

“ASOCIACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y LA HABILIDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR
DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN”

Med. Gral. García Ojeda Viridiana.



Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

**“ASOCIACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y LA HABILIDAD
DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR
DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para la obtención del Diploma de

ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA

Presenta:

Méd. Gral. García Ojeda Viridiana

Dirigido por:

Méd. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno

Medico Asociado:

Méd. Esp. Diego Enrique Ramos Ramírez

Querétaro, Qro. Junio 2026

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Geriátría

“ASOCIACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y LA HABILIDAD DEL FAMILIAR
CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN”.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Geriátría

Presenta:

Med. Gral. Viridiana García Ojeda

Dirigido por:

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno

Medico Asociado:

Med. Esp. Diego Enrique Ramos Ramírez

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno
Presidente

Med. Esp. Diego Enrique Ramos Ramírez
Secretario

M.C José Juan García González
Vocal

Med. Esp. Guillermo Lazcano Botello
Suplente

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
México
Junio 2026

Resumen

Introducción: Las lesiones por presión son complicaciones frecuentes en personas con larga estancia intrahospitalaria, aumentando la prevalencia en personas mayores de 65 años, causa común de prolongación de estancia, así como de gastos intrahospitalarios. Estas aumentan la morbimortalidad en los pacientes, condicionado por sobreinfección bacteriana, lo que conlleva a sepsis y muerte si no se logra la prevención y el tratamiento adecuado. En México se ha visto un aumento de la población adulta mayor, grupo poblacional que por los cambios secundarios al envejecimiento, presentan disminución en algunas funciones básicas de la vida diaria, por lo que es necesario que muchos de estos pacientes necesiten del apoyo de un cuidador primario, quien en casos de pérdida de la salud, apoya en mejoría de la evolución del paciente. **Objetivo:** Determinar la Asociación de la prevalencia de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital General de Zona 3. **Materiales y métodos.** Es un estudio Transversal comparativo. La población de estudio son cuidadores de pacientes de 65-80 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina interna del HGZ3, que cuenten con diagnósticos de cualquier enfermedad que limite la movilización autónoma del paciente, que se encuentren inmóviles o con dificultad para la movilización. Se trabajará con 2 grupos. Grupo de cuidadores con pacientes con lesiones por presión, y el grupo de cuidadores con pacientes sin lesiones por presión. Lugar de investigación: servicio de Medicina Interna del Hospital General de zona número 3 de San Juan del Río. Se incluyeron 100 pacientes, 50 por cada grupo, con lesiones y sin lesiones por presión. Se aplicará al familiar el inventario de habilidad de cuidador. Se solicitará el consentimiento tanto del cuidador como el del paciente (el cuidador contestará el instrumento, pero se explorará al paciente, por lo que se requiere consentimiento de ambos). Se utilizará estadística descriptiva a través de medias, porcentajes, promedios, desviaciones estándar e intervalos de confianza. Se determinará Chi cuadrada y T student. **Plan de análisis:** se llevó a cabo estadística comparativa por medio de frecuencias, media, porcentaje e intervalos de confianza para variables con distribución normal, para variables sin distribución normal se utilizó moda y desviación estándar, así como Chi cuadrada y T de studen. Para su análisis se utilizó el programa SPSS versión 26. **Resultados:** Se determinó que el grado de paciencia del cuidador si impactó en la aparición de las lesiones por presión en el paciente, ya que los cuidadores de los pacientes sin lesiones por presión, el 72% se encontraron con un alto nivel de paciencia, en comparación con 28% de los cuidadores con pacientes con lesiones por presión, sin embargo con los niveles de conocimiento y valor de los cuidadores, vimos que no fueron significativos, no representaron un impacto a mayor grado de estos, en la ausencia de las lesiones por presión, ya que los cuidadores de pacientes con lesiones por presión tuvieron un 23% de nivel bajo de conocimiento, y solo un 2% de conocimiento alto, y en los cuidadores de pacientes sin lesiones por presión el nivel con mayor porcentaje fue medio con un 28%. Igualmente el valor en cuidadores de pacientes sin lesiones por presión predominó el nivel bajo en un 58%, y un 34% nivel bajo en los cuidadores de pacientes con lesiones por presión. **Conclusiones:** En este estudio transversal comparativo fue posible comprobar una de las hipótesis estadísticas con respecto a la paciencia de los cuidadores, ya que mientras mayor grado de paciencia tengan los cuidadores, en este estudio en un 72%, se vio que la presencia de lesiones por presión era menor. Sin embargo no fue posible comprobar las hipótesis alternas ni nulas con respecto al grado de conocimiento, en nuestro estudio el grado de conocimiento alto en pacientes sin lesiones por presión fue del 22%. En la hipótesis se planteó un porcentaje mayor a 74% de conocimiento alto, y pacientes sin lesiones por presión. Igualmente en el grado de mayor valor del cuidador, en paciente sin lesiones por presión, obtuvimos como resultado el 18%, mientras que en la hipótesis estadística se observó que

el porcentaje de mayor valor en el cuidador y ausencia de LPP en el paciente, fue de > a 29%.

Palabras clave: Lesiones por presión, habilidad del cuidador, inventario CAI

Summary

Introduction: Pressure injuries are frequent complications in patients with prolonged hospital stays, with increased prevalence in individuals over 65 years of age. Pressure injuries are a common cause of prolonged hospital stays and increased hospital costs. They increase morbidity and mortality in patients, often due to bacterial superinfection, which can lead to sepsis and death if prevention and appropriate treatment are not achieved. In Mexico, there has been an increase in the elderly population, a group that, due to age-related changes, experiences a decline in some basic functions of daily living. Therefore, many of these patients require the support of a primary caregiver, who, in cases of declining health, assists in improving the patient's recovery. **Objective:** To determine the association between the prevalence of pressure injuries and the skills of the family caregiver of an elderly adult during hospitalization in the internal medicine service of General Hospital Zone 3. **Materials and methods.** This is a comparative cross-sectional study. The study population consists of caregivers of patients aged 65-80 years hospitalized in the internal medicine service of HGZ3, who have diagnoses of any disease that limits the patient's independent mobility, or who are immobile or have difficulty moving. Two groups will be used: a group of caregivers of patients with pressure injuries, and a group of caregivers of patients without pressure injuries. The research site is the Internal Medicine service of General Hospital Zone No. 3 in San Juan del Río. One hundred patients were included, 50 in each group, with and without pressure injuries. The Caregiver Skills Inventory will be administered to the family members. Informed consent will be obtained from both the caregiver and the patient (the caregiver will complete the instrument, but the patient will be examined, therefore consent from both is required). Descriptive statistics will be used, including means, percentages, averages, standard deviations, and confidence intervals. Chi square and Student's t will be determined. **Analysis plan:** Comparative statistics were performed using frequencies, means, percentages, and confidence intervals for normally distributed variables. For non-normally distributed variables, the mode and standard deviation were used, as well as the chi-square test and Student's t-test. SPSS version 26 was used for the analysis. **Results:** It was determined that the caregiver's level of patience did impact the occurrence of pressure injuries in the patient. 72% of caregivers of patients without pressure injuries exhibited a high level of patience, compared to 28% of caregivers of patients with pressure injuries. However, the caregivers' levels of knowledge and values were not significant and did not have a greater impact on the absence of pressure injuries, caregivers of patients with pressure injuries had a low level of knowledge (23%) and only a high level (2%), while among caregivers of patients without pressure injuries, the highest percentage was medium (28%). Similarly, a low level predominated among caregivers of patients without pressure injuries (58%), compared to a low level among caregivers of patients with pressure injuries (34%). **Conclusions: This comparative cross-sectional study confirmed one of the statistical hypotheses** regarding caregiver patience. In this study, greater patience among caregivers (72%) was associated with a lower incidence of pressure injuries. However, the alternative and null hypotheses regarding knowledge levels could not be confirmed. In our study, only 22% of patients without pressure injuries demonstrated a high level of knowledge. The hypothesis predicted a higher percentage (over 74%) of high knowledge among patients without pressure injuries. Similarly, regarding the highest level of caregiver skill among patients without pressure injuries, we obtained a result of 18%, while the statistical hypothesis indicated a higher percentage of caregiver skill combined with the absence of pressure injuries in the patient (over 29%).

Keywords: Pressure injuries, caregiver skills, CAI inventory

Dedicatorias

El presente trabajo es dedicado a mi padre que, aunque ya no esté físicamente, fue el mentor de la persona que soy hoy, y a mi madre que, con amor, atención y paciencia, me impulsó a seguir día a día. En general, a toda mi familia, sin su apoyo no sería nada.

Cuando la gratitud es tan grande, las palabras sobran.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a todos y cada una de las personas, que formaron parte de mi formación, tanto médicos adscritos, compañeros residentes y amigos que formé durante estos 4 años, llenos de altas y bajas.

Un agradecimiento especial a mis padres Alberto Antonio García Ortiz y Anita Ojeda Hernández, quienes siempre han creído en mí y me han enseñado a caminar sin miedo. A mis mentores, en especial a la Dra. Cristina del Rocío Sánchez Hernández, Dra. Paulina Vanesa Huerta Chávez, Dra. Erica García Chávez, Dr. Carlos García López, Dr. Luis Horacio Contreras González, Dr. Humberto Guendulain Arenas y a mi titular el Dr. Diego Enrique Ramos Ramírez, quienes constituyeron un pilar importante de mi vida profesional y siempre estaré agradecida por el apoyo, la confianza, la paciencia y el cariño que demostraron y con el que me guiaron estos años.

INDICE

Contenido	Página
Resumen	3
Summary	5
Dedicatorias	6
Agradecimientos	7
Índice	8
Índice de cuadros	10
1. Introducción	11
2. Antecedentes	13
3. Fundamentación teórica	14
3.1. Lesiones por presión	14
3.1.1. Definición	14
3.1.2. Epidemiología	14
3.1.3. Localización	15
3.1.4. Etiología	15
3.1.5. Población de riesgo	16
3.1.6. Estadios	16
3.1.7. Fases de cicatrización	17
3.1.8. Factores de riesgo	17
3.1.9. Valoración	19
3.1.10. Prevención	21
3.1.11. Complicaciones	23
3.1.12. Tratamiento	23
3.2. Red de apoyo	26
3.3. Habilidades del cuidador	28
3.3.1. Concepto	28
3.3.2. Conocimiento	29
3.3.3. Valor	29
3.3.4. Paciencia	29

3.3.5. Factores asociados	29
4. Hipótesis	32
4.1. Hipótesis general	32
4.2. Hipótesis estadísticas	32
5. Objetivos	33
5.1. Objetivo general	33
5.2. Objetivos específicos	33
6. Material y métodos	34
6.1. Tipo de investigación	34
6.2. Población o unidad de análisis	34
6.3. Muestra y tipo de muestra	34
6.4. Definición del grupo control	35
6.5. Criterios de selección	35
6.5.1. Criterios de inclusión	35
6.5.2. Criterios de exclusión	35
6.5.3. Criterios de eliminación	32
6.6. Variables estudiadas	35
6.7. Procedimientos	36
6.8. Análisis estadístico	37
6.9. Consideraciones éticas	37
7. Resultados	38
8. Discusión	46
9. Conclusiones	49
10. Propuestas	51
11. Referencias bibliográficas	52
12. Anexos	56

Índice de cuadros

Cuadro	Página
Cuadro 1. Estadísticos el sexo del cuidador	38
Cuadro 2: Características sociodemográficas de los cuidadores de los pacientes que presentaron o no lesiones por presión	38
Cuadro 3: Estadístico sobre localización y estadíos de las lesiones por presión en los pacientes	39
Cuadro 4: Tabla cruzada sobre la relación del sexo del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.	40
Cuadro 5: Tabla cruzada sobre la relación de la edad del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.	41
Cuadro 6: Estadístico sobre el conocimiento del cuidador.	41
Cuadro 7: Estadístico sobre el valor del cuidador.	42
Cuadro 8: Estadístico sobre la paciencia del cuidador.	42
Cuadro 9: Tabla cruzada sobre la relación del rango de conocimiento del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente	43
Cuadro 10: Tabla cruzada sobre la relación del rango de paciencia del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.	44
Cuadro 11: Tabla cruzada sobre la relación del rango de valor del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.	45

1. Introducción

Las lesiones por presión son alteraciones de la piel y los tejidos subyacentes, causadas por procesos isquémicos secundarios a presión, fricción, el cizallamiento o una combinación de estos mecanismos, los cuales contribuyen en la pérdida de la continuidad de la piel.

Dentro de las principales razones para el desarrollo de éste estudio, fue determinar si existe relación entre una adecuada red de apoyo en los pacientes Geriátricos, y la aparición de lesiones por presión, y de ser así, poder apoyar a una mejor toma de decisiones en nuestra práctica profesional, ya que esto facilitará tanto al personal de enfermería como médico, evitar las posibles complicaciones y carga de trabajo en centros hospitalarios, así como disminuir la mortalidad, los días de estancia intrahospitalaria y por ende los gastos que implican el tratamiento de este tipo de complicaciones. Al disminuir la incidencia de las lesiones por presión, es posible cortar el tiempo de estancia intrahospitalaria, el costo en la atención, y evitar las complicaciones que conlleva una lesión por presión, como infecciones severas, sepsis, choque séptico y muerte.

Razón por la cual es importante que cada paciente cuente con el apoyo de un cuidador primario, capacitado para mejorar los cuidados durante la hospitalización del paciente, apoyando en la movilización, higiene y atención de los adultos mayores hospitalizados.

Se tomaron en cuenta diferentes puntos, desde el ingreso de los pacientes al área de urgencias, durante la estancia en el servicio de medicina interna por ejemplo, y al momento de egreso, se pueden identificar, áreas de oportunidad en la red de apoyo que promuevan o disminuyan la aparición de lesiones por presión, con apoyo multidisciplinario a cargo de la familia, el médico, personal de enfermería, rehabilitación y psicología, tal vez no directamente sobre el tratamiento y manejo de las lesiones, pero si el abordaje completo de lo que conlleva la aparición de dichas lesiones. Algo que no se realiza de manera rutinaria, lo que conlleva al diagnóstico de las lesiones ya en estadios avanzados, generando mayor estancia intrahospitalaria, mayor gasto económico y consumo del paciente y la familia.

Para este estudio básicamente se requirió de una observación y vigilancia detallada de los pacientes desde el ingreso al hospital, hasta el egreso a domicilio. Es importante incluir de manera primordial a la red de apoyo del paciente, para adecuado seguimiento al egreso

hospitalario, para continuar con la vigilancia, medidas de prevención y tratamiento en caso de no resolución durante la hospitalización.

2. Antecedentes

Una lesión por presión es un defecto que aparece en piel y estructuras subyacentes, con la presencia de isquemia secundaria a aumento de la presión mantenida, así como mecanismos como la fricción. Las lesiones por presión son complicaciones frecuentes en personas con larga estancia intrahospitalaria, aumentando la prevalencia en personas mayores de 65 años, causa común de prolongación de estancia, así como de gastos intrahospitalarios. Estas aumentan la morbi-mortalidad en los pacientes, condicionado por sobreinfección bacteriana, lo que conlleva a sepsis y muerte si no se logra la prevención y el tratamiento adecuado. Para que se formen estas lesiones, existen algunos mecanismos, como: presión, fricción y cizallamiento. Son múltiples los factores de riesgo, dentro de los cuales, los más importantes son: pacientes mayores a 65 años, defectos en la circulación periférica y perfusión tisular, inmovilidad, malnutrición, disminución o pérdida de la sensibilidad e incontinencia. Los estadios de las lesiones varían desde eritema en piel que no cambia a la digitopresión, hasta pérdida de tejido con necrosis en tejido celular subcutáneo.

En México se ha visto un aumento de la población adulta mayor, grupo poblacional que, por los cambios secundarios al envejecimiento, presentan disminución en algunas funciones básicas de la vida diaria, por lo que es necesario que muchos de estos pacientes necesiten del apoyo de un cuidador primario, quien en casos de pérdida de la salud, apoya en mejoría de la evolución del paciente. Por lo que en este estudio se valoró la relación que guarda el hecho de contar con un cuidado hábil y capacitado en el riesgo de presentar lesiones por presión durante la hospitalización, así como escalas para valorar las habilidades del cuidador primario que pudiera entorpecer el cuidado del paciente.

3. Fundamentación teórica

3.1.- Lesiones por presión

3.1.1.- Definiciones

Una lesión por presión es un conjunto de alteraciones en tejidos blandos, que incluye piel y tejido celular subcutáneo, secundarios a procesos isquémicos por mecanismos como presión mantenida, frotación, el deslizamiento o una combinación de estos procesos, los cuales contribuyen a la necrosis del tejido, por oclusión directa de la vascularidad o lesión de los vasos. (Moncada 2012)

Estas pueden generar en los pacientes dolor físico y emocional, estrés, incomodidad, hasta llegar al rechazo por parte de los cuidadores primarios, debido al mal olor derivado de las lesiones que presentan. (Barrera 2016)

3.1.2.- Epidemiología

La incidencia de las lesiones por presión cambia dependiendo del entorno del paciente y de la atención sanitaria recibida. El Panel Asesor Nacional de Úlceras por Presión (NPUAP) actualmente, “lesiones por presión” comenta que la presencia varía del 0.4% al 38% en los pacientes hospitalizados, del 2.2% al 23.9% en unidades de enfermeras especializadas y del 0% al 17% en domicilio. (JAH 2021)

Con el incremento de las complicaciones agudas en los pacientes ancianos hospitalizados y el aumento en los días de estancia intrahospitalaria, el 15% de los pacientes adultos mayores desarrollarán lesiones por presión durante los primeros 7 días de hospitalización.

Se ha observado que la mortalidad aumenta, cuando hay presencia de Lesiones por presión. Alcanzando el 60 % en los rangos de mortalidad, para los adultos mayores que presentan lesiones por presión en los primeros 12 meses, posterior al egreso hospitalario. El desarrollo de lesiones llega a ser un predictor de mortalidad.

El tratamiento de estas lesiones conlleva un costo elevado, que ronda en promedio en

los \$ 37,800, causando no solo impacto en la morbilidad del paciente, sino también en el sistema de salud. (JAH 2021)

La prevalencia de LPP en México, se estima en un 12.92%, mientras que en países Europeos como España y Alemania ésta se encuentra entre el 6 -13% y 15% en países como Reino Unido, Suecia, Bélgica y Australia. (CONAMED 2021)

3.1.3.- Localización

Se incluyen prominencias óseas, aunque también estas pueden aparecer en toda la extensión cutánea, así como sobre tejidos blandos que se encuentran en constante aumento en la presión ejercida por diferentes estructuras o dispositivos sanitarios, como sondas, fijaciones, etc. (GNEAUPP 2017)

La localización será secundaria a la posición en el que el paciente se encuentre durante no más de 2 hrs, las lesiones más frecuentemente afectadas son: la región sacra, los glúteos, los talones, el pliegue ínter glúteo, el trocánter y los maléolos. (Cajal 2006)

Localización en porcentajes: Sacro 30,7%, Talón 28,6%, Trocánter 7,0%, Maléolo 6,4%, Glúteo 6,1%, Dorso del pie (dedos) 4,7%, Isquion 3,5%, Pierna/rodilla 2,8%. (Mercedes 2021)

3.1.4.- Etiología

La etiopatogenia se dará por el aumento de la presión que actúa directamente sobre la piel provocando una compresión de los tejidos entre dos superficies duras, las prominencias o salientes óseas de la superficie corporal del paciente y los dispositivos de contacto como: camillas, silla o sillones, dispositivos invasivos, o necesarios para tratamiento, etc. Puede ser secundaria a aumento presión, o de cizallamiento.

Pueden estar presentes, estos mecanismos por separado, o combinados, por ejemplo: compresión con cizalla, con otros componentes y alteraciones predisponentes como la humedad o el roce, y es así cuando llamaremos a estas, lesiones combinadas.

La opresión de obstrucción capilar máxima es de 20 mmHg. En caso de ser mayores

de 20 mmHg en un área específica, delimitada y por un tiempo mayor de 2 hrs, se inicia el proceso de isquemia en los tejidos, lo que evita la adecuada perfusión de Oxígeno y componentes nutricios a la zona afectada, teniendo como efecto las lesiones por presión. Si esta presión continua ocasionará necrosis y muerte tisular. (GNEAUPP 2017)

3.1.5- Población de riesgo

En este se encuentran todos los pacientes expuestos a una estancia hospitalaria y que mantienen una misma posición por más de dos horas, también se incluyen a pacientes con una enfermedad terminal o con gran compromiso del estado general, cuyo daño a los tejidos puede aparecer en menos de dos horas. (Cajal 2006)

3.1.6.- Estadios

Estadios GNEAUPP:

Estadio I. Se observa alteración, pero la piel aún se mantiene íntegra, puede estar asociada con la compresión, se presenta como un cambio de coloración eritematoso cutáneo que no aclara al hacer presión. Incluye alteraciones como cambios en los niveles de temperatura de los tejidos (caliente o fría), cambios en la turgencia y aspecto del tejido (edema, induración) y/o diversas manifestaciones como dolor, escozor.

Estadio II. Ya hay disminución en las dimensiones de la piel que afecta estructuras como la epidermis, la dermis o ambas. Su apariencia puede variar, mostrando características como abrasiones, ampollas o cráteres superficiales.

Estadio III. Ausencia total del grosor del diámetro cutáneo que conlleva una lesión o cambios necróticos del tejido subcutáneo, afectando las capas inferiores, pero sin comprometer la fascia subyacente.

Estadio IV. Habrá pérdida total del grosor cutáneo acompañado de una amplia destrucción, ausencia del flujo sanguíneo del tejido, o afectación de estructuras profundas tales como el tejido muscular, el tejido óseo o componentes de soporte como tendones y cápsulas articulares. (Cajal 2014)

Otra clasificación es:

Lesión de categoría desconocida: En esta, la profundidad de la lesión se desconoce, debido a la pérdida de tejidos en donde su base se encuentra cubierta totalmente por esfacelos.

Sospecha de lesión de tejidos profundos: Zona de color oscuro, morada o café, acompañada de piel decolorada con flictena hemática. (SANUM 2018)

3.1.7.- Fases de cicatrización

A) Fase exudativa o de depuración: conformada por formación de coágulo, estado de inflamación y limpieza de la herida. Se eliminan células y tejido desvitalizado, de 0 a 72 hrs del inicio.

B) Fase de granulación: remodelación vascular, promueve el adecuado aporte nutricional y de O₂ al tejido recién formado, el cual será frágil, por lo que debemos tener precaución al hacer curaciones de la zona.

C) Fase de epitelización: posterior a la fase de granulación, se formará tejido epitelial, iniciando por los bordes, dirigiéndose al centro, hasta cubrirla en su totalidad.

D) Fase de maduración: consolidación del nuevo tejido con menor tensión y sin glándulas sebáceas. Puede durar hasta 1 año esta fase, posterior a este tiempo, tendrá mayor fuerza y será menos susceptible a daño eterno. (Mercedes 2021)

3.1.8.- Factores de riesgo

Múltiples son los mencionados, más de 100 identificados, sin embargo, los más importantes y principales son: Malnutrición, inmovilidad, hipoperfusión tisular y pérdida de la sensibilidad.

Se van a dividir en: Intrínsecos y extrínsecos.

Intrínsecos: (secundarias a características propias del paciente): incluyen inmovilización o limitación de la movilidad, hospitalizaciones prolongadas, alteración del estado

mental o enfermedades neurodegenerativas, así como también enfermedades crónicas presentes (diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal). Otros factores que pueden influir son la hipotensión, el cáncer, fracturas de cadera, malnutrición o restricciones dietéticas, problemas dentales como la ausencia de piezas dentarias o salud bucal deficiente, el uso de fármacos que suprimen el SNC, trastornos del ánimo, la pérdida del control de esfínteres urinario o fecal, así como los procesos de envejecimiento tanto general como cutáneo, que se manifiestan en la pérdida de la turgencia de la piel y de grasa subcutánea.

Extrínsecos: (entorno del paciente) los cuales se van a dividir en 4:

- Presión ejercida y constante sobre una saliente ósea, que es la causa con mayor prevalencia para presentar lesiones por presión.
- Fricción. Secundaria al roce o frote de la piel contra otra superficie paralela en contacto.
- Cizallamiento. Fuerza paralela que se ocasiona cuando dos superficies se deslizan una sobre otra.
- Humedad. Por la presencia de cualquier líquido, secreción, que se encuentre en contacto directo prolongado con la capa más expuesta de la piel. Esta humedad puede ser provocada por fluidos como orina o heces, en pacientes con incontinencia urinaria o fecal, así como también sudor acumulado en pliegues. (GPC 2015)

Otra clasificación de los factores de riesgo es la siguiente:

- Fisiopatológicos: Originados como causa directa del proceso patológico en curso. En este se incluyen: edad, lesiones cutáneas previas, alteraciones en el aporte de oxígeno, alteraciones en el estado nutricional, trastornos del sistema inmune, alteraciones del estado de neurológico y alteraciones de la eliminación o pérdida de control de esfínteres. (urinario o fecal).
- Secundarios a efectos adversos de tratamiento: Causados por terapias o procedimientos diagnósticos. Entre estos se incluyen: Tratamiento inmunosupresor, tratamiento sedante, procedimientos quirúrgicos, dispositivos y aparatos adicionales.

- Situacionales y del entorno: Factores secundarios a las actuaciones sobre el paciente: disminución en la movilidad, pliegues de la ropa de cama, higiene deficiente, desconocimiento de los factores de riesgo por los familiares o cuidadores, mal uso de materiales de curación, ausencia de criterios bien establecidos por persona de salud, falta de adiestramiento de los profesionales sanitarios y de los cuidadores primarios. (CUN 2015)

3.1.9- Valoración

Para la valoración del paciente se debe llevar a cabo una adecuada evaluación y establecer una opción terapéutica adecuada, de la enfermedad subyacente, así como abordar los problemas de salud asociados, como la nutrición, estadificar el dolor y los factores psicosociales que pudieron haber estado implicados para desarrollar Lesiones por presión en el paciente. Esto incluye aspectos como una red de apoyo deficiente o una inadecuada higiene. Para evaluar esta situación,

se emplean escalas, como por ejemplo la de Braden y la de Norton, que son herramientas ampliamente utilizadas para detectar a los pacientes mayores que presentan un aumento en el riesgo de desarrollar lesiones por presión. (Moncada 2012)

Lo ideal es incluir una valoración clínica completa.

Valoración clínica: Es esencialmente interdisciplinaria, en la cual intervienen enfermería y médicos, en la cual la observación previa de familiar y paciente es muy importante, para una identificación temprana de las lesiones. (Quizhpi 2022)

Escala de Braden

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

Escala de Braden: sensibilidad del 83-100%, especificidad del 64-77%.

- Niveles de riesgo

Puntuación	Niveles de riesgo	
6-12 puntos	Con riesgo	Alto
13-14 puntos		Moderado
15-18 puntos		Bajo
19-23 puntos	Sin riesgo	

Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión

Escala de Norton

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Completa	4. Deambula	4. No
3. Aceptable	3. Apático	3. Algo limitada	3. Con ayuda	3. Ocasional
2. Deficiente	2. Confuso	2. Muy limitada	2. Silla de ruedas	2. Habitual
1. Muy deficiente	1. Estupor	1. Inmóvil	1. Encamado	1. Doble incontinencia

Escala de Norton: sensibilidad del 73-92%, especificidad del 61-94%.

Riesgo moderado: < 16 puntos. Alto <12 puntos

Claudia Arango Salazar ÚLCERAS POR PRESIÓN, Tratado de Geriatria para residentes.

Las lesiones por presión son catalogadas como un problema de salud a nivel mundial logrando un cambio en la calidad de vida de los pacientes, la cual se ve limitada, al igual que la de sus familiares y cuidadores primarios, por lo que la prevención es importante para otorgar mejor calidad de vida a nuestros pacientes. (Guijarro 2021)

Otras escalas utilizadas son: Waterlow, Arnell y las derivadas de Norton (la escala de Gosnell, de Ek, de Nova-4, de Emina y la de Norton modificada).

3.1.10.- Prevención

Se deberán cubrir varios aspectos, los cuales se mencionan en seguida.

Movilidad: Disminuir el tiempo de confinamiento en cama, haciendo hincapié en la deambulación dentro y fuera de cama y los ciclos de movilización, mínimo dos veces al día. La recomendación es realizar cambios posturales cada 2-4 hrs en pacientes confinados a la cama y cada hora en pacientes que se encuentren en otros dispositivos como: silla de ruedas o sillones. Evitar el roce de prominencias o salientes óseas entre sí, disminuir la presión con: almohadas,

colchón de presión alterna, cojines de gel de frotación, protector de talones y codos. Evitar aumentar el ángulo de la parte superior de la cama a más de 30°.

Intentar mantener el mayor tiempo posible la alineación corporal.



Figura 1: Reloj de cambios posturales para pacientes encamados. Modificada de: Barón Burgos MM.⁴

Surya M H, [Reloj de cambios posturales] Calidad del cuidado enfermero, Úlcera por presión en paciente crítico, revista CONAMED 2021.

Decúbito Supino: Se tendrán que cubrir las zonas más propensas a desarrollar lesiones, con almohadas en sitios específicos como: cabeza, en gemelos, para facilitar el retorno venoso, en piecero para evitar el pie equino, en trocánter, para evitar la rotación.

Decúbito Lateral: Se pondrá soporte con almohadas en las siguientes zonas: bajo la cabeza en forma lateral, en el trayecto de la espalda, separando las rodillas para evitar roces, debajo del brazo que esté en contacto con la superficie de la cama.

Decúbito Prono: Igualmente hay que proteger de la presión las siguientes áreas: bajo la cabeza, por debajo del abdomen, evitando así la tensión muscular, debajo de los miembros pélvicos para favorecer el retorno de la circulación, debajo de los hombros disminuyendo la tensión muscular.

Posición sentada: Colocar almohadillas detrás todos los puntos de contacto, como son: la cabeza, los brazos y debajo de los pies.

Medidas de higiene: adecuada higiene a base de agua y jabón, con correcto secado posterior. No utilizar alcoholes, no poner jabón sobre la lesión ulcerada. Posterior al baño hidratar correctamente la piel, se recomienda utilizar una esponja por cada parte del cuerpo.

Incontinencia: se recomienda valorar el uso de sondas o dispositivos urinarios. Posterior a cada cambio de pañal, realizar lavado con agua y jabón, secar la zona e hidratar.

Nutrición: Dieta hiperproteica si no hay contraindicación, ingesta de líquidos (2 litros al día si no hay contraindicación), suplementación con vitaminas

Iatrogenia: Cambio diario de dispositivos invasivos en los pacientes, o necesarios dentro de su tratamiento, así como cubrir zonas expuestas a fijaciones de estos dispositivos. (Moreno 2021)

3.1.11.- Complicaciones

Bacteriemia y sepsis: Originada por *Staphylococcus aureus*, y *Bacterioides fragilis*. Cuando los pacientes con lesiones por presión desarrollan estos síntomas: fiebre, taquicardia, hipotensión, anorexia, desorientación, letargo, nos sugiere optar medidas de tratamiento de un probable foco infeccioso.

Celulitis: Infección que afecta tejidos blandos profundos, causada por agentes como *Streptococcus pyogenes* o *Staph. aureus*. El tejido se caracteriza por la presencia de rubor o eritema, dolor y calor en la zona afectada. El tratamiento inicial será médico con antibióticos, disminuir la movilidad y elevar la parte afectada, aplicar calor y apósitos húmedos.

Osteomielitis: Es una complicación infecciosa de las lesiones por presión, donde hay una diseminación de la infección al hueso subyacente de la lesión cutánea inicial. Puede estar causada por diversos agentes como *Staph aureus*, *Staph epidermis*, *Streptococcus*, *Salmonella*, *Proteus* y *Pseudomonas*. (CUN 2015)

3.1.12.- Tratamiento

Dentro del tratamiento o manejo de las lesiones por presión tenemos una amplia gama de opciones, como las siguientes:

Desbridamiento quirúrgico: de los tratamientos existentes, éste es el más invasivo y agresivo, en el cual se retira el tejido necrozante, bajo anestesia regional.

Apósito: adhesivo, con impermeabilidad al agua y la humedad, que se adapta a toda superficie del cuerpo, ayuda en la retirada del tejido necrótico, evita la acumulación de humedad, disminuyendo así el riesgo de infección.

Mecánica corporal: movilización oportuna del paciente. La movilización activa es clave para prevenir las lesiones por presión. Esta va de la mano con otras medidas, como la colocación de sábanas extendidas, completamente lisas, evitando arrugas, almohadas suaves, de material no absorbente, rodillos, toallas y férulas debajo de las salientes óseas.

Apósitos basados en cura húmeda tales como:

Hidrocoloides: contraindicados en pacientes con heridas infectadas o necrosis. La indicación más precisa es en heridas crónicas con presencia de exudado leve a moderado. Estos apósitos tienen efecto parcialmente oclusivo. La capa más externa es semipermeable y protege la herida de los desechos celulares y la penetración de agentes infecciosos externos. La capa interna está conformada por moléculas hidrofílicas de carboximetilcelulosa que se encuentran inmersas en una masa hidrófoba. Se recomienda cambiarlos cada 3-5 días.

Alginatos: Están contraindicados en heridas secas o con tejido necrótico. Su uso se reserva a heridas con mayor profundidad y con alto contenido de exudado, heridas con estado inflamatorio activo y acompañado de material purulento. El exudado de las heridas es rico en sodio, de tal manera que la principal función del gel hidrofílico, es limpiar la herida y mantener el microambiente con una adecuada humedad que permite los procesos de granulación y la epitelización de la herida.

Hidrogel: Este tipo de apósito está contraindicado en heridas con exudado moderado o abundante. Crea ambiente húmedo de una herida seca, con la siguiente activación de destrucción celular en la lesión y humectando las formaciones costrosas o zonas con necrosis seca. Su función es mantener limpio el lecho de la lesión al adherir el tejido con necrosis y los microorganismos al gel que contiene el apósito.

Hidrofibra: Indicada en heridas con alto exudado e infectadas. Su funcionamiento se basa en crear un gel tomando como base el exudado de la herida, manteniendo los microorganismos en el interior del gel, dificultando su salida, igualmente disminuye la reproducción bacteriana, al bajar el pH de la herida, favorece la neoformación de vasos y la fibrinólisis.

Dextranómero: su función es hidratar zonas con presencia de necrosis secas, así como estimulando enzimas autolíticas. (Renato 2015) (Moreno 2021)

Espuma de poliuretano: su principal indicación es en heridas con tejido de granulación pero sin datos de proceso infeccioso activo.

Apósito de poliacrilato con solución de Ringer: Indicado en lesiones crónicas con abundante exudado, así como heridas infectadas con requerimiento de constante limpieza.

Apósitos con antimicrobianos: indicado en heridas infectadas y críticamente colonizadas.

Presión negativa: (CHPN) también llamado “cicatrización al vacío” es la aplicación de presión atmosférica controlada a una herida, mediante un dispositivo tipo bomba eléctrica, lo que genera hiperemia en la zona afectada, disminuyendo así el crecimiento bacteriano y por ende la necesidad de tratamiento antibiótico, para concluir el tratamiento.

Cura tradicional: gasas cubiertas con parafina o empapadas con suero NaCl, lo que propicia un ambiente menos húmedo, uso de antisépticos y antimicrobianos, cuya frecuencia de cambio recomendada es cada 24 hrs. (Cajal 2014)

3.1.13.- Términos relacionados

Tejido necrótico: Tejido oscuro (puede ser de coloración negra o marrón oscuro) que se mantiene adherida a los bordes de la herida.

Esfacelos: tejido blanquecino o amarillo que se une al fondo de la úlcera. Este tiene un aspecto fibroso.

Tejido de granulación: tejido de coloración rosácea, con apariencia brillante.

Tejido epitelial: Se encuentra en lesiones superficiales, es un nuevo tejido similar a la piel. (Cajal 2014)

3.2.- Red de apoyo

Es importante que los familiares conozcan los riesgos y complicaciones que implican las lesiones por presión, ya que entendiendo esto la recuperación del paciente será más rápida.

Para esto hay que hacer una correcta identificación del familiar cuidador o cuidador principal, valorando múltiples características, como habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno cuidador, ya sea familiar, cuidador primario remunerado o no, ajeno al núcleo familiar o tutor.

La enfermedad es un proceso que por lo general desestabiliza muchos factores como: el paciente, y demás áreas extensas, entre ellas: sector económico, sector laboral, las relaciones sociales, afectivas, etc. Lo que dará múltiples problemas o inconvenientes en la adecuada evolución del paciente.

Se debe tener en cuenta que los cuidados que requiere un paciente, no solo se darán dentro de una institución o durante la hospitalización, si no que será en todo momento, lo que pudiera llevar a un cansancio por parte del cuidador primario o desinterés al pasar las primeras etapas de la enfermedad o el proceso agudo.

A pesar de que la familia en múltiples bibliografías, es considerada la base de la sociedad, no todas las familias, responden de manera adecuada ante la pérdida de la salud de uno de los miembros, ésta respuesta estará dada por múltiples factores, como: 1. Características personales individuales de cada uno de los miembros, por ejemplo: recursos económicos y sociales para afrontar situaciones que impliquen estrés o que sean complejas, y estilo de vida de los miembros de la familia cercanos al paciente. 2. El tipo de relación que existe entre el paciente y el resto de los familiares. 3. Historial de pérdidas familiares previas y como ha sido el comportamiento ante estas. 4. Relaciones interfamiliares y diferencias previas en la red familiar. 5. Antecedentes de algún tipo característico de enfermedad y fallecimiento en la familia

6. Recursos sociales y económicos de la red familiar. 7. Red social o de apoyo externo a la familia. 8. Problemas legales, administrativos y externos a la enfermedad como, el tipo de vivienda, conflictos por herencia de por medio, y problemas actuales. 9. Grado académico, educacional y cultural, que pueda apoyar una adecuada toma de decisiones o respuesta ante un evento adverso.

Por lo general, es poco probable que un cuidador primario cumpla con todos estos requisitos. Sin embargo, se supone que el cuidador primario asume de forma voluntaria la responsabilidad de este tipo de cuidado, aunque puede haber situaciones en que no exista otro familiar o persona que se haga cargo del paciente, dejando sin opciones al cuidador primario, lo que conlleva a una mala adherencia al cuidado del paciente. (UNMSM 2016)

Dentro del entrenamiento de la red de apoyo, para los cuidados del paciente o enfermo, hay que tener presentes todos los puntos que involucren el cuidado y el trato directo del paciente, tales como: la alimentación, higiene adecuada, cambios de posición y postura, realización de curaciones, auxiliar al paciente para las evacuaciones, el control de medicamentos, atención y disminución de síntomas y molestias, así como toma de decisiones para actuación en ciertas situaciones, entre ellas: coma, pánico, agitación psicomotora, agonía. Igualmente se hará hincapié en la adecuada comunicación con el enfermo y el resto de la familia, incluyendo una buena actitud, flexibilidad, comprensión y apoyo para ayuda emocional, tanto al paciente, como de la familia. (UNMSM 2016)

Hay que mantener informados y educados tanto al enfermo y al cuidador primario, sobre las mejores opciones del tratamiento, el apego al mismo y como evitar las lesiones secundarias a la presión. Se informará ampliamente acerca del manejo de síntomas como, dolor, disconfort, que resultados se esperan del tratamiento, la duración de este, y el pronóstico si se tiene bien definido. Igualmente, información detallada sobre las superficies más apropiadas para el apoyo corporal, así como solicitar apoyo de personal médico y de enfermería necesarios para el adecuado abordaje del paciente. (Rnao 2007)

En México, muchas personas mayores enfrentan la falta de ingresos adecuados y de seguridad social. Esta situación hace que dependan en gran medida de apoyo informal, tanto de familiares directos como no amistades, que se convierten en su principal recurso para satisfacer

sus requerimientos económicos, así como sociales.

Según la Encuesta Nacional Demográfica de Dinamarca, la relación de hogares con adultos mayores en el país incrementó del 24. 2% en 1992, al 29. 2% en 2009. Asimismo, entre 1990 y 2015, la cantidad de hogares considerados como nucleares que contaban con al menos una persona adulta mayor disminuyó del 48. 4% al 42. 6%. En contraste con los hogares con familias extensas, experimentaron un crecimiento, en 1990 con un 37. 2% y, para 2015, alcanzaron el 40. 6%. En México, desde los años noventa y especialmente en los últimos 10 años, se ha observado el incremento y la predominancia en la conformación de hogares unipersonales. Este crecimiento ha pasado del 10 % en 1990 al 13. 7 % en 2015. Varios estudios mencionan que la creación de este tipo de familia u hogar pueden manifestar autonomía e independencia, aunque puede ser secundaria a situaciones como aislamiento social y pérdida o duelo familiar. Además, se ha identificado que un aumento en el porcentaje de personas mayores que se encuentra en una situación de vulnerabilidad en cuanto a sus ingresos y acceso a seguro médico: (Villegas 2020)

Todo esto apoyándonos de un equipo multidisciplinar en el que se incluye a personal de enfermería, psicología, rehabilitación, Médico general y Geriátrica por mencionar a algunos.

3.3.- Habilidades del cuidador

Son el potencial referido como responsabilidad para el cuidado de una persona, en el cual van a influir situaciones de día a día, como la preocupación al momento de decidir sobre condiciones que interfieran sobre la propia vida y la del ser querido. Este rol se asumirá por el cuidador primario de un paciente que se encuentra en situación de vulnerabilidad como pérdida de la salud o una discapacidad.

Existe un instrumento denominado “Inventario de la habilidad del cuidador”, que consta de 37 puntos, los cuales se agrupan en 3 categorías: conocimiento, paciencia y valor, que en un inicio reporta un Alpha de 0.86 en Inglés, y existe otra adecuada al español del INCan la cual cuenta con un Alpha de 0.91, encontrándose los siguientes valores en sus categorías: conocimiento: 0.88, valor: 0.85, Paciencia: 0.92. (Cruz 2019)

3.3.1.- Concepto

Las habilidades del cuidador primario incluyen, potencial referido como responsabilidad de cuidar a alguien más, dependiendo de situaciones de la vida diaria, entre estos la presencia de estrés al tomar decisiones que puedan afectar al paciente. Estas habilidades son asumidas por la persona encargadas de los cuidados de un paciente, que se encuentra con una enfermedad crónica o discapacidad. (Bvsalud 2019)

3.3.2.- Conocimiento

Condición necesaria para cuidar, en este se incluyen el conocimiento propio, el conocimiento del enfermo, sus puntos fuertes y flaquezas, así como los requerimientos propios. El conocimiento implica entender y saber, a quien se cuida, las necesidades de éste, fortalezas, debilidades y lo que asegura su bienestar. (Bvsalud 2019)

3.3.3.- Valor

Componente primordial en la habilidad para el cuidado del paciente. Este se alcanza por medio de experiencias previas, para darle frente a la necesidad que se presenten en hoy y ahora. Una habilidad para dar prepararse a lo nuevo o desconocido. (Bvsalud 2019)

3.3.4.- Paciencia

Se caracteriza por la capacidad de darle el tiempo necesario para escuchar, expresar y explorar, en este se encuentra y evalúa el nivel de tolerancia la mala organización y conflictos que se van suscitando durante la evolución del paciente. (Bvsalud 2019)

3.3.5.- Factores asociados

La importancia de perder la salud o de cuidar a un paciente con esta condición, genera cambios en el día a día del cuidador y del enfermo, lo que puede alterar la habilidad de cuidado a tal grado que puede provocar deterioro de su imagen física y psicosocial. (Bvsalud 2019)

Existen pruebas con las cuales se puede valorar el grado de conocimientos que tiene el cuidador primario, para evitar las lesiones por presión. Este cuestionario COCU-LCRD 23, es confiable en población mexicana, y consta de 3 apartados: 1° contiene datos del cuidador primario, el 2° datos de paciente y el 3° 23 puntos que indagan sobre los conocimientos que tiene

el cuidador sobre las lesiones por presión. (SANUS 2019)

Conocimiento: Ítems 2,3,6,7,9,19,22,26,30,31,33,34,35,36.

Paciencia: Ítems 1,5,10,17,18,20,21,24,27,37

Valor: ítems 4,8,11,12,13,14,15,16,23,25,28,29,32

Total, conocimiento	Baja	Media	Alta
	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior
	14-71	72-90	91-98

Total, paciencia	Baja	Media	Alta
	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior
	10-50	51-55	56-70

Total, valor	Baja	Media	Alta
	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior
	13-58	59-70	71-91

Existe en la literatura un estudio previo que, aunque no está enfocado en la prevención de úlcera, si se enfoca en las habilidades con las que cuentan los familiares para la atención de las personas con padecimientos crónicos incapacitantes donde se describe el patrón epidemiológico que caracteriza a América latina (Específicamente Argentina, Guatemala y

Colombia) en el marco de las tres esferas del instrumento mencionado, a saber, conocimiento, valor, y paciencia, concluyendo que:

Argentina: El grado de habilidad en relación a conocimiento se reporta en 64.4%, valor en 68.8% y paciencia 70% de los casos, considerándose como deficiente en los tres casos.

Guatemala: El grado de habilidad en relación a conocimiento se reporta en 74%, valor en 71% y paciencia 69% de los casos, considerándose como deficiente en los tres casos.

Colombia: El grado de habilidad en relación a conocimiento se reporta en 66.67%, valor en 71.2% y paciencia 67.77% de los casos, considerándose como deficiente en los tres casos. (Ortiz 2006)

4. Hipótesis

4.1 Hipótesis general

Si hay asociación entre la habilidad del familiar cuidador primario y las lesiones por presión en el adulto mayor hospitalizado.

4.2 Hipótesis estadísticas

- H1: Existe una asociación entre el mayor grado de paciencia del cuidador familiar y la menor presencia de lesiones por presión en adultos mayores hospitalizados.
- H2: Existe una asociación entre el mayor grado de conocimiento del cuidador familiar y la menor presencia de lesiones por presión en adultos mayores hospitalizados.
- H3: Existe una asociación entre el mayor grado de valor del cuidador familiar y la menor presencia de lesiones por presión en adultos mayores hospitalizado
- Hipótesis nulas:
 - H0₁: No existe asociación entre el grado de paciencia del cuidador familiar y la presencia de lesiones por presión.
 - H0₂: No existe asociación entre el grado de conocimiento del cuidador familiar y la presencia de lesiones por presión.
 - H0₃: No existe asociación entre el grado de valor del cuidador familiar y la presencia de lesiones por presión (Ortíz 2023)

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Determinar la Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital General de Zona 3

5.2 Objetivos específicos

- Determinar la asociación de las lesiones por presión y el conocimiento del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización
- Determinar la asociación de las lesiones por presión y el valor del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización
- Determinar la asociación de las lesiones por presión y la paciencia del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización

6 Material y métodos

6.1 Tipo de investigación

Estudio Transversal comparativo.

6.2 Población o Unidad de análisis

Cuidador primario con paciente de 65-80 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del HGZ3

6.3 Muestra y tipo de muestra

$$n = (z_a + z_b)^2 (p_1q_1 + p_2q_2) / (p_1 - p_2)^2$$

$$Z_a: 1.64$$

$$Z_b: 0.842$$

$$p_1: 0.129$$

$$p_2: 0.5$$

$$q_1: 0.871$$

$$q_2: 0.50$$

$$n = (z_a + z_b)^2 (p_1q_1 + p_2q_2) / (p_1 - p_2)^2$$

$$n = (1.64 + 0.842)^2 (0.129 \times 0.87 + 0.5 \times 0.5) / (0.129 - 0.5)^2$$

$$n = (2.482)^2 \times (0.112 + 0.25) / (-0.371)^2$$

$$n = 6.16 \times 0.362 / 0.137$$

$$n = 2.23 / 0.137$$

$$n = 16.2$$

Se redondea a 50 por grupo, 2 grupos, uno de cuidadores de pacientes con lesiones por presión, y otro de cuidadores de pacientes sin lesiones por presión.

Total, de pacientes: 100 (50 por cada grupo)

n= Tamaño muestral.

Z α = nivel de confianza con el cual se trabaja 95% (Z α =1.64), define la probabilidad de cometer el error tipo I.

Z β = Poder de la prueba con el cual se desea trabajar 80% (Z β =0.84), en este caso establece la posibilidad de cometer el error tipo II.

p $_1$ = Frecuencia del resultado de lesiones por presión que se espera en el grupo de casos

q $_1$ = proporción de sujetos sin el resultado de exposición en el grupo de casos (1 - p $_1$).

p $_2$ = Frecuencia del resultado lesiones por presión que se espera en el grupo de controles

q $_2$ = Proporción de sujetos sin el resultado de exposición en el grupo de controles (1 - p $_2$).

6.4 Definición del grupo control

No aplica.

6.5 Criterios de selección

6.6 Criterios de Inclusión

- a) Cuidadores de pacientes de 65 a 80 años
- b) Cuidadores de pacientes hospitalizados en medicina interna HGZ3
- c) Cuidadores de pacientes con alguna discapacidad física
- d) Cuidadores de pacientes con secuelas motoras
- e) Cuidadores de pacientes que tengan algún grado de dificultad para la movilización
- f) Cuidadores de pacientes con más de 5 días hospitalizados.

6.6.1 Criterios de exclusión

- a) Cuidadores de pacientes con delirium (dado que el paciente también firmará consentimiento informado, y se requiere autorización tanto de cuidadores y pacientes)
- b) Cuidadores de pacientes que no firmen consentimiento informado

6.6.2 Criterios de eliminación

- a) Cuidadores con pacientes con lesiones por presión previas a hospitalización
- b) Cuidadores con encuestas incompletas

6.7 Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron tanto características antropométricas del cuidador primario del paciente, tales como: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, y el grado de habilidad determinado por el inventario del cuidador. Así como características clínicas de los pacientes con y sin lesiones por presión, incluyendo: IMC, Inmovilidad, comorbilidades, incontinencia, presencia o no de lesiones por presión, estadios de las lesiones. Los criterios de selección fueron cuidadores primarios de pacientes hospitalizados de entre 65 y 80 años, con más de 5 días hospitalizados que acepten participar en el proyecto de investigación y firmen la carta de consentimiento informado y en el respectivo caso asentimiento informado. Se llevó a cabo

análisis descriptivo a través de medias, porcentajes, promedios, desviaciones estándar e intervalos de confianza. Se determinó Chi cuadrada y prueba T.

6.8 Procedimientos

Posterior a la autorización por el Comité de ética y de Investigación, se seleccionaron a pacientes hospitalizados con las características previamente descritas, que contaban con un cuidador primario desde el ingreso a nuestro servicio

Se solicitó autorización al director del hospital para realizar la investigación en la unidad, explicando el problema, la justificación y la metodología a realizarse.

Se acudió a la cama del paciente, posterior a la autorización del director, para explicar al cuidador sobre el estudio y sus objetivos, se solicitaron su consentimiento tanto para la evaluación tanto del cuidador como del paciente (el cuidador contestará el instrumento, pero se exploró al paciente, por lo que se requiere consentimiento de ambos, en caso que el paciente no pueda firmar se excluirá del estudio).

Al tener el consentimiento firmado, se procedió a explicar al paciente que se buscarían en su cuerpo la presencia de úlceras de presión y que era necesario tocarlo, y se procedió únicamente si el paciente lo autorizó, se le explicó que podía negarse si así lo deseaba o detener la exploración si tenía algún sentimiento negativo, sin que esto repercutiera a su atención médica. Se evaluó toda la extensión de piel y tegumentos de nuestro paciente desde el cuero cabelludo hasta los pies, abarcando talones y punta de los dedos. De ser necesario se utilizó material de curación como gasas o isopos en caso de que el paciente ya cuente con lesiones previas, para valorar la extensión de las mismas. En el mismo procedimiento se solicitó apoyo del familiar presente, para valorar el tipo de movilización o el desarrollo de esta, y así evaluar las capacidades del cuidador, en el cuidado del paciente. Se tomaron medidas si existían lesiones en ese momento con una cinta métrica, con posterior anotación de las mismas, describiendo características de la lesión, como forma, tamaño, profundidad, coloración y presencia de sensibilidad o no.

Se entregó al familiar el inventario de habilidad de cuidado, se le explicó como contestarlo y se le comentó que en caso necesario podía preguntar dudas, así mismo, se le explicó que podía negarse a contestar o a retirarse del estudio si así lo deseaba. Para contestar el

instrumento se le llevó al área de sala de médicos donde se encontraban sillas y escritorios y buena iluminación.

Se ayudó y adiestró sobre como movilizar al paciente, en cuestión de tiempo y forma, y se le solicitaron aditamentos suaves y de materiales adecuados para cubrir salientes óseos o zonas expuestas con alto riesgo de lesiones.

6.9 Análisis estadístico

Por el diseño estadístico a utilizar que es un transversal comparativo se llevó a cabo estadística comparativa por medio de frecuencias, media, porcentaje e intervalos de confianza para variables con distribución normal, para variables sin distribución normal se utilizó moda y desviación estándar, así como Chi cuadrada y T de studen. Para su análisis se utilizó el programa SPSS versión 26.

6.10 Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro 15626. Fue evaluado y aceptado por el comité local de investigación y ética en investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro R-2023-220 1-103.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado para paciente y carta de consentimiento informado para cuidador primario. La información recabada se manejó con confidencialidad y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de estos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación. (Declaración de Helsinki de la AMM, 2013)

7. Resultados

Se estudiaron 100 cuidadores de pacientes, 50 de pacientes con lesiones por presión, y 50 de pacientes sin lesiones por presión, el promedio de edad de los cuidadores cuyos pacientes tenían lesiones por presión, fue de 44.38 años \pm 1.72, en comparación con los cuidadores de pacientes sin lesiones por presión, cuya edad fue de 48.3 años \pm 1.85, con una diferencia estadísticamente significativa. Con edad máxima de 73 años y mínima de 18 años.

Dentro de las características de los cuidadores primarios, se encuentra que el sexo del cuidador con mayor predominio fue el femenino en un 80%, y masculino en un 20%.

Cuadro 1: Estadísticos sobre Sexo del cuidador:

Sexo del cuidador					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	80	80.0	80.0	80.0
	Masculino	20	20.0	20.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Cuadro 2: Características sociodemográficas de los cuidadores de los pacientes que presentaron o no lesiones por presión:

Variables sociodemográficas	Lesiones por presión				Total	
	Presentes		Ausentes			
Sexo	n	%	n	%	n	%
Femenino	41	82%	39	78%	80	80%
Masculino	9	18%	11	22%	20	20%
Escolaridad						
Primaria	8	8%	10	10%	18	18%
Secundaria	22	22%	20	20%	42	42%
Bachillerato	10	10%	10	10%	20	20%
Universidad	10	10%	9	9%	19	19%

Maestría	0	0%	1	1%	1	1%
Total	50	50%	50	50%	100	100%
Estado civil						
Casado	37	37%	32	32%	69	69%
Soltero	12	12%	18	18%	30	30%
Viudo	1	1%	0	0%	1	1%
Total	50	50%	50	50%	100	100%
Prueba de Chi cuadrada con un nivel de confianza del 95%						

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

La escolaridad de los cuidadores primarios fue de: Primaria 18%, Secundaria 42%, Bachillerato 20%, Universidad 19 % y Maestría en un 1%.

El estado civil de los cuidadores de los pacientes, tuvo predominio con los que se encuentran casados en un 69%, mientras que los solteros ocupan un 30%, y un porcentaje muy mínimo los que están viudos, con un 1%, esto se debe a que la mediana de edad de los cuidadores son los 46 años.

Dentro de los cuidadores de los pacientes, se identificó que mayor porcentaje de los pacientes con lesiones por presión, fueron cuidadores del sexo femenino en un 82%, en comparación con un 9% del sexo masculino, sin embargo esto tiene relación con que el mayor número de cuidadores, fueron mujeres.

Cuadro 3: Estadístico sobre localización y estadios de las lesiones por presión en los pacientes.

Tabla cruzada Localización de LPP*Grado de afectación						
Recuento						
	Grado de afectación					Total
	NA	I	II	III	IV	

Localización de LPP	Ausentes	50	0	0	0	0	50
	Sacro	0	4	9	6	1	20
	Espalda	0	2	3	0	0	5
	Talones	0	1	6	1	0	8
	Talones y sacro	0	1	4	3	2	10
	Espalda y sacro	0	0	3	1	3	7
Total		50	8	25	11	6	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Dentro de las lesiones por presión, se utilizó la escala de GNEAUPP para estadificar las lesiones, y se encontró que el estadio II, se presentó en el 50% de los pacientes con lesiones, con predominio en la región sacra, localización mas frecuentemente afectada en un 40 % de lo pacientes con lesiones por presión.

Cuadro 4: Tabla cruzada sobre la relación del sexo del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.

Tabla cruzada Sexo del cuidador*Lesiones por presión en el paciente					
		Lesiones por presión en el paciente			Total
		Ausentes	Presentes		
Sexo del cuidador	Femenino	Recuento	39	41	80
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	78.0%	82.0%	80.0%
	Masculino	Recuento	11	9	20
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	22.0%	18.0%	20.0%
Total		Recuento	50	50	100

	% dentro de Lesiones por presión en el paciente	100.0%	100.0%	100.0%
--	---	--------	--------	--------

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Cuadro 5: Tabla cruzada sobre la relación de la edad del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.

Estadísticas de grupo					
	Lesiones por presión en el paciente	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Edad del cuidador	Ausentes	50	44.38	12.174	1.722
	Presentes	50	48.30	13.112	1.854

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Al aplicarse el Inventario de habilidades del cuidador, se determinó que el rango medio en el conocimiento de los cuidadores fue mayor, con un 53 %, posteriormente el rango bajo con un 34% y en ultimo sitio el rango alto con un 13%.

Cuadro 6: Estadístico sobre el conocimiento del cuidador.

Conocimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	34	34.0	34.0	34.0
	Medio	53	53.0	53.0	87.0
	Alto	13	13.0	13.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Al aplicarse el Inventario de habilidades del cuidador, se determinó que el rango bajo en el Valor de los cuidadores fue mayor, con un 63%, posteriormente el rango medio con un 23% y en ultimo sitio el rango alto con un 14%.

Cuadro 7: Estadístico sobre el valor del cuidador.

Valor					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	63	63.0	63.0	63.0
	Medio	23	23.0	23.0	86.0
	Alto	14	14.0	14.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Al aplicarse el Inventario de habilidades del cuidador, se determinó que el rango alto en la Paciencia de los cuidadores fue mayor, con un 50 %, posteriormente el rango medio con un 27% y en ultimo sitio el rango bajo con un 23%.

Cuadro 8: Estadístico sobre la paciencia del cuidador.

Paciencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	23	23.0	23.0	23.0
	Medio	27	27.0	27.0	50.0

	Alto	50	50.0	50.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

En relación a las determinaciones previas, se observó que la relación con la aparición de las lesiones por presión en los pacientes y el grado de conocimiento del cuidador, no impacta en la aparición o ausencia de las lesiones, ya que la mitad de los pacientes que tienen LPP, ocupan en rango medio del conocimiento de los cuidadores.

Cuadro 9: Tabla cruzada sobre la relación del rango de conocimiento del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.

Tabla cruzada Conocimiento*Lesiones por presión en el paciente					
			Lesiones por presión en el paciente		Total
			Ausentes	Presentes	
Conocimiento	Bajo	Recuento	11	23	34
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	22.0%	46.0%	34.0%
	Medio	Recuento	28	25	53
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	56.0%	50.0%	53.0%
	Alto	Recuento	11	2	13
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	22.0%	4.0%	13.0%
Total		Recuento	50	50	100
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión

y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

A diferencia del grado de conocimiento, se observó que la paciencia de los cuidadores si es un determinante para la aparición de las lesiones por presión, ya que un 36% de los pacientes sin lesiones por presión tuvieron un alto grado de paciencia.

Cuadro 10: Tabla cruzada sobre la relación del rango de paciencia del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.

Tabla cruzada Paciencia*Lesiones por presión en el paciente					
			Lesiones por presión en el paciente		Total
			Ausentes	Presentes	
Paciencia	Bajo	Recuento	4	19	23
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	8.0%	38.0%	23.0%
	Medio	Recuento	10	17	27
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	20.0%	34.0%	27.0%
	Alto	Recuento	36	14	50
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	72.0%	28.0%	50.0%
Total		Recuento	50	50	100
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Con resultados similares, con respecto al conocimiento de los cuidadores, se observó que el valor

de los cuidadores, no impacta en la aparición o ausencia de las lesiones por presión en los pacientes.

Cuadro 11: Tabla cruzada sobre la relación del rango de valor del cuidador y la presencia de las lesiones por presión en el paciente.

Tabla cruzada Valor*Lesiones por presión en el paciente					
			Lesiones por presión en el paciente		Total
			Ausentes	Presentes	
Valor	Bajo	Recuento	29	34	63
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	58.0%	68.0%	63.0%
	Medio	Recuento	12	11	23
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	24.0%	22.0%	23.0%
	Alto	Recuento	9	5	14
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	18.0%	10.0%	14.0%
Total		Recuento	50	50	100
		% dentro de Lesiones por presión en el paciente	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Asociación de las lesiones por presión y la habilidad del familiar cuidador del adulto mayor durante la hospitalización en el Hospital General de Zona Num 3, IMSS San Juan del Río Qro 2024

Estadísticos de prueba^a			
	Conocimiento	Paciencia	Valor
U de Mann-Whitney	840.500	639.000	1105.500
W de Wilcoxon	2115.500	1914.000	2380.500
Z	-3.137	-4.587	-1.162
Sig. asintótica(bilateral)	.002	.000	.245
a. Variable de agrupación: Lesiones por presión en el paciente			

8. Discusión

En este estudio observamos que los cuidadores primarios se encontraban con una edad media de 46.34 años, con edad máxima de 73 años y mínima de 18 años, muy similar a lo que encontró Carreño y cols (2016) donde en un estudio de 2040 cuidadores se encontró que la edad media fue de 47.69 años, esto se debe muy probablemente a que por lo general, son hijos de los pacientes, los cuales son adultos mayores de 65 años. La edad promedio de los cuidadores de pacientes con lesiones por presión fue de 48.3 años, a comparación de los cuidadores de pacientes sin lesiones por presión, con una edad promedio de 44.3 años.

Dentro de las características de los cuidadores primarios, se encuentra que el sexo del cuidador con mayor predominio fue el femenino en un 80%, y masculino en un 20%, mientras que Carreño y cols (2016). Observaron que los cuidadores del sexo femenino ocuparon el 90.88% y masculino 9.12%. En cuidadores de pacientes con lesiones por presión el sexo femenino ocupó el 82%, y el masculino el 18%. Mientras que en ellos cuidadores de pacientes sin lesiones por presión, el sexo femenino estuvo presente en un 78% y masculino en un 22%. Aunque los porcentajes no son iguales, si hay coincidencia en que la mayoría de los cuidadores son mujeres, esto se debe a que por lo general son las encargadas del hogar, o no cuenta con un trabajo fijo que impida realizar actividades del cuidado de los pacientes. Así como por las creencias en nuestro país en que las mujeres tienen que hacerse cargo de sus padres en la vejez.

La escolaridad de los cuidadores primarios fue de: Primaria 18%, Secundaria 42%, Bachillerato 20%, Universidad 19 % y Maestría en un 1%. Los cuidadores de pacientes con lesiones por presión el mayor porcentaje, lo ocuparon cuidadores con secundaria terminada, en un 22%, muy similar al porcentaje de escolaridad de los cuidadores de pacientes sin lesiones por presión, en un 20 % para secundaria completa. En nuestro estudio se tomó en cuenta el último grado de estudio concluido, no así en el estudio de Carreño y cols (2016) donde el grado de estudio predominante fué el bachillerato incompleto con un 22.35%, que aunque no es lo mismo, podría tomarse como equivalente a los resultados de nuestro estudio. La posible causa de esto, en muchos de los casos se debe a que contrajeron matrimonio y no fue posible continuar con los estudios, o la dificultad para seguir costeadando los estudios en algunas zonas de nuestro país.

El estado civil de los cuidadores de los pacientes, tuvo predominio con los que se encuentran casados en un 69%, mientras que los solteros ocupan un 30%, y un porcentaje muy mínimo los que están viudos, con un 1%, esto se debe a que la mediana de edad de los cuidadores son los 46 años. De los cuidadores de pacientes con lesiones por presión, un 37% se encuentran casados, y en los cuidadores de pacientes sin lesiones por presión, en un 32% son casados. Carreño y cols (2016) determinaron en su estudio que la mayoría de los cuidadores se encontraban en unión libre en un 33.52%, mientras que los casados el resultado fue un 31.5 %, habiendo diferencia en ambos estudios. Sin embargo el hecho de contar con una pareja como apoyo mejora la calidad de vida del cuidador y así los cuidados hacia el adulto mayor.

Dentro de los cuidadores de los pacientes, se identificó que mayor porcentaje de los pacientes con lesiones por presión, fueron cuidadores del sexo femenino en un 82%, en comparación con un 9% del sexo masculino, sin embargo esto tiene relación con que el mayor número de cuidadores, fueron mujeres, por esto no es definitivo que el hecho de ser mujer conlleve un mal cuidado y así aumento del riesgo de las LPP.

Al aplicarse el Inventario de habilidades del cuidador, se determinó que el rango medio en el conocimiento de los cuidadores fue mayor, con un 53 %, posteriormente el rango bajo con un 34% y en ultimo sitio el rango alto con un 13%. A diferencia del estudio de Padilla, M., & Nineth, O. (2008) en donde aplicó el inventario CAI a 80 cuidadores, en donde el grado de conocimiento bajo fue del 11.2%, medio de 37.6% y alto de 51.2%, en donde hubo mayor conocimiento de los cuidadores, representando una mayor habilidad de cuidado en los pacientes, sin embargo el estudio de Padilla, M., & Nineth, O. (2008) se realizó en cuidadores de pacientes pediátricos, lo que pudiera relacionarse con mayor apego o interés por parte del cuidador hacia el paciente.

Al aplicarse el Inventario de habilidades del cuidador, se determinó que el rango bajo en el Valor de los cuidadores fue mayor, con un 63%, posteriormente el rango medio con un 23% y en ultimo sitio el rango alto con un 14%. Igualmente en el estudio de Padilla, M., & Nineth, O. (2008) se determinó que el grado de valor de los cuidadores fue: Nivel bajo 56%, medio 37.6% y alto 6.4%, que aunque no en los mismo porcentajes, pero si en la misma jerarquía, el valor

suele ser menor en los participantes.

Al aplicarse el Inventario de habilidades del cuidador, se determinó que el rango alto en la Paciencia de los cuidadores fue mayor, con un 50 %, posteriormente el rango medio con un 27% y en ultimo sitio el rango bajo con un 23%. Al igual que en el estudio de Padilla, M., & Nineth, O. (2008) en donde se observaron los siguientes resultados: Nivel de paciencia bajo 7.2%, medio 37.6%, alto 55.2%, manteniendo la misma relación que en nuestro estudio. En donde determinamos que la alta paciencia si tiene impacto en la ausencia de lesiones por presión en el adulto mayor.

En relación a las determinaciones previas, se observó que la relación con la aparición de las lesiones por presión en los pacientes y el grado de conocimiento del cuidador, no impacta en la aparición o ausencia de las lesiones, ya que la mitad de los pacientes que tienen LPP, ocupan en rango medio del conocimiento de los cuidadores.

A diferencia del grado de conocimiento, se observó que la paciencia de los cuidadores si es un determinante para la aparición de las lesiones por presión, ya que un 72% de los pacientes sin lesiones por presión tuvieron un alto grado de paciencia.

Con resultados similares, con respecto al conocimiento de los cuidadores, se observó que el valor de los cuidadores, no impacta en la aparición o ausencia de las lesiones por presión en los pacientes.

9. Conclusiones

En este estudio transversal comparativo fue posible comprobar una de las hipótesis estadísticas con respecto a la paciencia de los cuidadores, ya que mientras mayor grado de paciencia tengan los cuidadores, en este estudio en un 72%, se vio que la presencia de lesiones por presión era menor.

Sin embargo no fue posible comprobar las hipótesis alternas ni nulas con respecto al grado de conocimiento, en nuestro estudio el grado de conocimiento alto en pacientes sin lesiones por presión fue del 22%. En la hipótesis se planteó un porcentaje mayor a 74% de conocimiento alto, y pacientes sin lesiones por presión.

Igualmente en el grado de mayor valor del cuidador, en paciente sin lesiones por presión, obtuvimos como resultado el 18%, mientras que en la hipótesis estadística se observó que el porcentaje de mayor valor en el cuidador y ausencia de LPP en el paciente, fue de > a 29%.

Es importante mencionar, que el inventario de la habilidad del cuidador, utilizado como instrumento para éste estudio, cuenta con 37 ítems, con 7 opciones de respuestas, lo que complica la adecuada contestación por parte de los participantes, causando hartazgo y aburrimiento al momento de contestar el cuestionario.

Existen muchos factores que interviene en la habilidad del adulto mayor, en donde se observó que el mayor número de cuidadores fueron mujeres en un 80%, dejando claro que se otorgan a las mujeres este tipo de actividades, por no desempeñar un trabajo fijo o remunerado.

Sin embargo igualmente fue mayor el porcentaje de cuidadores casados, en un 69%, lo que ayuda a evitar la sobrecarga del cuidador, mejorando su calidad de vida, y por ende el cuidado del adulto mayor.

Se observó que la mayoría de los cuidadores se encuentran en una edad media de 46.3 años, relacionado con que muchos de los cuidadores son hijos de los pacientes mayores de 65 años, igualmente se incluyen en la población en edad laboral, o reproductiva y que no interfiere directamente en otras actividades, como por ejemplo la gente mas joven, que aun se encuentran realizando sus estudios por ejemplo, o personas mayores, que ya no podrían llevar a cabo un

adecuado cuidado de un paciente en el mismo grupo etario.

El problema identificado en este estudio, el cual se podría tomar como área de oportunidad, implica una mayor educación a los cuidadores de los pacientes ya que muchos tienen un bajo nivel de conocimiento y valor sobre los cuidados de un paciente con alguna enfermedad crónica, ya que a muchos se les imponen estas obligaciones, dejando de lado sus actividades diarias.

No fue posible encontrar más estudios comparativos sobre las características de este estudio, entre pacientes con y sin lesiones por presión, en relación con la habilidad del cuidador.

10. Propuestas

Posterior al desarrollo de este estudio, observamos que el instrumento utilizado para determinar las habilidades del cuidador, resultó en cierto grado engorroso y complejo de contestar, por lo que sería de utilidad crear una versión sintetizada o simplificada, para una mejor respuesta por parte de los participantes.

Sin embargo a pesar de esto, es evidente que muchos de los cuidadores, no entienden, o no conocen lo que en verdad implica el cuidado de un adulto mayor o de un paciente con enfermedades crónicas, por lo que sería adecuado incluir platicas sobre la importancia de contar con una red de apoyo adecuada en caso de requerir asistencia en algún momento de nuestra vida.

Al hacer hincapié en este tema, igualmente fomentar en los derechohabientes inculcar en nuestros niños, el coraje y valor que se necesitan para poder cuidar de alguien en algún momento de nuestras vidas, ya que mucho de esto lo aprendemos en casa, durante nuestro desarrollo.

Igualmente no dejar de lado la responsabilidad de cada uno de los pacientes, en el autocuidado para evitar cronicidad de los padecimientos, y una peor calidad de vida.

11. Referencias bibliográficas

- Barrera Arenas, J. E., Carmen, D., Castañeda, P., Pérez Jiménez, G., Hernández Jiménez, P., Arturo, J., Rodríguez, R., Patricia, M., & Zárata, P. (s/f). Iscii.es. de https://scielo.iscii.es/pdf/geroko/v27n4/09_helcos8.pdf
- Carreño Moreno, S., Barreto Osorio, R. V., Duran Parra, M., Ortiz, V. T., & Romero, E. (2016). Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Revista cubana de enfermería, 32(3), 0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300009
- De la enfermería, C. E. el F. (s/f). Guía de buenas prácticas en enfermería. Rnao.ca. de https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Valoracion_y_manejo_de_las_ulceras_por_presion_en_los_estadios_del_I_al_IV.pdf
- DETERIORO COGNITIVO LEVE EN EL ADULTO MAYOR. Segg.es. de <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Escuela N, De Enfermería Y, Maestro EN, Cruz LJ, Herrera R. T E S I S Cuidador primario. Bvsalud.org. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980560/36rivas-herrera-jose-cruz4a.pdf>
- Fonseca González., Z., Quesada Font., A. J., Meireles Ochoa., M. Y., Cabrera Rodríguez., E., & Boada Estrada., A. M. (2020). La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. Multimed, 24(1), 237–246. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100237
- Guijarro, AMM, Sancho, PA, Díaz Díaz, R., & Ortega, DG (2021). Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en el ámbito hospitalario. Gerókomos , 32 (3), 187–192. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000400010>
- Hospital, U., Cajal, D., Valoración, P., & Riesgo, D. (s/f). Gneaupp.info. de https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/31_pdf.pdf

- Mercedes, M., & Lahoz, A. (s/f). Úlceras por presión en pacientes críticos. Escalas recomendadas para la valoración del riesgo: revisión bibliográfica. Gneaupp.info. de <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2021/01/amadorlahoz-marielamercedes-tfg-2020.pdf>
- Moncada Heredia, S., Luna Pérez, D., Lezana Fernández, M. Á., González Velázquez, M. S., & Meneses González, F. (2021). Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico. *Revista CONAMED*, 26(2), 82–88. <https://doi.org/10.35366/100350>
- Moreno, B. T. (s/f). ÚLCERAS POR PRESIÓN. Segg.es. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2021_II.pdf
- Ortiz, B., Blanco De Camargo, L., Figueroa, L., Afanador, P., Herrera, S., Barrera Ortiz, L., Blanco De Camargo, L., Figueroa Ingrid, P., Pinto Afanador, N., & Sánchez Herrera, B. (s/f). Redalyc.org. de <https://www.redalyc.org/pdf/741/74160104.pdf>
- P. es M. C. de lo Q. C. (s/f). Incontinencia urinaria (escape de orina). Cancer.org. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8073.96.pdf>
- Padilla, M., & Nineth, O. (2008). Efectos del Programa Cuidando al Cuidador, en la mejora de la habilidad de cuidado. *Avances en enfermería*, 26(2), 27–34. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200003
- Presión, Ú. L. P. (s/f). Prevención, Diagnóstico y Manejo de las. Gob.mx. de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>
- Quizhpi Avila, M. del R., Tintin Criollo, S. E., Jácome Chica, J. S., & Cruz Salgado, G. V. (2022). Úlceras por presión. Diagnóstico, clasificación, tratamientos y cuidados. *Análisis del comportamiento de las líneas de crédito a través de la corporación financiera nacional y su aporte al desarrollo de las PYMES en Guayaquil 2011-2015*, 6(3), 664–676. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.664-676](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.664-676)

- Renato, I., Carrasco, Z., Alexandra, M., Pacheco, M., Leticia, C., Cahuich, P., Del, L., Guillén, C., & Resumen. (s/f). El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Medigraphic.com. de <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>
- (S/f-i). Bvsalud.org. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980560/36rivas-herrera-jose-cruz4a.pdf>
- (S/f-b). Edu.pe. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/489/Armas_rk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (S/f). Euskadi.eus. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicaciones/enfermeria/UPP_es.pdf
- (S/f-d). Gob.mx. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin9/ulceras_presion.pdf
- (S/f-g). Gob.mx. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/703GRR.pdf>
- (S/f-c). Sefh.es. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de https://gruposedetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/Guia_ulceraspresion_CUN.pdf
- (S/f-f). Revistacientificasanum.com. Recuperado el 25 de noviembre de 2025, de https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a6.pdf
- Villegas SG, Oca VM de, Arroyo MC. Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México Redalyc.org. de <https://www.redalyc.org/journal/3238/323861646004/html/>

Vista de Intervención educativa en cuidadores para prevenir úlceras por presión en adultos con inmovilidad prolongada. (s/f). Unison.mx. de <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/138/130>

Vista de Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. (s/f). Jah-journal.com. de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98/207>

12. Anexos

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS



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

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASOCIACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y LA HABILIDAD DEL FAMILIAR
CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

CUIDADOR					
Variable	PUNTUACIÓN				
	Total conocimiento	BAJA	MEDIA	ALTA	
		Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	
		14-71	72-90	91-98	
	Total paciencia	BAJA	MEDIA	ALTA	
		Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	
		10-50	51-55	56-70	
	Total valor	BAJA	MEDIA	ALTA	
		Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	
		13-58	59-70	71-91	
	Sexo del cuidador	Femenino Masculino			
	Edad del cuidador	Años			
Estado civil del cuidador	Casado Soltero Viudo				
Escolaridad del	Primaria				

cuidador	Secundaria Bachillerato Universidad Maestría	
Habilidades del cuidador	Escala CAI Conocimiento Paciencia Valor	a) Alto b) Medio c) Bajo
Lesiones por presión de paciente	<div style="text-align: center;"> Presentes Ausentes </div> Localización	Estadios GNEAUPP Tamaño

ANEXO 2. INVENTARIO DE HABILIDAD DEL CUIDADOR



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

Inventario de habilidad de cuidado (CAI), de Ngozi O. Nkongho (1990)

Marque con una X el grado de acuerdo o desacuerdo en los siguientes enunciados, siendo 1 “no estoy de acuerdo en lo absoluto” y 7 “estoy de acuerdo totalmente”, donde

1. No estoy de acuerdo en lo absoluto
2. Estoy muy en desacuerdo
3. Estoy parcialmente en desacuerdo
4. Neutral
5. Estoy de acuerdo parcialmente
6. Estoy muy de acuerdo
7. Estoy de acuerdo totalmente

INDICADOR							
1. Creo que aprender toma tiempo	1	2	3	4	5	6	7
2. El presente está lleno de oportunidades	1	2	3	4	5	6	7
3. Suelo decir lo que siento a los demás	1	2	3	4	5	6	7
4. Es muy poco lo que puedo hacer por una persona que se siente discapacitada	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo ver la necesidad de cambio en mi mismo	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo la capacidad de que la gente me agrade a pesar de que yo no les agrade	1	2	3	4	5	6	7
7. Entiendo a la gente fácilmente	1	2	3	4	5	6	7

8. Conozco suficiente de este mundo	1	2	3	4	5	6	7
9. Me doy tiempo para conocer a las personas	1	2	3	4	5	6	7
10. A veces me gusta involucrarme en actividades y otras no me gusta estar involucrado	1	2	3	4	5	6	7
11. No hay nada que pueda hacer para mejorar la vida	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento incomodo sabiendo que otros dependen de mí	1	2	3	4	5	6	7
13. No me gusta dejar mis cosas para ayudar a otra gente	1	2	3	4	5	6	7
14. En el trato con la gente, me es difícil expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
15. No importa lo que diga mientras haga lo correcto	1	2	3	4	5	6	7
16. Encuentro difícil entender cómo se siente otra persona si no he tenido experiencias similares	1	2	3	4	5	6	7
17. Admiro a las personas tranquilas, calmadas y pacientes	1	2	3	4	5	6	7
18. Creo que es importante aceptar y respetar las actitudes y sentimientos de otros	1	2	3	4	5	6	7

19. Las personas pueden confiar en que haré lo que dije	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que se puede mejorar	1	2	3	4	5	6	7
21. Los buenos amigos se cuidan entre ellos	1	2	3	4	5	6	7
22. Le encuentro significado a cada situación	1	2	3	4	5	6	7
23. Temo dejar a aquellos que estimo por temor a que les pase algo	1	2	3	4	5	6	7
24. Me gusta ofrecer apoyo a la gente	1	2	3	4	5	6	7
25. No me gusta hacer compromisos mas allá del presente	1	2	3	4	5	6	7
26. Realmente me acepto como soy	1	2	3	4	5	6	7
27. Veo fortalezas y debilidades en cada individuo	1	2	3	4	5	6	7
28. Generalmente las nuevas experiencias me asustan	1	2	3	4	5	6	7
29. Temo que otros me conozcan como soy	1	2	3	4	5	6	7
30. Acepto a la gente tal y como es	1	2	3	4	5	6	7
31. Cuando estimo a alguien no temo ocultar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
32. No me gusta que me pidan ayuda	1	2	3	4	5	6	7

33. Puedo expresar mis sentimientos a la gente en forma cálida y afectuosa	1	2	3	4	5	6	7
34. Me gusta hablar con la gente	1	2	3	4	5	6	7
35. Me considero sincero en mis relaciones con otros	1	2	3	4	5	6	7
36. La gente necesita privacidad para pensar y sentir	1	2	3	4	5	6	7
37. Puedo abordar a la gente en cualquier momento	1	2	3	4	5	6	7

CONOCIMIENTO: Ítems 2,3,6,7,9,19,22,26,30,31,33,34,35,36.

PACIENCIA: Ítems 1,5,10,17,18,20,21,24,27,37

VALOR: ítems 4,8,11,12,13,14,15,16,23,25,28,29,32

Total conocimiento	BAJA	MEDIA	ALTA
	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior
	14-71	72-90	91-98

Total paciencia	BAJA	MEDIA	ALTA
	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior
	10-50	51-55	56-70

Total valor	BAJA	MEDIA	ALTA
	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior	Límite inferior – límite superior
	13-58	59-70	71-91

ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(PACIENTE)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: ASOCIACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y LA HABILIDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Lugar y Fecha Agosto 2024

Número de registro

Justificación y

Objetivo del estudio

Soy la Dra. Viridiana García Ojeda y lo invito a participar en este estudio cuyo objetivo es determinar la asociación entre la red de apoyo en el adulto mayor y la disminución de la prevalencia de lesiones por presión durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital general de Zona 3.

Posibles riesgos y

Molestias

Incomodidad al tocar su cuerpo

Posibles beneficios que

Recibirá al participar en

El estudio

Evitar lesiones o heridas por el tiempo que pasará acostado, provocadas por el roce o contacto de la cama y otros objetos con la piel. Se podrá informar a servicio tratante en caso de presencia de lesiones, y así ellos poder dar seguimiento.

Procedimiento:

Al llegar a alguna cama en el piso de Medicina Interna, se preguntará a los pacientes o familiares sobre antecedentes de enfermedades que padezca,

y se revisará su cuerpo casi en totalidad del paciente, desde la cabeza, hasta los pies, poniendo mayor atención en espalda, glúteos, codos, piernas y talones, ya que en estas zonas es donde salen las heridas, llagas o úlceras con más frecuencia ya que están en contacto la mayor parte del tiempo con la cama del hospital.

Información sobre

Resultados y alternativas

De tratamiento

Dependiendo de cómo lo encontremos, si hay o no heridas en su piel, se informará y platicará tanto con usted como paciente como con su familiar responsable, informar a su médico tratante y el valorará el tipo de tratamiento a utilizar, y que se tenga en el hospital en esos momentos.

Participación o retiro

En caso de no aceptar nada de lo que se mencionó arriba, el familiar y paciente pueden tomar la decisión de no participar y esta decisión no influirá en su tratamiento, ni en su atención hospitalaria ni en las unidades de medicina familiar, por lo que no debe preocuparse.

Privacidad y confidencialidad: Todo lo que se le revise, o se le haga al paciente durante la revisión se mantendrá como confidencial y no se compartirá con ninguna otra persona. La información obtenida se escribirá en una hoja donde no se colocará nombres ni número de afiliación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable [Dra. Viridiana García Ojeda Residente de primer año del servicio de Geriátría Sede: Hospital General de Zona Número 3 Delegación Querétaro. Matrícula: 98234939 Celular: 951 5936779. Correo electrónico: virigo92@gmail.com](#)

Colaboradores

[Dra. Ericka Esther Cadena Moreno. Especialista en Medicina Familiar. Adsc: UMF 11. Delegación Querétaro. Matrícula: 99235437 Celular: 4421064061 Correo electrónico: dra.ecadena@gmail.com](#)

[Dr Diego Ramos Ramírez Especialista en Geriátría Adsc: Hospital General de Zona Num 3. Delegación: Querétaro. Matrícula: 99235921 Celular: 442186 1051 correo electrónico: dgram1288@gmail.com](#)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comisión de Ética e Investigación localizado en la coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General Regional no.1: Avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP. 76000, Querétaro, Querétaro. De lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337, correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto
(en caso de no poder firmar, colocar huella digital)

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADOR PRIMARIO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(CUIDADOR PRIMARIO)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: ASOCIACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y LA HABILIDAD DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Lugar y Fecha Agosto 2024

Número de registro

Justificación y

Objetivo del estudio

Soy la Dra. Viridiana García Ojeda y lo invito a participar en este estudio cuyo objetivo es determinar la asociación entre la red de apoyo en el adulto mayor y la disminución de la prevalencia de lesiones por presión durante la hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital general de Zona 3.

Posibles riesgos y

Molestias

Incomodidad al responder el cuestionario

Posibles beneficios que

Recibirá al participar en

El estudio

Evitar lesiones o heridas por el tiempo que pasará acostado, provocadas por el roce o contacto de la cama y otros objetos con la piel. Se podrá informar a servicio tratante en caso de presencia de lesiones, y así ellos poder dar seguimiento

Procedimiento:

Al llegar a alguna cama en el piso de Medicina Interna, se le explicará el

objetivo del estudio y se preguntará si usted como cuidador desea participar. Si usted acepta, se le entregará un cuestionario donde se le preguntará sobre los cuidados hacia su paciente. Si usted presente incomodidad o molestia puede retirar su participación si así lo desea, sin que esto perjudique la atención médica a su paciente

Información sobre

Resultados y alternativas

De tratamiento

De acuerdo a sus respuesta se le canalizará a trabajo social para su apoyo en relación al cuidado de su paciente

Participación o retiro

En caso de no aceptar nada de lo que se mencionó arriba, el familiar y paciente pueden tomar la decisión de no participar y esta decisión no influirá en su tratamiento, ni en su atención hospitalaria ni en las unidades de medicina familiar, por lo que no debe preocuparse.

Privacidad y confidencialidad: Todo lo que se le revise, o se escriba durante la encuesta se considera como confidencial y no se compartirá con ninguna otra persona. La información obtenida se escribirá en una hoja donde no se colocará nombres ni número de afiliación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable [Dra. Viridiana García Ojeda Residente de primer año del servicio de Geriátria Sede: Hospital General de Zona Número 3 Delegación Querétaro. Matrícula: 98234939 Celular: 951 5936779. Correo electrónico: virigo92@gmail.com](#)

Colaboradores

[Dra. Ericka Esther Cadena Moreno. Especialista en Medicina Familiar. Adsc: UMF 11. Delegación Querétaro. Matrícula: 99235437 Celular: 4421064061 Correo electrónico: dra.ecadena@gmail.com](#)

[Dr Diego Ramos Ramírez Especialista en Geriátria Adsc: Hospital General de Zona Num 3. Delegación: Querétaro. Matrícula: 99235921 Celular: 442186 1051 correo electrónico: dgram1288@gmail.com](#)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comisión de Ética e Investigación localizado en la coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General Regional no.1: Avenida 5 de febrero 102,

colonia Centro, CP. 76000, Querétaro, Querétaro. De lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337, correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013