque se ha observado y se reconoce que después de su ingreso hospitalario desarrollan UPP durante la misma estancia hospitalaria, lo cual representa un importante problema para los usuarios y las instituciones que **“Brindar Salud”**.

## 2. RESUMEN

Las heridas se han convertido en un problema de Salud Pública en nuestro país ya que son la causa más frecuente de consulta en la mayoría de los hospitales de tercer nivel (Contreras Ruíz, 2013) incluso de larga estancia hospitalaria. En el trabajo realizado se describirá una de las razones por la cual solicitan atención en el policlínico de las Hermanas del Buen Samaritano que son Ulceras por Presión (UPP) que como se visto

ha ido en aumento y es el tema principal de esta investigación el saber los factores sociodemográficos asociados a las Ulceras por Presión.

La presente investigación fue realizada en la consulta externa de heridas y en los pabellones que encuentra se encuentran en el Policlínico de las “Hermanas del Buen Samaritano” en Malinalco, Estado de México, a la cual acuden pacientes que solicitan atención medica por no contar con otro tipo de asistencia ya sea por cuestiones económicas o de distancia, en el que se tienen que movilizarse largas distancias desde sus lugares de origen y el costo de transporte es muy elevado en el Estado de Mexico, que es donde se sitúa la presente investigación, este lugar les brinda atención medica general y especializada de los aspirantes de MTHyQ, en las heridas complicadas de manera recurrente; además de continuar con el registro de datos ya inicia previa generación 2017 donde se dejó un instrumento ya elaborado como una historia clínica propia de las Heridas la cual por no tener un seguimiento continua desconociéndose la prevalencia así dar seguimiento a la evolución y brindar cuidados estandarizados a los pacientes ya tratados e ingresados en los pabellones, en la cual continua recopilándose datos durante la consulta mediante la entrevista estructurada y con el instrumento previo. (Generación MTHyQ 2017) (4) (4)

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1 Definición de Ulceras por presión**

Existe una gran variedad de definiciones en relación con la úlcera por presión (UPP), para lo cual se han conjuntado algunos términos y definido como:

"lesión de origen isquémico, la cual se localiza en la piel y tejidos subyacentes, sobre una prominencia ósea; causada por presión prolongada o fricción entre dos planos duros: prominencia ósea y sillón o cama, también se origina por fuerzas de cizallamiento en donde se combinan los efectos de la presión y fricción". (4)

“UPP son lesiones isquémicas localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con o sin perdida cutánea, que se producen por presión prolongada o fricción, entre dos planos duros, uno pertenece al paciente y el segundo es externo” (5)

“UPP, úlceras de decúbito o escara, son una lesión isquémica localizada en la piel y tejido subyacente, con perdida de la sustancia cutánea, por lo general se produce donde hay una prominencia ósea como resultado de la presión o de la fricción, se producen por la presión aplicada al tejido blando, lo cual conlleva aun flujo de sangre completa o parcialmente obstruido y hay daño tisular”. (Amcichac 2018)

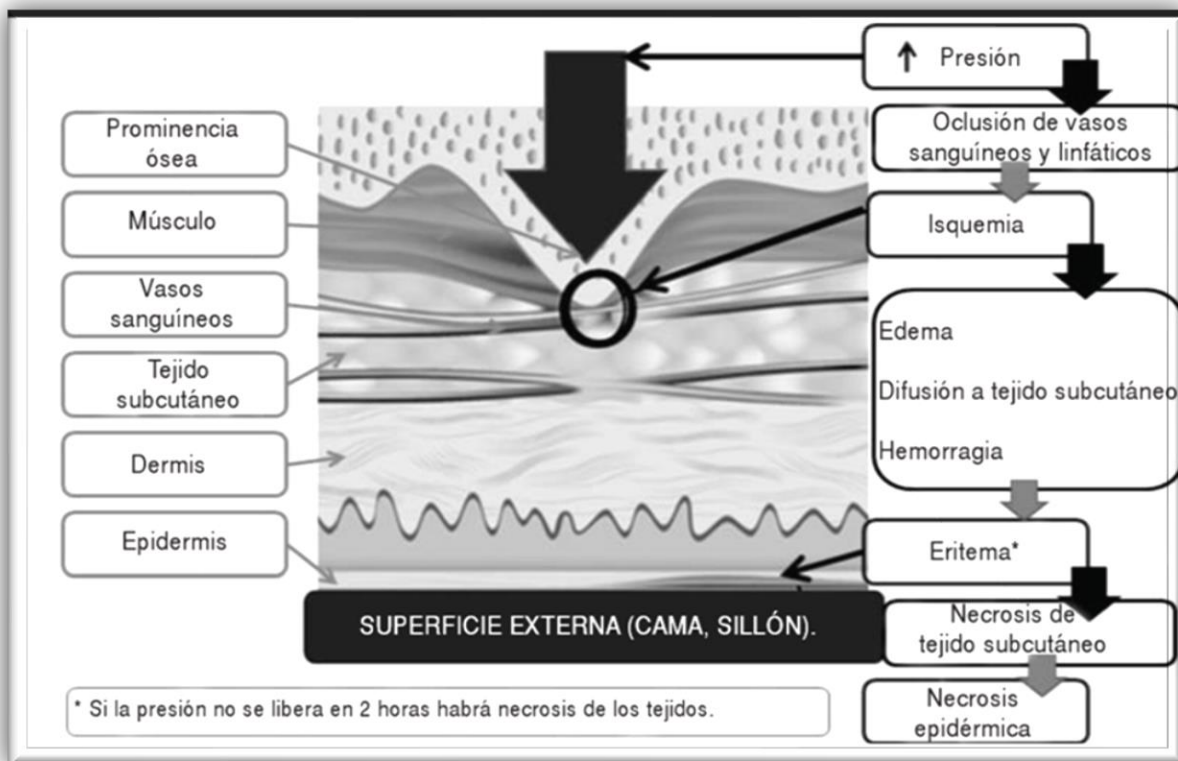
“De acuerdo con los problemas legales que se ido presentado se ha ajustado la definición lo cual se conoce como **“Lesiones por Presión”**, en 2016 se cambió y se puso en debate por lo litigios en E.U., por las demandas que han ido en aumento; UPP son una herida aguda abierta que no a sanado en un periodo de 4-6 semanas, LPP en una lesión que ocurre en un tiempo de 2-24hrs y no tiene más de 4 semanas. (6)

**“las ulcera por presión son una lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fracción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra la superficie, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida, dicha compresión, reduce el flujo sanguíneo capilar de la piel y lo tejidos subyacente, produciendo isquemia, necrosis y la perdida de la arquitectura tisular.” (7)**

UPP son área dañadas en la piel y tejido blando subyacente, usualmente atravez de una prominencia ósea o relacionada con un dispositivo médico, pueden presentarse con la piel intacta o con una lesión abierta, puede ser dolorosa y el daño se produce como consecuencia de la intensa y prologada presión o en combinación con un cizallamiento y puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión comorbilidades y estado de los tejidos blandos. **Como se puede leer el daño tisular producido por presión constante en un determinado tiempo produciendo isquemia. (8)**

### 3.2 Fisiopatología

Dicha presión puede reducir el flujo sanguíneo capilar de la piel y tejidos subyacentes, si la presión no desaparece, puede producir muerte celular, necrosis y ruptura tisular. La presión capilar máxima se encuentra aproximadamente en 20 mmHg y la presión tisular media se ubica entre 16-33 mmHg. (4)



En 1959 demostró que la aplicación de una presión externa de 70 mmHg sobre las prominencias óseas durante una hora, fue suficiente para producir necrosis de los tejidos y ulceración. Las presiones en el colchón de una cama de hospital, medidas bajo las prominencias óseas, oscilan entre los 100 y los 150 mmHg, en una silla de ruedas se elevan a 300 mmHg o más.

La compresión aplicada a la piel que sobrepasa la presión arteriolar de 32mmHg, origina hipoxia, acumulación de productos de degradación metabólica y generación de radicales libres, la presión que excede >70mmHg por dos horas resulta en un daño celular ocurre más rápidamente ante presiones mayores.

La exposición de los tejidos a una presión elevada y sostenida induce a isquemia, vasodilatación, aumento de la presión intersticial, oclusión y obstrucción (micro trombos) de los vasos sanguíneos y linfáticos; provoca extravasación de líquidos, fuga de plasma, proteínas, sangre y células al espacio intersticial, aparece edema y hemorragia; estas alteraciones progresivas provocan el inicio del daño tisular.

El daño tisular se inicia en los tejidos profundos y posteriormente se extiende de forma ascendente hasta la dermis y la epidermis. La lesión tisular profunda se produce en primer lugar en el músculo y en el tejido celular subcutáneo, por una pobre tolerancia a la disminución del flujo sanguíneo. Incluso, se han observado cambios irreversibles en la exposición de una a dos horas a la presión, finalmente, la lesión alcanza la dermis y la epidermis.

En la formación de las UPP tiene mas importancia la continuidad de la presión que la intensidad de la mismo, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero solo durante cotos periodos de tiempo. Las presiones sobre las prominencias óseas suelen resultar en una distribución en “cono o iceberg, siendo afectada en mayor medida el tejido mas profundo adyacente a la interfaz hueso-musculo por lo que la extensión del tejido dañado es mayor a la visible. (10)

### **3.3 Factores de Riesgo**

Son muchos los factores asociados al riesgo de aparición de UPP e incluyen el estado general de salud, estado nutricional, humedad de la piel, edad, antecedentes de úlceras

por presión, cantidad de presión, fricción, fuerzas de cizallamiento y humedad, componentes claves que aumentan el riesgo de aparición se le llama factores extrínsecos e intrínsecos:

Factores Intrínsecos y Extrínsecos:

Factores Extrínsecos	Son aquellas condiciones que se relacionan con el entorno del paciente.
----------------------	---

Factores intrínsecos: son aquellos que forman parte de las condiciones propias del paciente.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inmovilidad o movilidad limitada.</li> <li>○ Hospitalización prolongada</li> <li>○ Deterioro del estado de alerta.</li> <li>○ Enfermedades neuro-degenerativas.</li> <li>○ Comorbilidades: diabetes, EPOC, IC, enfermedad renal.</li> <li>○ Hipotensión cáncer</li> <li>○ Fractura ósea (cadera)</li> <li>○ Malnutrición o restricción dietética</li> <li>○ Edentulia o mala salud bucal</li> <li>○ Fármacos que deprimen el SNC</li> <li>○ Incontinencia urinaria o fecal</li> <li>○ Envejecimiento general y cutáneo</li> <li>○ Pérdida de elasticidad cutánea</li> <li>○ Pérdida de la grasa subcutánea</li> </ul>

Presión	La presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea es la causa principal para la aparición de un UP, la presión constante con cualquier superficie dura como cama, silla o camilla.
Fricción	Acción que se produce el roce de la piel contra otra superficie a la piel, se produce cuando una parte del cuerpo (codos, sacro y rodillas) roza contra una superficie áspera como la sabana descamando las células epidérmicas, disminuyendo la resistencia de la piel.
Cizallamiento	Fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra, se presentan cuando el paciente se encuentra mal sentado o la cabecera se eleva más de 30, en esta situación los tejidos externos permanecen fijos contra la sabana, mientras que las más profundas se deslizan, comprometiendo los vasos sanguíneos y privando de oxígeno la piel.
Humedad	Es la presencia de cualquier líquido o al vapor de agua que impregne la superficie de la piel; incontinencia fecal u urinaria, sudoración excesiva, humedad en pliegues, esto macera y reblandece la piel disminuyendo su resistencia e incrementa 5 veces el riesgo de presentar erosión y ulceración.

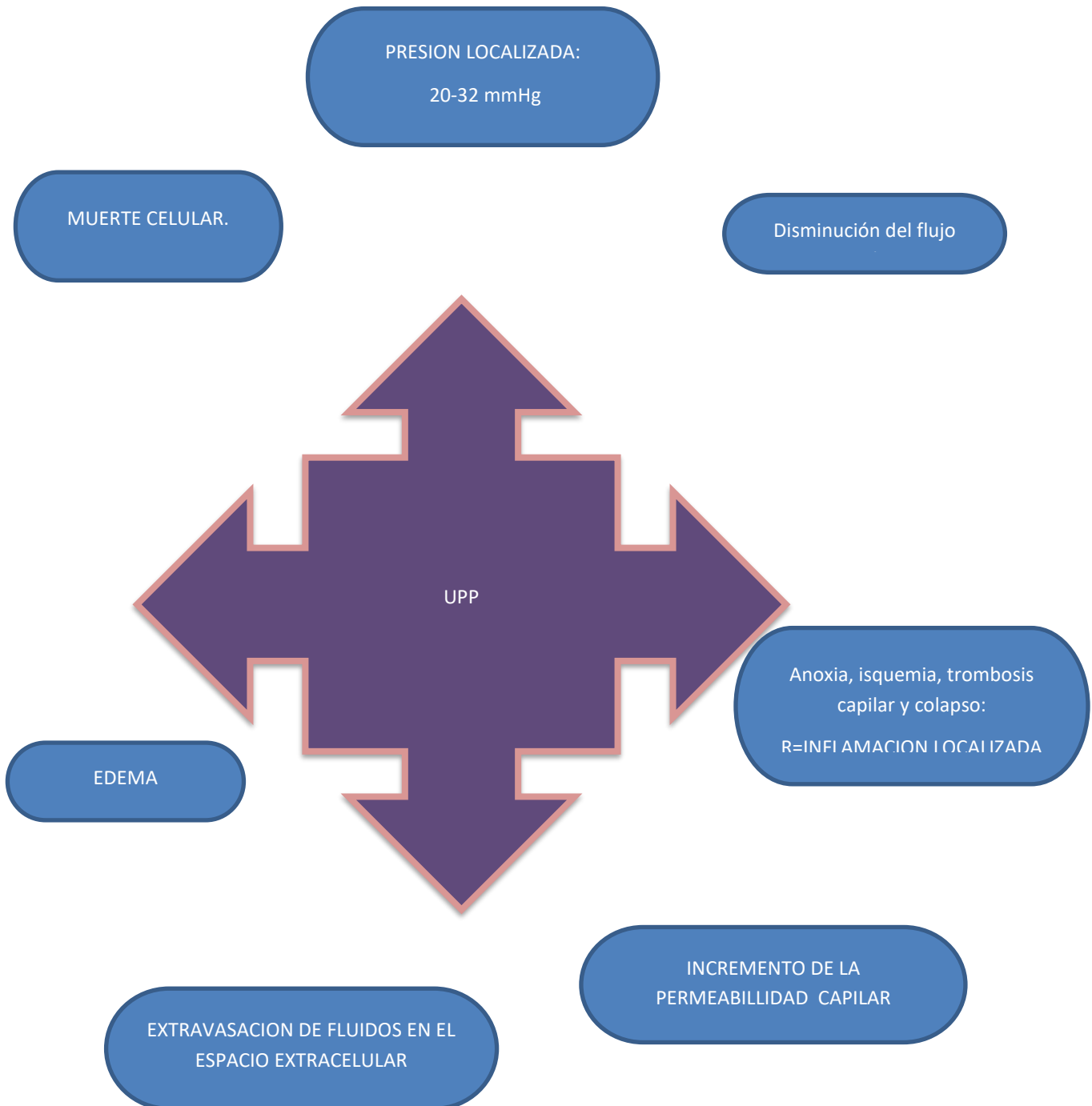
El estándar de oro para la prevención y tratamiento es la movilización y los cambios frecuentes de posición, se debe mantener al paciente en una posición adecuada que distribuya el peso en una mayor superficie (la cabecera debe elevarse por encima de 30° y elevar la piecera, para evitar el deslizamiento), proteger a los pacientes del arrastre, cuerpos extraños en las superficies y las irregularidades. (11)

El deterioro de la movilidad o inmovilidad es el factor de riesgos mas importantes para la presentación de UPP. Las superficies especiales para el manejo de la presión no

sustituyen los cambios frecuentes de posición, sólo facilitan el cuidado de los pacientes mediante el espaciamiento de los mismos. (12)

- Antes de abordar a un paciente con UPP, se deberá corregir la causa y los factores de riesgo asociados a su origen.
- La evaluación del estado de la piel sirve como un indicador temprano de daño tisular, la presencia de eritema, calor local, adema, induración o dolor, suelen indicar el inicio de una UPP.
- Para una valoración integral incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales de cada persona.

CIRCULO VISIOSO:



### 3.4 ESTADIOS

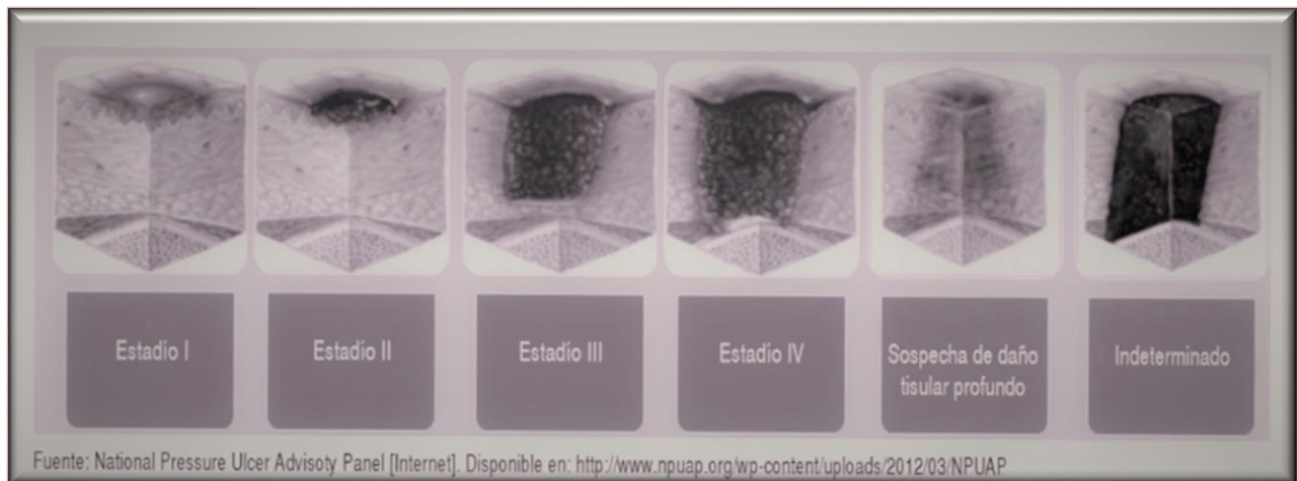
#### ABORDAJE DE LAS ULCERAS POR PRESION

Para el abordaje de las UPP es necesario catalogarlas utilizando un sistema de estadiaje, de tal manera que el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), clasifica las UPP en estadios que indican una medida de profundidad del daño del tejido, para facilitar su documentación y abordaje: (9)

Estadio I.	Cambios de coloración, consistencia o temperatura con una epidermis intacta.
Estadio II.	Pérdida de la epidermis, se presenta como flictena intacta o rota. Úlcera superficial brillante o seca sin esfacelo o hematoma.
Estadio III-	Pérdida completa del tejido. Atraviesan el espesor total de la piel (dermis), tejido celular subcutáneo y penetran hasta antes de la fascia muscular (los huesos, tendones o músculos no están expuestos). Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.
Estadio IV.	Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Una vez que la úlcera ha penetrado la fascia, indica que la presión dañó los tejidos más profundos. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Existe tejido necrótico y exudado abundante, el hueso o músculo es visible o directamente palpable. Sospecha de daño tisular profundo. Se estableció para diferenciarlas del estadio I, ya que éstas se identifican también con un cambio de coloración (violáceo) evidenciando que la presión ya generó un daño mayor y que se trata de la formación de una úlcera

	profunda en proceso; la piel puede estar intacta o formar una ampolla llena de sangre
Estadio indeterminado	Se caracteriza por la presencia de una escara o tejido necrótico que no permite valorar la profundidad de esta. Para poder determinar el estadio, es necesario desbridar dicho tejido.

El termino categoría es sugerido como una palabra neutral para reemplazar el termino “etapa, grado o estadio” por qué tiene la ventaja de ser un término no jerárquico lo que permite liberar de nociones erróneas.



### 3.5 LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE:

Occipital	1%	Trocante	9%
Escapula	<1%	Isquion	4%
Torácica	<1%	Rodilla	3%

Codos	<1%	Tibia	2%
Sacra/cóccix	65%	Tobillo/talón	15%

Las UPP son un problema común, se presentan con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, discapacitadas, o en etapa terminal. En el 95% de los casos son prevenibles, y en el 5% restante se presentan debido a condiciones del paciente, que no permiten modificar los factores de riesgo. (10)

Se tienen el riesgo de morir y si se encuentran complicadas se incrementa 6 veces, refieren que los pacientes que presentan accidente cerebrovascular, entre otras complicaciones desarrollan UPP con una prevalencia que oscila entre el 3.8 y el 8.9% siendo los talones, el sacro y los trocánteres las partes más afectadas. En 2010 se identificó que la presentación de UPP con daño tisular profundo es tres veces más frecuente que las úlceras en estadio III o IV, cabe mencionar que desde que se agregó el estadio de daño tisular profundo las úlceras en estadio I han disminuido debido a una mala clasificación de las mismas.

### 3.6 TRATAMIENTO DE LA CAUSA/ GOLD STANDAR

Guttman empieza a documentar principios sobre prevención de UPP, siendo hasta 1953 que aparece por primera vez investigaciones validadas: " los métodos cardinales en lugar profilaxis son frecuentes cambios de postura (todos los días dos horas y noche) y la redistribución de la presión "

El estándar de oro en el manejo de la presión son los cambios frecuentes de posición. Aunque no se ha definido cada cuanto tiempo es que un paciente debe ser movilizado, en general es necesario hacerlo al menos cada 2 horas, pero idealmente el propio paciente debería cambiar de posición cada 15 minutos (Beldon, 2010)

Delante de la gran dimensión del problema tanto para el paciente, como para la familia y para la institución, la necesidad de prevenir UPP.

El cuidado de la piel y los cambios posturales son algunas de las estrategias para la prevención de las úlceras por presión (UPP/LPP); por lo que, ante un paciente con riesgo de padecerlas, se hace necesario elaborar un adecuado plan de cuidados individualizado encaminado a disminuir o controlar los factores de riesgo, principalmente: movilidad, estado de piel, hidratación y nutrición. Según la evidencia, las principales medidas generales de prevención de UPP/LPP se pueden agrupar en el acrónimo nemotécnico “E.V.I.T.A.N.D.O.”; término creado por Verdú-Soriano y López-Casanova, para facilitar su recordatorio y que hace referencia a: evaluar el riesgo, la vigilancia activa, la integridad cutánea, los tratamientos tópicos, el alivio de la presión, la nutrición, el documentar y el orientar, el uso rutinario del acrónimo “E.V.I.T.A.N.D.O.

No debemos olvidarnos de que actualmente, con la publicación de la “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”, se establecen las líneas estratégicas para la prevención de las UPP, que nos recomienda basarnos en la aplicación de prácticas clínicas seguras al interactuar con el paciente, ANEDIDIC (Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad cutánea), las recomendaciones de evidencia incluidas en el acrónimo “E.V.I.T.A.N.D.O. a las UPP” para facilitar dicho proceso de prevención; así como la implementación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Por otro lado, la propia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) se ha hecho eco de la importancia de las UPP, y en su última revisión a actualizado los diagnósticos enfermeros referentes al “Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular”, incorporando un diagnóstico específico para las UPP, conscientes de importante rol que realiza la enfermería para prevenir y tratar este tipo de lesiones. Del mismo modo, en la literatura científica ya aparecen estudios que utilizan la vía de estandarizar el lenguaje de enfermería desarrollando un catálogo normalizado de acciones que den consistencia a las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification), para que los profesionales pueda realizar planes de cuidados y actividades basadas en recomendaciones de evidencia, con la seguridad que da el saber que esas acciones/actividades son los mejores cuidados que se pueden dispensar a los pacientes en riesgo de padecer UPP. (11)

(Se anexará acrónimo en Anexo)

### 3.7 GENERALIDADES DE LA PIEL

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano, formado por distintos tipos de tejidos unidos entre sí con una finalidad específica. su grosor oscila entre 0.5 y 4mm, según su localización es más grueso en la planta de las manos y en la planta de los pies. La piel cumple dos funciones principales en el organismo: la primera barrera entre los medios internos y externos, la segunda protege al organismo de agentes agresores ya sean físicos, químicos o biológicos. Existe sin embargo otras funciones importantes entre ellas la regulación de la temperatura corporal, funcionamiento somasensitiva y síntesis de la vitamina D. (12)

En cuando a la anatomía de la piel consta de 3 capas principales:

**Epidermis:** Es la capa más superficial de la piel, se trata de un epitelio escamoso estratificado que contiene cuatro tipos de células, queratinocitos, melanocito, células de Merkel y células Langerhans.

Dentro de la epidermis encuentro una serie de capas o estratos que permiten diferenciarse así:

<b>Estrato corneo</b>	<b>Es el mas externo, esta formado por 25 y 30 hileras de células planas y muertas, ocupadas por queratina.</b>
<b>Estrato lucido</b>	Solo está presente en la zona de piel gruesa.
<b>Estrato granuloso</b>	Esta formado por varias hileras de células en fase de degeneración. contiene precursores de la queratina.
<b>Estrato espinoso</b>	Está constituido por varias hileras de células poliédricas unidas por espinas o desmosomas.

### **Estrato basal**

Es el más profundo está configurado por una sola capa de células cúbicas, con capacidad de dividirse y formar los queratinocitos y los melanocitos.

**Dermis:** es la capa de tejido conectivo que separa la epidermis de la capa de grasa subcutánea sirve de sostén de la epidermis tiene dos capas capilar y reticular, compuestas a su vez por células fibras nerviosas, vasos sanguíneos.

- Papilar, en estrecho contacto con la epidermis que suele ser regular con tejido conjuntivo laxo.
- Reticular, en contacto con la hipodermis, formada por tejido conjuntivo denso con haces de fibras colágenas en todas las direcciones, fundamentalmente paralelas a la superficie corporal, y con fibras elásticas situadas entre los haces colágenos y entorno a los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.

En dichas capas extienden también la red de vasos sanguíneos que nutren la piel y las terminaciones nerviosas que permiten captar los estímulos externos: calor frío tacto y dolor. La cual tiene funciones muy importantes:

- Intercambio de metabolitos entre la sangre y el tejido.
- Protección contra las infecciones.
- Reparación de las lesiones.
- Inhibición de las mitosis epidérmicas, evitando los carcinomas.

**Hipodermis:** es la capa de tejido subcutáneo en sí formada por adipocitos, que producen y almacenan a su vez grasa. Su función principal es la reserva de energía.

Anexo de la piel:

- Glándulas sudoríparas
- Glándulas sebáceas
- Pelo
- Uñas

### 3.8 VEJEZ

La vejez se interpreta como el periodo de la vida en que va en decremento de las funciones mentales y físicas se acentúa cada vez más en comparación con anteriores épocas de la existencia, en este periodo hay una pérdida de la vitalidad que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés que conduce en ultimo termino a la muerte, a medida que el hombre envejece ocurre un deterioro progresivo de casi todas sus funciones biológicas, incluso en ausencia de enfermedad.

Dentro de los grandes síndromes geriátricos las movilidades una de las más graves consecuencias de la enfermedad que puede sufrir un anciano contribuye el conjunto de síntomas y signos que resultan de la descompensación o deterioro del equilibrio por desconexión de las funciones de relación del sistema neuromusculoesquelética que condicionan la limitación funcional de postración independencia progresiva la prevalencia e incidencia de los problemas de movilidad de los ancianos aumenta con la edad. Por otro lado, la primera varía independencia de las circunstancias se estima que entre 15 y 18% de los mayores de 65 años tienen problemas para moverse por sí mismo es 53% de los ancianos de más de 75 años presenta dificultades para salir de la casa y el 20% está prácticamente confinado en su domicilio. (2)

Las consecuencias de la inmovilidad son graves y numerosas el reposo en cama debe reservarse para aquellas situaciones críticas en que está en riesgos inherentes a mantener una actividad física sobre riesgos significativos de inmovilidad.

La falta de omisión inherente a no reconoce los problemas de movilidad cómo las situaciones patológicas y, por lo tanto, potencialmente tratadas solo es sobrepasada en frecuencia severidad por el pecado cuando familiares amigos o profesionales de la salud recomiendan el reposo en cama como plan terapéutico para los ancianos, la inactividad prolonga o la permanencia en cama agrava complicaciones locales y sistémicos que

pueden ser evitadas desde la atención primaria. La inmovilización aparece con mayor frecuencia en la etapa geriátrica y es necesario identificar factores de riesgo biológicos y psicológicos, socioeconómicos a través del binomio del médico, la enfermera, la familia y el equipo multidisciplinario de atención gerontológico en la comunidad para prevenir que estos pacientes lleguen a la discapacidad o inmovilización total.

El grupo de edades entre 70-79 años y el sexo femenino son los que tienen mayor riesgos de inmovilización; el predominio biológico son las principales enfermedades musculoesqueléticas que afectan en mayor número las físicas en las actividades de la vida diaria entre los pacientes inmovilizados. (11)

- El predominio es el sexo femenino en 63%, 33% masculino.
- Grupo etario entre 70-79.
- Enfermedades musculoesqueléticas 48% y cardiovasculares 38% debilidad propia de la edad 32%
- Factores psicológicos 28%
- En todos los casos el sexo femenino predomina sobre el masculino

En Italia y Grecia más de 22% de la población tiene 60 años o más y se prevé que para el 2005 serán Italia y Japón las naciones con mayor proporción de personas mayores de 65 años. En Estados Unidos existe una proporción de 70 varones por cada 100 mujeres y cifras que disminuyen a 41 varones por cada 100 mujeres a partir de los 85 años.

Los factores de riesgo biológico la osteoartritis es la enfermedad articular mas habitual y constituye la causa mas frecuente de discapacidad entre los mayores de 65 años y se relaciona con las caídas frecuentes e inmovilidad.

El 15% de los ancianos que viven en la comunidad presentan síntomas depresivos significativos, las personas mayores de 65 años presenta episodios de depresión en algún momento, sentimiento de tristeza y melancolía.

La prevalencia son los grupos de edades de 70-79 años y el sexo femenino, los riesgos biológicos, dentro de ellos la son enfermedades musculoesqueléticas, son las que tienen mayor prevalencia, la capacidad física se ve afectada con mas frecuencia que la psíquicas, las actividades de la vida diaria fueron las más dañadas, las presencias de complicaciones sistémicas fueron más frecuente en el adulto mayor inmovilizado. (13)

### **3.9 RIESGOS DE ULCERAS POR PRESION EN LA POBLACION DE ANCIANOS**

En la sociedad actual, uno de los problemas de salud con el cual se identifican a los ancianos son las úlceras por presión; en una patología nada agradable de tratar porque requiere cuidado, dedicación y un gran manejo por el profesional de enfermería y teniendo en contra el proceso de cicatrización que ya es mas lento por el mismo metabolismo. (22)

Las UPP son lesiones cutáneas originadas como consecuencia de una falta de irrigación sanguínea de origen isquémico. Que produce daño tisular en la zona expuesta a una presión prolongada originando la descomposición cutánea y por consiguiente necrosis del tejido subyacente, grasa y musculo, se presenta entre los 76-80 años, principalmente en adultos mayores frágiles, dependientes o postrados debido a su limitada movilidad y autovalencia.(5) (18)

El impacto de las UPP en los hospicios y residencias geriátricas, tienen una prevalencia de 25% y aumentando al 12% en las unidades de rehabilitación y nivel hospitalario.

La sociedad se esta convirtiendo en una sociedad de anciano, con las características propias de una cultura generacional y social, las estimaciones apuntan que el 2025 la población de ancianos alcanzara mayor auge y la mayoría de las enfermedades que se presentaran con el aumento de las edades son postrantes, de mediana y largo tiempo de asistencia médica. En los centros hospitalarios se puede observar que los ancianos presentan múltiples patologías como las enfermedades discapacitantes (infarto agudo al miocardio, la hipertensión arterial, Alzheimer), lo ancianos a una alta posibilidad de desarrollar UPP.

El 65.1% presenta estado físico regular, 45.4% estado mental apático, con actividad física disminuida lo que provoca actividad disminuida hasta un 65%, en su mayoría necesita ayuda para caminar y el 55.5% se refiere a incontinencias ocasionales, **destaca que el 27.5% de los ancianos presentan un riesgo alto de reproducir UPP. Se observa que el riesgo aumenta, cuando los adultos mayores fueron asistidos por otros miembros de la familia y cuidadores informales. (2)**

Viudez:

Cabe destacar que el 54% de la población está en condición de viudo, y constituye la mayoría y presenta alto riesgo de presentar UPP, sobre todo si viven solos o terceros que pueden no estar suficientemente capacitados o tener múltiples actividades de tipo domésticas, laborales, sociales entre otros que les impide dedicar un cuidado especial al anciano

Educación:

El nivel de educación es importante porque, en la mayoría de los casos, interviene como facilitador del proceso enseñanza-aprendizaje, las instrucciones que se otorgan al anciano en respecto a los cuidados de prevención de UPP pueden ser mejor entendidas y aplicadas.

Nutrición:

La prevalencia de la mal nutrición en todos los grupos etarios es elevada, más aún, si la mayoría tienen una enfermedad. La probabilidad de seguir una dieta inadecuada aumenta con el envejecimiento. El déficit nutricional promueve una deficiencia en la oxigenación tisular con la consecuente disminución del aporte de nutrientes, antibióticos y proteínas a los tejidos, disminución de la respuesta inmunológica del organismo los cambios fisiológicos propios del envejecimiento.

Estado de Alertas:

El estado de alerta o somnolencia presenta en los ancianos, como consecuencia de una patología asociada, también influye en su capacidad de autocuidado, el anciano se

observa apático, reaccionando con dificultad a los estímulos, somnolencia y apenas respondían a las ordenes simples, la actividad de autocuidado disminuye, en la mayoría de los pacientes octogenarios, que requieren ayuda para realizar algunas actividades de la vida diaria, como vestirse, ingerir alimentos, bañarse, caracterizando una población que tiene afectada su calidad de vida.

#### Actividad Física:

La disminución de la actividad y movilidad constituyen indicadores para la dependencia funcional y tienen repercusiones negativas sobre la salud y calidad de vida de los ancianos, principalmente por la exposición a largos a largos periodos de postración.

#### Incontinencia:

La incontinencia esta es uno de los síndromes geriátricos de mayor prevalencia, principalmente por su repercusión directa en la calidad, la incontinencia aumenta entre 50 y 60% la probabilidad de presentar UPP en pacientes de casas de reposo y el uso de dispositivos como pañales, sondas Foley disminuyen su capacidad de continencia.

#### Cuidadores:

El cuidado de ancianos de 60 años, en un 46% de lo casos corre a cargo de los hijos mayores. La atención de los ancianos cuidados por otros familiares y por cuidados informales presentan mayor riesgo de presentar UPP 26%, es posible que estas personas no estén atendidos debidamente al anciano o que las condiciones de salud del mismo este afectada. Los hijos, pueden afrontar con mayor facilidad del cuidado de sus mayores, por una mayor acumulación de riqueza y por estar con ellos mismos en la edad de jubilación.

#### Residencia para Ancianos:

Los individuos de edades comprometidas entre 65-75 años tienen la probabilidad de estar institucionalizado que las edades inferiores, la edad el estado civil, el lugar de residencia, las variables de salud aumentado la demanda social, la persona dependiente prefiere ser cuidado en primer lugar por su conyugue, después por los hijo, luego por otro familiar y

en ultimo lugar, por otro cuidador informal en combinación con el apoyo formal a un segundo plano y con carácter de complementariedad solo se utiliza cuando el apoyo informal no es suficiente.

En las instituciones ingresan para vivir en las residencias, donde reciben una atención especializada, el ingreso en centros residenciales de atención especializada a personas de edad avanzada que viven solas, que no tienen soporte familiar o que de manera voluntaria deciden irse a un centro de estas características.

La probabilidad que las personas dependientes casadas estén institucionalizados es aproximadamente un tercio de la posibilidad para las personas viudas, las personas que vivan en zona urbana, tienen más probabilidad que las personas que vivan en zona rural, personas con tratamiento farmacológico especializado. (2)

#### **4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE UPP/LPP EN EL MUNDO**

La prevalencia reportada de UPP a nivel mundial de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta entre 5% y 12%, en el continente americano es del 7%. Lo cual hace mención en los estudios realizados por el Instituto de Medicina de Harvard se estimo que 4% de los pacientes sufren algún tipo de UPP o daño en el hospital, 70% de los eventos adversos provoca incapacidad corporal y el 14% de los incidentes son mortales

En Estados Unidos se atienden un estimado de 2,5 millones de UPP al año, en estancias de cuidados agudos, por esta causa se genero un costo estimado de 500 a 40,000 dólares por cada UPP diagnosticada y tratada, la incidencia oscila entre 0.4% y el 38% en hospitalizados y el 17% en residencias para ancianos. Otro estudio reporto que el 36% de los adultos mayores con fractura de cadera desarrollan esta complicación.

En un estudio publicado en el Reino Unido en el 2004, el cual se llevo acabo a nivel Hospitalario se determino el costo de tratamiento por paciente el cual asila entre 1080-15,000 libras esterlinas, En España 2006 arrojó cifras de 211 hasta 16,000 euros por episodio, en México 2013 un estudio publicado que se realizado en 14 a unidades de

primer de atención, señalo que el costo unitario de atención de UPP asciende a 687 pesos mexicanos per capita a la semana y 2,748 per capita al mes. (14)

- La OMS, ministros, investigadores y pacientes de todo el mundo acordaron la puesta en marcha de la alianza Mundial para la seguridad del Paciente, bajo el lema “ANTE TODO NO HAGAS DAÑO”, con el fin de luchar contra la propagación de infecciones relacionadas con la atención de salud. (8)

En México hay prevalencia del 20 % en los pacientes de 71 a 80 años; en España es del 8.5% en mayores de 65 años y en Brasil se reporta una prevalencia del 12.7%.

## 5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS UPP EN MEXICO

En México, no existen estadísticas de la incidencia de las úlceras, La localización anatómica de sospecha de daño tisular profundo se encuentra comúnmente en el talón (41%), sacro (19%) o glúteos (13%).

En nuestro medio , no se cuenta con estudios a nivel Nacional que indique su incidencia, sin embargo un estudio realizado en pacientes con ventilación mecánica, de la unidad de cuidados intensivos e intermedios de la Institución Nacional de enfermedades Respiratorias, reporto un incidencia de 80% dando resultados en porcentaje de acuerdo a su localización;sacro30%, cóccix 20%,trocanter 17,talones 12% y otros 13% y el 13.3% de los pacientes desarrollo al menos una escara en la primera semana. Entre los pacientes hospitalizados se estima que la prevalencia entre el 3y 17, siendo hasta del 50% UCI y en adultos mayores hospitalizados es alrededor del 40%. (7)

En México, en 2011 se realizó el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las UPP, dando como resultado una prevalencia del 12.92% que lo ubica en un nivel medio con respecto a otros países como España y Alemania cuya prevalencia oscila entre 6 y 13%.

Se tenia conocimiento de nivel prevención, pero no se contaba con datos de la magnitud de problemas de UPP. (10)

- La primera vez (2012) que se realiza un estudio de prevalencia a nivel nacional en el Sistema Nacional de Salud con el Objetivo de conocer la magnitud de las UPP en pacientes hospitalizados como un evento adverso prevenible. Las instituciones que participaron IMSS, ISSSTE, LA SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO FEDERAL, DIF, PEMEX, SEMAR: 175 Unidades, 32 entidades federativas. A nivel nacional fue de 12.92% la prevalencia cruda y la prevalencia mediana es de 20.07%, en las entidades federativas con mayor prevalencia fue Jalisco 64%, Querétaro 41%, Campeche 38% y Colima 33%. Mujeres tuvieron una mayor prevalencia de UPP 52% y los pacientes que tienen entre 71 y 80 años, los días en promedio fue de 6 después de su ingreso 74% y el 26% llegaron a la unidad medica con UPP ya desarrolladas. (1)
- En unidades de segundo Nivel: En México, realizaron un Primer estudio Nacional de prevalencia de UPP en 175 unidades de segundo nivel de atención a lo largo de todo el país, en donde se reportó una prevalencia media de 20% en contándose la mayor proporción de los casos en la siguiente localización: sacro 27, talón 27, isquion 10%, cabeza 4% y codos 35%. En cuanto la severidad de las lesiones, la mayoría de ellas fueron consideradas como de estadio 1 (39% del total de las lesiones) se desarrollaron en aproximadamente 6 días a partir de la fecha de ingreso a la institución. La distribución de la población por servicio fue: cirugía Gral. 52.8%, MI 22.9%, CPyR12.4%, UCIA 11.9%. Fueron 52,5% fueron mujeres y el 47.5 hombres %, con una mediana de edad 61.4 años, ubicándose la mayor proporción los individuos de entre 71 y 80 años (22%) las enfermedades más frecuentes son las cardiovasculares 14.9%, y el 31.1% de los pacientes con UPP tenía algún tipo de incontinencia. El lugar de origen de las lesiones fue en las instituciones en un 73.8%, en el domicilio del paciente 19.9% en otra institución 3.3% y desconocido 6%. El elemento causal mas frecuente es la Presión 82.5, cizallamiento 12, fracción 4.4% y la humedad 1.1%. Costo por día 6,457.64\$MXN. Se menciona la obesidad y se desarrollan a partir del sexto día, en la posición de decúbito supino y pueden desarrollarse en un periodo corto como 2 a 6 h, el tiempo en

el cual la presión persistente ejercida sobre una prominencia ósea o tejido blando.

- Unidades en tercer nivel: La prevalencia general puntual fue de 11.60% por esta de la vida: 10.1% en neonatos, 10,8% en pediátricos, 9.7% en adultos y 16.9% en ancianos, midiendo Braden y Braden Q en pediátricos, en los Estadios I y I, se encontró una prevalencia puntual por debajo de lo reportado a nivel nacional e intermedio a nivel nacional: 42.7% fueron mujeres y 57.3% fueron hombres, edad media 48, neonatos 7.9%, pediátricos 4.5%, adultos 51.7% y los ansianos 35,9%. Los neonatos son un grupo muy vulnerable y con alto riesgo de desarrollar debido a la inmadurez de la piel. En pediátricos está relacionado en los líquidos, electrolítico y perfusión, altas demandas metabólicas y la edad, que condiciona el grado de dependencia hacia el cuidador primario para su movilización y reposicionamiento. En los adultos mayores son intrínsecos y extrínsecos, en ansianos se conjugan todas las características de las etapas anteriores.
- Con base a lo anterior, gobierno mexicano por medio del Programa Nacional de Salud 2007-2012 inició un programa con cinco objetivos en la atención de la salud y una de ellas es la prevención de UPP, dirigido a mejorar la calidad técnica, la calidad percibida y la calidad de la organización, con un monitoreo organizado y sistematizado de indicadores de calidad (INDICAS). (6)

Se debe de conocer la magnitud de las UPP que son eventos adversos que se presentan en el país, a partir de la aplicación de una encuesta nacional y cuantificar el problema, en la década de los ochenta se consideró como una “epidemia debajo de las sabanas” pero continua sin datos fidedignos por que da miedo reportar el evento adverso la sola palabra tiene connotaciones de miedo por tener una repercusión administrativa o ser señalado.

(6)

## 6. ANTECEDENTES

### 6.1 Descripción breve de los artículos científicos encontrados relacionados a los factores UPP

En los artículos encontrados en su mayoría arrojan las mismas características en las que los pacientes pueden desarrollar UPP; son edad muy avanzada a partir de los 70 años, cuando se tiene un decremento de las funciones físicas que es en la vejez, la principal comorbilidad asociada son problemas cardiovasculares, en cuestión de género las mujeres son las que más presentan UPP lo cual podría ser relacionado en edades más avanzadas asociadas a incontinencia asociada a problemas con el piso pélvico por la historia clínica de ginecológica, abandono que ocasiona depresión falta de movilidad, viudez, estado socioeconómico si el adulto mayor tiene cierta estabilidad económica no se le deja solo .

Mencionan que se desarrollan más en las Instituciones después de su ingreso con 6 días a partir de su ingreso hospitalario, que se considera un evento adverso y es una forma de medir la calidad de atención en enfermería, son lesiones o complicaciones que ocurren durante la atención de la salud y que pueden ser prevenibles hasta en un 95%. Tienen gran impacto en la salud de las personas físico, mental y económico y pueden ir a un problema de discapacidad incluso llegar a la muerte o al deterioro en el estado de salud, a la demora de alta, en la prolongación de la estancia hospitalaria. Medidas de prevención. (20)

Todos mencionan la frase “Evento Adverso”: Como definición de Evento Adverso se adopto lo referido en la política de seguridad del paciente y esta relacionado a los eventos de Enfermería observados durante la atención de salud. Como criterio para la presencia del evento se tuvo en cuenta aquellos eventos generados posteriores a la valoración inicial, se consideraba como antecedentes, si un paciente desarrolla un mismo tipo de evento más de una vez, cada uno es considerado aparte y se debe de dar diligencia en formatos, así como si desarrolla eventos distintos al mismo tiempo o durante la estancia. Los eventos adversos tienen gran impacto en la salud de las personas, en los costos

institucionales y en el ejercicio profesional lo que cabe resaltar que la seguridad del paciente es fundamental en enfermería y en la atención de salud de calidad, las enfermeras son las que permanecen mayor tiempo con los pacientes y pueden detectar fácilmente situaciones adversas relacionadas con los cuidados prestados por ellas mismas o por otro personal de salud. (7)

## 6.2 DESCRIPCIÓN DEL POLICLÍNICO

### La casa de las hermanas del buen samaritano

El Policlínico de las Hermanas del Buen Samaritano es un centro de primer nivel de atención que proporciona servicios de salud a personas socioeconómicamente vulnerables de Malinalco y comunidades aledañas. Asimismo, cuenta con un pabellón de hospitalización con 45 camas, en el cual se dan cuidados y atención a enfermos en etapa terminal. (15) (9)

- Mensualmente proporciona alrededor de 600 consultas generales de salud.
- Atiende a población de todos los grupos etáreos (desde niños a adultos mayores)
- Con diferentes padecimientos.
- En un año, se realizan aproximadamente 6,000 consultas médicas entre brigadas médicas
- Consultas en el dispensario, así como más de 3,000 tratamientos médicos.
- Atienden a personas de escasos recursos, sin acceso a otras instituciones de salud.
- Visitas domiciliarias para aquellos que no pueden acudir a la Casa.
- Pabellón para enfermos: Con 45 camas, atendiendo a enfermos en etapa terminal para que puedan pasar dignamente.

La congregación de las “Hermanas del Buen Samaritano”, fundada en Chile en 1978 por la Madre española Irene García de Prado, como respuesta a las necesidades de los más marginados:

**“consiste en curar y aliviar el dolor de los enfermos más pobres, especialmente pacientes en etapa terminal buscando que pasen dignamente sus últimos días”**

### 6.3 Malinalco

El municipio de Malinalco al suroeste del Estado de México, México es un pequeño poblado con 25,624 habitantes, cuyos primeros registros provienen del posclásico temprano (900 d.C.), cuando la comunidad formó parte de la esfera matlazinca y adquirió gran importancia en la dinámica cultural del altiplano central del país. Se sabe que sus pobladores fueron hostiles a la conquista española, y que los frailes agustinos llegaron a la región hacia 1537. Estos antecedentes se relacionan con el aspecto tradicional y aún rural de Malinalco, pero su población cambió significativamente en los últimos veinte años. Aumentó 51.9% entre 1990 y 2010, mientras la Población Económicamente activa ocupaba en el sector primario se redujo drásticamente, dejando a servicios y comercio como las principales actividades actualmente.

En materia de turismo el flujo se identifica con un interés principal en las características rurales de Malinalco, mientras que su aumento en los ochenta y luego con el despegue del Club de Golf a principios de los noventa, coincide con la difusión del mercado de suelo que lo convirtió en receptor de migrantes de altos ingresos, y que configuró el llamado turismo residencial gracias a estos acontecimientos, la localidad ha mostrado una importante expansión del turismo en general y del residencial esta expansión se ha acompañado de cambios muy importantes se ha observado signos preocupantes de inestabilidad social y violencia, relacionados con el turismo y el proceso de patrimonialización. La actividad productiva o vida cotidiana está relacionada con el turismo, la impresión de los pobladores (impactos naturales y socioculturales del turismo, planificación turística, desarrollo local).

Malinalco se considera que la población ha sufrido alteraciones en sus patrones de comportamiento suscitadas por el contacto con otras sociedades tales cambios son explicados por la ampliación de las relaciones (políticas, religiosas u otras), que acompaña al desarrollo turístico y genera mayores necesidades económicas esto modifico su modo de vida; han aparecido y aumentado tensiones y descontentos entre la población local, lo que ha sucedido al ver como unos cuantos “se apoderan” de lo que les pertenece. (16)

También se afirma que el crecimiento del turismo se ha acompañado del aumento del alcoholismo y la drogadicción entre la población local, por la influencia de los nuevos residentes, de los cuales está ocurriendo una “invasión”. Esto ocasiona que la población local sea desplazada de su territorio y de la actividad económica, ya que son ellos quienes tienen el poder económico para incursionar en algún negocio que satisfaga la demanda de los turistas. Esto nos lleva a ver que solo se satisfacen las necesidades de salud de las personas no originarias porque ellos pueden pagar los servicios de salud a comparación de las personas pobres de Malinalco.

La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados, las localidades que tienden a presentar peores resultados sanitarios que las personas con capacidad económica, esta asociación refleja una relación de casualidad que funciona en dos sentidos: La pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo más pobres, por la desigualdad de ingresos. Las entidades pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en desigualdad y este poblado se ve muy marcado esta situación. Por eso acuden al policlínico por no contar con otro sistema de salud.

## **7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Los factores de riesgo en los que se han encontrado asociación con heridas son: tabaquismo, edad avanzada, historia familiar y la profesión que obligue a un estado de bipedestación prolongada y vida sedentaria (López Sullaez, 2015) enfermedades previas

(comorbilidades) Además, (16) Ha comprobado que la incidencia de cierre de heridas se relaciona con un mal manejo en el tratamiento de éstas, complicaciones y tiempo de evolución.

El aumento de pacientes con heridas de Malinalco que se ha evidenciado en la consulta externa y en pabellón en la clínica de las Hermanas del buen Samaritano donde son ingresados algunos pacientes que ya tienen consecuencias de las enfermedades previas tiene estrecha relación con la presencia del diagnóstico de alguna enfermedad crónica degenerativa; esto ha llevado a la necesidad de investigar por medio epidemiológico y estadístico el número de casos de heridas en dicho municipio principalmente en las UPP. Evitando consecuencias tales como: Incapacidades temporales, permanentes y totales, Infección Local o sistémica, amputaciones y en casos extremos la muerte.

Adicionalmente, en Latinoamérica no se han encontrado registros de vigilancia y control de los pacientes, debido al poco número de especialistas en heridas para brindar un tratamiento adecuado e interdisciplinar, porque todavía no se ve este padecimiento como lo que realmente representa un riesgo para la salud. Además de las condiciones sociopolíticas en que se encuentra el país donde está muy centralizado la atención y los Estados quedan desprovisto de asistencia médica.

Por lo consiguiente, se formula la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son los principales factores sociodemográficos asociados a úlceras por presión en pacientes de la Casa de las Hermanas del Buen Samaritano??**

Antiguamente, las heridas crónicas se definían como toda aquella que no epitelizan dentro de los primeros 21 días, actualmente la literatura define una herida crónica como “aquellas heridas que no han seguido el proceso ordenado y en tiempo para producir integridad anatómica y funcional” (Ruiz J. C., 2013) es decir si una herida presenta factores de riesgo como infección severa después de haberse producido seguramente será una herida crónica porque se está corrompiendo el adecuado proceso de epitelización. Para diagnosticar la causa de una herida específicamente de las UPP en la

que está enfocada esta investigación específicamente es necesario conocer el cuadro clínico de los distintos tipos de estadios de las lesiones que existen para poder realizar un diagnóstico certero.

## 7.1 Tema de Investigación.

“Factores sociodemográficos asociados a úlceras por presión en pacientes de la Casa de las Hermanas del Buen Samaritano”

## 7.2 Planteamiento del Problema.

El origen de las lesiones por presión es por la reducida movilidad por ejemplo las personas con periodos largos en paciente encamado, personas en silla de ruedas o que no pueden cambiar de posición.

Otros factores que influyen en la aparición de las lesiones por presión edema, humedad, mal estado nutricional, enfermedad crónica, incontinencia urinaria o fecal.

Los sitios más vulnerables a la aparición de las lesiones por presión son aquellas donde hay prominencia ósea tal como omoplato, cresta iliaca, sacro, trocánter, isquion, zona poplítea, pies.

Las lesiones por presión empeoran el estado de salud del paciente ya que prolongan la estancia hospitalaria del paciente y así mismo aumentan los cuidados y tratamientos; y afecta de manera directa la calidad de vida del paciente.

En México como en el resto del mundo la pirámide poblacional esta cambiando y dé una forma la cual se está invirtiendo, que quiere decir, que se esta observa que ha hay mas ancianos con necesitas igual que los niños que quiere necesitan de un cuidador por todas sus necesidades ya emocionadas previamente en esta investigación, en Municipio de Malinalco no es ajeno a este fenómeno y se observan que las personas que se atienden en el policlínico son adultos mayores que no cuentan con una seguridad social, en su mayoría dependientes económicamente de los hijos incluso se llega a ver personas

en abandono y son las que están ingresadas en el Policlínico por las características mencionadas, principalmente se observa una mala nutrición, edad avanzada enfermedades crónicas que llegan a ser postradoras en cama y esta investigación va enfocada a ver cual es el principal factor sociodemográfico en Malinalco.

## 8. JUSTIFICACION

Las úlceras por presión (UPP/LPP) son definidas como «una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente, resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla, que también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos». Las UPP/LPP se diferencian de otro tipo de heridas crónicas a partir de su misma denominación. Mientras que lesiones como úlceras de pie diabético, úlceras venosas y úlceras arteriales proporcionan un claro indicio de la enfermedad subyacente que contribuye a su desarrollo, las UPP/LPP hacen énfasis en la causa primaria de su aparición: LA PRESIÓN. (17)

Sin embargo, dicho factor no comprende una enfermedad pese al padecimiento propio y el cual puede llevar a una larga estancia hospitalaria y costosa, incluso llevar al deceso de las personas que lo llegan a padecer, es una condición externa, que se puede prevenir y su aparición es de una acción de diversos factores intrínsecos y extrínsecos, tales como la edad avanzada, el estado nutricional y la presencia de alteraciones en la movilidad (factores intrínsecos), así como la exposición de la piel a la humedad y a las fuerzas de fricción y cizalla (factores extrínsecos) por esta razón se denominan Lesiones Relacionadas con la Dependencia, la cual se presenta como su nombre lo dice en pacientes totalmente o parcialmente dependientes de un cuidador ya sea en casa por la edad avanzada con o sin enfermedad subyacente en hospitalización como urgencias, urgencias en choque, observación. (15) (14)

Las UPP no solo representan una condición que incide de manera negativa en el bienestar físico, mental y emocional de quienes las padecen, sino que conllevan a la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes, deterioran la imagen de las instituciones de salud y contribuyen al incremento de la carga de trabajo de los profesionales de enfermería.

Hacen referencia a la aparición de UPP cuando mencionan que son «una muestra de negligencia asistencial con importantes implicaciones legales y éticas de los profesionales de salud hacia los pacientes, en las instituciones en las que estos prestan sus servicios». (Soldevilla), los familiares que tienen a su cuidado a pacientes totalmente dependientes o en las instituciones asistenciales se ha visto reflejado que son en las instituciones de salud donde hay mayor prevalencia de la aparición de las úlceras por presión; Al respecto, las autoridades sanitarias formularon un sistema de indicadores encaminados a monitorizar la calidad de los servicios de salud, entre los que se encuentran la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizado y si llega a requerir asistencia médica la cual se tenga que hospitalizar hacer énfasis y registrar como ingresa al usuario a la institución y dar educación para la salud a los familiares para su mejor cuidado y recupera la calidad de vida, con el objetivo de no reingresar por el mismo padecimiento. (10)

Con respecto al cuidado de las heridas las cuales ya se había mencionado no son en sí misma enfermedad sino un agregado a la enfermedad de base por esa razón no se le daba su importancia sino era salvaguardar la vida , que daba hasta en tercer plano la herida, y se puede quedar sin tener una buena resolución por años por que afectaba directamente la vida pero si ver que esta misma son un **signo/síntoma** que no se a mejorado el estado de salud y hay que atacar la enfermedad de base. Pero se ido mejorando con el paso del tiempo a tomar en cuenta las heridas y darle un mejor tratamiento. (9)

Los altos costos en los servicios de salud y la pobre calidad de vida de los pacientes que las sufren generaron en los últimos 20 años el desarrollo de tecnologías para el cierre rápido, óptimo y costo-efectivo de estas lesiones, desafortunadamente el cuidado a las

heridas no es el correcto y muchas veces es empírico, por esto es necesario personal capacitado que brinde la atención adecuada que ayude al paciente a tener una mejoría rápida y efectiva.

Esta investigación es importante porque existe alta incidencia de pacientes con heridas crónicas y agudas de difícil cicatrización UPP, en el policlínico “Hermanas del Buen Samaritano”; las cuales requieren de un registro de la prevalencia para su mejor la vigilancia y control en la detección temprana de heridas ya que los pacientes que se encuentran ahí son totalmente dependientes de los cuidados de personal de salud por su edad avanzada, o que han sufrido una enfermedad que los ha convertido en pacientes totalmente dependientes (evc o amputaciones de mp) ya sea que ingresen porque en su entorno familiar no cuenten con los recursos para atenderlos o simplemente el desconocimiento del mismo y por esta razón acuden a esta estancia para que se les pueda brindar una mejor calidad de vida en su etapa terminal, sea digna y no prolongar más su estancia. (6)

## 9. OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Alimentar el registro en base de datos
- Vigilancia y Control de los pacientes
- Obtener información de estadística en factores asociados a la aparición de Lesiones Por Presión

Lo anterior, es importante para caracterizar estadísticamente a la población con distintos tipos de heridas y los principales factores de riesgo en la úlceras por presión que es el tema principal de esta investigación que presentamos y queremos dejar la base de datos actualizada para que continúe actualizando los datos, dejar estandarizado los cuidados a los pacientes que presentan heridas en el policlínico de Malinalco. Dar estrategias para mejorar la atención a pacientes que ya presentan este padecimiento.

## 9.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Analizar los principales factores sociodemográficos que causan las lesiones por presión en la casa el buen Samaritano.
- Obtener los principales factores que contribuyen en la aparición de lesiones por presión en la Casa del buen Samaritano.

## 10. HIPÓTESIS

Los principales factores sociodemográficos asociados a úlceras por presión en pacientes de la Casa de las Hermanas del Buen Samaritano, que se cree que existen; ser del sexo femenino, edad avanzada a partir de la sexta década de la vida, ser viudo (a), tener una enfermedad de base la principal cardiovascular, movilidad limita, baja escolaridad, cursar un cuadro de obesidad y pacientes de bajos recursos económicos.

## 11. UNIVERSO, MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

### 11.1 Lugar donde se realizó el estudio:

El estudio se realizará en el Policlínico de la “Casa de las Hermanas del Buen Samaritano,” el cual está ubicado en Camino Del Panteón 2, San Juan, Malinalco, Estado de México.

### 11.2 Universo

La población que se estudió en esta investigación constituyó personas con alguna herida, una “ulcera por presión en cualquier superficie corporal en diferentes estadios” que busquen atención y tratamiento en el Policlínico de las Hermanas del Buen Samaritano.

En cuanto a consultas de pacientes con heridas en la consulta externa y en pabellón, en base al reporte de prácticas de alumnos de la Maestría de Heridas, Estomas y Quemaduras de la Universidad Panamericana, desde mayo a septiembre 2018, se documentó la atención a 20 pacientes de diferentes tipos de heridas: 7 de consulta externa (55% sexo masculino) y 13 internados en el pabellón (70% sexo masculino). La lesión predominante en los primeros son las úlceras venosas y en los segundos, las úlceras por presión, estos datos se quedaron para la base de datos de Malinalco para el Policlínico y se tomaron 9 casos de pacientes que presentaron Úlceras por presión que es el tema de esta Investigación

Para que el proyecto pudiera ser ejecutado fue necesario realizar un anteproyecto el cual fue aprobado por comités de la universidad Panamericana y la aprobación misma de la estancia en este caso en la Casa de las Hermanas del buen Samaritano.

El total de pacientes fue valorado para su identificación de la prevalencia y para la caracterización de los factores asociados, los cuales fueron informados del estudio que se les realizó y se solicitó su autorización por medio de un formato de consentimiento informado extendido de forma directa por la Universidad Panamericana.

El proyecto se ejecutó de la siguiente manera:

- Aprobación y el concepto dado por la Universidad panamericana y la estancia Casa de las Hermanas del Buen Samaritano.
- La presentación del plan del trabajo a la Hermana Luz que en ese momento se encontraba como encargada de dicha estancia.
- Selección de la muestra según los criterios de inclusión y exclusión.
- Hubo una presentación ante el paciente de quien iba a trabajar en dicha investigación.
- Explicación del procedimiento a realizar y conocimiento del consentimiento informado escrito.

Recolección de datos mediante la observación valoración y registros clínicos es importante mencionar que el formato consta de dos apartados, el primer apartado hizo referencia a todos los factores tanto extrínseco como intrínseco de los cuales se obtuvo información del paciente y del expediente electrónico que se maneja internamente en la Casa de las Hermanas del Buen Samaritano tomando en cuenta que se realizó también una valoración cefalocaudal para complementar el primer apartado.

La segunda parte más específica se hizo para determinar la presencia de Lesiones Por Presión se utilizó la observación directa y enfocada a cada sitio de presión en el cuerpo de cada paciente y en el orden céfalo caudal esta valoración fue realizada por cada grupo que llegaba a rotar por las prácticas clínicas pertinentes a cada módulo, Heridas y Quemaduras en cada una de ellas se tenía en contacto con algún compañero de la parte investigadora, para pacientes que entraban en el protocolo se llenaba la segunda parte en el siguiente orden:

- 1 nombre y padecimiento actual.
- 2 seguimiento de signos vitales.
- 3 se describía la lesión en este apartado se habla brevemente de sus tratamientos anteriores, así como el padecimiento actual.
- 4 morfología de la herida aquí se explica el lecho de la herida el lecho de la herida (granulación, hiper granulación, fibrina, esfacelo necrosis, islas de epitelio), medidas (largo x ancho), socavamiento, tunelización, exudado, dolo, y piel perilesional.
- 5 tratamiento de la herida aquí se registra el tratamiento y tratamiento de cada curación.
- 6 observaciones.

Es importante mencionar que para realizar un control de sesgos en la valoración en la valoración de las UPP que se encontraron se contó con un evaluador externo que confirmo la observación realizada

- Ordenamiento y análisis de datos
- Presentación de los resultados encontrados.

### **11.3 Material y diseño.**

Nuestro estudio es un reporte de casos que se enfoca a los factores sociodemográficos para presentar lesiones por presión en la Casa del buen Samaritano, Cuantitativo de diseño descriptivo.

El estudio de los pacientes fue por conveniencia a aquellos que cumplirán con los requisitos de inclusión y descartando a los pacientes con los criterios de exclusión. Se determinará la población a solo pacientes que presenten lesiones por presión.

### **11.4 Criterio de Inclusión.**

- Pacientes con lesiones por presión
- Enfermedades crónicas
- Edad entre 40 – 80 años
- Sexo masculino y femenino
- Con sobre peso.

### **11.5 Criterios de Exclusión.**

- Edad menos de 40 años
- Enfermedades agudas.
- Pacientes que no presenten lesiones por presión.

### 11.6 Tamaño de muestra:

Se toma la muestra a partir de mayo a septiembre 2018 en la Casa del Buen Samaritano en Malinalco Edo de México.

## 12. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Nombre	Definición	Definición Operacional.	Tipo	Unidades o categorías.
<b>Fecha de ingreso</b>	Determina los días de hospitalización del paciente	Días de hospitalización	Cuantitativa.	Días
<b>Edad</b>	Tiempo de existencia en años desde el nacimiento.	Años de vida	Cuantitativa	Años
<b>Nivel de Escolaridad</b>	Grado máximo de estudio	Grados de estudios terminados	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Bachillerato</li> <li>• Licenciatura.</li> <li>• Post grado.</li> </ul>
<b>Consciencia</b>	Conocimiento que el ser humano tiene	Estado de consciencia	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente</li> <li>• Ausente</li> </ul>

	de su propia existencia.			
<b>Actividad</b>	Capacidad para deambular del paciente	Posibilidad de realizar actividades por sí mismo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminado</li> <li>• Camina con ayuda</li> <li>• En silla</li> <li>• Encamado.</li> </ul>
<b>Movilidad</b>	Capacidad que tiene un paciente para movilizarse en la cama	Capacidad de moverse independiente	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin limitaciones.</li> <li>• Ligeramente limitado.</li> <li>• Muy limitado.</li> <li>• Completamente inmóvil.</li> </ul>
<b>Incontinencia</b>	Incapacidad del paciente para controlar esfínteres	Presencia de algún tipo de incontinencia	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• Ocasional</li> <li>• Uniría y/o fecal</li> <li>• Doble incontinencia</li> </ul>
<b>Pañal</b>	Uso de pañal	Usa pañal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>

<b>Humedad</b>	Se hace referencia en la humedad en la cama y de la ropa del paciente.		Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocasionalmente húmeda</li> <li>• A menudo húmeda</li> </ul>
----------------	--	--	-------------	--

### 13. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de los datos recolectados, se utilizó la estadística descriptiva, útil para resumir la información de variables cuantitativa y cualitativas con escalas de medición nominales, ordinales y de intervalo, se utilizaron las proporciones y medidas de tendencia central; para las variables se utilizó un análisis para identificar posibles relaciones entre los factores de riesgo para la presencia de lesiones por presión. Fue dado de la siguiente manera

Se halló como primera instancia la prevalencia de lesiones por presión calculada como:

Los pacientes hospitalizados en la casa de las Hermanas del buen Samaritano que presentan Lesiones por Presión sobre el total del objeto de estudio describiendo y determinando el grado de la lesión por presión y el motivo por el ingreso para la atención

Así mismo, para los factores de riesgo se tomó en cuenta la clasificación de las variables de acuerdo con la medida (variables cuantitativas o cualitativas) con las que se recolectó la información para poder realizar el análisis de los resultados.

Interpretándose las variables como son: Edad, Sexo, Estado Civil, Motivo de consulta, Diagnóstico Médico, Antecedentes Patológicos, Actividad Física, Somatometría (IMC), Movilidad, Incontinencia, Uso de pañal, humedad.

## 14. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Se calculó un tamaño de muestra de 9 pacientes teniendo como base la capacidad instalada de los servicios de la Casa de las Hermanas del Buen Samaritano, Cabe mencionar que 3 pacientes tenían ulcera venosa, 1 úlcera arterial y 1 pie diabético y 6 pacientes no presentaban ninguna lesión en ese momento.

Los resultados que se presentan corresponden a 9 pacientes que constituyeron la muestra de este estudio al cumplir con los criterios de inclusión como fue edad mayor a 40 años y aceptar voluntariamente en el estudio.

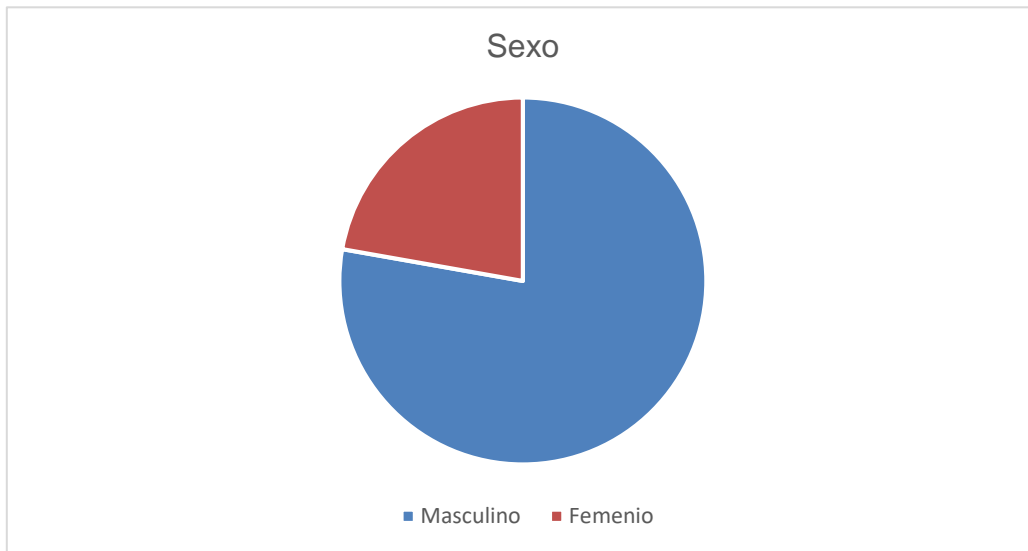
11 pacientes hospitalizadas fueron excluidas para el análisis por las siguientes razones: Edad inferior a 40 años, no contar con ningún tipo de lesión, rechazo a participar en el estudio.

Los resultados mostraron que en la edad la edad mínima es de 48 años y máxima de 88 teniendo una media de 61.

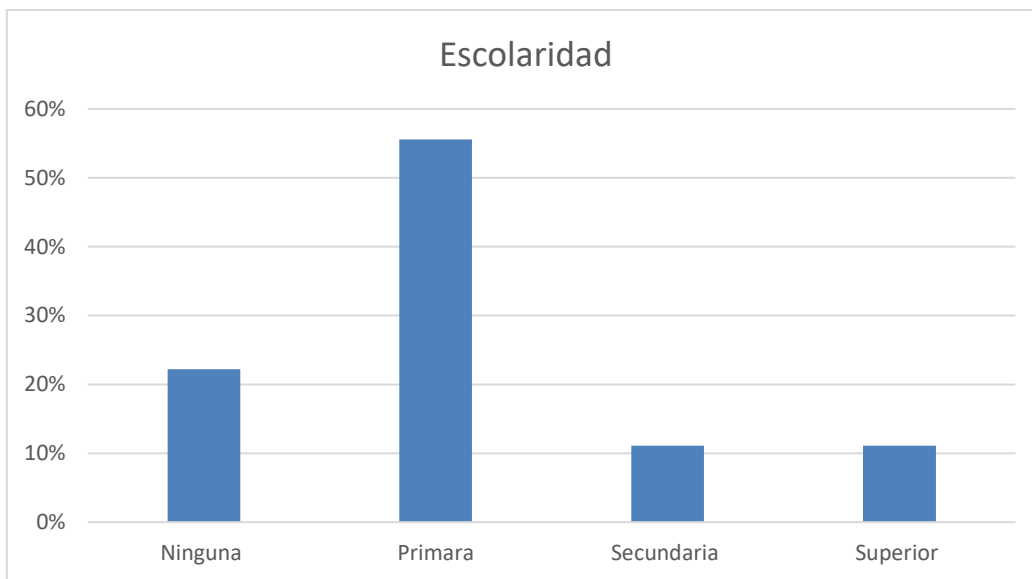
### 14.1 GRAFICAS

A continuación, se presentan las principales graficas para ilustrar y representar los datos encontrados en la presente investigación para poder conocer la situación que vive el policiano conforme a las ulcera de presión y así poder analizar lo encontrado.

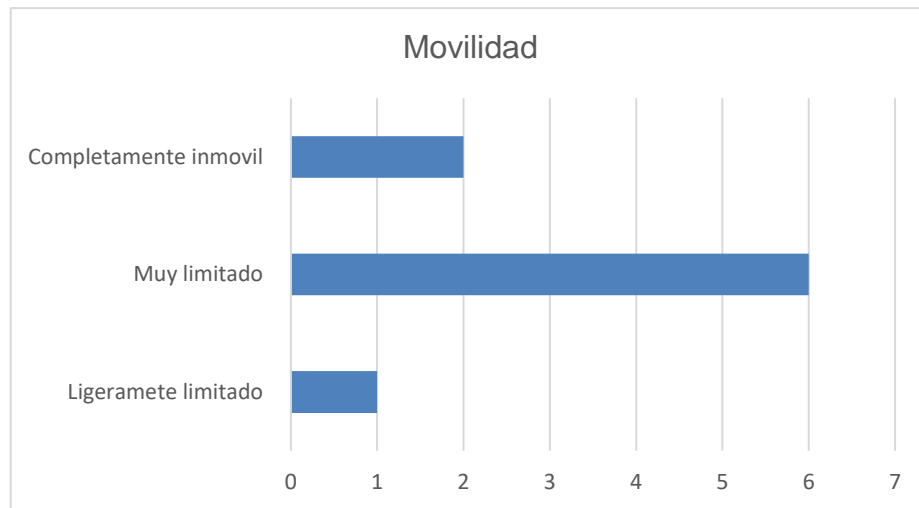
**En la gráfica No 1** se describe al género de sexo el predominio fue mayor para el sexo masculino con un 80% mientras que el sexo femenino solo fue un 20 %.



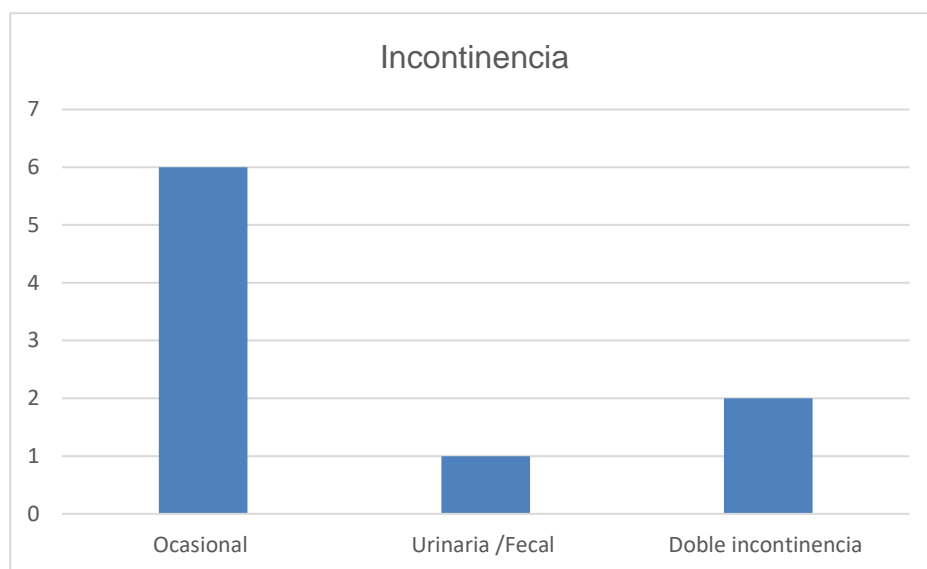
**En la gráfica No 2** .se muestra que la mayoría de los pacientes cuentan con un grado de escolaridad con un 50% tiene un grado de escolaridad básica mientras que en un 20 % no tiene ninguna, en el 10 % secundaria y el 10 % está en superior.



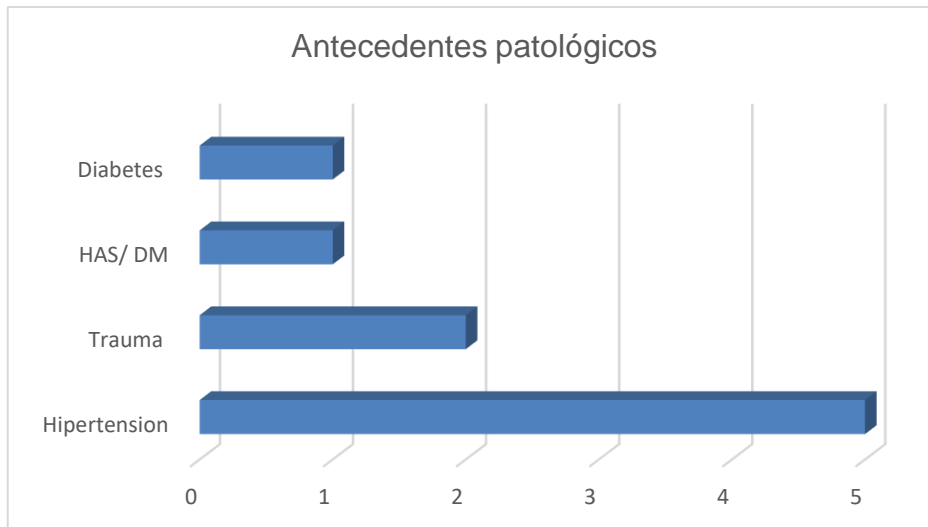
**En la gráfica No 3.** Se hace referencia a la Actividad del paciente teniendo que 6 pacientes tenían una actividad muy limitada, 2 de ellos estaba completamente inmóvil y solo 1 estaba ligeramente limitado lo que es de importancia para tomarlo como un factor potencial de la aparición de las Lesiones por presión



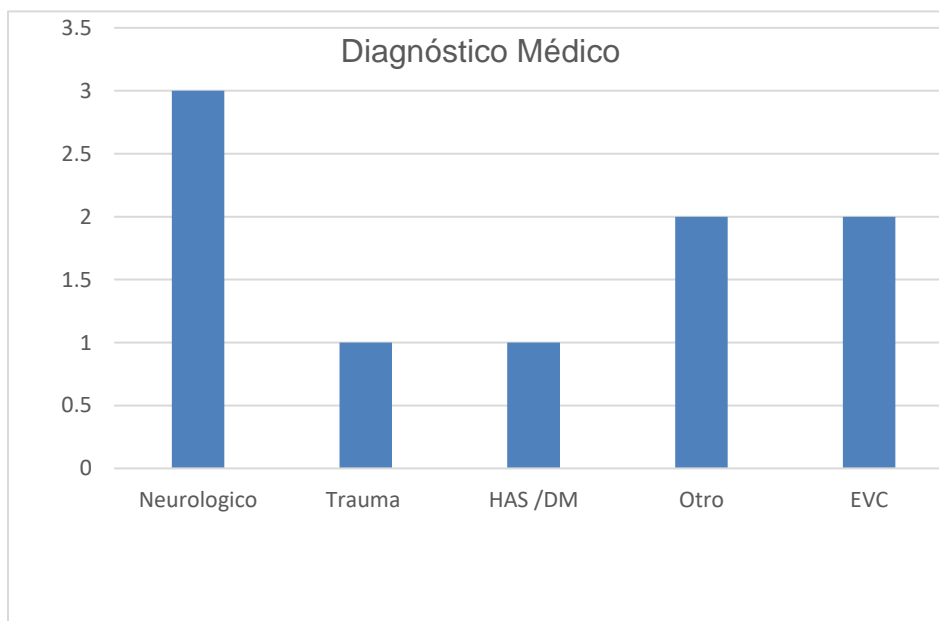
**Grafica No 4.** Esta se representa la Incontinencia expresa un factor de riesgo aquí en el estudio se notó que 6 pacientes presentan incontinencia ocasional mientras que solo 1 presentaba incontinencia urinaria y fecal y 2 pacientes doble incontinencia.



**Gráfico No 5.** Se muestra los Antecedentes Patológicos 5 personas que presentaban lesiones por presión padecían Hipertensión, 2 con Trauma, 1 persona con Diabetes e Hipertensión y 1 con Diabetes.



**Grafica No 6.** Se vio la relación del diagnóstico médico a pacientes con enfermedades neurológicas que alteran el estado de consciencia y el estado motriz para favorecer la actividad independiente.



## 15. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

**El proceso de análisis de datos contempla las siguientes fases:**

### 1.- Validación de base de datos

Los datos de los sujetos serán capturados en un formato electrónico especialmente diseñado para este proyecto. Este formato está constituido por dos secciones: el primero que reúne datos sobre “Historia clínica” y, el segundo, que captura datos de “valoración y seguimiento de heridas.”

Los datos serán capturados en forma codificada (tipo numérica) y serán almacenados automática y sistemáticamente en una base de datos tipo Excel.

La base de dato será revisada para su validación mediante la detección de valores fuera de rango, errores de captura y de registros repetidos.

### 2. Análisis descriptivo

Un análisis descriptivo para calcular la frecuencia de los diversos tipos de heridas en la población estudiada. Asimismo, se estratificará el tipo de heridas de acuerdo a sexo, grupos de edad, ocupación, presencia de comorbilidades, actividad física, entre otras variables de interés.

### 3. Análisis correlacional

**Por otro lado, se realizarán análisis para identificar asociaciones estadísticamente significativas entre las variables independientes (edad, sexo, ocupación, presencia de comorbilidades, actividad física, tabaquismo, tipo de tratamiento, seguimiento, entre otras)**

## 16. RECURSOS HUMANOS

- Los alumnos de la Maestría de Heridas, Quemaduras y Estomas, bajo la coordinación de la Mtra. Adriana Hernández Cardona.

## 17. RECURSOS MATERIALES

Durante la realización del proyecto, será necesario contar con diversos recursos materiales los cuales se enlistan a continuación:

- Aparatos electrónicos: computadoras o tablets.
- Lapiceros, plumas, reglas.
- Formatos e instructivos del Expediente Clínico de la Consulta de Heridas.
- Formatos de Consentimientos Informados.
- Aparatos médicos: estetoscopio, baumanómetro, glucómetro, saturómetro, báscula, termómetro.
- Apósitos donados por todos los Estudiantes de la Maestría.

<b>Material</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Costo Total</b>
<i>Fotocopias a color</i>	100	8	800
<i>Fotocopias a blanco y negro</i>	5	60	300
<i>Carpetas y Folders</i>	20	10	200
<i>Trasporte</i>	6	100	600
<b>Total Egreso (MXN)</b>		ap	1,800

## 18. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Para el análisis de los datos recolectados, se utilizó la estadística descriptiva, útil para resumir la información de variables cuantitativa y cualitativas con escalas de medición nominales, ordinales y de intervalo, se utilizaron las proporciones y medidas de tendencia central; para las variables se utilizó un análisis para identificar posibles relaciones entre los factores de riesgo para la presencia de lesiones por presión, fue dado de la siguiente manera:

Se halló como primera instancia la prevalencia de lesiones por presión calculada como:

Los pacientes hospitalizados en la casa de las Hermanas del buen Samaritano que presentan Lesiones por Presión sobre el total del objeto de estudio describiendo y determinando el grado de la lesión por presión y el motivo por el ingreso para la atención.

Así mismo, para los factores de riesgo se tomó en cuenta la clasificación de las variables de acuerdo con la medida (variables cuantitativas o cualitativas) con las que se recolectó la información para poder realizar el análisis de los resultados.

Interpretándose las variables como son: Edad, Sexo, Estado Civil, Motivo de consulta, Diagnóstico Médico, Antecedentes Patológicos, Actividad Física, Somatometría (IMC), Movilidad, Incontinencia, Uso de pañal, Humedad.

## 19. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se calculó un tamaño de muestra de 9 pacientes teniendo como base la capacidad instalada de los servicios de la Casa de las Hermanas del Buen Samaritano, Cabe mencionar que 3 pacientes tenían ulcera venosa, 1 úlcera arterial y 1 pie diabético y 6 pacientes no presentaban ninguna lesión en ese momento por lo que se descartó estos tres pacientes y no se incluyó en el estudio.

Los resultados que se presentan corresponden a 9 pacientes que constituyeron la muestra de este estudio al cumplir con los criterios de inclusión como fue edad mayor a 40 años y aceptar voluntariamente en el estudio.

11 pacientes hospitalizadas fueron excluidas para el análisis por las siguientes razones: Edad inferior a 40 años, no contar con ningún tipo de lesión, rechazo a participar en el estudio.

Los resultados mostraron que en la edad la edad mínima es de 48 años y máxima de 88 teniendo una media de 61.

En cuanto a sexo el predominio fue mayor para el sexo masculino, el estado civil se considera que se toma como factor de riesgo el estar viudo.

Se vio la relación del diagnóstico médico a pacientes con enfermedades neurológicas que alteran el estado de consciencia y el estado motriz para favorecer la actividad independiente.

En cuanto en el Índice de Masa Corporal, se toma como otro factor predisponente en los datos que los pacientes cursan con sobre peso.

Como antecedentes patológicos se muestra que 5 personas que presentaban lesiones por presión padecían Hipertensión, 2 con Trauma, 1 persona con Diabetes e Hipertensión y 1 con Diabetes.

## **20. CONCLUSIONES**

Las Ulceras por Presión (UPP) representan un importante problema de salud, en el Policlínico de las Hermanas del Buen Samaritano en Malinalco Edo de México. La lesión predominante en los primeros son las úlceras venosas y en los segundos, las úlceras por presión que se aplicó el estudio en un periodo de mayo-septiembre 2018.

Nuestras Variables Sociodemográficas que caracteriza la muestra estudiada en Malinalco en la casa de las “Hermanas del Buen samaritano” arroja que el 80 % de los casos es de sexo masculino, comparada con el sexo femenino solo el 20 %. En lo que comprende en la escolaridad el 50 % tiene una escolaridad básica (primaria), mientras que un 10 % no cuenta con escolaridad nula. Los resultados mostraron que en la edad la edad mínima es de 48 años y máxima de 88 teniendo una media de 61.

De estos factores encontrados en Malinalco hay una gran diferencia con respecto a la literatura ya que se encontró en su mayoría que sufre úlceras por presión son las del género femenino mayores de 65 años, se mencionan que hay más mujeres nacidas a nivel mundial que hombres, estos mismos mueren más por accidentes de trabajo y esto ocasiona más viudas que viudos y pueden llegar hasta los 90 años, pero si se menciona que ellas tienen más posibilidad de ser cuidadas por un familiar cercano a comparación de los hombres que estos solo llegar a ser vistos por su conyugue o ser abandonados al no contar con ello, todos estos son factores que se encontraron asociados a las úlceras por presión (UPP) que son las personas que más han reportado un mayor riesgo para el desarrollo de las lesiones por presión.

En cuanto a la escolaridad se considera un factor sociodemográfico negativo que la gran mayoría de los pacientes muestran un nivel de escolaridad mínimo, esto en mucho no es funcional ya que el paciente no coopere en las movilizaciones incluso en las indicaciones y medidas de prevención porque no tienen cierto criterio de autoevaluación y autocuidado, así poder informar al profesional de la salud que está en su cuidado en el momento que se llegue a presentar una lesión.

Los factores de riesgo intrínsecos que se relacionan con la presencia de la LPP fueron: la edad mayor a 40 años, sexo masculino, antecedentes patológicos como hipertensión con mayor prevalencia, sobrepeso, estado de consciencia, actividad muy limitada, uso de pañal. Estos factores en su mayoría coinciden con la literatura sin embargo es importante mencionar que las alteraciones nutricionales se vieron muy afectadas en los pacientes que presentaron LPP.

La humedad como un factor extrínseco evaluada como referente tanto a la cama como a la ropa del paciente y la exposición constante de la piel del paciente por la sudoración, orina u otras sustancias se comprobó que sigue siendo uno de los factores de riesgo extrínsecos para la aparición de LPP, en el estudio y de acuerdo a la literatura consultada; datos que nos hace pensar en otro de los enfoques de cuidados del paciente especialmente aquel que debe permanecer encamado por largos periodos de tiempo y adicional a esto presenta frecuente a agentes agresivos para la piel.

## 21. RECOMENDACIONES

Continuar con estudios de prevalencia e incidencia de UPP en la estancia de la Casa del Buen Samaritano, en pabellón como en consulta externa, con el fin de tener datos propios de la realidad específicamente de esa población, para así mismo generar instrumentos basados en la evidencia.

Revalorar el cuidado del personal de enfermería que se está brindando al paciente que está hospitalizado evidenciado por los datos encontrados en este estudio sobre los factores asociados a la presencia de la ulcera por presión, atreves de la toma de consciencia e implementación de estrategias para brindar una atención integral, humana y de calidad.

Seguir con la implementación de escalas de valoración de riesgo de UPP, aplicarlas e iniciar de manera temprana la prevención de la aparición de UPP.

Involucrar de manera activa al paciente fomentando el hábito de cuidado a raves de educación sobre el tema teniendo en cuenta el grado de escolaridad como es primaria en el estudio realizado.

Capacitar al personal de enfermería de manera continua enfocándose a la prevención siendo una buena opción que cada cierto tiempo se realicen evaluaciones conforme a valoración y manejo de escalas esto con el fin de trabajar más sobre la prevención.

1.- Los factores para la aparición de UPP. Pacientes de mas de 60 años, obesidad, desnutrición, características de la piel, deficiencias motoras o sensoriales, alteraciones en el proceso de eliminación vesical o intestinal, inmovilidad voluntaria e involuntaria por periodos prolongados, padecimientos que comprometen el sistema inmunológico o vascular periférico, alteraciones en el estado de conciencia.

2.- Plan de cuidados e intervenciones de enfermería de acuerdo con el riesgo. Establecimiento de un programa de rotación para cambios de posición, así como de ejercicios pasivos para estimular la circulación. Movilización asistida, pasiva o activa, dentro y fuera de la cama con la frecuencia requerida para lograr la alternancia en los puntos de presión y de acuerdo con las condiciones valoradas. Mantenimiento de la piel seca, limpia, lubricada y protegida en las zonas de fricción y en las salientes óseas, aplicación de masajes locales con suaves movimientos circulares. Protección de los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos. Cambios de ropa de cama, pañal, bata o pijama cuantas veces sea necesario, cuanto sea necesario, evitando la formación de arrugas en las prendas. Mantenimiento de la piel de orina, heces cualquier otro liquido o exudado producido por las condiciones de salud del paciente. Vigilancia de la ingesta de una dieta adecuada para el paciente.

3.-Uso de los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de UPP. Uso de cama con colchón hule espuma de presión alterna, neumáticos o de agua. Utilizar almohadas de diferentes tamaños, cojines neumáticos o de material viscoelástico. Utilización de dispositivos protectores (apósitos). Uso de productos para lubricar e hidratar la piel.

4.- Orientación al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las UPP. Cambios de posición y su frecuencia. Realización de ejercicios pasivos para estimular la circulación. Revisión diaria y lubricación de la piel del paciente. Utilización de elementos (ropa limpia, almohadas, colchón de agua o aire de hule, espuma, cama sin arrugas). Higiene del paciente. Signos de alarma en la aparición de lesiones en la piel como enrojecimiento u otro cambio de coloración.

5.- revaloración y ajuste de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados. Verificar por lo menos en cada turno, que en los registros de enfermería este el reporte de valoración del estado del paciente, de tal forma que haya continuidad o modificaciones a las intervenciones planeadas, asegurándose en las medidas de prevención por UPP. (10).

## 22. ASPECTICOS ETICOS

Protección de personas: los actores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación medica Mundial y la declaración de Hetsinki.

Confidencialidad de datos, se declara que se han seguido los protocolos de no dar información terceros.

Derecho a la privacidad y consentimiento informados, se cuenta consentimiento informado de los pacientes,

Financiamiento, estudio autofinanciado por los estudiantes.

Conflicto de intereses, se declara no tener conflictos de interés.

### 23. REFREENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *IMPACTO DE LAS ULCERAS POR PRESION EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO*. Cahuich CL, Pacheco MA, Guillen LC, Carrasco IR. [ed.] Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica. 34, Playa del Carmen : Sistema Unico de Informacion, 23 a 29 de Agosto de 2015, Boletin Epidemiologico, Vol. 32, págs. 1-8.
2. *Riesgos Biologicos y Psicologicos de inmovilizacion en pacientes geriatricos*. DRa. Morales Obregon, Lesvia, Dra. NUñez Rodriguez, Lisbet y Dra. Terregrosa Cortiñas, Lorena. cuba : s.n., 20 de mayo de 2014, Hospital Clinico Quirurgico, págs. 1-11.
3. Lic Contreras Apolonio , Carolina y Galia Hernadez , Edith. *Prevencion y Tratamiento de Ulceras por Presion a Nivel intrahospitalario*. [ed.] Centro Nacional de Excelencia Tecnologica en Salud. mexico : s.n., 2009.
4. *Proceso de Atencion de Enfermeria aplicado a un Paciente que presenta ulceras por presiion con sospecha de daño tisular profundo*. islas-Perez, Janeth. 2, Mexico : medigraphic, Mayo-Agosto de 2014, revista Mexicana de Enfermeria Cardiologica, Vol. 22, págs. 60-69.
5. *Ulceras por presion en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atencion*. Stegensek, y otros. [ed.] Licencia Cretive Commons. Mexico : Escuela Nacional de Enfermeria y Obstetricia , 2015, enfermeria Universitaria, págs. 174-181.
6. *Prevalencia de Ulceras por presion en un hospital de tercer nivel, en Mexico DF*. Barrera Arenas , Eduardo , y otros. [ed.] helcos. Mexico : Maestria en Terapia de Heridas, Etomas y quemaduras por la Universidad Panamericana, 2016, Gerokomos, Vol. Hopsital Genral de Mexico , págs. 176-180.
7. Tres Nuevos Indicadores para la prevenciond elnfecciones y seguridad del Paciente. [aut. libro] Subsecretaria de Inovacion y Calidadde. Diredccion General de Calidad y Educacion en Salud Eenfermeria. *Comicion Internacional de Enfermeria*. Mexico CDMX : Secretaria de Salud, pisa Farmaseutica distribuidora, 2006, págs. 1-35.
8. *Ulceras por presion en diversos servicios de un hospita de segundo nivel de atencion*. E.M Stegensek, Ajimenez Mebdoza, L.E. Romero Galvez y A. Aparicio Agular. [ed.] Universidad Autonoma de Mexico. 34, Mexico distrito federal : Escuela Nacional de Enfermeria y Obstetricia , 20 de Octubre de 2015, Enfermeria Universitaria, Vol. 20, págs. 173-181.
9. El Buen Samaritano I.A.P. Hermanas del Buen Samaritano: ¿Qué hacemos?. [En línea] 2013. [Citado el: 11 de Octubre de 2016.] <http://buensamaritano.org.mx/queHacemos.php>.

10. *Impacto de las Ulceras POor presion en el Ambiente Hospitalizado*. C.L.Puga, M.A Mijangos, L.C. Guillen, I.R. Zuñiga. Playa del Carme Mexico : s.n., 23 a 29 de Agosto de 2015, Boletin Epidemiologico. Sistema Nacional Epidemiologico. Sistema Unico d eINformacion, págs. 1-8.
11. *Riesgo de Ulceras por Presion segun Escala de Norton en una poblacion de ancionos de un servicio domiciliario*. Gallo Woolcott, Karla Eleonora y Pachas Fernandez, Carol Gissela. 2017, Revista Enfermera herediana, págs. 26-32.
12. Contreras Ruiz, Jose y colaboradores Dr. Alvaro Apestegui Guardian, Dr, Juan Pablo Ares,. *Ulceras por Presion*. [aut. libro] Jose Contreras Ruiz. *Abordaje y Manejo de las Heridas*. Mexico : Inter Sistemas, 2013, págs. 327-349.
13. *FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y DE SALUD A LA INSTITUCIONALIZACION DE PERSONAS DEPENDIENTES*. Gutierrez Ayuso, Mercedes, Pozo Rubio , Raul y Escribano Sotos, Francisco. [ed.] Ministerio de Sanidad. 6, Madrid España : servicios Sociales e Igualdad, 6 de noviembre-diciembre de 2010, Revista Española de Salud Publica, Vol. 84, págs. 788-798.
14. *Analisis de la Mortalidad por Ulceras por Presion en España de 1987-1999*. verdu Soriano J, Nolasco A, Garcia C,. 2003, GeroKonos , pág. 12(4)212.
16. *Patrimonializacion, desarrollo,gobernanza y Gubernamentalidad en Malinalco, pueblo Magico*. Royuela Maldonado , Maria y Ramirez de la O, Irma Luz. Mexico : revista de Cultura e Turismo, Junio de 2015, cultur, págs. 1-23.
17. *Prevalencia de las Ulceras por Presionen Pacientes atendidos en el INstiituto Nscionsl de Cardiologia Ignacion Chavez*. Flores Montes I, De la Cruz Ortiz S, Ortega-Vargas MC, Hernandez Morales S, Cabrera-Ponce MC. 2010, Revista Mexicana de Enfermeria Cardiologia , págs. 18 (1-2) 13-17.
18. *“E.V.I.T.A.N.D.O” A LAS UPP: ACRÓNIMO NEMOTÉCNICO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN LA EVIDENCIA*. Prieto, José María Rumbo. 17/02/2016, PhD, MSN, BSN (DUE). Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Cátedra Hartmann de Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia., pág. Enferm Dermatol. 2016; 10(27) .
19. Contreras CP, Galicia Eh, Granados LE, Mota GV y contreas apolonio, Carfolina. *PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESION EN PRIMER NIVEL DE ATENCION*. [ed.] Direccion de Prestaciones Medicas. [recopil.] Coordinacion de Unidades Medicas Alta Especialidad. *Catalogo Maestro de Guias de Practia Clinica*. Mexico, CDMX, Mexico : Institucion Nacional del Seguro Social, Septiembre de 2015 Actuaizacion. págs. 5-25.

20. *Magnitud de Evento Adverso* . Vela-Anaya G. 2013 Ene-Abr, *Ulceras por Presion en Enfermeria IMSS* , pág. 21(3).

21. *National Pressure Ulcer Advisory . NPUAP National Pressure Ulcer Strategies/Categories, Washington DC* . [En línea] National Pressure Ulce Panel 2012. <http://www.npuap.org/resources/educational-clinical-resources/npuap-pressure-ulcer-estagescatories/>.

22. *magnitud del evento adverso. ulceras por presion*. Vela-Anaya, Guillermina. 1, MEXICO Distrito Federal : DGCES SECRETARIA DE sALUD , Septiembre de 2012, Coordinacion Normativa de Enfermeria de la Direccion Genral de Calidad y Educacion en Salud, Vol. 21, págs. 3-8.

23. *Eventos Adversos del cuidado de enfermeria : flebitos ulceras por presion y caidas*. Parra. DI, Camargo-Figueroa, FA, Rey Gomez R,. 28, colombia : revista Elscronica trimestral de Enfermeria, 26 de Octubre de 2014, *Enfermeria Global*, págs. 159-169.

## **25 ANEXOS**

### **A. ACRONIMO EVITANDO**

(18)

**B. HISTORIA CLINICA GENERACION 2017 MTHyE UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

### **C. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

<b>“E.V.I.T.A.N.D.O.” a las UPP</b>		
<b>PROCESOS</b>	<b>ACCIONES / INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
<b>EVALUAR EL RIESGO</b>	Identificar y medir la valoración del riesgo de UPP (EVRUPP) mediante escalas validadas: Escala de Braden (Braden Q, en niños entre 1 mes y 14 años), Norton, EMINA, Waterloo...	<b>Alta</b>
	Utilizar la historia clínica y realizar exámenes físicos dirigidos a determinar los factores de riesgo que pueden conducir a la presión y la formación de úlceras o que puedan afectar a la cicatrización de las úlceras existentes.	<b>Baja</b>
	Utiliza la palpación digital (presión con el dedo o cristal de diascopia) para determinar el riesgo de UPP en zonas con eritema o decoloración observando si blanquea o no blanquea (Reevaluar a las 2 horas en casos dudosos).	<b>Baja</b>
<b>VIGILANCIA ACTIVA</b>	Realizar una valoración de la piel en el momento del ingreso o durante la primera consulta/visita domiciliaria y como mínimo una vez al día (se realizará coincidiendo con el aseo), así como después de procedimientos prolongados que implican una reducción de la movilidad.	<b>Moderada</b>
	Considere a los adultos y niños con dispositivos clínicos en contacto con la piel, como personas en riesgo de UPP,	<b>Moderada</b>
	Inspeccionar el estado de la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento en los individuos identificados con riesgo de padecer UPP.	<b>Moderada</b>
	Valorar todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel (incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados, fiebre...).	<b>Baja</b>
	Vigilar los dispositivos diagnósticos o terapéuticos que puedan producir presión: equipo de oxigenoterapia, movilización de sondas, equipo de ventilación mecánica, férulas, yesos, tracciones, etc.	<b>Baja</b>
	Vigilar las zonas especiales de riesgo de desarrollar UPP: talones, occipital, pabellones auditivos, nariz, pómulos, etc.	<b>Muy Baja</b>
<b>INTEGRIDAD CUTÁNEA</b>	Valorar periódicamente el estado general de salud de la persona con UPP.	<b>Baja</b>
	Examinar y mantener una correcta higiene e hidratación de la piel.	<b>Moderada</b>
	Utilizar jabones no irritativos y con un pH neutro.	<b>Baja</b>
	Lavar la piel con agua y jabón, aclarar y secar cuidadosamente los pliegues cutáneos por empapamiento.	<b>Baja</b>
	No masajear ni frotar vigorosamente la piel que está en riesgo de úlceras por presión.	<b>Alta</b>
No realizar masajes en las prominencias óseas.	<b>Alta</b>	

<b>TRATAMIENTO TÓPICO</b>	Aplicar lociones hidratantes específicas hasta su absorción.	<b>Moderada</b>
	No utilizar soluciones que contengan alcohol.	<b>Moderada</b>
	Sólo emplear ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas de riesgo de UPP.	<b>Alta</b>
	Proteja la piel del exceso de humedad con productos barrera (cremas a base de zinc o películas barreras).	<b>Baja</b>
<b>ALIVIO DE LA PRESIÓN</b>	Elaborar un plan de cuidados que incentive y mejore la actividad y movilidad del sujeto.	<b>Moderada</b>
	Fomentar y facilitar la movilidad y actividad física activa en la medida de las posibilidades de cada individuo.	<b>Baja</b>
	Realizar una movilización pasiva de las articulaciones aprovechando los cambios posturales en personas con la movilidad reducida.	<b>Baja</b>
	Elegir una superficie especial basándose en el riesgo que presente la persona según la escala de riesgo elegida.	<b>Moderada</b>
	Considerar siempre las SEMP como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados de movilización y cambios posturales.	<b>Baja</b>
	No utilizar colchones convencionales de espuma con los individuos en riesgo de desarrollar UPP.	<b>Alta</b>
	Utilizar la SEMP activa (sobrecolchón o colchón) en el caso de sujetos con un mayor riesgo de desarrollar UPP y donde no sea posible efectuar cambios posturales.	<b>Moderada</b>
	Utilizar preferentemente colchones de espuma con mayores prestaciones antes que colchones de espuma de hospital estándar en todos los casos de individuos en riesgo de desarrollar UPP.	<b>Alta</b>
	Emplear sobrecolchones activos de presión alternante o colchones de remplazo: tienen una eficacia similar en cuanto a la incidencia de las UPP.	<b>Alta</b>
	No utilizar colchones o sobrecolchones de aire de presión alternante formado por pequeñas células circulares (<10 cm) en personas de alto riesgo o con UPP.	<b>Moderada</b>
	Utilizar colchón que redistribuya la presión en la camilla de operaciones quirúrgicas para todos los individuos con riesgo de desarrollar UPP.	<b>Moderada</b>
	Prestar atención a la redistribución de la presión antes y después de la intervención quirúrgica en operaciones de larga duración.	<b>Muy Baja</b>
Levantar a la persona al sillón en cuanto sea posible aumentando gradualmente el tiempo de sedestación.	<b>Baja</b>	
Facilitar el uso de dispositivos que ayuden al individuo en sus movimientos como: trapecio, barandillas, etc.	<b>Muy Baja</b>	
Programar los cambios posturales (frecuencia, posiciones y evaluación de las intervenciones) de manera individualizada, dependiendo de la superficie en la que esté la persona.	<b>Alta</b>	

	<p>Usar ayudas para las transferencias (se reducen las fuerzas de fricción y cizalla).</p> <p>Levantar (no arrastrar) al individuo al realizar los cambios posturales.</p> <p>Evitar la presión directa sobre las prominencias o superficies óseas del cuerpo.</p> <p>Evitar posicionar al individuo directamente sobre dispositivos, como tubos o sistemas de drenaje.</p> <p>No utilizar flotadores o rodets cuando el individuo esté en sedestación.</p> <p>No sobrepasar los 30° en la elevación del cabecero de la cama, o en la lateralización de la persona.</p> <p>Realizar los cambios en la posición de decúbito alternativamente, derecha, izquierda y supino.</p> <p>Utilizar la posición prona si el individuo puede tolerarlo y sus condiciones lo permiten.</p> <p>Evitar posturas que aumenten la presión (como el decúbito supino en 90°).</p> <p>Combinar cambios cada 4 horas y el uso de colchón de espuma viscoelástica.</p> <p>Efectuar movilizaciones cada 15 minutos si el sujeto se encuentra sentado; si no se puede movilizar, se le realizarán, al menos, cada hora.</p> <p>Utilizar un cojín de asiento que redistribuya la presión para los individuos sentados en una silla cuya movilidad está reducida y que se encuentran en peligro de desarrollar una UPP.</p> <p>Utilizar sistemas de alivio local de la presión, como apósitos anatómicos de espuma de poliuretano.</p> <p>Utilizar cojines o cuñas de espuma para eliminar la presión entre prominencias óseas, sobre los trocánteres y maléolos.</p> <p>Utilizar una almohada debajo de las pantorrillas para elevar los talones. Los dispositivos de protección de los talones deben elevar el talón completamente (liberándolo de toda carga) de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin que se ejerza presión sobre el tendón de Aquiles. La rodilla debe estar ligeramente flexionada.</p> <p>Utilizar apósitos de espuma de poliuretano no adhesiva con forma de talón (permiten la inspección diaria de la piel y su uso durante varios días); son la mejor opción frente a la protección tradicional con algodón y venda, para prevenir las UPP.</p>	<p><b>Baja</b></p> <p><b>Baja</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Baja</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Alta</b></p> <p><b>Alta</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Alta</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Moderada</b></p> <p><b>Alta</b></p>
--	--	---

<b>NUTRICIÓN</b>	Examinar y evaluar el estado nutricional de cada individuo con riesgo de UPP en la primera consulta o al ingreso.	<b>Moderada</b>
	Utilizar instrumentos de valoración de riesgo nutricional (test Mini Nutritional Assessment (MNA)).	<b>Alta</b>
	En caso de déficit nutricional, establecer un plan nutricional que incluya una dieta rica en calorías, proteínas o arginina, vitaminas con efecto antioxidante (A, grupo B, C y E), minerales (Selenio y Zinc) y ácido alfaipoico.	<b>Moderada</b>
	Aportar suplementación nutricional con complejos ricos en proteínas en personas en riesgo de déficit nutricional y riesgo de UPP o tras una intervención quirúrgica mayor.	<b>Moderada</b>
<b>DOCUMENTAR</b>	Registrar la valoración de riesgo y reevaluar al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que lo sugieran.	<b>Baja</b>
	Llevar a cabo una nueva evaluación si hay algún cambio significativo en la condición del individuo. (por ejemplo, después de la cirugía, el agravamiento de una enfermedad subyacente o con un cambio en la movilidad).	<b>Baja</b>
	Utilizar el sistema internacional de clasificación NPUAP - EPUAP para clasificar y documentar la pérdida de solución de la piel.	<b>Alta</b>
<b>ORIENTAR</b>	Formar a los profesionales sanitarios que tienen contacto con cualquier persona afectada de UPP o riesgo de padecerlas en los conocimientos sobre prevención, tratamiento y métodos de identificación.	<b>Alta</b>
	Formar a los profesionales sobre cómo realizar una evaluación completa de la piel que incluya la técnica del blanqueo.	<b>Alta</b>
	Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los programas de prevención de UPP.	<b>Muy Baja</b>
	Educar a cuidadores y profesionales de la salud acerca de las causas, la evaluación y la gestión del dolor de las UPP.	<b>Baja</b>

## Formato de Valoración de Heridas

### Ficha de Identificación

Folio: \_\_\_\_\_ (# + Fecha de Nacimiento)

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_

Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Edad: \_\_ (años)

Sexo:  (Masculino = 0, Femenino = 1)

Grupo Sanguíneo:  (A=0, B=1, AB=2, O=3)

Grupo Rh:  (Negativo = 0, Positivo = 1)

Alergias:  (No = 0, Sí = 1)

Alérgico a: \_\_\_\_\_ (N/A=0)

Estado Civil:  (Soltero = 0, Casado = 1, Unión libre = 2, Viudo = 3, Divorciado = 4)

Escolaridad:  (Ninguna = 0, Primaria = 1, Secundaria = 2, Bachillerato = 3, Superiores = 4)

Religión:  (Ateo = 0, Católico = 1, Cristiano = 2, Testigo de Jehová = 3, Otro = 4)

CURP: \_\_\_\_\_

Seguro Médico:  (Ninguno = 0, IMSS = 1, ISSSTE = 2, Seguro Popular = 3, PEMEX = 4, , Seguro de Gastos Médicos Mayores = 5, Otro = 6)

Teléfono local: \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_

Teléfono celular: \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_ - \_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ (Calle + # + Colonia)

### 52. Padecimiento Actual:

---

---

---

---

Alimento	# días que se consume a la semana
Frutas y Verduras	52. __ __
Cereales y Leguminosas	53. __ __
Lácteos y Huevo	54. __ __
Carne y Pollo	55. __ __
Pescado y Mariscos	56. __ __
Aceites y Grasas	57. __ __
Azúcares y Harinas	58. __ __
Agua Natural	59. __ __
Refresco y Jugos	60. __ __
Café y Té	61. __ __

62. Horas de pie: \_\_ ( # de horas al día)  
 63. Horas sentado: \_\_ ( # de horas al día)  
 64. Horas de sueño: \_\_ ( # de horas al día)  
 65. Horas de actividad física: \_\_ ( # de horas al día)  
 66. Tipo de actividad física: \_\_ ( Ninguna = 0, Aerobia = 1, Anaerobia = 2, Ambas = 3)

#### Antecedentes Personales Patológicos

Antecedente Patológico	No = 0 / Sí = 1	Especifique (N/A = 0)
Quirúrgico	67. <input type="checkbox"/>	68.
Transfusiones	69. <input type="checkbox"/>	70.
Trauma	71. <input type="checkbox"/>	72.
Alcoholismo	73. <input type="checkbox"/>	74.
Tabaquismo	75. <input type="checkbox"/>	76.
Drogas	77. <input type="checkbox"/>	78.
Diabetes	79. <input type="checkbox"/>	80.
Hipertensión	81. <input type="checkbox"/>	82.

<b>Enfermedad Neurológica</b>	52. <input type="checkbox"/>	53.
<b>Enfermedad Neumológica</b>	54. <input type="checkbox"/>	55.
<b>Enfermedad Cardíaca / Circulatoria</b>	56. <input type="checkbox"/>	57.
<b>Enfermedad Renal</b>	58. <input type="checkbox"/>	59.
<b>Enfermedad Gastrointestinal</b>	60. <input type="checkbox"/>	61.
<b>Enfermedad Autoinmune</b>	62. <input type="checkbox"/>	63.
<b>Neoplasias</b>	64. <input type="checkbox"/>	65.
<b>Enfermedad de Transmisión Sexual</b>	66. <input type="checkbox"/>	67.
<b>Enfermedad Psiquiátrica</b>	68. <input type="checkbox"/>	69.

70. **Índice Tabáquico:** \_\_ (cigarrillos día\*años fumando/20, N/A = 0)  
 71. **Inmunizaciones:**  (Ninguna = 0, Incompleta=1, Completa = 2)  
 72. **Tratamiento Farmacológico Actual:** \_\_\_\_\_ (N/A = 0)

### Antecedentes Gineco-Obstétricos

73. **Menarca:** \_\_ (años)  
 74. **Fecha de Última Menstruación:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (fecha)  
 75. **Menopausia:**  (No = 0, Sí = 1)  
 76. **Ritmo:** \_\_ (duración del ciclo)  
 77. **Dismenorrea:**  (No = 0, Sí = 1)  
 78. **Inicio de Vida Sexual:** \_\_ (años, N/A = 0)  
 79. **Número de Parejas Sexuales:** \_\_ (N/A = 0)  
 80. **Gestaciones:** \_\_ (N/A = 0)  
 81. **Partos:** \_\_ (N/A = 0)  
 82. **Cesárea :** \_\_ (N/A = 0)  
 83. **Método Anticonceptivo:**  (No = 0, Sí = 1)  
 84. **Tipo de Anticonceptivo:**  (Ninguno = 0, Preservativo = 1, Hormonal = 2, DIU = 3, Cirugía = 4, Otro=5)  
 85. **Fecha de Inicio de Anticonceptivo:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (fecha, N/A = 0)  
 86. **Observaciones:**

---



---



---



---

### Antecedentes Sexuales en Hombres

52. **Inicio de vida Sexual** \_\_ (años, N/A = 0)  
53. **Número de Parejas Sexuales:** \_\_ (N/A = 0)  
54. **Método Anticonceptivo:**  (No = 0, Sí = 1)  
55. **Tipo de Anticonceptivo:**  (Ninguno = 0, Preservativo = 1, Cirugía = 2, Otro=3)  
56. **Observaciones:**

---

---

### Exploración Física

#### Signos Vitales

57. **TAS:** \_\_\_ (mmHg)  
58. **TAD:** \_\_\_ (mmHg)  
59. **FR:** \_\_\_ (r/min)  
60. **FC:** \_\_\_ (l/min)  
61. **Temperatura:** \_\_\_ . \_\_\_ (°C) (N/A=0)  
62. **Saturación de O2:** \_\_\_ (%) (N/A=0)  
63. **Glucosa:** \_\_\_ (mg/dl) (N/A=0)

#### Somatometría

64. **Aspecto General:** \_\_\_\_\_  
65. **Peso:** \_\_\_ (kg)  
66. **Talla:** \_\_\_ (cm)  
67. **IMC:** \_\_\_ . \_\_\_ (% Peso/Talla\*Talla)

### Valoración por Aparatos y Sistemas

#### Sistema Nervioso

68. **Cefalea:**  (No = 0, Sí = 1)  
69. **Convulsiones:**  (No = 0, Sí = 1)  
70. **Vértigo:**  (No = 0, Sí = 1)  
71. **Problemas de concentración:**  (No = 0, Sí = 1)  
72. **Problema de memoria:**  (No = 0, Sí = 1)  
73. **Orientación de tiempo y espacio:**  (No = 0, Sí = 1)  
74. **Alteración sensitiva:**  (No = 0, Sí = 1)  
75. **Alteración visual:**  (No = 0, Sí = 1)  
76. **Alteración olfativa:**  (No = 0, Sí = 1)  
77. **Alteración auditiva:**  (No = 0, Sí = 1)  
78. **Alteración en el equilibrio:**  (No = 0, Sí = 1)  
79. **Alteración en el lenguaje:**  (No = 0, Sí = 1)  
80. **Observaciones:**

---

---

### Aparato Cardiovascular

52. **Edema:**  (No = 0, Sí = 1)  
53. **Dolor torácico:**  (No = 0, Sí = 1)  
54. **Palpitaciones:**  (No = 0, Sí = 1)  
55. **Síncope:**  (No = 0, Sí = 1)  
56. **Diaforesis:**  (No = 0, Sí = 1)  
57. **Fosfenos:**  (No = 0, Sí = 1)  
58. **Coloración de piel:**  (Normal = 0, Cianosis = 1, Ictericia = 2, Palidez = 3)  
59. **Observaciones:**
- 
- 

### Aparato Respiratorio

60. **Tos:**  (No = 0, Sí = 1)  
61. **Secreciones:**  (No = 0, Sí = 1)  
62. **Disnea:**  (No = 0, Sí = 1)  
63. **Ortopnea:**  (No = 0, Sí = 1)  
64. **Epistaxis:**  (No=0, Sí=1)  
65. **Cianosis central:**  (No = 0, Sí = 1)  
66. **Cianosis periférica:**  (No = 0, Sí = 1)  
67. **Disfonía:**  (No = 0, Sí = 1)  
68. **Tipo de respiración:**  (Normal= 0, Superficial = 1, Profunda = 2)  
69. **Alteraciones en la respiración:**  (Normal = 1, Aleteo nasal = 2, Estertores = 4, Sibilancias = 8)  
70. **Observaciones:**
- 
- 

### Aparato Digestivo

71. **Anorexia:**  (No = 0, Sí = 1)  
72. **Polifagia:**  (No = 0, Sí = 1)  
73. **Disfagia:**  (No = 0, Sí = 1)  
74. **Dispepsia:**  (No = 0, Sí = 1)  
75. **Reflujo:**  (No = 0, Sí = 1)  
76. **Pirosis:**  (No = 0, Sí = 1)  
77. **Regurgitación:**  (No = 0, Sí = 1)  
78. **Náuseas:**  (No=0, Sí=1)  
79. **Vómito:**  (No = 0, Sí = 1)  
80. **Meteorismo:**  (No = 0, Sí = 1)  
81. **Distensión:**  (No = 0, Sí = 1)  
82. **Ascitis:**  (No = 0, Sí = 1)  
83. **Dolor abdominal:**  (No = 0, Sí = 1)  
84. **Ruidos peristálticos:**  (Normales = 0, Ausentes = 1, Disminuidos = 2, Aumentados = 3)  
85. **Estreñimiento:**  (No = 0, Sí = 1)  
86. **Prurito anal:**  (No=0, Sí=1)  
87. **Dolor al evacuar:**  (No = 0, Sí = 1)

52. **Diarrea:**  (No = 0, Sí = 1)  
53. **Melena:**  (No = 0, Sí = 1)  
54. **Rectorragia:**  (No = 0, Sí = 1)  
55. **Hematoquezia:**  (No = 0, Sí = 1)  
56. **Pérdida de peso en el último mes:**  (No = 0, Sí = 1)  
57. **Aumento de peso en el último mes:**  (No = 0, Sí = 1)  
58. **Presencia de masa abdominal:**  (Ninguna = 0, CSD = 1, CSI = 2, CID = 3, CII = 4)
59. **Observaciones:**
- 
- 

#### Aparato Urológico

60. **Frecuencia:** \_\_\_\_ (# de veces al día)  
61. **Urgencia:**  (No = 0, Sí = 1)  
62. **Incontinencia:**  (No = 0, Sí = 1)  
63. **Nicturia:**  (No = 0, Sí = 1)  
64. **Disuria:**  (No = 0, Sí = 1)  
65. **Poliuria:**  (No = 0, Sí = 1)  
66. **Anuria:**  (No = 0, Sí = 1)  
67. **Hematuria:**  (No = 0, Sí = 1)  
68. **Oliguria:**  (No = 0, Sí = 1)  
69. **Tenesmo:**  (No = 0, Sí = 1)  
70. **Enuresis:**  (No = 0, Sí = 1)  
71. **Observaciones:**
- 
- 

#### Sistema Musculo-Esquelético

72. **Mialgia:**  (No = 0, Sí = 1)  
73. **Artralgia:**  (No = 0, Sí = 1)  
74. **Limitación de la movilidad:**  (No = 0, Sí = 1)  
75. **Postura:**  (Normal = 0, Erguida = 1, Escoliosis = 2, Hiper cifosis = 3, Hiperlordosis = 4 N/A= 5)  
76. **Marcha:**  (Normal = 0, Atáxica = 1, Ebrio = 2, Vestibular = 3, Parkinsoniana = 4, Espasmódica = 5, Lacunar = 6, Parálisis periférica = 7, Tijera = 8, Hemipléjica = 9, N/A=10)  
77. **Requiere ayuda para la marcha:**  (No = 0, Sí = 1, N/A= 2)  
78. **Observaciones:**
- 
- 

#### Apartado Psicológico

79. **Observaciones/Especifique:**
- 
- 
-

## Laboratorios y Gabinete

### Química Sanguínea

- 52. **Glucosa Plasmática en Ayuno:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 53. **Urea:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 54. **Creatinina:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 55. **Ácido Úrico:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 56. **Colesterol Total:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 57. **Colesterol LDL:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 58. **Colesterol HDL:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 59. **Triglicéridos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 60. **Bilirrubina Total:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 61. **Bilirrubina Directa:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 62. **Bilirrubina Indirecta:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)

### Biometría Hemática

- 63. **Eritrocitos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 64. **Hemoglobina:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 65. **Hematocrito:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 66. **Plaquetas:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 67. **Leucocitos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 68. **Neutrófilos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 69. **Linfocitos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 70. **Monocitos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 71. **Eosinófilos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 72. **Basófilos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)
- 73. **Neutrófilos:**  (Normal = 0, Aumentado = 1, Disminuido = 2)

### Cultivo

- 74. **Cultivo Positivo:**  (Negativo = 0, Positivo = 1)
- 75. **Bacterias Gram:**  (Negativo = 0, Positivo = 1, N/A)
- 76. **Tipo de bacteria:**  (Anaerobio = 0, Aerobio = 1, N/A)
- 77. **Características del cultivo:**  (Superficial = 0, Profundo = 1)

**Seguimiento de Signos Vitales**

Consulta	TAS	TAD	FC	FR	Sat O <sup>2</sup>	Temp
C1	52.	53.	54.	55.	56.	57.
C2	58.	59.	60.	61.	62.	63.
C3	64.	65.	66.	67.	68.	69.
C4	70.	71.	72.	73.	74.	75.
C5	76.	77.	78.	79.	80.	81.
C6	82.	83.	84.	85.	86.	87.
C7	88.	89.	90.	91.	92.	93.
C8	94.	95.	96.	97.	98.	99.
C9	100.	101.	102.	103.	104.	105.
C10	106.	107.	108.	109.	110.	111.

Glucosa; N/A= 0

C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.	121.

**Herida**

122. **Tiempo de Evolución:** Días: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

123. **Localización Anatómica:** \_\_\_\_\_

124. **Fecha de Inicio:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

125. **Úlcera venosa:**  (No = 0, Sí = 1)

126. **Úlcera arterial:**  (No = 0, Sí = 1)

127. **Úlcera por presión:**  (No = 0, Sí = 1)

128. **Estadio de Upp:**  ( UPP I = 0, UPP II= 1, UPP III= 2, UPP IV= 3)

129. **Pié diabético:**  (No = 0, Sí = 1)

130. **Heridas traumáticas**  (No = 0, Sí = 1)

131. **Herida por mordeduras de animales o humanos:**  (No = 0, Sí = 1)

132. **Complicaciones de Herida Quirúrgica:**  (No = 0, Sí = 1)

133. **Carcinomas:**  (No = 0, Sí = 1)

134. **Otro:** \_\_\_\_\_

135. **Índice Tobillo-Brazo:** \_\_ (cm o N/A = 0)

136. **Tratamientos anteriores:** \_\_\_\_\_

137. **Tratamiento actual:** \_\_\_\_\_

Seguimiento de Signos Vitales

Consulta	TAS	TAD	FC	FR	Sat O <sup>2</sup>	Temp
C1	52.	53.	54.	55.	56.	57.
C2	58.	59.	60.	61.	62.	63.
C3	64.	65.	66.	67.	68.	69.
C4	70.	71.	72.	73.	74.	75.
C5	76.	77.	78.	79.	80.	81.
C6	82.	83.	84.	85.	86.	87.
C7	88.	89.	90.	91.	92.	93.
C8	94.	95.	96.	97.	98.	99.
C9	100.	101.	102.	103.	104.	105.
C10	106.	107.	108.	109.	110.	111.

Glucosa; N/A= 0

C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.	121.

Herida

122. **Tiempo de Evolución:** Días: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

123. **Localización Anatómica:** \_\_\_\_\_

124. **Fecha de Inicio:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

125. **Úlcera venosa:**  (No = 0, Sí = 1)

126. **Úlcera arterial:**  (No = 0, Sí = 1)

127. **Úlcera por presión:**  (No = 0, Sí = 1)

128. **Estadio de Upp:**  ( UPP I = 0, UPP II= 1, UPP III= 2, UPP IV= 3)

129. **Pié diabético:**  (No = 0, Sí = 1)

130. **Heridas traumáticas**  (No = 0, Sí = 1)

131. **Herida por mordeduras de animales o humanos:**  (No = 0, Sí = 1)

132. **Complicaciones de Herida Quirúrgica:**  (No = 0, Sí = 1)

133. **Carcinomas:**  (No = 0, Sí = 1)

134. **Otro:** \_\_\_\_\_

135. **Índice Tobillo-Brazo:** \_\_ (cm o N/A = 0)

136. **Tratamientos anteriores:** \_\_\_\_\_

137. **Tratamiento actual:** \_\_\_\_\_

Seguimiento de Heridas

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
<b>Número de Herida</b>										
<b>Medidas (cm o N/A = 0)</b>										
<b>Largo cm</b>	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.	61.
<b>Ancho cm</b>	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.	71.
<b>Profundidad cm</b>	72.	73.	74.	75.	76.	77.	78.	79.	80.	81.
<b>Bordes (Si presenta 2 o más separatos por comas) (Adherido: 0, No Adherido: 1, Macerado: 2, Queratosis: 3)</b>										
	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.	91.
<b>Socavamiento (# cm / a las __ hrs) (N/A = 0)</b>										
<b>Centímetros</b>	92.	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.	101.
<b>Horas</b>	102.	103.	104.	105.	106.	107.	108.	109.	110.	111.
<b>Tunelización (# cm / a las __ hrs) (N/A = 0)</b>										
<b>Centímetros</b>	112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.	121.
<b>Horas</b>	122.	123.	124.	125.	126.	127.	128.	129.	130.	131.
<b>Lecho de la Herida (% o N/A=0)</b>										
<b>Granulación</b>	132.	133.	134.	135.	136.	137.	138.	139.	140.	141.
<b>Hipergranulación</b>	142.	143.	144.	145.	146.	147.	148.	149.	150.	151.
<b>Fibrina</b>	152.	153.	154.	155.	156.	157.	158.	159.	160.	161.
<b>Esfacelo</b>	162.	163.	164.	165.	166.	167.	168.	169.	170.	171.

## Tratamiento de la Herida

### Asepsia

Tipo de Antiséptico	Codificación
No se usó / Terminó el tratamiento	0
Agua	1
Agua + Jabón	2
Solución Salina	3
Estericide	4
Accua Antiseptic	5
Otro/Especificar	6

Consulta (si se usa más de uno, separar con comas)									
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.	61.

### Protector Cutáneo

Tipo de Protector Cutáneo	Codificación
No se usó / Terminó el tratamiento	0
Cutisoft	1
Cavilon	2
Proshield	3
Nexcare spray	3
Otro/ Especificar	4

Consulta (si se usa más de uno, separar con comas)									
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.	71.

## Apósito Primario

Tipo de Apósito	Codificación	Tipo de Apósito	Codificación
No se usó / Terminó el tratamiento	0	Intraside	17
Acticoat	1	Iodosorb	18
Actisorb Ag	2	Fibroquel	19
Aquacel	3	Jelonet	20
Acuacel Ag	4	Kitocell	21
Acuacel Foam	5	Kaltostat	22
Acuacel Extra Ag	6	Melolin	23
Algicel Ag	7	Mepilex	24
Allevyn	8	Mepitel	25
Bactigras	9	Saf-gel	26
Carboflex	10	Silverlon	27
Curiosin gel	11	Tegaderm Film	28
Duoderm	12	Telfa	29
Duoderm Ultra thin	13	Ulcoderma	30
Epifast	14	Presión Negativa	31
Estericide Gel	15	Polvos stomahesive	32
Sulfadiazina de plata	16	Otro/ Especificar	33

**Consulta** (si se usa más de uno, separar con comas)

Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.	61.

52. **Impresión Diagnóstica:**

---

---

---

---

---

---

53. **Plan o Tratamiento:**

---

---

---

---

---

Elaborado por:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/----

Hora: \_\_: \_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para recibir tratamiento. Esto significa que nos autoriza a realizarlo. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

### OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

Nuestro objetivo es brindarle atención y cuidados de manera eficaz y oportuna para promover la cicatrización de su(s) herida(s) y prevenir complicaciones.

### PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Se realizarán una serie de procedimientos para valorar, diagnosticar y tratar su(s) herida(s), así como para prevenir complicaciones y/o futuras lesiones.

### BENEFICIOS AL RECIBIR EL TRATAMIENTO

Usted recibirá valoración y tratamiento por especialistas en Heridas, con lo cual esperamos promover la cicatrización de su herida y la prevención de complicaciones.

### RIESGOS

En ocasiones, pueden surgir algunos problemas, tales como:

- Irritación por el uso de anestésicos locales.
- Alteraciones de la sensibilidad en la zona, como dolor o disminución de la sensibilidad.
- Reacción secundaria a los diferentes tratamientos.

**Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar la *Carta de Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento***

¿Comprendió la información presentada con anterioridad? Sí [ ] No [ ]

**Consentimiento informado para recibir tratamiento médico** Sí acepto [ ] No acepto [ ]

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de aceptación del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma del Especialista

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo