

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Enfermería

Análisis de la situación de salud de la población usuaria de la Clínica del Pie
Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, durante el 2018

Proponente:

Sergio Cascante Hernández A51286

Comité Asesor Propuesto:

Dra. Marianella Lizano Cascante, Directora

Dra. María Teresa Ramírez Sánchez, Lectora

Dra. Beatriz Villalobos Núñez, Lectora

Cuidad de la Investigación Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

II-2021

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Vicerrectoría de Investigación
Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI)

Autorización para la digitalización, inclusión y publicación de trabajos finales de graduación (TFG) en el acervo digital del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI-UCR).

Lic., Licda. Sergio Antonio Casante Hernández con cédula de identidad 40910761 y domicilio en Barrio Jesús, Sta. Bárbara, Heredia

en su condición de autor o autora del TFG Análisis de la situación de salud de la población usuaria de la clínica de pre diabético del Área de Santa Bárbara de Heredia, durante el 2018

AUTORIZA de forma gratuita al SIBDI-UCR, a digitalizar e incluir dicho TFG en el acervo digital del SIBDI-UCR y a publicarlo a través de la página web u otro medio electrónico, para ser accesado según lo que el SIBDI defina para su consulta o divulgación.

Dicho texto se publicará en formato PDF, o en el formato que en su momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre y gratuito, permitiendo su consulta e impresión, pero no su modificación.

El autor o la autora del TFG, garantiza al SIBDI-UCR que la tesis es el trabajo original que sirvió para la obtención de su Título, que no infringe ni violenta ningún derecho de terceros.

Fecha: 8/11/2021 Firma del autor o de la autora: Sergio Casante

Para uso interno. Número de tesis: _____



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **11 de noviembre 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Sergio Antonio Cascante Hernández**, carné **A51286**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Marianella Lizano Cascante, Directora
Beatriz Villalobos Núñez, Lectora
María Teresa Ramirez Sánchez, Lectora
Sophía González Zúñiga, Quinto miembro
Denis Carrillo Díaz, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Sergio Antonio Cascante Hernández** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Sergio Antonio Cascante Hernández**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Análisis de la situación de salud de la población usuaria de la clínica del pie diabético del Área de Santa Bárbara de Heredia, durante el 2018”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
11 de noviembre 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecisiete** horas.

Lizano Marianella Lizano Cascante, Directora

Villalobos Beatriz Villalobos Núñez, Lectora

MTRS María Teresa Ramirez Sánchez, Lectora

[Signature] Sophía González Zúñiga, Quinto miembro

Denis Carrillo Díaz Denis Carrillo Díaz, Preside

[Signature] Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Agradecimiento

Quisiera agradecer primeramente a Dios por la sabiduría e inteligencia que me otorgó, así como la fuerza y perseverancia para lograr culminar de manera exitosa esta investigación y alcanzar una de las metas de mi vida.

Al Área de salud de Santa Bárbara por abrir sus puertas para poder realizar esta investigación, a la coordinadora de la clínica, María Teresa y a la directora de enfermería Gabriela

También a mi consejo de TFG, a mi directora y a las lectoras, quienes no solo me han guiado en el proceso y culminación de esta investigación, sino también me han presionado para terminarlo.

A la universidad por haberme formado, mi paso por esta quedará siempre marcando mi vida.

Y, por último, a Gabriela, que con su compañía, ímpetu y buen consejo hicieron que saliera adelante, Te Amo.

Sergio Cascante Hernández

Dedicatoria

A Dios por la sabiduría e inteligencia que me otorgó, así como la fuerza y perseverancia en todo el proceso.

A mis padres, con mucho amor y cariño por todo su esfuerzo y trabajo puesto para enviarme a la universidad.

A mi hija y a Gabriela, con todo mi amor, son mis días y mis noches, mi razón de seguir adelante.

Sergio Cascante Hernández

Contenido

| | |
|--|-----|
| Contenido..... | iii |
| Introducción | 1 |
| CAPÍTULO I | 3 |
| Introducción..... | 3 |
| 1.1 Justificación | 4 |
| 1.2 Antecedentes | 7 |
| 1.3 Problema y su importancia | 15 |
| CAPÍTULO II | 19 |
| Objetivos | 19 |
| 2.1 Objetivo General | 20 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 20 |
| CAPÍTULO III | 21 |
| Marco Referencial..... | 21 |
| 3.1 Marco Referencial | 22 |
| 3.1.1 Marco Conceptual | 22 |
| CAPÍTULO IV..... | 44 |
| Marco Metodológico | 44 |
| 4.1 Modalidad de la Investigación | 45 |
| 4.2 Enfoque de la Investigación | 45 |
| 4.3 Tipo de Investigación..... | 46 |
| 4.4 Población donde se realizó el estudio..... | 47 |
| 4.5 Población Censo | 48 |
| 4.6 Criterios de inclusión y de exclusión | 49 |
| 4.7 Sistema de Variables | 50 |
| 4.8 Técnica de recolección de datos | 59 |
| 4.9 Análisis de los datos | 59 |
| 4.10 Consideraciones Éticas | 60 |
| 4.11 Cronograma..... | 65 |
| CAPÍTULO V..... | 67 |
| Análisis y Discusión de Resultados..... | 67 |
| 5. Análisis de Resultados | 68 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO VI..... | 95 |
| Conclusiones y Recomendaciones | 95 |
| 6.1. Conclusiones..... | 96 |
| 6.2. Recomendaciones | 100 |
| CAPÍTULO VII..... | 101 |
| Referencias Bibliográficas | 101 |
| 7.1 Referencias Bibliográficas | 102 |
| CAPÍTULO VIII..... | 117 |
| Anexos..... | 117 |
| 8.1 Anexo Carta de Autorización..... | 118 |
| 8.2 Instrumento..... | 120 |
| 8.3 Carta Revisión de la Filóloga | 123 |

Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según edad. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 67 |
| Tabla 2. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según sexo. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 69 |
| Tabla 3. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según tipo de asegurado. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 70 |
| Tabla 4. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según ocupación. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 71 |
| Tabla 5. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según el tipo de EBAIS que pertenece. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 73 |
| Tabla 6. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según antecedentes patológicos. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 74 |
| Tabla 7. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según características y tipo de lesión. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 76 |
| Tabla 8. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según motivo de referencia. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 77 |
| Tabla 9. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según evolución de la lesión. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 79 |
| Tabla 10. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según duración del tratamiento hasta que le dan de alta. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 80 |
| Tabla 11. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según número de consultas. Santa Bárbara | |

| | |
|---|----|
| de Heredia, 2018. | 82 |
| Tabla 12. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según tipo de consultas. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 83 |
| Tabla 13. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según acompañamiento a las consultas. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 85 |
| Tabla 14. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según tipo de educación. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 86 |
| Tabla 15. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según los procedimientos realizados en la consulta. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 88 |
| Tabla 16. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según los procedimientos realizados en la visita domiciliar. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | 90 |
| Tabla 17. Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según materiales utilizados para las curaciones. Santa Bárbara de Heredia, 2018. | |

Introducción

La enfermería como ciencia nace a partir de los últimos decenios del siglo pasado a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana hasta llegar a ser definidos en el marco de una profesión a partir del siglo XIX, con los aportes de Nightingale. Con ella se inicia una etapa donde se ensayan nuevas prácticas para resolver problemas educativos y administrativos, hasta 1950. (Aimar, Videla y Torres, 2006).

A partir de ese momento, comienza un período de desarrollo investigativo y teórico, sconsiderando este momento histórico ya que aparece como decisivo para el crecimiento de la disciplina de la enfermería a lo que se proponen líneas de acción para el actuar profesional (Velásquez, 2001). El cuidado está considerado como un proceso vital en la disciplina de enfermería (Armijo, San Juan y Monasterio, 2014). Es por ello, que brindar calidad de atención es uno de los retos a los que se enfrenta enfermería, puesto que sus características de ciencia humana le permiten preocuparse por el bienestar de las personas. No obstante, se debe fortalecer con el propósito de brindar calidad de cuidado (Borré, Lenis, y González, 2014).

Así definido el tema del cuidado y estableciendo este como la razón de ser de enfermería, se puede comprender mejor el tema del cuidado de las personas con deterioro de la integridad cutánea que poseen además factores de riesgo que complican la recuperación de las heridas y requieren la ayuda del profesional en enfermería para el adecuado abordaje en el mantenimiento de la salud, tal como lo propone Dorotea Orem (1983) los métodos de asistencia de enfermería comprenden ayudar y orientar a la persona, apoyar física y psicológicamente a los heridos con tratamientos indicados, además de enseñar a la persona técnicas que contribuyan al autocuidado, teniendo de este modo la persona herida una participación y responsabilidad del mejoramiento de su salud. Un punto importante para considerar en la teoría de Dorothea Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede

realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, teniendo una base de conocimientos y características de su población con la que va a trabajar y dirigir sus trabajos de investigación y estudios en busca de las mejoras de este grupo de usuarios. Las clínicas de pie diabético en Costa Rica son lideradas por enfermería, donde los usuarios del servicio son atendidos con la periodicidad que lo requieren según la valoración del profesional.

De ello deriva la importancia de esta propuesta para realizar un estudio en donde se desarrollan bases teóricas propias al grupo de personas que usan el servicio de la Clínica de Pie Diabético del área de salud de Santa Bárbara de Heredia analizando la situación de salud de la población usuaria según las características sociodemográficas y biológicas e identificando a la vez las prácticas de cuidado de enfermería las cuales son esenciales en la recuperación de la persona en busca del mayor bienestar de los (as) usuarios (as). K0

La propuesta de este estudio es de metodología cuantitativa, tipo descriptivo y transversal, no experimental, pues es una indagación empírica y sistemática. La cual consiste en la revisión de expedientes clínicos para una recopilación de datos, trabajando con una muestra de la población usuaria de la clínica de pie diabético del área de salud de Santa Bárbara de Heredia. Dicho estudio será retrospectivo al 2018, ya que en el año 2018 que se inició con la revisión de datos para elaboración de este documento.

Es por lo anterior que este estudio busca fortalecer las bases científicas e investigativas que son parte de la disciplina de enfermería resaltando el trabajo que realiza la enfermera profesional asignada a la clínica, quien hace una gran labor en brindar salud a la comunidad del área de Santa Bárbara, contando con un servicio especializado, oportuno y eficaz. Visualizando este campo específico de la enfermería, se puede considerar abrir la oportunidad para otras comunidades a nivel nacional de contar con esta clase de servicios, beneficiando a más personas y fortaleciendo el quehacer de enfermería.

CAPÍTULO I

Introducctorio

1.1 Justificación

La diabetes mellitus es uno de los temas de salud más relevantes, debido a su prevalencia, consecuencias físicas y psicosociales sobre las personas que la padecen, así como al impacto económico sobre la sociedad. Ocupa el tercer lugar entre las dolencias más serias que enfrenta hoy la humanidad, a la vez que constituye la enfermedad endocrina incurable más extendida. Las complicaciones diabéticas reducen la expectativa de vida entre un 10-30 %, así como su calidad al incrementar los riesgos de minusvalía (García, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (2018): “422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta” (p. 1).

Tal como lo menciona Chaves en el diario Cooperativa (2016) en América, las cifras son crecientes, ya que se estima que una de cada 12 personas sufre este mal. De acuerdo con cifras divulgadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el continente hay 62 millones de personas con este mal, lo que supone uno de cada 12 habitantes.

Propiamente en Costa Rica y según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en nuestro país en el año 2010 a personas de 20 años y más, la prevalencia de diabetes fue de un 1,3% y en población diagnosticada 9,5% lo que nos da una prevalencia nacional de 10,8% (Ministerio de Salud, 2014).

Badillo, Hernández y Bermúdez. (2013) mencionan que “La enfermería es una disciplina que realiza cuidados para la satisfacción de necesidades de la salud y la enfermedad de la persona” (p.78). Es por lo anteriormente expuesto que la presente investigación se orienta a determinar cuál es la situación de salud de la población que asisten a la Clínica de Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, durante el 2018, de la cual no toda su población es diabética, pero gran parte de los usuarios (as) que acuden presentan esta enfermedad crónica y se visualizan como los más vulnerables por su patología. Sin embargo, la

problemática apunta a una población más amplia y que se desea indagar, tomando en cuenta que este servicio se le brinda a las personas que requieren un cuidado especializado por parte de la enfermera en cuanto a curación de heridas con algún tipo de complicación así como otros procedimientos relacionados a la prevención de heridas y demás.

Con relación a la relevancia disciplinaria sabemos que la ciencia de la enfermería tiene como objeto el cuidado a las personas sanas y enfermas, y contribuye en gran medida a la salud de la comunidad.

Tal como lo menciona Juárez y García (2009):

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. (p.113).

Según lo expuesto anteriormente se resalta el papel de enfermería en el cuidado de la población usuaria de la Clínica del Pie Diabético, siendo el profesional que aborda a las personas para brindarles cuidados de alta calidad y contribuir en la educación al usuario (a) y su familia, es por esto que se busca estudiar a su población para mejorar las pautas para desarrollar su ejercicio de manera más efectiva y enfocada a llenar las necesidades de salud, orientación y guía de la /el enfermera(o) de forma acertada, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las comunidades comprendidas en el área de salud desde la disciplina de enfermería.

Ramírez, M.T (2009) menciona en las conclusiones de su estudio:

Por último, desde el punto de ejercicio de la profesión de enfermería, este es un recordatorio de la importancia de asumir el papel de investigadores y educadores, con el afán de fortalecer la profesión, pues en la medida que se demuestre este esfuerzo, se verán

beneficiados los usuarios y usuarias, quienes constituyen el corazón del quehacer de esta disciplina. (p.85).

Esta autora resalta la importancia de la investigación en enfermería, a lo que nuevamente se hace hincapié en la relevancia de ahondar en el conocimiento del origen de la profesión, siendo la razón de ser las personas y el cuidado que el profesional pueda asertivamente brindarles, haciendo uso del estudio científico e investigativo.

Finalmente se justifica la investigación desde la relevancia social que conlleva este estudio beneficiando a la población usuaria actual y futura, de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara y sus familias, siendo las personas que asisten a los establecimientos de salud quienes determinan las necesidades y demandas hacia la / el enfermera(o), lo que plantea la importancia de contar con un estudio científico sobre la situación de salud de la población y sus principales necesidades, permitiendo trazar estrategias para la salud preventiva y manejo adecuado de la enfermedad con recursos materiales y humanos, satisfaciendo las necesidades de la comunidad con acceso oportuno a los servicios, especializando al personal en aquellas áreas que se requiera, conociendo las principales patologías presentes en las personas que acuden a este servicio, su edad, los factores de riesgos presentes, principal incidencia de heridas, así como los cuidados que proporciona el profesional de enfermería.

Este proyecto pretende contribuir con un estudio donde se analiza la situación de salud de la población usuaria, para crear una base de información que brindará datos reales y actualizados de los usuarios, permitiendo al profesional de enfermería, en futuros estudios y análisis de situación contar con una referencia científica de la necesidad de cuidado actual que tiene la población, contribuyendo a la planeación estratégica de recurso humano, material y espacio físico del servicio, aportando tanto a la disciplina de enfermería como a la comunidad en general, lo que da pie a mejorar la elaboración de futuros planes de atención enfocados en el déficit de autocuidado de la población, de acciones de enfermería asertivos, así como de otras investigaciones relacionadas con el tema, promoviendo una labor de

enfermería científica desde el primer nivel atención de salud en beneficio de las personas.

1.2 Antecedentes

Se realizó una revisión teórica y metodológica a nivel internacional de los principales estudios realizados en relación con el tema de estudio de la presente investigación. Se destacan investigaciones en diversos países de los últimos seis años, mismos que se presentan seguidamente en orden cronológico.

En el estudio de Soto y Barrios (2012) titulado “Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria”, la cual fue, de tipo descriptivo-correlacional, tiene como objetivo determinar el perfil sociodemográfico, de salud, dependencia, movilidad y riesgo de úlceras por presión en 84 personas ingresadas al programa de atención domiciliaria del Centro de Salud Familiar Antonio Varas de Puerto Montt, Chile.

Para la recolección de la información se utilizaron los instrumentos de índice de Katz, etapificación de la dismovilidad (ETADI), escala de Braden-Bergstrom y la clasificación del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUP). Los resultados arrojaron una edad promedio de 68,3 años, con un 73,8% de adultos mayores, un 56% de mujeres, escolaridad básica o inferior del 80%. El 72% presenta dependencia severa y el 39% presenta parálisis o paraplejía, ello como causa de evento cardiovascular (23,8%) y accidentes o violencias (13,1%). Se establece relación significativa entre dependencia y presencia de úlceras por presión; así como del nivel de inmovilidad y grado de dependencia y entre el nivel de inmovilidad y el riesgo de presentar úlceras por presión. Los cambios demográficos y epidemiológicos prevén un aumento en la necesidad de asistencia domiciliaria y será el profesional en enfermería quién tome un rol protagónico en la atención de estas personas y sus grupos familiares esto es comentado por Soto y Barrios en su estudio.

Este estudio es importante para esta investigación porque habla de los factores de riesgo de las personas con úlceras por presión, exponiendo la relación que existe entre la dependencia física y esta enfermedad, relacionando, además, la afectación de la salud de las personas al tener déficit del autocuidado, y el papel de facilitador del profesional de enfermería en un acercamiento a la población en la comunidad.

Otra investigación es la Brunet y Kurcgant (2012) titulado “Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención”, en el cual se tuvo como objetivo evaluar la aplicación de un protocolo para la prevención de úlceras por presión en personas de la Unidad de Cuidados intensivos del hospital regional docente las Mercedes en Chiclayo, Perú. La metodología que se utilizó fue un estudio prospectivo, descriptivo y exploratorio, en los que la incidencia de úlceras por presión tras la aplicación de un protocolo de prevención. Los datos fueron recolectados durante el período comprendido entre el 17 de Abril a 15 de Julio del 2009, los cuales arrojaron resultados que mostraron una incidencia de 23,1%, fue inferior a la indicada en un estudio similar elaborado en la misma institución (41,02%) antes de la aplicación de protocolos para la evaluación de riesgos y la prevención de úlceras por presión. En este estudio se concluye que los protocolos de prevención son herramientas fundamentales y el impacto en el control de la incidencia de úlceras por presión, cuando se usan de manera habitual.

Nuevamente, encontramos un estudio que nos aporta a la investigación en desarrollo, donde resalta el papel de la prevención de heridas y úlceras, la cual es liderada por personal capacitado que debe transmitir el conocimiento a los pobladores y buscar desarrollar conocimientos desde la prevención.

En el estudio elaborado por Pinilla, Barrera, Sánchez y Mejía (2013) titulado “Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria”, tuvo como objetivo revisar la literatura sobre factores de riesgo asociados a diabetes mellitus y sus complicaciones, las estrategias de prevención y la importancia de programas interdisciplinarios para mejorar la calidad de vida., esta investigación se realizó en Colombia y en el cual se concluye el impacto de la

diabetes mellitus y sus complicaciones en la salud de los individuos hace necesario establecer políticas de salud pública de prevención primaria, para minimizar el progreso de esta epidemia. Es esencial instaurar y fortalecer programas educativos orientados por profesionales de la salud, además de implementar la formación en diabetes mellitus en los currículos de pregrado y posgrado del área de la salud.

De este estudio se rescata aspectos importantes como lo es que la diabetes es sin duda un alto factor de riesgo para desarrollar úlceras y heridas, las cuales se pueden complicar, por lo que es necesario conocer un poco más la situación de salud actual, además se menciona la necesidad de educación y formación de profesionales que brinden instructivos para el apropiado cuidado.

Otro estudio relacionado es el Rojas, Pérez, Lluch, Cabrera (2014) llamado: "Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado" Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar la gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, en pacientes ingresados en el Hospital "Amalia Simoni" de Camagüey (Cuba), de enero a marzo 2008. El universo y muestra estuvo integrado por 187 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, la investigación utilizó un formulario que incluía las variables: Clasificación de las necesidades básicas según orden de prioridad; tipos de autocuidado; desglose de acciones de autocuidado de mayor intervención; evaluación de las acciones teniendo en cuenta los sistemas básicos de enfermería según esquema de Orem.

De este estudio se concluyó que las intervenciones del profesional de enfermería obedecen a satisfacer las necesidades de los usuarios desde el nivel más básico ante el déficit del autocuidado hasta cuidados secundarios para prevención de complicaciones de una lesión o enfermedad crónica, siendo una pieza clave para resolver las necesidades de autocuidado cuando falla la salud por medio de cuidados especializados. De ahí la importancia del cuidado de la / el enfermera (o) para mejorar la calidad de vida de las personas no solo en presencia de una enfermedad, la relación enfermero (a) / usuario (a) contribuye en alcanzar más allá de las necesidades básicas fisiológicas, contribuye a alcanzar un nivel de

satisfacción y bienestar personal, brindándole herramientas para auto manejar su problema de salud y tener independencia y participación del mantenimiento de su salud.

La investigación de Pereira, Santos, Soares y Bernardi (2016) cuyo título es: “Factores sociodemográficos y clínicos de pacientes tratados en un ambulatorio de pie diabético de un hospital universitario” se llevó a cabo en la ciudad de San Pablo, Brasil y se trató de un estudio cuantitativo descriptivo, basado en búsqueda de historiales electrónicos en el periodo de julio de 2010 a julio de 2012 en la unidad ambulatoria del Pie Diabético con usuarios con diagnóstico de diabetes tipo 1 y 2 mayores de 18 años. Los datos se recolectaron mediante un instrumento elaborado por los investigadores, aplicado a 121 usuarios, indagando sobre género, etnia, estado civil, grado de escolaridad, además datos clínicos como tipo de diabetes y presencia de heridas. Según los resultados obtenidos se determinó que la mayoría de los /as usuarios /as son del sexo masculino en edad productiva, teniendo una mayoría de entrevistados con pareja, dato importante en el cuidado de la enfermedad, ya que brindan apoyo y estructura familiar haciendo que las complicaciones futuras se reduzcan, teniendo como dato investigado que el vivir solo por sí mismo ejerce un papel contribuyente en los factores para las úlceras de pie diabético.

Además, se determinó que la mayoría de los /as usuarios /as tenían educación primaria incompleta siendo el bajo grado de escolaridad provocan complicaciones crónicas por tener dificultad para leer y mantener adherencia al tratamiento, por lo que se concluye que este estudio ha permitido caracterizar la población investigada, contribuyendo con los profesionales del área de salud, en el sentido de aumentar el conocimiento sobre la prevención del Pie diabético, las directrices internacionales de prevención, así como las medidas educacionales de los profesionales en salud hacia los usuarios.

Se considera relevante este estudio para la investigación ya que respalda la importancia de conocer la población de usuarios /as para elaborar un adecuado plan

de atención que permita plantear soluciones viables y adaptadas a la realidad de ellos / as.

En la investigación de Tavares y Chaves (2017) titulado “Cuidados de enfermería en la promoción del autocuidado de los pacientes con úlceras en las piernas: una revisión integradora” la cual consistió en una revisión integrada de artículos científicos seleccionados en bases de datos con carácter competente donde se analizó parámetros del autocuidado en personas con úlceras que requerían asesoramiento del profesional de enfermería para mejorar su salud.

A lo que se deduce que las publicaciones revisadas evidencian una mejora en la cicatrización de úlceras debido a una mayor adherencia a los medicamentos y conocimiento, el cual es puesto en práctica en las curaciones en casa, posterior a la educación brindada por el profesional de enfermería, mostrando la capacidad del autocuidado con la dirección de enfermería. Con respecto a la práctica de ejercicios, se notó que los individuos que recibieron orientaciones obtuvieron un mejor desempeño en la realización de las actividades, y se rescata además de la revisión bibliográfica la mención sobre la detección de sentimientos de esperanza, seguridad e independencia, además de la mejora de la calidad de vida de los usuarios gracias a la intervención en el autocuidado de su propia salud. Se identificó que las orientaciones proporcionadas ayudaron a eliminar estilos de vida inadecuados debido a la presencia de la lesión con cambios de comportamiento y adopción de estrategias creativas para nuevos hábitos para incorporar los conocimientos en el día a día de las personas, incentivado a través de la intervención de enfermería. Como conclusión mencionan los autores la importancia que el paciente con úlcera de la pierna tenga un acompañamiento del enfermero /a para la garantía de los resultados positivos en la promoción del autocuidado.

Este estudio es relevante para la investigación en curso porque resalta la importancia del autocuidado en usuarios con alguna lesión que requiere una intervención de enfermería y confirma la necesidad de este acompañamiento en las personas para enfrentar su condición de salud partiendo de un trabajo en conjunto del profesional en enfermería y el asumir el usuario el autocuidado, tal como lo

menciona la teoría de Orem, para lo cual el profesional debe conocer las capacidades y condiciones de vida de estas personas, para trazar en la dirección correcta y viable el plan a desarrollar.

Además, se presenta el estudio realizado por Leitón, Villanueva, Fajardo (2018) llamado: "Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus." Este estudio es cuantitativo, descriptivo y correlacional realizado en consultorios del Hospital Tomás La Fora Guadalupe (La Libertad, Perú), con 100 adultos mayores de 60 años y más, quienes cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente. Llegando a la conclusión que la población de adultos mayores cuenta con la proporción más alta de enfermedades crónicas y discapacidades funcionales, hallándose la diabetes mellitus una de ellas siendo necesario que el adulto mayor ponga en práctica el autocuidado en nutrición, actividad y ejercicio, cuidado de los pies y la farmacoterapia, vigilando las concentración de glucosa sanguínea y para mantener el control metabólico adecuado y previniendo las complicaciones para una mejor calidad de vida. Detectando además que el bajo grado de escolaridad se convierte en un problema de desigualdad y limitante para el aprendizaje y autorrealización.

En este estudio se encontró que 55 % de los adultos mayores tienen buenas prácticas de autocuidado (farmacoterapia, alimentación, ejercicio, cuidado de los pies e higiene), siendo insuficiente para el control y mantenimiento de la diabetes, debido a la importancia del autocuidado, que no es parte del tratamiento sino el tratamiento. Se concluyo también la desmotivación, depresión, soledad, abandono, estereotipos negativos, pobreza, falta de educación dificultan o impiden la práctica de autocuidado en la vejez. Tal como lo menciona Orem (1983): "Cuando no se mantiene el autocuidado sobrevendrá la enfermedad, el malestar o la muerte". (p.2)

La OMS reconoce la necesidad de apoyar los esfuerzos de los pacientes en el autocuidado, y los profesionales de enfermería deben desempeñar una función importante en las intervenciones orientadas a los pacientes al educarlos y facilitar el manejo de la enfermedad. En el conocimiento de la farmacoterapia para el manejo de la enfermedad, el control de la hiperglucemia, la adherencia al tratamiento y

vigilancia son esenciales. En cuanto al autocuidado de los pies, recobra una gran importancia. Se considera como medidas de autocuidado la higiene corporal y de los pies (higiene, hidratación, uso apropiado de medias y zapatos, recorte de uñas e inspección rutinaria), que favorecen la seguridad, comodidad y bienestar de la persona y promueven la salud de los pies y previenen amputaciones. Por lo tanto, el autocuidado permite que el paciente adulto mayor con diabetes tome decisiones en el desarrollo de sus propias potencialidades, se siente valioso, independiente, seguro y capaz de contribuir en sus propios cuidados y prevenir complicaciones. Sin embargo, esta práctica, de autocuidado está condicionada muchas veces a factores que pueden determinar su buena práctica como la edad, sexo, nivel de instrucción y tiempo de enfermedad variables consideradas en este estudio.

Se considera que este estudio aporta datos relevantes sobre la importancia de conocer los factores sociodemográficos que intervienen en el autocuidado de los (as) usuarios (as), factores a considerar para una adecuada atención y asesoramiento, procurando brindar una guía entendible y realizable para las personas que consultan.

En estudios nacionales que podemos mencionar, se considera oportuno resaltar que a nivel mundial y a nivel país las nuevas políticas de salud apuestan por la prevención como la mejor estrategia para el mantenimiento de la salud, teniendo claro los factores de riesgo que pueden afectar a la población.

La Caja Costarricense del Seguro Social dirige campañas para informar a las personas que padecen diabetes y familia sobre cómo prevenir la formación de úlceras, a lo que se puede mencionar como un ejemplo de esta campaña el “Programa de Capacitación para Atención de Diabéticos”, Carrillo (2015) del Hospital San Vicente de Paul de Heredia, en el cual se dieron diferentes conferencias con temas como: Cuidados básicos y el manejo del pie diabético, así como la importancia de la nutrición en usuarios (as) ulcerados. En estas conferencias se resalta la importancia de la prevención en la población vulnerable a desarrollar úlceras y se comenta las complicaciones de esta clase de heridas si

no son tratadas adecuadamente y de forma oportuna, como lo es una infección e incluso una amputación de un miembro.

Podemos mencionar, además, el taller llamado: “El cuidado del pie diabético en el adulto mayor”, Vargas (2011), que se impartió en una Feria de la Salud en San José, el cual busca brindar información a las personas con riesgo de desarrollar úlceras o heridas de difícil sanación, conocimientos y técnicas sobre el adecuado cuidado de los pies, promoviendo el autocuidado de las personas y el mantenimiento de la propia salud con la guía del profesional en enfermería.

Específicamente en el Área de Salud de Santa Bárbara, Ramírez (2009) en su publicación “Estudio de las necesidades educativas en autocuidados de la persona diabética tipo 2 del EBAIS de San Pedro de Santa Bárbara en el año 2009” realizó una investigación de enfoque cuantitativo, no experimental y transversal descriptiva, en una población de 152 personas diabéticas pertenecientes al EBAIS de San Pedro de Santa Bárbara en el año 2009, aplicando un cuestionario de 20 preguntas cerradas que busca medir datos generales de la población y el conocimiento sobre la patología en cuestión. Obteniendo como resultados que existe cierto grado de conocimiento en la mayoría de la población de la definición de la enfermedad, pero en cuanto a prevención y autocuidado, se evidencia una alta necesidad de educación a la persona diabética en la importancia de la actividad física y los cuidados de los pies.

Esta investigación se considera de gran importancia en los antecedentes consultados, ya que podemos confirmar que parte de la población de personas diabéticas del Área de Salud de Santa Bárbara presentan un déficit de autocuidado por falta de conocimiento relacionado a bajos niveles de escolaridad y falta de espacios para la educación del autocuidado según sus necesidades educativas, y para poder hablar de la realidad actual y tomar medidas a favor de la salud de la comunidad de Santa Bárbara, es importante realizar nuevamente un sondeo de algunos datos de la población.

En resumen, de los hallazgos encontrados a través de los estudios presentados anteriormente podemos mencionar que cuatro estudios internacionales resaltan la incidencia y factores de riesgo en úlceras y el papel de enfermería en estos usuarios (as) en la recuperación de la salud, además un estudio internacional hace énfasis en la gestión de cuidado del profesional en enfermería, así como dos internacional se basa en la importancia en conocer los factores sociodemográficos de la población de usuarios (as) para el (la) enfermero (a). Encontrando también tres estudios nacionales donde dos señala la prevención de la población vulnerable a desarrollar úlceras, así como las complicaciones que pueden desarrollar a largo plazo, por otra parte, se incluye un estudio que indica las necesidades educativas en autocuidados de la persona diabética en el sector de Santa Bárbara, evidenciando un déficit de autocuidado que vuelve vulnerable a la población, siendo necesario reforzar el papel de enfermería en la prevención, educación y curación de heridas.

Todos estos antecedentes mencionados, son de gran valía para definir el panorama actual de investigaciones relacionadas con nuestro tema y enriquecer el entendimiento de la importancia del contenido.

1.3 Problema y su importancia

En los últimos años ha existido un aumento en las investigaciones relacionadas con enfermedades como la diabetes, esto debido al aumento de incidencia de la enfermedad que se presenta en las personas, ya no solamente adultos mayores, ahora se considera una enfermedad que afecta desde muy temprana edad y trae consigo complicaciones a la salud.

En el ámbito mundial, la diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas

décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En este sentido es importante, destacar que en la Clínica de Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, no atienden únicamente personas con diabetes o pie diabético; en un inicio nace con este nombre porque se dedicaba exclusivamente a la atención de este tipo de personas, no obstante en la actualidad brinda la atención de diversas personas con enfermedades no transmisibles y sus síntomas, siendo los diabéticos un grupo importante en la demanda del servicios con incidencia en heridas recurrentes y complicaciones.

La educación al usuario(a) y su familia se considera una valiosa herramienta de enfermería para contribuir al déficit de autocuidado, trabajado en conjunto con las curaciones que realiza en la clínica y en visitas a domicilio que lo ameriten.

Según Pinilla, Sánchez, Mejía y Barrera (2011):

La educación para el autocuidado y la identificación de neuropatía diabética (ND) y enfermedad arterial periférica (EAP), con la anamnesis y el examen físico son actividades preventivas subutilizadas, a pesar de ser intervenciones de primera línea, costo-efectivas para disminuir el riesgo de aparición de complicaciones del pie. La presencia de úlcera suele producir pérdida de la viabilidad del miembro, amputación y deterioro (funcional, psíquico y económico), convirtiéndose en la discapacidad más frecuente del diabético. Entonces, la identificación del paciente en riesgo es el primer paso, seguido de la educación al paciente y su familia para el desarrollo de actividades de autocuidado (p. 264-265).

En relación con lo anterior se sabe que el autocuidado es esencial para las personas que ya padecen esta condición. Asimismo, se relaciona el cuidado con un

proceso de comunicación, identificación, comprensión, empatía y proyección que logre la transformación cultural de individuos y comunidades preservando, optimizando la salud y la del medio ambiente (Rodríguez, Cárdenas, Pacheco, Ramírez, 2014).

Es por lo anteriormente expuesto que se considera relevante esta investigación, ya que no se cuenta con una información actualizada a nivel del área de salud en mención de la población durante el 2018, aunado a esto, tiene una relevancia a nivel profesional en el ámbito de enfermería ya que puede servir como punto de partida para futuras investigaciones en cuanto al estudio de dicha problemática y el impacto positivo de la Clínica de Pie Diabético en la comunidad.

El cuidado humano no es una simple emoción, preocupación o un deseo bondadoso, cuidar es el ideal moral de Enfermería, cuyo fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana, implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado, es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía (Rodríguez, Cárdenas, Pacheco, Ramírez, 2014).

Ahora bien, el cuidado no solo es una actitud intrínseca de los seres humanos, sino un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo, pero también es una labor que los profesionales en salud cultivan como producto de su ejercicio profesional, es el caso de la enfermería, que ha adoptado el cuidado como objeto de reflexión y de trabajo (Vélez y Vanegas, 2011).

Por lo que, si se quiere trazar el norte adecuado del actuar de enfermería comunitaria, se debe conocer cómo está y a quiénes se está tratando para dirigir los nuevos esfuerzos en satisfacer las necesidades de salud de quien lo requiera.

Este estudio tuvo una alta factibilidad, ya que se contó con el apoyo de dos enfermeras que juegan un papel relevante en el tema de investigación, tanto la Dra. Ramírez responsable de la Clínica del Pie Diabético, así como la Dra. Bonilla enfermera a cargo del área de salud de Santa Bárbara, ellas brindaron apoyo y mostraron interés en todo momento respaldando así la propuesta investigativa.

Finalmente se destaca el beneficio que esta investigación pretendió dar a la Clínica del Pie Diabético evidenciando y respaldando por escrito el gran aporte que brinda a la comunidad, resaltando la importancia de esta clase de servicio especializado, además de la recopilación de información sobre la población de usuarios (as) del servicio para las personas encargadas, que les permita enfocar esfuerzos para mejorar el servicio.

CAPÍTULO II

Objetivos

2.1 Objetivo General

- Analizar la situación de salud de la población usuaria de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, durante el periodo 2018.

2.2 Objetivos Específicos

- A. Establecer las características sociodemográficas y biológicas de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara durante el 2018.
- B. Identificar las prácticas de cuidado de enfermería realizadas a las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara durante el 2018.

CAPÍTULO III

Marco Referencial

3.1 Marco Referencial

3.1.1 Marco Conceptual

En este apartado se recopila conceptos relevantes para el entendimiento total del tema en investigación, contempla los aspectos teóricos y referenciales relacionados con la investigación iniciando con una definición amplia de lo que es salud, ya que este trabajo pertenece a esa rama de la investigación, continuando con definiciones como autocuidado, enfermedades no transmisibles más relevantes y conceptos relacionados, llegando a la explicación de la población de Santa Bárbara y propiamente de la Clínica del Pie Diabético del área de salud de Santa Bárbara.

A. Salud

La salud se considera, según la Organización Panamericana de la Salud (2015) desde un enfoque de salud pública que “es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales y, sobre todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte de la gente pobre y marginada.” (p.2) la OPS hace mención en este escrito sobre la evolución que ha tenido este concepto a medida que la comprensión de éste se ha ampliado elevándolo de un estado a un fenómeno social, político y económico con las limitaciones que esto puede aplicar para ciertos grupos poblacionales.

Lima y Mendes (2010) mencionan del concepto de salud lo siguiente:

La Enfermería es una profesión de la salud. Este hecho, por sí sólo, ya implica en la necesidad de ampliar la comprensión sobre el significado del término salud. La salud como un concepto positivo, enfatiza la movilización de recursos sociales, personales y capacidades físicas. Es un recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de la

calidad de vida. La salud es contemplada en los proyectos de felicidad de las personas a partir de experiencias vividas y valorizadas positivamente como medios para alcanzar la felicidad. (p.2)

Continuando con la idea de estas autoras, se menciona en su estudio que las definiciones de salud se tornan incompletas, ya que la vida es dinámica y cada persona conceptualiza la salud de manera diferente. Mencionan que comprender la salud desde la perspectiva de otro es un reto y que influyen muchos factores sociales y ambientales en la conceptualización de salud.

El concepto de salud va más allá de una definición fisiológica, involucra una visión más amplia y una serie de interdisciplinas que constituyen un concepto filosófico de lo que podemos considerar salud. Es un derecho y un deseo a alcanzar siempre por las personas.

Rodríguez (2014) menciona:

La salud puede ser entendida, en una primera aproximación, como un estado de equilibrio no solamente físico, sino también psíquico y espiritual. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad, aunque la salud no puede ser identificada taxativamente como felicidad o bienestar sin más. (p.84)

Continuando con Rodríguez (2014) encontramos que los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Entre ellos encontramos:

- Ingreso y posición social. El estado de la salud mejora o disminuye dependiendo de los ingresos y/o posición social del individuo.

- Educación. Mientras más alto sea el nivel educativo más satisfacción obtendrá.
- Entorno físico. Los ambientes físicos pueden afectar positiva o negativamente en un estado físico, social, y mental, y repercutir en la salud de la persona.
- Empleo y condiciones de trabajo. El estrés laboral se relaciona con la salud de cada persona.
- Hábitos personales y aptitud de adaptación. El ser humano está diseñado para adaptarse al entorno, puesto que este no se adapta a él, esta adaptación le permite expresarse socialmente según sus ideales, lo que va de la mano con sus hábitos diarios como recreación, alimentación, descanso, hábitos higiénicos, entre otros.
- Redes de apoyo social. Se menciona el apoyo de la red social más cercana como la familia o amigos, o bien un apoyo profesional o de la comunidad.
- Servicios de Salud. Los servicios de salud, en particular los diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades contribuyen a la salud de la población. (p.2-3).

Con relación al derecho de la salud en Costa Rica Sáenz, R; Acosta, M; Muiser J; Bermúdez, J (2011) mencionan:

La Constitución Política de Costa Rica define como irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social. La Ley General de Salud define a la salud de la población como un bien de interés público y estipula que es una función esencial del Estado velar por la salud de los costarricenses garantizando el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país. (p.12)

B. Hipertensión Arterial

Las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las

enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca, según lo menciona Matara (2010). Las principales causas de enfermedad vascular son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable.

Una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes es la hipertensión arterial es uno de los problemas de salud pública más importantes, especialmente en países desarrollados, ya que es frecuente, por lo general asintomática, fácil de diagnosticar y de tratar, y tiene complicaciones mortales si no es atendida de manera adecuada.

Los factores de riesgo más frecuentes asociados a la hipertensión y por orden de importancia son los siguientes:

- 1) Hábito de fumar.
- 2) Dislipidemias.
- 3) Diabetes mellitus.
- 4) Edad mayor de 60 años.
- 5) Sexo masculino o mujer posmenopáusica.
- 6) Historia familiar de enfermedad cardiovascular.

Principales afecciones de órganos diana por hipertensión arterial

- a. Hipertrofia ventricular izquierda.
- b. Angina de pecho.
- c. Infarto del miocardio.
- d. Insuficiencia cardíaca.
- e. Accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico.
- f. Nefropatía.
- g. Afección vascular periférica.
- h. Retinopatía.

Esta enfermedad se relaciona con la formación de úlceras debido a la isquemia causada por la lesión en las arteriolas, un tipo de úlcera directamente

relacionada con este padecimiento es la úlcera hipertensiva o úlcera de Martorell, este tipo de úlcera aparece como consecuencia de la hipertensión diastólica de larga duración.

C. Arteriopatía periférica de miembros inferiores

Esta condición se caracteriza por el estrechamiento y el endurecimiento de las arterias que llevan la sangre a los pies y a las piernas, que genera una disminución del flujo sanguíneo. En algunos casos el proceso progresa hasta la total oclusión de los vasos arteriales.

Los signos y síntomas de la arteriopatía periférica se han agrupado en cuatro estadios evolutivos:

- Estadio I. Paciente asintomático.
- Estadio II. Claudicación intermitente. Este estadio se subdivide en IIa (claudicación manifestada al caminar una distancia superior a 150 m) y IIb (claudicación manifestada al caminar menos de 150 m).
- Estadio III. Dolor en reposo.
- Estadio IV. Lesiones tróficas.

En los estadios III y IV tiene lugar lo que se conoce como isquemia crítica, consistente en la fase más avanzada de la arteriopatía periférica, la cual es la causa más frecuente de isquemia de miembros inferiores. (Gómez, 2008).

D. Diabetes Mellitus (DM)

Según la Caja Costarricense del Seguro Social (2007) la Diabetes mellitus es:

Es una enfermedad crónica, que comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizado por un aumento de las cifras de glucosa en sangre, al que se conoce con el nombre de hiperglicemia, que si no es

tratada produce un gran deterioro en la salud del individuo, reduce su calidad de vida y lo puede llevar a complicaciones severas como ceguera, insuficiencia renal, amputaciones y muerte (p.19).

Actualmente se considera la diabetes mellitus como un síndrome caracterizado por hiperglicemia crónica debida a defectos en la acción de la insulina, en la insulinosecreción o en ambos, en el que coexisten además alteraciones en el metabolismo de lípidos y proteínas. Este estado se asocia a largo plazo con daño de la microcirculación de órganos como retina, riñones y de grandes vasos sanguíneos de corazón, cerebro y extremidades inferiores; aparece además afectación del sistema nervioso periférico y autonómico. (Maraschin, Murussi, Witter y Pinho, 2010)

Existen dos formas mayores de Diabetes mellitus: Tipo 1 y Tipo 2. La Diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune en la cual se pierden las células beta del páncreas. Típicamente presenta un brote sintomático abrupto y usualmente pero no siempre se presenta en niños y adultos jóvenes menores de 30 años. Sin embargo, cada día se le reconoce un mayor papel en las personas mayores de 30 años, encontrándose formas idiopáticas en personas mayores de 60 años.

La Diabetes tipo 2 es la más frecuente y se manifiesta con una aparición más insidiosa y es comúnmente asintomática en los primeros años antes del diagnóstico. La Diabetes tipo 2 resulta de la resistencia a la insulina junto a un defecto en la excreción de insulina, en la cual cualquiera de las dos puede predominar. La incidencia de la Diabetes tipo 2 aumenta con la edad y usualmente se presenta en adultos, pero se está diagnosticando con mayor frecuencia en personas más jóvenes a medida que aumenta la obesidad, asociado a malos hábitos de alimentación y sedentarismo. Las personas latinas tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad (Caja Costarricense del Seguro Social, 2007).

En el manejo de la Diabetes se debe tener en cuenta no sólo el metabolismo de la glucosa, sino también a factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión, alteraciones de lípidos, el hábito de fumar, las enfermedades cardiovasculares,

infecciones, interacciones farmacológicas y los efectos secundarios del tratamiento. El personal de salud requiere conocimiento para brindar atención y las personas diabéticas para aprender a vivir con la enfermedad (Caja Costarricense del Seguro Social, 2007).

El autocontrol es importante en el abordaje integral de este padecimiento; mejora la calidad de vida de las personas y la adherencia al tratamiento. Una enfermedad vascular puede complicar una úlcera en el pie, al disminuir la capacidad de cicatrización del organismo y aumentar el riesgo de infección. La hiperglucemia puede disminuir la capacidad del organismo para defenderse de una posible infección e incluso retrasar la cicatrización debido a que los vasos sanguíneos se hacen más estrechos, reduciendo el flujo sanguíneo, los nervios se deterioran y se disminuye la sensibilidad y alterando la anatomía del pie.

E. Heridas Cutáneas:

Las heridas cutáneas ocurren por diversas etiologías y pueden causar destrucción parcial o total de las capas de la piel, aumentando las complicaciones en personas con antecedentes médicos como la diabetes, donde se requiere un cuidado especial para una adecuada cicatrización.

El protocolo de atención a personas en riesgo de la CCSS (2007) menciona en la clasificación de heridas:

Heridas agudas: Pueden o no tener síntomas y signos severos, con o sin pérdida del tejido. Ejemplo: incisión quirúrgica. Usualmente se cierran con suturas, grapas o cintas adhesivas. El cierre es por primera intención generalmente, excepto cuando se observa contaminación importante por períodos de seis horas (ambiente) o existe laceración extensa, en especial por mordedura humana o animal.

Heridas crónicas- abiertas: Son lesiones de varias semanas o meses de evolución. Tienen pérdida de tejido de dimensiones variadas (en ancho, largo y profundidad). Por ejemplo, úlceras por presión, úlceras vasculares (venas, arterias) y heridas por quemaduras, pie diabético, cáncer y otros. (p.23)

Estas heridas pueden llevar un proceso especial de cicatrización las alteraciones de la macrocirculación es decir de los vasos de calibre grande, mediano y pequeño, así como alteraciones de la microcirculación que afectan a los capilares. Hay dos tipos de cicatrización Según Fernández (2008):

Primera intención: Uno de los ejemplos más simples de cicatrización es la reparación de una herida limpia, no infectada por medio de la aproximación quirúrgica de sus bordes. La incisión no ocasiona lesiones severas de las capas tisulares. Lo que permite la regeneración de los tejidos de modo más acelerado, en la mayoría de los pacientes, excepto cuando aparecen complicaciones. Como resultado, la regeneración epitelial predomina sobre la fibrosis.

Segunda Intención: Cuando la pérdida de células o tejido es más extensa, como en el infarto, en las úlceras inflamatorias por presión, abscesos o simplemente en heridas muy grandes, el proceso restaurativo es más complejo. En estas condiciones, la regeneración de las células del parénquima no puede restaurar su arquitectura original. Como resultado, hay un extenso crecimiento desde los bordes de la herida del tejido de granulación seguido por acumulación de matriz extracelular y cicatrización. (p.65).

F. Lesiones por presión

Las lesiones por presión han sido un problema de salud desde épocas antiguas, encontramos referencia en el manual técnico de úlceras por presión (2015):” La publicación científica más antigua sobre úlceras por presión data del año 1593 y su autor fue Fabricius Hildanus; él utilizó el término “gangrena” para referirse a las mismas.” (p.6). Comentan estos autores que hasta 1850 se consideraba que la causa única de estas lesiones era la presión directa en la piel, y se hablaba entonces de la prevención con colchones especiales y los cambios de posición.

La prevención de estas lesiones ha sufrido cuestionamiento a lo largo del tiempo, ya que en la época de la II Guerra Mundial, se asociaba a una lesión nerviosa y se decía que era no prevenible, luego se continuo la investigación y se determinó una asociación a factores como estado nutricional, hidratación, capacidad sensitiva, medicamentos que ingiere, entre otros. El 10 de mayo del año 2001, la Junta Directiva de la CCSS aprueba oficialmente el funcionamiento de la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión, integrada por trece miembros de los cuales doce fueron profesionales de enfermería y producto del trabajo de este equipo se logra en el 2007 publicar el primer protocolo de atención a personas en riesgo o que presente úlceras por presión.

De esta manera en dicho protocolo se define la úlcera como “una herida o lesión que no cicatriza en ocho días”. (p.22). Por lo cual se debe prestar debida atención a aquellas que tardan en cicatrizar y con más atención aún en las personas que padecen Diabetes Mellitus, debido a todas sus características ya explicadas con anterioridad.

Rodríguez (2008) con relación al concepto de úlceras menciona: “Se definen como aquellas lesiones producidas por una presión mantenida entre un plano y prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel. El resultado de la isquemia en la zona es la degeneración de los tejidos.” (p.187).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) las úlceras por presión son consideradas como un indicador de calidad asistencial (OMS, 2003) y a nivel país representa un alto costo para las instituciones ya que la incidencia es alta, y el

proceso de sanación en muchos casos es prolongado, e implica una inversión costosa de recursos humanos y materiales, además de las complicaciones serias para la salud que con lleva, que van desde movimiento limitado, pérdida de fuerza y apoyo en un miembro, hasta cuadros severos de sepsis y amputaciones de miembros. Considerando además el efecto psicológico negativo que causa en las personas, el cual se asocia a depresiones y aislamiento social.

Es por esto que la Caja Costarricense del Seguro Social, ente encargado de velar por la prestación de servicios de salud, en sus estrategias de gestión promueve la prevención de estas lesiones y hace énfasis en la detección temprana de ellas, a través de instrumentos para la valoración del estado de la piel que contienen la Escala de Norton, que fue elaborada por Doreen Norton en 1962 y ha sufrido variaciones, el objetivo de esta escala es mediar el riesgo de úlcera de un paciente, cuya versión original valora cinco aspectos: Condición física, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia, cada una con una puntuación de gravedad de 1 a 4. La suma de los valores nos brinda indicativo del riesgo de la persona de presentar úlceras, valores de 5-9 se considera de alto riesgo, de 10-12 alto, de 13-14 medio y de más de 14 mínimo o no riesgo. (Romanos y Casanova, 2017).

Del protocolo de atención a personas en riesgo de la CCSS (2007) se presenta la clasificación de úlceras según profundidad:

- Úlcera grado I: Eritema cutáneo. Piel enrojecida, íntegra, no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Puede haber calor, decoloración, edema e induración cutánea.
- Úlcera grado II: Pérdida parcial del espesor de la piel que afecta la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión, una ampolla o un carácter superficial.
- Úlcera grado III: pérdida total del espesor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que a su vez puede profundizarse,

pero atraviesa la fascia adyacente, la úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo. Con los tejidos adyacentes excavados o no.

- Úlcera grado IV: pérdida total del espesor de la piel con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión del músculo, con compromiso óseo (hueso) infectándolo (osteomielitis) o de las estructuras de soporte (como tendón o la cápsula de la articulación). (p.26)

Es así, como esta clasificación le brinda al profesional en salud una base para diagnosticar el grado de severidad de la úlcera, y tomar medidas a favor de la salud como lo es el tratamiento adecuado y la educación a la persona y sus familiares.

Con relación a los criterios de clasificación de úlceras, el Manual Técnico de Úlceras por Presión de la CCSS indica:

El primer signo de una úlcera potencial es la aparición de eritema (enrojecimiento) de la piel que desaparece por presión digital. El enrojecimiento progresa hasta producir un área gris azulada cianótica o negruzca, resultado de la oclusión de los capilares y del debilitamiento del tejido subcutáneo. Luego aparecen: ampollas y desgarro de la piel. Seguido de las primeras etapas viene la necrosis proceso que puede afectar los tejidos blandos más profundos, bolsas, músculos, tendones e incluso huesos y articulaciones. Si la úlcera es crónica, cicatriza y luego se recidiva y suele ocurrir induración secundaria o endurecimiento del tejido, lo que dificulta el transporte sanguíneo a la región para formar tejido cicatrizal subyacente. Con frecuencia se observan focos profundos de infección, en ocasiones

cubiertos por una costra negra que también impide la cicatrización. Cuando existe sensibilidad, el dolor es quemante y produce parestesia. Puede haber poca cooperación del usuario a la movilización para evitar el dolor. La fiebre nos ayudará a determinar la presencia de compromiso sistémico. (p.31).

Señala, además, que antes de clasificarla debe retirarse el tejido necrótico, la debridación nos ayuda a una adecuada valoración. Las úlceras por presión ocurren con mayor frecuencia en los puntos de apoyo del cuerpo que coincide con las prominencias o rebordes óseos como el sacro, talones, maléolos externos e internos, glúteos, trocánteres (caderas), escápulas (espalda) y occipital (cabeza).

G. Úlceras Venosas

Es un tipo de úlcera producida por un deficiente funcionamiento del sistema venoso, generalmente en las piernas. La etiología exacta de las úlceras venosas no se conoce con certitud, pero se cree que aparecen cuando existe una disfunción de la válvula venosa, provocando un aumento de la presión venosa.

Tavizón y Romero (2009) mencionan:

El retorno venoso, a partir de la extremidad inferior, es el principal protagonista en la fisiopatología de la úlcera venosa. Implica las venas superficiales, las comunicantes o perforantes y las profundas, además de las válvulas que previenen el reflujo. Las venas superficiales comprenden la safena interna, externa y corta, y sus tributarias, que entran en contacto con las profundas, directamente o a través de las perforantes. (p.81).

Además, los mismos autores puntualizan que la estasis, es una de las principales causas en las úlceras venosas, refiriéndose al estancamiento de la sangre dentro de la vena dilatada que puede provocar muerte del tejido, provocando además hipertensión venosa y estableciendo la insuficiencia de las venas superficiales como la causa más frecuente de úlceras venosas.

Los signos más frecuentes para identificar tempranamente la hipertensión venosa son varicosidades de las venas superficiales, hiperpigmentación roja, amarronada, y dermatitis que se manifiesta con eritema y escama. (Tavizón y Romero, 2009).

Yuri, Larcher y Benedita (2010) señalan:

Los miembros del equipo de enfermería son responsables por la asistencia directa y continua en la prevención y tratamiento de la UP. Para que la enfermería alcance la calidad del cuidado, es necesario que su práctica sea basada en las mejores evidencias sobre el asunto. El conocimiento de esas evidencias sobre UP debe hacer parte del bagaje de conocimientos de todos los profesionales del área de enfermería. Programas educativos deben enfocar no sólo las intervenciones para la prevención, también en el tratamiento. (p.7)

Proceso del procedimiento de curación

En cuanto a la curación de la úlcera se debe señalar que, dentro del protocolo, en varias oportunidades se señala que la limpieza de las úlceras será siempre la primera vez lavar con agua y jabón, pero las curaciones siguientes se deben realizar solo con agua estéril, lo anterior existiendo o no infección bacteriana. (Manual técnico de úlceras por presión CCSS, 2015, p.29).

Para el tratamiento de una úlcera es importante considerar no solo la limpieza y desinfección de la zona cutánea, también se debe valorar manejo del dolor, control del edema y daño del sistema venoso. Existen muchos tratamientos en el mercado que ayudan a cicatrizar una úlcera, su uso depende de las características de la

misma y quedan a criterio del profesional que le brinde seguimiento a la curación. El manejo básico de una úlcera consiste en limpieza, debridación, colocación de apósitos, y aplicación de agentes tópicos.

La limpieza tiene como propósito remover y eliminar el exudado, el cual es tejido muerto y bacterias, y su presencia retrasan la cicatrización. Es importante no dañar el tejido viable alrededor de la úlcera, se recomienda un lavado suave con agua corriente, solución salina o antiséptica suave. El desbridamiento de una herida puede realizarse en forma química, mecánica o quirúrgica. Entre las sustancias químicas se encuentra tripsina y la colagenasa, para la mecánica se menciona la aplicación de apósitos húmedos, además de hidroterapia con irrigación. Los apósitos mantienen la herida húmeda y absorben el exudado. La cirugía venosa superficial ha demostrado mejoría en los pacientes con insuficiencia venosa. (Tavizón y Romero, 2009).

H. Quemaduras

En nuestro país existe una lesión en la piel que presenta cifras altas de incidencia, tal como lo son las quemaduras, estas producen heridas destructivas e incapacitantes causadas por contacto directo con calor, explosiones o líquidos calientes (escaldaduras). También existen las quemaduras químicas o eléctricas. En todos estos casos el efecto inmediato es la destrucción de la piel, y según la extensión y la profundidad del tejido dañado se puede diagnosticar el compromiso de otros sistemas, teniendo una importante relación en la recuperación de la persona, factores como la edad del paciente, patología, manejo temprano y oportuno de la lesión.

La clasificación más utilizada en quemaduras es según la profundidad, a lo cual Alfaro, M (2003) menciona:

La quemadura de primer grado es una lesión mínima que produce enrojecimiento de la piel, es dolorosa. La de segundo grado puede ser superficial o profunda, el daño en la piel es parcial, hay vesículas y es

muy dolorosa. La lesión se puede extender desde la epidermis hasta la dermis profunda o tejido celular subcutáneo superficial. Si es superficial, sana espontáneamente, si es profunda, toma más tiempo en sanar o se puede convertir en una lesión de tercer grado por infección secundaria. La quemadura de tercer grado es de espesor total. Está caracterizada por lesión de todas las capas de la piel, grasa, músculo o hueso. La mayoría de las quemaduras son una combinación del primero, segundo y tercer grados. (p.3).

Una quemadura tiene una alta tasa de posibilidad de infectarse y debe ser curada y tratada profilácticamente para prevención de sepsis, al haber destrucción de la capa protectora del organismo. Al respecto en el documento de Alfaro, M (2003) encontramos:

Las infecciones no bacterianas ocurrieron en el día 31 post quemadura como promedio. El tratamiento de la candidiasis incluye suspender el tratamiento tópico y aplicar crema de clotrimazole dos veces por día. Si la infección compromete tejidos profundos como fascia o músculo o está asociada a signos sistémicos de sepsis, se usa amphotericina-B y se hace una desbridación amplia del tejido comprometido. El virus que más frecuentemente se identifica en pacientes quemados es el Herpes simplex Tipo 1. La infección por citomegalovirus (C.M.V.) puede causar elevación persistente de la temperatura, linfocitosis y hepatitis anictérica pero aparentemente no afecta la morbilidad ni la mortalidad. Si se detecta infección viral sistémica se debe usar terapia antiviral. (p.9).

Aunado a la amplia posibilidad de una infección local o sistémica por esta destrucción de las capas de la piel, el profesional de enfermería encuentra uso de remedios caseros arraigados en costumbres de zonas rural, lo que en muchos casos complica la limpieza de la herida e incluso en muchos casos hay presencia de hongos como *Aspergillus*, *Cándida*, *Mucor*, *Rhizopus*, *Microsporum* y *Alternaria*, lo que requiere una debridación temprana. (Alfaro, 2003).

Las clínicas de heridas y úlceras reciben una amplia variedad de heridas o afectaciones cutáneas, que se asocian a factores fisiopatológicos que complican la curación y recuperación del miembro afectado, por lo que se recalca la importancia de conocer las características y riesgos que pueden presentar las personas con estas heridas.

1. Lesiones de Pie Diabético

Según Boada (2012) el síndrome del pie diabético se relaciona con alteraciones neurológicas y a enfermedad vascular periférica en los miembros inferiores y puede desencadenar una serie de lesiones en los pies de las personas con diabetes mellitus avanzada en diferentes estados de evolución de la enfermedad, entre complicaciones se incluyen la vasculopatía y la neuropatía periférica, la neuroartropatía de Charcot, las úlceras plantares, la osteomielitis y la complicación final de estos procesos: la amputación del miembro inferior.

Debido a afectaciones de los nervios periféricos se afecta la comunicación entre neuronas y el paciente pierde sensibilidad en las extremidades inferiores, llegando a causar inflamación, luxación articular y destrucción ósea con deformación posterior del pie.

En cuanto a la clasificación de las lesiones de pie diabético existen muchos sistemas de clasificación algunos para agrupar las heridas según su etiología otras según su evolución con la terapia. Entre las más utilizadas se encuentra la de Meggitt-Wagner a lo que Boada (2012) detalla sobre su funcionamiento:

Este sistema consiste en la utilización de 6 categorías o grados. Cada grado describe un tipo de lesión. Los tres primeros grados recogen como descriptor principal la profundidad, el cuarto recoge como descriptor adicional la infección y los dos últimos incluyen la enfermedad vascular. Además, en la clasificación se incluyen para cada uno de los grados una serie de características que ayudan al clínico en el estadiaje. (p.81).

| Grado | Lesión | Características |
|-------|---|--|
| 0 | Ninguna, pie de riesgo | Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas |
| I | Úlceras superficiales | Dstrucción del espesor total de la piel |
| II | Úlceras profundas | Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada |
| III | Úlcera profunda más absceso (osteomielitis) | Extensa y profunda, secreción, mal olor |
| IV | Gangrena limitada | Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta |
| V | Gangrena extensa | Todo el pie afectado, efectos sistémicos |

Wagner FW. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 1981; 2: 64-122.

Otras de las clasificaciones más utilizadas por los y las profesionales es la clasificación de Gibbons, el cual Boada (2012) comenta:

Propuesta por Gibbons en 1984 (25) clasifica las lesiones diabéticas en tres niveles de acuerdo con la severidad. La severidad vendría determinada con la presencia de infección y su profundidad (Tabla 2). De esta forma las lesiones diabéticas serían leves (aquellas lesiones

superficiales, sin celulitis ni afectación ósea), moderadas (lesiones profundas, con posible afectación ósea, celulitis periférica entre 0 y 2 cm) y severas (lesiones profundas, con afectación articular y ósea, secreción purulenta, con más de 2 cm periféricos de celulitis y probable cuadro sistémico). (p.81.)

| | |
|---|---|
| 0 | Pie de riesgo, sin úlcera |
| 1 | Úlcera superficial, no infectada |
| 2 | Úlcera profunda con exposición de tendones o cápsula |
| 3 | Úlcera con exposición ósea y/o infección profunda: ósea o absceso |
| A | Sin isquemia |
| B | Isquemia sin gangrena |
| C | Gangrena localizada distal |
| D | Gangrena extensa |

Se menciona una tercera clasificación de lesiones del síndrome del pie diabético, la cual es más reciente y muy popular, surge en la necesidad de unificar criterios en profesionales para favorecer la comunicación y la presenta la Universidad de Texas, al respecto Boada (2012) comenta:

Es un sistema de clasificación donde las lesiones son estudiadas en base a dos criterios principales: profundidad y existencia de infección/isquemia. De esta forma el eje longitudinal de la matriz se ocupa del parámetro profundidad, otorgándole cuatro grados (desde el grado 0 al grado 3) y el eje vertical se ocupa del parámetro infección/isquemia, clasificando este parámetro mediante la asignación de cuatro letras (A-no presencia de infección o isquemia,

B-presencia de infección, C-presencia de isquemia, D-presencia de infección e isquemia). (p.77).

Tabla 4. Clasificación de lesiones de pie diabético de la Universidad de Texas (11)

| Estadio | Grado | | | |
|---------|---|--|---------------------------|--|
| | 0 | I | II | III |
| A | Lesiones por o postulceras completamente epitelizadas | Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso | Herida a tendón o cápsula | Herida penetrante a hueso o articulación |
| B | Infectada | Infectada | Infectada | Infectada |
| C | Isquémica | Isquémica | Isquémica | Isquémica |
| D | Infectada e isquémica | Infectada e isquémica | Infectada e isquémica | Infectada e isquémica |

J. Otras Lesiones Cutáneas

Cada herida posee características particulares, y debe ser tratada según la necesidad que detecte el / la enfermero (a), es común encontrar zonas cercanas a la herida con alguna afectación como lo es el exantema que consiste en una dermatitis superficial que puede causar prurito, eritema y edema, este si no es tratado migra a una piel costrosa escamoso y engrasado. Por lo que debe tratarse simultáneamente con la úlcera.

Otras de las lesiones cutáneas que pueden presentarse son la erisipela y celulitis, las cuales son infecciones con características semejantes que se desarrollan cuando las bacterias sobrepasan la barrera de la piel, invadiendo e infectando los tejidos subcutáneos, caracterizadas por una capa eritematosa en la zona acompañado de dolor.

Siendo así, la presencia de hongos en la piel y el cabello cuya afección es denominada dermatofitos al igual que la onicomiosis que son hongos en las uñas, son de considerarse en las causas de lesiones en la piel, y que requieren manejo profesional y educación al usuario del auto-cuidado.

Tabaco

El tabaquismo aumenta la presión arterial de individuos normotensos. El tabaco es un estimulante suave y a la vez tiene efectos depresivos, aumenta ligeramente la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y actividad motora; el fumador se siente alerta, pero a la vez experimenta una cierta relajación muscular. La nicotina se inactiva en el hígado y se elimina por riñón. Se considera al cigarrillo como el más importante factor de riesgo modificable para la enfermedad arterial coronaria. Después de la elevación inicial provocada por la nicotina y la cotinina, se produce la reducción de los niveles de presión. Esa disminución transitoria puede deberse al efecto de la retirada que lleva a la relajación de las células musculares lisas y a la dilatación vascular periférica venosa. (Galán, Campos, Pérez, 2004).

Consumo de alcohol

Los efectos iniciales del alcohol son euforizantes por supresión de los sistemas inhibitorios, sobre todo en cantidades moderadas; pero realmente es depresivo porque produce sedación y sueño. Trastorna la memoria reciente produciendo lagunas mentales y aunque muchos alcohólicos dicen tomar para aliviar una angustia o depresión, cuando beben bajo control médico se observa que realmente su disforia aumenta. (OMS, 2004)

Se genera un estado de dependencia física que obliga a beber para restaurar los niveles sanguíneos habituales y evitar el consiguiente síndrome de abstinencia, que en caso de complicaciones como infecciones, traumatismos, desnutrición o desequilibrio electrolítico se puede llegar al síndrome de delirium tremens.

Ocasiona complicaciones médicas, tales como hepatopatías, enfermedad cardiovascular, problemas endocrinos y gastrointestinales. Por fin no olvidar que el etanol atraviesa la barrera placentaria y produce el síndrome de alcoholismo fetal, importante causa de retraso mental. (Brunton, Goodman & Gilman, 2007).

Sedentarismo

Según la OMS (2014) el sedentarismo es la falta de actividad física regular, definida como: “menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana”. (p.5) La conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona: la falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares; así como los escasos conocimientos sobre los beneficios de la actividad física y la insuficiencia de presupuestos para promover la actividad física y educar al ciudadano puede hacer difícil, si no imposible, empezar a moverse.

Así mismo Leiva, A et ál (2017) explican: “El sedentarismo se define como actividades asociadas a un gasto energético $< 1,5$ METs (MET = equivalente metabólico basal; $1 \text{ MET} = \sim 3,5 \text{ mlO}_2 / \text{kg}/\text{min}$) e incluye actividades como estar sentado, ver televisión, conducir, entre otras”. (p.459). Con la poca actividad física hay estructuras y funciones de nuestro organismo que no se ejercitan y estimulan al menos cada dos días, como requieren.

De los mismos autores se considera importante señalar: “Durante la última década, el sedentarismo (principalmente tiempo destinado a estar sentado) ha emergido como un importante factor de riesgo vinculado al desarrollo de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares (ECVs), cáncer y mortalidad” (p.459). Por lo que una vida sedentaria contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas de gran frecuencia en la población costarricense.

Dietas no saludables

Aunque no existe una definición clara de lo que es una dieta poco saludable, es importante destacar la definición de nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud (OMS 2014).

Tomando como referencia lo anterior, una inadecuada nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. Las dietas no saludables y la inactividad física son importantes factores de riesgo de enfermedades crónicas. Los informes de expertos nacionales e internacionales y las revisiones de la bibliografía científica actual hacen recomendaciones sobre la ingesta de nutrientes para prevenir las enfermedades crónicas.

L. Complicaciones

Las complicaciones que puede desarrollar una persona que presente úlceras o heridas con procesos prolongados de cicatrización, van desde infecciones, sepsis o muerte del tejido afectado, que pueden terminar en la amputación de ortijos o miembros inferiores. Además de una afectación en el estado de ánimo de la persona, ya que puede desarrollar sentimientos de tristeza o soledad al no poder realizar las actividades cotidianas.

A nivel de institución representa un alto costo en el manejo de la enfermedad tanto en el primer nivel de atención como en el tercero cuando se requiere especialistas para tratar afecciones secundarias y cirugías. Como país representa un problema de salud, que puede afectar los índices de salud en la proyección mundial y afectar la imagen de la situación de salud de la población, con implicaciones incluso socioeconómicas.

CAPÍTULO IV

Marco Metodológico

4 Marco Metodológico

4.1 Modalidad de la Investigación

Este trabajo corresponde a la modalidad de Tesis para optar por el grado de licenciatura en enfermería de la Universidad de Costa Rica, basado en el reglamento de trabajos finales de graduación de la institución, cuyo proceso de investigación culmina en un trabajo escrito que cumple con todos los apartados mencionados en dicho reglamento.

Según el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica “Se entiende por Tesis de Graduación un proceso de investigación que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre el asunto investigado.”. (p.1).

Esta investigación se realizó en el Área de la Salud de Santa Bárbara la comunidad, buscando aportar algo nuevo en el tema de investigación, siempre relacionado con la labor de enfermería, tal como lo demanda el reglamento en el Capítulo 2, Sección A, Artículo 7.

4.2 Enfoque de la Investigación

Según Burns, N; Grove, S y Gray, J (2012):

La investigación cuantitativa es un proceso sistemático, riguroso, formal y objetivo para generar información numérica sobre el mundo.

La investigación cuantitativa se realiza para describir nuevas situaciones, acontecimientos o conceptos; examinar relaciones entre variables, y determinar la eficacia de los tratamientos en el mundo.

(p.33)

El enfoque o diseño metodológico que prevalece en este estudio es cuantitativa ya que se fundamenta en aspectos observables y susceptibles de

cuantificar, y utiliza las estadísticas para el análisis de datos y también utiliza la metodología empírica analítica del tipo descriptivo y transversal, no experimental, pues es una indagación empírica y sistemática.

La investigación es de tipo cuantitativo, porque pretende establecer una medición numérica y crear un análisis estadístico de resultados a través de métodos meramente estadísticos basado en las variables establecidas describiendo un acontecimiento del cual no existe un dato por lo que se considera nueva información.

4.3 Tipo de Investigación

Podemos decir que es una investigación de tipo descriptiva, tomando en cuenta lo que señala Barrantes (2010): “que buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (p.131), ya que describe la situación de salud de la población de la clínica de úlceras y heridas del Área de salud de Santa Bárbara durante el 2018.

Por su parte Hernández, Fernández y Baptista (2014), señalan: “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes, de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p.102). Estas características le darán soporte al proceso de investigación y por medio de la operacionalización de las categorías de análisis, se delimitan los elementos de estudio de forma específica. En este tipo de estudio, el investigador debe ser capaz de definir qué va a medirse y cómo va a lograrse esa medida, con esto se obtienen conclusiones y a partir de éstas, se buscan soluciones objetivas y viables, que puedan ser aplicables en la práctica diaria.

También es de tipo retrospectivo debido a que la presente investigación se realiza en el tiempo presente, pero con datos del pasado. Para Bernal (2006): “Son aquellas investigaciones en las cuales se obtiene información del objetivo de estudio (población o muestra) una única vez en un momento dado.” (p.114).

4.4 Población donde se realizó el estudio

Santa Bárbara se localiza a 7 kilómetros hacia el noroeste de la ciudad de Heredia, a 5 kilómetros de la ciudad de Alajuela y a 15 kilómetros de la capital. Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) relacionados al Censo Nacionales de Población y Vivienda 2000 y 2011, en los indicadores cantonales, señala a la población total del cantón de Santa Bárbara en 36. 243 personas, además menciona una relación muy igualitaria en cantidad de hombres y mujeres, ya que indica que por cada 100 mujeres hay 97 hombres. Menciona, además que la fuerza que no trabaja está distribuida así: 41,7% realiza oficios domésticos, el 34,1% estudia, el 10,6% son pensionados, 0,7% rentistas y el 12,9% entra en la categoría de otros. Según estimaciones de esta misma institución para el 30 de junio del 2015 la población total aumento a 39.843 personas.

Santa Bárbara se presenta como un cantón cambiante con un crecimiento comercial, una población de alto índice educativo, cuya población de adultos mayores se caracteriza por haber sido trabajadores agrícolas y labores domésticas.

Según Ramírez (2009) en su estudio documenta que la población diabética del Área de Santa Bárbara de Heredia para el año 2008, era de 152 personas, además identifica que la diabetes se presenta con mayor incidencia en las mujeres (57 usuarias) que en los hombres (45 usuarios). El Área de Salud de Santa Bárbara está constituido por seis EBAIS:

- San Pedro
- San Juan
- Birrí
- Jesús
- San Bosco
- El Roble

Aunque las personas diabéticas por su condición de enfermedad presentan una consulta frecuente para curación de heridas y úlceras, por el proceso lento de

cicatrización y alto riesgo de infección, los usuarios que se atienden en las clínicas de heridas y úlceras, mal llamadas Clínicas del Pie Diabético, incluyen personas no diabéticas también que presentan algún tipo de lesión cutánea que requiere intervención profesional de enfermería.

Entre los principales motivos de consulta a la clínica de Pie Diabético de Santa Bárbara de Heredia se encuentra:

- Úlceras venosas
- Exantema
- Lesiones por presión
- Heridas Quirúrgicas reincidentes
- Erisipela
- Quemaduras

La población de usuarios de la Clínica de Pie Diabético recibe atención según las necesidades y el seguimiento de la persona encargada de la clínica, quien realiza una programación mensual de todos los usuarios, los cuales son referidos por el médico general, auxiliar de enfermería o ATAP de los EBAIS o de emergencias y son valorados por la enfermera del Pie Diabético quien define el tiempo de seguimiento y curaciones en esta modalidad.

4.5 Población Censo

La población total de la investigación está constituida por los expedientes de 179 personas que consultaron en la clínica de Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia en el año 2018, esto según documentos de registro de enfermería, cabe mencionar que muchas de estas personas son atendidos por diferentes procedimientos, por lo que al valorar la población según procedimientos realizados pueden aparecer en diferentes registros la misma persona, pero para efectos de esta investigación se contabilizó una única vez, para obtener la población total de 179 personas beneficiadas de los servicios que brinda la clínica de manera global.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC (2017):

Se denomina censo, en estadística descriptiva, al recuento de individuos que conforman una población estadística, definida como un conjunto de elementos de referencia sobre el que se realizan las observaciones. El censo de una población estadística consiste básicamente en obtener mediciones del número total de individuos mediante diversas técnicas de recuento y se realiza cada determinado período. (p.11)

En esta investigación se realizó un censo a la población delimitada con anterioridad con la finalidad de recolectar la información según las variables señaladas. Como lo menciona Arias (2012) un censo es:

Es el proceso total de recolectar, compilar, evaluar, analizar y publicar o diseminar en cualquier otra forma, los datos (o la información) demográficos, económicos y sociales que pertenecen en un momento determinado, a todas las personas de un país o de una parte bien delimitada del mismo. (p.89).

Cabe mencionar, que los resultados obtenidos en este estudio no se generalizan al resto de áreas de salud del país.

4.6 Criterios de inclusión y de exclusión

A. Criterios de inclusión

- Estar registrado como usuario atendido en la Clínica de Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia durante el año 2018.

B. Criterios de exclusión

- Paciente fallecido en el año 2018.

4.7 Sistema de Variables

Están representadas por su característica de independencia, especialmente por el diseño del estudio: de tipo descriptivo, con el cual se determinó dos variables a tratar: características sociodemográficas y biológicas además de las prácticas de cuidado de enfermería.

Por ello las categorías elaboradas se muestran de la siguiente forma:

Operacionalización de Variables

| Variable | Definición Conceptual | Dimensiones | Definición Operacional | Definición Instrumental | Indicador |
|--|--|-------------------|---|-------------------------------|--|
| 1. Características sociodemográficas y biológicas. | Referencia de la población de acuerdo con la edad. | Edad | Variable cuantitativa continua. Medible en cuatro categorías. | Ítem # 1 de la base de datos. | Distribución de la población de acuerdo la edad: <ul style="list-style-type: none"> • Menores de edad • De 18 a 29 años • De 30 a 50 años • De 51 a 64 años • 65 años o más |
| | Indicador biológico que agrupa a la población según su género. | Sexo | Variable cualitativa dicotómica, Medible en dos categorías. | Ítem # 2 de la base de datos. | Distribución de la población de acuerdo con el sexo: <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer |
| | Dato social que permite identificar la condición de asegurado de la persona. | Tipo de Asegurado | Variable cualitativa categórica. Medible en cinco categorías. | Ítem # 3 de la base de datos. | Distribución de la población según el tipo de asegurado: <ul style="list-style-type: none"> • Directo o asalariado. • Indirecto o beneficio familiar. • Voluntario. |

| | | | | | |
|--|--|---------------------|---|-------------------------------|---|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Pensionado |
| | Señalizador social relacionado con estilos de vida y factores de riesgo. | Ocupación | Variable cualitativa categórica. Medible en cinco categorías. | Ítem # 4 de la base de datos. | Clasificación de la población según la ocupación: <ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • En el campo o construcción. • Negocio Propio. • Profesional en alguna área. • Otro: _____ |
| | Referencia demográfica de la población según lugar donde vive. | EBAIS que pertenece | Variable cualitativa categórica. Medible en ocho opciones. | Ítem # 5 de la base de datos. | Distribución de la población según EBAIS que pertenecen: <ul style="list-style-type: none"> • San Pedro • San Juan • Birrí • Barrio Jesús • San Bosco • El Roble • Centro Este • Centro Oeste |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|-------------------------------|---|
| | Diagnósticos médicos de enfermedades crónicas. | Antecedentes Patológicos | Variable Cualitativa Categórica. Medible en ocho opciones. | Ítem # 6 de la base de datos. | Clasificación de la población según antecedentes patológicos: <ul style="list-style-type: none"> • HTA • DM • Colesterol alto • Cardiopatía • Problemas nutricionales • Varices • Ninguno • Otras: _____ |
| | Parámetro que permite agrupar y valorar una lesión. | Características y tipo de lesión | Variable cualitativa categórica. Analizadas en cuatro aspectos. | Ítem # 7 de la base de datos. | Ordenamiento de la población según las características y tipo de lesión: <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación del grado de úlcera. • Clasificación del tipo de quemadura. • Herida reincidente. • Complicaciones de la herida como signos de infección. |
| | Criterio inicial que determina el tipo de atención especializada | Motivo de referencia | | Ítem # 8 de la base de datos. | Categorización de la población según motivo de referencia: |

| | | | | | |
|--|---|------------------------|---|-------------------------------|--|
| | que requiere la persona. | | Variable cualitativa categórica. Valorada en seis categorías. | | <ul style="list-style-type: none"> • Curación de algún tipo de úlcera. • Curación de una quemadura. • Cuidados de los pies y uñas. • Cuidados de heridas postquirúrgicas. • Instrucciones por cambio de tratamiento. • Recibir educación sobre el buen manejo de una enfermedad. |
| | Medida que permite categorizar la variación de la lesión. | Evolución de la lesión | Variable cualitativa categórica. Valorable en tres puntos. | Ítem # 9 de la base de datos. | Agrupación de la población según la evolución de la lesión: <ul style="list-style-type: none"> • Buena respuesta al tratamiento. • No se observa mejoramiento. • Lesión presenta complicaciones y agravamiento. |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------------------|--|
| | Tiempo de duración en la recuperación de una lesión. | Duración del tratamiento hasta que le dan de alta. | Variable cuantitativa continua. Medible en cuatro categorías. | Ítem # 10 de la base de datos. | Agrupación de la población según la duración del tratamiento hasta que le dan de alta: <ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 3 meses • De 6 meses a 1 año • De 1 a 2 años • Más de 2 años |
| | Dato de la cantidad de consultas requeridas en la atención de la persona. | Número de consultas | Variable cuantitativa discreta. Medible en cinco categorías. | Ítem # 11 de la base de datos. | Distribución de la población según el número de consultas requeridas: <ul style="list-style-type: none"> • 1 vez al mes • 2 veces al mes • 3 veces al mes • 1 vez a la semana • Otro: _____ |
| | Referencia del tipo de atención especializada que requiere la persona según sus capacidades de desplazarse. | Tipo de consulta | Variable cualitativa categórica. Valorada en dos categorías. | Ítem # 12 de la base de datos. | Categorización del tipo de consulta que requiere la población usuaria: <ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio • Visita Domiciliaria |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--------------------------------|---|
| | Referencia de las redes de apoyo con la que cuentan las personas. | Acompañamiento a las consultas (parentesco) | Variable cualitativa categórica. Analizado en cuatro categorías. | Ítem # 13 de la base de datos. | Ordenamiento de la población según Acompañamiento a las consultas (parentesco): <ul style="list-style-type: none"> • Un familiar • Vecina (o) / Amiga (o) • Un profesional contratado / Cuidador • Nadie |
| 2. Prácticas de cuidado de enfermería | Asesoría técnica y profesional a la población usuaria para el buen manejo y mejoramiento de la enfermedad. | Educación | Variable cuantitativa categórica. Medible en cinco categorías. | Ítem # 14 de la base de datos. | Clasificación del tipo de educación que requiere la población usuaria: <ul style="list-style-type: none"> • Instrucciones por cambio de tratamiento. • Recibir educación sobre el buen manejo de una enfermedad. • Cuidados en casa de una lesión. • Cuidados diarios en casa de los pies y uñas. • Asesoría sobre cuidados diarios de dispositivos como sondas vesicales. |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------------|---|
| | <p>Dato que permite identificar la incidencia de procedimientos requeridos por la población en la consulta.</p> | <p>Procedimientos realizados en la consulta.</p> | <p>Variable cualitativa categórica. Valorable en siete categorías.</p> | <p>Ítem # 15 de la base de datos.</p> | <p>Categorización del tipo de procedimientos a realizar a la población usuaria en la consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación de una herida. • Educación y asesoría para el autocuidado de la enfermedad. • Cuidados de pies y uñas • Cambio de Sonda Vesical. • Curetaje. • Cambio de bota de Unna. • Educación. |
| | <p>Dato que permite identificar la incidencia de procedimientos requeridos por la población a domicilio.</p> | <p>Procedimientos realizados en la visita domiciliar.</p> | <p>Variable cualitativa categórica. Valorable en siete categorías.</p> | <p>Ítem # 16 de la base de datos.</p> | <p>Categorización del tipo de procedimientos a realizar a la población usuaria en la visita a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación de una herida. • Educación y asesoría para el autocuidado de la enfermedad. • Cuidados de pies y uñas • Cambio de Sonda Vesical. • Curetaje. • Cambio de bota de Unna. |

| | | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|--------------------------------|---|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Educación. |
| | Tipo de materiales necesarios para realizar las curaciones. | Materiales utilizados para las curaciones. | Variable cualitativa categórica. | Ítem # 17 de la base de datos. | Identificación de los materiales necesarios para los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Lista Autorizada por la CCSS • Material adicional |

4.8 Técnica de recolección de datos

En correspondencia con las fuentes de investigación según Maranton y González (2015) “Una fuente de información es todo aquello que nos proporciona datos para reconstruir hechos y las bases del conocimiento” (p.2)

Para la recolección de datos de esta investigación se utilizó una fuente secundaria que como menciona Mayorga (2012) “corresponde a la información que ha sido elaborada antes por personas distintas al investigador” (p.77), en tanto se procederá a la revisión de los expedientes clínicos de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético con la previa autorización del centro de salud y para fines académicos de esta investigación

El expediente clínico según Calvo (2016) “es un documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería.” (p.4). La misma autora menciona que el buen manejo de la información incluido en el expediente le aporta protección legal al paciente, a los profesionales de la salud participantes en la atención y a la institución. Es útil también para apoyar los programas de enseñanza, así como estudios clínicos y estadísticos. (Calvo, 2016, p.5.

4.9 Análisis de los datos

Para la elaboración del análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, que según Faraldo y Pateiro (2013) “es un conjunto de técnicas numéricas y gráficas para describir y analizar un grupo de datos, sin extraer conclusiones (inferencias) sobre la población a la que pertenecen” (p.1), ordenando los datos obtenidos en una tabla de Excel y posteriormente estos datos se trasladaron a un paquete estadístico, el programa SPSS, obteniendo una serie de gráficos y tablas, que facilito la interpretación y análisis de los datos.

4.10 Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas de esta investigación están basadas según González (2010) en las siguientes premisas:

Valor social o científico: en este sentido la investigación plantea una intervención que conduce a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población de pacientes que utilizan el servicio de recuperación. El valor social o científico debe ser un requisito ético, entre otras razones, por el uso responsable de recursos limitados (esfuerzo, dinero, espacio, tiempo) y el evitar la explotación. Esto asegura que las personas no sean expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.

Validez científica: a la actualidad no se dispone de evidencia sobre estudios nacionales que aborden específicamente la temática de esta investigación por lo que se visualiza como original y significativa, además cuenta con un protocolo congruente con los objetivos de esta.

Selección equitativa de los sujetos: la selección de los participantes se hizo de acuerdo con la conveniencia del investigador, además, se presentan los criterios de inclusión que representan los sujetos aptos para la investigación.

Proporción favorable del riesgo-beneficio: se considera que los riesgos potenciales de participar en esta investigación fueron mínimos, se procuró un beneficio mayor para las personas participantes y a la sociedad en general.

Evaluación independiente: se garantizó que el estudio se encontraba dentro de los lineamientos legales del Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Costa Rica.

Consentimiento informado: mediante la utilización de la fórmula de consentimiento informado adjunta se asegura la congruencia de intereses

de los participantes con los del investigador. Se informó sobre la finalidad del estudio, los riesgos/beneficios de la participación, y se favoreció la decisión de incorporarse con base en el juicio personal. Se les proporcionó a los participantes la información necesaria para que otorgasen su aprobación y la oportunidad de plantear preguntas durante el proceso siendo un documento de carácter individual.

Respeto a los sujetos inscritos: se garantizó el anonimato de la participación, además de la confidencialidad en el manejo de los datos.

Para la elaboración de esta propuesta investigativa se mantendrá en todo momento los principios bioéticos como lo son:

Autonomía: que se refiere a la capacidad racional de conferir a sí mismos una ley moral (Leiva, 2008). Para llevar a cabo este principio se realizará el proceso del consentimiento informado previo al instrumento que se le brindará a las personas donde se les da información y se aclararán dudas; también se respeta la autonomía de cada una de ellas no creando influencia ni presiones por parte de los encuestadores.

Se resaltan además los principios que Blázquez (2004) menciona:

Principio de no maleficencia: Este es importante y trascendente indica no ocasionar daño alguno, aunque se encuentre implícitamente contenido en el de beneficencia donde está la prohibición de infligir deliberadamente daños a otras personas.

Principio de Justicia: Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

Principio de Beneficencia: Este principio tiene su esencia en la obligación ética de aumentar tanto como sea posible, los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios que el individuo pueda recibir.

Principio de respeto por la autonomía: Este se sustenta, primordialmente en el respeto a la capacidad que tiene cada persona para su autodeterminación en relación con las diferentes opciones que se les presenten.

Además, se tomaron en cuenta el escrito de Ezekiel Emanuel (2003) quien menciona siete requisitos éticos que hacen que una investigación clínica sea ética, y se presenta en el siguiente cuadro resumen:

CUADRO 1: SIETE REQUISITOS PARA QUE UN ENSAYO DE INVESTIGACIÓN SEA ÉTICO

| Requisitos | Explicación | Justificación de valores éticos | Conocimientos necesarios para evaluar |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Valor social o científico. | Evaluar un tratamiento, una intervención o una teoría que mejorará la salud y el bienestar o el conocimiento. | Escasez de recursos y evitar la explotación. | Conocimiento científico. Comprensión a nivel ciudadano de los valores sociales. |
| Validez científica. | Postular una hipótesis clara, utilizar principios y métodos científicos aceptados, que incluyen las técnicas estadísticas, para producir datos confiables y válidos | Escasez de recursos y evitar la explotación. | Conocimientos científicos y estadísticos. |
| Selección equitativa de los sujetos. | Que la selección de sujetos/participantes se haga cuidando de que no se seleccione a personas/poblaciones estigmatizadas o vulnerables para las investigaciones riesgosas, mientras que a las más favorecidas se les ofrezca participar en investigaciones de potencial más beneficioso. | Justicia distributiva. | Conocimiento científico. Conocimientos éticos y legales. Conocimiento de la cultura y los valores de la comunidad afectadas. |
| Razón riesgo/beneficio favorable. | Minimizar los riesgos y daños potenciales, maximizando los beneficios potenciales con el fin de que los riesgos a los sujetos/participantes sean proporcionales a los beneficios al sujeto/participante y a la sociedad. | No-maleficencia. Beneficencia. | Conocimiento científico. Comprensión a nivel ciudadano de los valores sociales. |
| Evaluación independiente. | Evaluación del diseño del ensayo, la población sujeto propuesta y la razón riesgo/beneficio por individuos ajenos a la investigación. | Minimizar potenciales conflictos de interés. Cumplir con el compromiso a rendir cuenta pública. | Independencia intelectual, económica y de todo tipo de los investigadores. |
| Consentimiento informado | Informar a los sujetos potenciales acerca del propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios potenciales y las alternativas, de forma que las personas comprendan esta información y puedan tomar decisiones en forma voluntaria acerca de su participación en la investigación. | Respeto a la autonomía de los sujetos. | Conocimiento científico. Conocimientos éticos y legales. Comprensión a nivel ciudadano de los valores sociales. |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| Respeto por los sujetos inscritos. | Respeto a los sujetos demostrado mediante: <ol style="list-style-type: none"> 1. La posibilidad de permitirles salirse de la investigación. 2. La protección de su privacidad a través de la confidencialidad. 3. La provisión de información acerca de riesgos o beneficios descubiertos en el curso de la investigación. 4. La provisión de información acerca de los resultados de la investigación clínica. 5. La vigilancia continua de su bienestar | Respeto a la autonomía de los sujetos. Beneficencia. | Conocimiento científico. Conocimientos éticos y legales. Comprensión a nivel ciudadano de los valores sociales. |
|------------------------------------|--|--|---|

Ezekiel, E. (2003) ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. p.95

Cabe rescatar que durante el proceso se contó con la colaboración y apoyo de la encargada de la Clínica de Heridas del centro de salud participante, contando con la supervisión de profesionales especializados en el área y la anuencia para intervenir en cualquier momento que fuese necesario por efectos de la temática abordada

4.11 Cronograma

Con este diagrama de Grantt se representa el orden de actividades de la presente propuesta de investigación:

| Diagrama Grantt | | | | | | | |
|---|-------------|---------------------|--------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Actividades | Responsable | II Semestre 2018 | I Semestre 2019 | Setiembre 2019 | Octubre 2019 | Noviembre 2020 | Diciembre 2020 |
| Identificación de las necesidades. | Sergio | | | | | | |
| Reunión con el personal de la Clínica del Pie Diabético para analizar el tema a investigar. | Sergio | | | | | | |
| Reunión con la Tutora para delimitar el tema de la propuesta a desarrollar y revisar información recolectada. | Sergio | | | | | | |
| Elaboración del Anteproyecto. | Sergio | | | | | | |
| Recolección de Datos | Sergio | | | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Conclusiones y recomendaciones | | | | | | | | |
| Finalización del Trabajo Final | | | | | | | | |

CAPÍTULO V

Análisis y Discusión de Resultados

5. Análisis de Resultados

En este capítulo se presenta la discusión y presentación de los datos obtenidos en esta investigación, los datos analizados fueron tomados del expediente clínico de la población de estudio y recolectados por medio del instrumento, el cual se basó en los objetivos planteados en el inicio de la investigación y su respectiva categorización con una tabla de variables.

Consecuentemente, se presentan dos apartados para los análisis correspondientes a los objetivos planteados, a su vez los resultados se presentan en tablas para un mejor entendimiento que conlleva a una adecuada discusión.

5.1. En cumplimiento con el objetivo número uno: “Establecer las características sociodemográficas y biológicas de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara.”

Para iniciar, se detalla la población según características sociodemográficas y biológicas representados en una tabla según cada característica:

Tabla 1

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según edad. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| EDAD | Porcentaje | Cantidad |
|-----------------|-------------|------------|
| Menores de edad | 1.7% | 3 |
| De 18 a 29 años | 5% | 9 |
| De 30 a 50 años | 14.5% | 26 |
| De 51 a 64 años | 19% | 34 |
| 65 años o más | 59.8% | 107 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla, las edades se presentan entre los 13 y 96 años. Podemos resumir que las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara en su mayoría se ubican en 65 años o más, encontrando relación con el estudio de Lago (2007) quien determinó que “la edad media de los pacientes ingresados por úlceras en un centro hospitalario es de 78,6 años con DE= 8,2 con un rango de edad comprendido entre 60 y 94 años (mediana= 80)”. (p.82). Siendo entonces los pacientes de edad avanzada los que presentan mayor número de úlceras y heridas con complicaciones, además es una población de alto riesgo que presenta en mayor número patologías como la diabetes y la hipertensión arterial que dificultan la curación de estas.

Por otro lado tenemos que el 38,5% de las personas son mayores de edad y tienen edades inferiores a 65 años, a lo que Otero, Zanetti y Teixeira (2007) señalan:” En el Brasil, un estudio multi-céntrico de prevalencia de diabetes constató que la frecuencia de la enfermedad aumenta gradualmente posterior a los 50 años. Este estudio destacó aún la importancia de la diabetes como un problema de salud relacionado con la tendencia progresiva del envejecimiento poblacional, se sabe que, para los adultos con edad inferior a 65 años, la diabetes también representa un serio problema interfiriendo en su expectativa y calidad de vida.” (p.147). La edad inferior a 65 años corresponde al periodo productivo de la sociedad, personas que deberían trabajar y realizar labores diarias sin mayor dificultad, sin embargo, al presentar úlceras o heridas afecta como se verá más adelante en la tabla de ocupación el desempeño o colocación de las personas, presentando un alto grado de inactividad. Y solamente 1,7% de población menor de edad que corresponden a tres personas que consultaron.

Los datos representados reflejan las características de la población usuaria de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara en lo relacionado a la edad de esta.

Tabla 2

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según sexo. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| SEXO | PORCENTAJE | CANTIDAD |
|--------|------------|----------|
| Hombre | 38.5% | 69 |
| Mujer | 61.5% | 110 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

En este cuadro se observa que la mayoría de las personas que consultaron en la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara en el periodo de estudio corresponden a mujeres, con un porcentaje de un 61.5% lo que puede atribuirse a dos factores, el primero donde socialmente es más común que la mujer acuda al centro médico por atención al sentirse mal de salud o bien comunique su malestar a familiares para que le acompañen al centro de salud, otro factor a tomar en cuenta son las largas jornadas de trabajos que desempeñan de pie que las hacen propensa a desarrollar úlceras, con relación a esto encontramos que Tavizón y Romero (2009) mencionan: " La estasis, es una de las principales causas en las úlceras venosas, refiriéndose al estancamiento de la sangre dentro de la vena dilatada que puede provocar muerte del tejido, provocando además hipertensión venosa y estableciendo la insuficiencia de las venas superficiales como la causa más frecuente de úlceras venosas" (p.81), esto en contraste con un porcentaje de 38.5% de hombres que acudieron a la clínica en el mismo periodo, tal como se mencionaba por la cultura del país, es menos frecuente que un hombre exprese un dolor o una molestia de manera temprana, por lo general buscan ayuda cuando ya la enfermedad o molestia ha evolucionado de forma grave, además se puede trazar una relación con profesiones que generen riesgos de heridas y estilos de vida que provocan el desarrollo de diabetes o hipertensión que son las dos principales

patologías que afectan esta población de estudio según la tabla número seis de este estudio, a lo que Leiva, A. et ál hacen referencia: “Durante la última década, el sedentarismo (principalmente tiempo destinado a estar sentado) ha emergido como un importante factor de riesgo vinculado al desarrollo de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares (ECVs), cáncer y mortalidad” (p.459).

Tabla 3

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según tipo de asegurado.
Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| TIPO DE ASEGURADO | PORCENTAJE | CANT |
|--------------------------------|-------------|------------|
| Directo o asalariado | 21.2% | 38 |
| Indirecto o beneficio familiar | 25.1% | 45 |
| Voluntario | 1.1% | 2 |
| Pensionado | 45.3% | 81 |
| No asegurado | 1.1% | 2 |
| Estado | 0.6% | 1 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en este cuadro, la población de estudio posee diferentes condiciones en cuanto al tipo de asegurado, predominando las personas pensionadas, continuando con el concepto que son las personas mayores quienes presentan mayor necesidad de los servicios de la clínica del pie diabético y de heridas. Se puede señalar que el 92.7% que corresponde a la mayoría, aporta o ha

aportado de forma directa o a través de un familiar al sistema de seguros, y de este dato se extrae un valor importante que corresponde al 45.3% de esta población que son pensionados, encontrando relación con la definición de salud en la que se especifica según Lima y Mendes (2010): “Comprender la salud desde la perspectiva de otro es un reto y que influyen muchos factores sociales y ambientales en la conceptualización de salud.(p.2)”. Creando una concordancia de la conceptualización integral del concepto salud, y de cómo los factores sociodemográficos son relevantes en este tema.

También se refleja un porcentaje mínimo del 1.1% de personas que acudieron a la clínica por alguna condición que lo ameritaba y que no se encontraban asegurados o bien son pensionados del estado por invalidez, a lo que Rodríguez (2014) menciona: “La salud es un derecho y un deseo a alcanzar siempre por las personas.” (p.84) Quedando un 5.6% de personas que no se presentaron a las citas y fueron clasificados como ausentes.

Tabla 4

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según ocupación. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| TIPO DE OCUPACIÓN | PORCENTAJE | CANT |
|----------------------------|-------------|------------|
| Ama de casa | 23.5% | 42 |
| En el campo o construcción | 1.7% | 3 |
| Negocio Propio | 1.7% | 3 |
| Profesional en alguna área | 5% | 9 |
| Otro | 62.6% | 112 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

En este caso, se obtiene dos categorías con los mayores porcentajes, por un lado, hay un 23.5% de la población que se dedica a labores del hogar, teniendo esta labor un alto riesgo de padecer úlceras por presión por largas horas de pie en los quehaceres tal como explican Tavizón y Romero (2009):” El retorno venoso, a partir de la extremidad inferior, es el principal protagonista en la fisiopatología de la úlcera venosa. Implica las venas superficiales, las comunicantes o perforantes y las profundas, además de las válvulas que previenen el reflujo.” p.81. Por otro lado, el porcentaje más alto en cuanto a ocupación lo presenta la categoría de “*otros*”, dentro de la cual predomina las personas pensionadas, y ocupaciones variadas como estudiantes, electricistas, bodeguero, verdulero, chofer, mensajero, misceláneos, mecánicos entre otros más, siendo esto coherente con el mayor porcentaje del tipo de asegurado, donde la mayoría son pensionados, teniendo este dato relación con lo que menciona la OMS (2003): “las úlceras por presión son consideradas como un indicador de calidad asistencial..., e implica una inversión costosa de recursos humanos y materiales, además de las complicaciones serias para la salud que con lleva, que van desde movimiento limitado, pérdida de fuerza y apoyo en un miembro... considerando además el efecto psicológico negativo que causa en las personas, el cual se asocia a depresiones y aislamiento social.” (p.345).

Tabla 5

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según el tipo de EBAIS que pertenece.
Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| TIPO DE EBAIS QUE PERTENECE | PORCENTAJE | CANT |
|-----------------------------|-------------|------------|
| San Pedro | 10.6% | 19 |
| San Juan | 12.8% | 23 |
| Birrí | 12.3% | 22 |
| Barrio Jesús | 12.8% | 23 |
| San Bosco | 5.6% | 10 |
| El Roble | 12.8% | 23 |
| Centro Este | 10.6% | 19 |
| Centro Oeste | 16.2% | 29 |
| Otro | 0.6% | 1 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla, la distribución de la población usuaria del servicio especializado de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, es muy equitativo en los ocho EBAIS de la zona, presentando leves diferencias en los porcentajes de distribución, de lo que se puede deducir que todos los EBAIS del área se benefician de este servicio que se ofrece a un grupo de usuarios con una necesidad especial de atención en la prevención y manejo de enfermedades, teniendo como mayor porcentaje de distribución al EBAIS del centro Oeste con un 16.2% y con menor participación al EBAIS de San Bosco con un 5.6%, en el resto de los EBAIS se mantiene una tendencia entre el 10% y el 12%

demostrando un beneficio muy similar en la zona. Este servicio que gozan los pobladores del área de salud de Santa Bárbara es un gran aporte a la salud de las personas a lo que Sáenz, R; Acosta, M; Muiser J; Bermúdez, J (2011) señalan: “La Ley General de Salud define a la salud de la población como un bien de interés público y estipula que es una función esencial del Estado velar por la salud de los costarricenses garantizando el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país. (p.12).” En la categoría de “otros” se detectó un único paciente que fue referido como un caso especial de Barva el cual fue aceptado por la enfermera a cargo de la clínica por conversación con el profesional de Barva, y se menciona por último un 5.6% de ausentismo a las citas.

Tabla 6

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según antecedentes patológicos. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| ANTECEDENTES PATOLOGICOS | PORCENTAJE | CANT |
|--------------------------|-------------|------------|
| HTA | 33.6% | 110 |
| DM | 29.4% | 96 |
| Cardiopatía | 2.1% | 7 |
| Problemas nutricionales | 1.5% | 5 |
| Varices | 7.3% | 24 |
| Ninguno | 6.7% | 22 |
| Otras | 15.6% | 51 |
| Ausente | 3.1% | 10 |
| TOTAL | 100% | 325 |

Fuente: Elaboración propia *Respuesta Múltiple

En este caso es muy notable la prevalencia de dos patologías en la población de estudios, tales como la HTA con un 33.6% y la DM con un 29.4%, donde muchos de los (as) usuarios (as) presentan ambas patologías, tal como lo menciona Gómez (2008): “Una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes es la hipertensión arterial es uno de los problemas de salud pública más importantes y se relaciona con la formación de úlceras debido a la isquemia causada por la lesión en las arteriolas” (p.106); este dato está en contraposición de otras patologías como cardiopatía, problemas nutricionales y varices que suman un 10.9%, además resalta que 22 personas que acudieron a la clínica en el periodo de estudio, no padecían de ninguna enfermedad y pese a esto requirieron la atención especializada por parte de la enfermera a cargo, estas personas representan el 6.7% asimismo el 15.6% de los usuarios padecían de otras patologías entre las cuales están psiquiátricas, obesidad o sobrepeso, epilepsia, trombosis venosa profunda, fibromialgia, cáncer entre otras enfermedades.

De este último grupo de enfermedades sobresale la incidencia de la obesidad y el sobrepeso, siendo factores de riesgo para desarrollar múltiples enfermedades entre esa la diabetes y la hipertensión, enfermedades que afectan la cicatrización de heridas y prolonga los tiempos de curación y promoviendo complicaciones en los procesos, por ende se encuentra concordancia con la investigación que realizó la CCSS como parte de la formación de la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión, que determino que “en la época de la II Guerra Mundial, las úlceras se asociaban a una lesión nerviosa y se decía que era no prevenible, luego se continuo la investigación y se determinó una asociación a factores como estado nutricional, hidratación, capacidad sensitiva, medicamentos que ingiere, entre otros.” (p.19). Se señala también un 3.1% de ausentismo en las citas.

Tabla 7

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según características y tipo de lesión. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| CARACTERISTICAS Y TIPO DE LESIÓN | PORCENTAJE | CANT |
|---|-------------|------------|
| Clasificación del grado de úlcera o herida | 57.0% | 126 |
| Clasificación del tipo de quemadura | 1.8% | 4 |
| Herida reincidente | 7.7% | 17 |
| Complicaciones de la herida (signo infección) | 14.5% | 32 |
| Callosidad | 4.1% | 9 |
| Cambio de Sonda Foley | 0.9% | 2 |
| Otros | 3.2% | 7 |
| No aplica | 6.3% | 14 |
| Ausente | 4.5% | 10 |
| TOTAL | 100% | 221 |

Fuente: Elaboración propia *Respuesta Múltiple

En cuanto a las características y tipo de lesión este cuadro comprueba que las úlceras o heridas ocupan la mayor incidencia en la clínica con un 57%, además los siguientes valores más altos corresponde a complicaciones de la herida y heridas reincidentes sumando un total de 22.2%, datos que concuerdan con el objetivo primordial de la clínica, sin embargo existen otros porcentajes menores que confirman que la labor de esta unidad de servicios a la comunidad va más allá de solo tratar úlceras y heridas, se atienden al mismo tiempo usuarios con quemaduras, callosidad y cambio de sonda Foley, así como otros procedimientos en menor cantidad que en la tabla se reflejan como “otros” y corresponde al 3.2% y se refiere a valoración de zona sacra y pies, dermatitis, valoración y limpieza de una herida

quirúrgica y uñas desprendidas, todos estos procedimientos requieren atención especializada según factores de riesgo previamente valorados por los profesionales en salud relacionados con la clínica. A lo que Fernández (2008) afirma: “Las heridas cutáneas ocurren por diversas etiologías y pueden causar destrucción parcial o total de las capas de la piel, aumentando las complicaciones en personas con antecedentes médicos como la diabetes, donde se requiere un cuidado especial para una adecuada cicatrización.” (p.65). El cuadro refleja, además un 6.3% como: “No aplica”, lo cual corresponde a personas que han asistido por educación en el manejo de la enfermedad o herida además un 4.5% de ausentismo a las citas.

Tabla 8

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según motivo de referencia. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| MOTIVO DE REFERENCIA | PORCENTAJE | CANT |
|--|-------------|------------|
| Curación de algún tipo de úlcera | 51.7% | 121 |
| Curación de una quemadura | 1.7% | 4 |
| Cuidados de los pies y uñas | 22.2% | 52 |
| Cuidados de heridas postquirúrgicas | 4.7% | 11 |
| Recibir educación sobre el buen manejo de una enfermedad | 14.5% | 34 |
| Ausente | 5.1% | 10 |
| TOTAL | 100% | 232 |

Fuente: Elaboración propia *Respuesta Múltiple

Según la distribución por motivo de referencia, más del 50% de la población que es referida es por algún tipo de ulcera mientras que el otro 50% corresponde mayormente a cuidados en los pies y uñas, así como educación sobre el buen

manejo de una enfermedad, al mismo tiempo, en menor porcentaje se presenta la atención de quemaduras y heridas postquirúrgicas, también la tabla presenta un porcentaje importante de ausentismo de 5.1% de personas que no acudieron a las citas programadas. Podemos deducir que la principal demanda que tiene la clínica es las úlceras de algún tipo, lo cual concuerda con el dato que se brinda en la tabla 6 donde una de las principales patologías de la población es la diabetes, existiendo una relación en la formación de úlceras en las personas diabéticas de difícil cicatrización como lo menciona Boada (2012): “el síndrome del pie diabético se relaciona con alteraciones neurológicas y a enfermedad vascular periférica en los miembros inferiores y puede desencadenar una serie de lesiones en los pies de las personas con diabetes mellitus avanzada en diferentes estados de evolución de la enfermedad, entre complicaciones se incluyen la vasculopatía y la neuropatía periférica, la neuroartropatía de Charcot, las úlceras plantares, la osteomielitis y la complicación final de estos procesos: la amputación del miembro inferior.” (p.81).

Así mismo, una manera de prevenir la formación de úlceras o heridas es revisando y brindado los cuidados de los pies a personas diabéticas, siendo este el segundo tratamiento de mayor demanda, según la tabla. Se enfatiza en una de las labores más importantes de enfermería a la comunidad en el mantenimiento de la salud, la cual es la educación, que se refleja en la tabla con un porcentaje significativo, dando a entender que dentro de las funciones que realiza la enfermera a cargo de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara está en explicar a los usuarios lo relacionado con su enfermedad o padecimiento y promover el autocuidado en cada uno de ellos, con acciones que puedan realizar en su hogar en conjunto con la atención que requieran en la clínica. Tal como lo menciona Alfaro (2003): “Aunado a la amplia posibilidad de una infección local o sistémica por esta destrucción de las capas de la piel, el profesional de enfermería encuentra uso de remedios caseros arraigados en costumbres de zonas rural, lo que en muchos casos complica la limpieza de la herida e incluso en muchos casos hay presencia de hongos como *Aspergillus*, *Cándida*, *Mucor*, *Rhizopus*, *Microsporum* y *Alternaria*, lo que requiere una debridación temprana” (p.98),

Tabla 9

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según evolución de la lesión. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN | PORCENTAJE | CANT |
|---|-------------|------------|
| Buena respuesta al tratamiento | 88.3% | 158 |
| Lesión presenta complicaciones o agravamiento | 2.2% | 4 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| No aplica | 3.9% | 7 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la evolución según la lesión se observa que el 88.3% de las personas, tuvieron una buena respuesta al tratamiento, siendo un porcentaje significativo que demuestra la exitosa labor llevada a cabo, donde se brinda un beneficio esencial en la recuperación de los (as) usuarios (as). Esto en concordancia con lo que exponen Yuri, Larcher y Benedita (2010) :

Los miembros del equipo de enfermería son responsables por la asistencia directa y continua en la prevención y tratamiento de la UP. Para que la enfermería alcance la calidad del cuidado, es necesario que su práctica sea basada en las mejores evidencias sobre el asunto. El conocimiento de esas evidencias sobre UP debe hacer parte del bagaje de conocimientos de todos los profesionales del área de enfermería. (p.7).

Por otra parte, se refleja un 2.2% de personas que presentaron complicaciones o agravamiento en sus lesiones, los cuales por su situación de salud no lograron una

mejora significativa, y finalmente se indica un 9.5% en el rubro de “No aplica”, esto en referencia de los pacientes que consultan por algún procedimiento que no tiene relación con curaciones de heridas o úlceras, como es el caso de cambio de sonda foley, valoración o bien educación y asesoría sobre el manejo de una enfermedad.

Tabla 10

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según duración del tratamiento hasta que le dan de alta. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| DURACIÓN DEL TRATAMIENTO HASTA QUE LE DAN DE ALTA | PORCENTAJE | CANT |
|---|-------------|------------|
| De 1 a 6 meses | 74.3% | 133 |
| De 6 meses a 1 año | 5.6% | 10 |
| De 1 a 2 años | 5.0% | 9 |
| Más de 2 años | 7.8% | 14 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| No aplica | 1.7% | 3 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

Con relación al tiempo de duración del tratamiento de las personas usuarias de la clínica hasta que se dan de alta considerando que el tratamiento dio el resultado esperado y la persona se encuentra recuperada, mostrando que un 74.3% de las personas tuvieron un tiempo de duración de 1 a 3 meses siendo periodo breve, lo que se relaciona con la buena aplicación de técnicas y conocimientos en los procedimientos por parte del profesional en enfermería, y el compromiso del usuario (a) en el autocuidado dando como resultado una mejora en la salud. En el caso de las úlceras o heridas, que según la tabla 7, son la causa de mayor consulta en la clínica, el manual técnico de úlceras por presión de la CCSS explica sobre esta labor:

Para el tratamiento de una úlcera es importante considerar no solo la limpieza y desinfección de la zona cutánea, también se debe valorar manejo del dolor, control del edema y daño del sistema venoso. Existen muchos tratamientos en el mercado que ayudan a cicatrizar una úlcera, su uso depende de las características de esta y quedan a criterio del profesional que le brinde seguimiento a la curación. El manejo básico de una úlcera consiste en limpieza, debridación, colocación de apósitos, y aplicación de agentes tópicos. (p.29-30).

Al mismo tiempo se observa que existe un 5.6% de personas cuyo tratamiento tuvo un periodo de duración de 6 meses a 1 año, afirmando la complejidad de muchos casos donde las curaciones y manejo profesional del usuario (a) requieren un tiempo prolongado de atención, incluso se especifica un 5.0% de las personas que duraron en su tratamiento de 1 a 2 años, además de un 7.8% de esta población que requirió 2 años o más para ser dado de alta, estos procesos extensos se relacionan a presencia de enfermedades como la diabetes y la hipertensión que causa un retraso en la sanación de la piel, en el caso de los diabéticos, que son en muchas ocasiones lo que presentan mayores complicaciones para lograr una sanación de una ulcera o herida, Boada (2012) expone: “ Debido a afectaciones de los nervios periféricos se afecta la comunicación entre neuronas y el paciente pierde sensibilidad en las extremidades inferiores, llegando a causar inflamación, luxación articular y destrucción ósea con deformación posterior del pie” (p.81).

De igual forma la tabla refleja un 5.6% de ausencia en las personas agendadas a cita además de un 1.7% en el rubro de “no aplica” que corresponde a usuarios (as) que asistieron a la clínica a recibir educación sobre el manejo de una enfermedad o cuidados de los pies de manera preventiva, sin implicar curaciones por lo que no implican en este ítem.

Tabla 11

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según número de consultas. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| NÚMERO DE CONSULTAS | PORCENTAJE | CANT |
|---------------------|-------------|------------|
| 1 vez al mes | 33% | 59 |
| 2 veces al mes | 23.5% | 42 |
| 3 veces al mes | 0.6% | 1 |
| 1 vez a la semana | 6.7% | 12 |
| Otro | 30.2% | 54 |
| No aplica | 0.6% | 1 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

En relación al número de consultas de los (as) usuarios (as) en la Clínica del Pie Diabético se refleja un porcentaje de un 33% de frecuencia de una vez al mes, además de un 23.5% que es atendido dos veces al mes, este grupo representa más del 50% de la población de estudio, a lo que deducimos que la mayoría de las personas consultan 1 o 2 veces al mes, siendo una frecuencia baja en atención, encontrando un paralelismo en cuanto a la situación de la salud de las personas del estudio, que reflejan una estabilidad en la salud como resultado esperado al tratamiento, como lo menciona la tabla 11 donde la mayoría manifiestan una respuesta positiva al proceso de atención. En cuanto al resto de las personas, se resalta un porcentaje importante de un 30.2% que indica: "otro", refiriéndose en la mayoría a una frecuencia de consultas de 2 veces por semana, que corresponde a curaciones de heridas tipo úlceras en personas mayormente con antecedentes patológicos como hipertensión y diabetes, o bien alguna complicación como signos

de infección en la herida, siendo estas consultas una fase inicial del atención en la herida o úlcera donde se requiere una mayor frecuencia en las curaciones para lograr llegar a una mejora en la integridad cutánea; como lo detalla el Manual técnico de úlceras por presión CCSS (2015): “La limpieza tiene como propósito remover y eliminar el exudado, el cual es tejido muerto y bacterias, y su presencia retrasan la cicatrización. Es importante no dañar el tejido viable alrededor de la úlcera, se recomienda un lavado suave con agua corriente, solución salina o antiséptica suave. El desbridamiento de una herida puede realizarse en forma química, mecánica o quirúrgica” (p.29-30) en este mismo porcentaje se menciona una consulta que se registró cada seis meses para cuidados de pies y uñas.

Además, se muestra un 6.7% de la población que es atendida una vez a la semana, siendo un porcentaje menor pero que implica una ocupación de la agenda semanal en atenciones para curaciones que así lo requieren por la fase que se encuentra la herida o la úlcera. El porcentaje menor en cuanto a frecuencias corresponde a un 0.6% que acuden al servicio 3 veces al mes, siendo pacientes estables los cuales según el criterio de la enfermera a cargo se les asigna esa frecuencia mensualmente. También se menciona un porcentaje de un 0.6% que no aplica, que corresponde a un usuario que consultó una única vez por educación a causa de un debut diabético que presento y un 5.6% de ausentismo.

Tabla 12

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según tipo de consultas. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| TIPO DE CONSULTAS | PORCENTAJE | CANT |
|---------------------|-------------|------------|
| En el consultorio | 83.2% | 149 |
| Visita Domiciliaria | 7.3% | 13 |
| Ambas | 3.9% | 7 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Las consultas según el tipo de lugar donde se realizan los procedimientos, muestran un importante porcentaje que indica que el 83.2% de las personas asisten al consultorio para recibir la consulta especializada para su problema de salud, a lo que se puede concluir que la mayoría de los (as) usuarios (as) de este servicio mantienen un nivel de salud estable que les permite movilizarse periódicamente al centro de salud para la atención de los cuidados, y como se verá en la tabla 13, la mayoría consulta solo (a) o en compañía de un familiar, lo que habla de una característica de la mayoría de los (as) usuarios (as) donde estos (as) poseen la capacidad para deambular y acudir al consultorio, permitiendo a la enfermera organizar una agenda para recibir una cantidad importante de personas que se ven beneficiadas con este servicio de la Clínica del Pie Diabético, optimizando el recurso del tiempo para atenderlos, ya que existe una única enfermera a cargo de esta atención para toda el área de Santa Bárbara, tal como menciona Lima y Mendes (2010): "La salud como un concepto positivo, enfatiza la movilización de recursos sociales, personales y capacidades físicas.

Es un recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de la calidad de vida." (p.2). De igual forma existe un porcentaje menor del 7.3% de personas que por su condición de salud les es imposible movilizarse al consultorio para las curaciones o demás procedimientos, lo que conlleva a que sea la enfermera quién se desplace a sus casas de habitación para realizar la atención al usuario (a) y de esta manera no quedar excluidos del beneficio de una atención necesaria, se menciona además un 3.9% de personas que reciben atención en el consultorio y en su domicilio, este es un porcentaje bajo que combina las modalidades ya que en determinado momento el (la) usuario (a) no pudo desplazarse al centro de salud por una complicación y se le coordinó una visita según el criterio de la enfermera a cargo. Finalmente existe un 5.6% de ausentismo.

Tabla 13

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según acompañamiento a las consultas. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| ACOMPañAMIENTO A LAS CONSULTAS | PORCENTAJE | CANT |
|--------------------------------------|-------------|------------|
| Un familiar | 35.8% | 63 |
| Vecina (o) Amiga (o) | 0.6% | 1 |
| Un profesional contratado / Cuidador | 2.8% | 5 |
| Sin acompañante | 55.9% | 100 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al acompañamiento que reciben las personas para acudir a las citas de la Clínica del Pie Diabético, se obtiene como resultado que el 55.9% de la población acude sin compañía de ningún tipo, siendo personas que deambulan o se movilizan con independencia, reforzando la teoría de que la mayoría de la población de estudio presenta una salud estable que le permite ejercer autocuidado sobre su enfermedad, del mismo modo se refleja un 35.8% de personas que indicaron que acuden a las citas en compañía de un familiar, necesitando ayuda para movilizarse o apoyo emocional para hacer frente a su cuidado, resaltando la importancia de las redes de apoyo para el manejo de la enfermedad tanto en acompañamiento a las citas como los cuidados que puedan brindarles en el hogar, a lo que Rodríguez (2014) define así: “Redes de apoyo social. Se menciona el apoyo de la red social más cercana como la familia o amigos, o bien un apoyo profesional o de la comunidad.” (p.2-3). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS,2003) explica sobre las úlceras: “las complicaciones serias para la salud que con lleva, que van desde movimiento limitado, pérdida de fuerza y apoyo en un miembro, hasta cuadros severos de sepsis y amputaciones de miembros.

Considerando además el efecto psicológico negativo que causa en las personas, el cual se asocia a depresiones y aislamiento social.” (p.167). Del mismo modo se refleja un 2.8% de los (as) usuarios (as) que acudieron a las citas en compañía de un profesional contratado o un cuidador. Además de un 5.6% de ausentismo a las citas.

5.2. En cumplimiento con el objetivo número dos: “Identificar las prácticas de cuidado de enfermería realizadas a las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético.” Se procede a presentar la información recolectada con la colaboración de la enfermera a cargo de la clínica a través de la revisión de los expedientes clínicos que tienen relación con este objetivo, de la siguiente manera:

Tabla 14

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según tipo de educación. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| TIPO DE EDUCACIÓN | PORCENTAJE | CANT |
|--|-------------|------------|
| Recibir educación sobre el buen manejo de una enfermedad | 17.3% | 41 |
| Cuidados de una lesión en casa | 55.7% | 132 |
| Cuidados de los pies y uñas en casa | 20.7% | 49 |
| Asesoría sobre cuidados diarios de dispositivos | 2.1% | 5 |
| Ausente | 4.2% | 10 |
| TOTAL | 100% | 237 |

Fuente: Elaboración propia *Respuesta Múltiple

Como se observa en la tabla sobre datos de la población según el tipo de consulta que hacen las personas en la clínica del pie Diabético con relación a educación, más de la mitad de la población de estudio consultó por cuidados de una lesión siendo esta la causa principal de atenciones en la clínica, y que requiere una

guía del profesional al usuario (a) para un correcto manejo en casa de la herida o ulcera, cuyos cuidados serán valorados por la enfermera profesional en cada cita, cabe destacar que en estos casos se presentan muchas consultas sobre remedios caseros o prácticas no recomendadas para el manejo de una herida o ulcera lo que implica una asesoría con un lenguaje entendible y acorde a los recursos disponibles, algo que ha caracterizado este servicio en particular, donde la enfermera dispone de tiempo adecuado para cada persona que requiere asesoría y brinda la información de manera clara y entendible, logrando que los (as) usuarios (as) o bien familiares comprendan las indicaciones y realicen las curaciones en casa acorde a la educación recibida. El segundo porcentaje más alto de consulta corresponde a cuidados de los pies y uñas con un 24.5%, siendo este un tema de prevención en personas diabéticas de gran importancia, ya que como lo menciona la Caja Costarricense del Seguro Social (2007):

Una enfermedad vascular puede complicar una úlcera en el pie, al disminuir la capacidad de cicatrización del organismo y aumentar el riesgo de infección. La hiperglucemia puede disminuir la capacidad del organismo para defenderse de una posible infección e incluso retrasar la cicatrización debido a que los vasos sanguíneos se hacen más estrechos, reduciendo el flujo sanguíneo, los nervios se deterioran y se disminuye la sensibilidad y alterando la anatomía del pie. (p.165).

Las personas diabéticas requieren un cuidado especial en sus pies y uñas, y en muchos casos requieren la atención de un profesional para evitar uñas encarnadas, hongos, úlceras, heridas infeccionadas entre otras complicaciones que pueden complicarse y llevar a una amputación del miembro. Cabe mencionar que como tercer motivo de consulta para educación se encuentra la educación sobre el buen manejo de una enfermedad, lo cual es un servicio primordial para todas aquellas personas que se enfrentan por primera vez a una enfermedad o problema de salud y no saben cómo manejarlo o que cuidados deben tener, el poder contar

con un recurso de asesoría profesional es vital para la prevención de complicaciones de la enfermedad y le permite a los (as) usuarios aclarar toda duda que tengan al respecto y obtener información que muchas veces es desconocida para el (la) usuario (a) quien tal vez no conoce mucho del tema por ser una enfermedad o padecimiento nuevo, promoviendo el compromiso del autocuidado de cada persona con su salud. En menor cantidad se muestra las consultas por asesoría sobre cuidados diarios de dispositivos con un 2% siendo un tema de abordar en muchos casos meticoloso ya que implica la manipulación de algún dispositivo como sonda Foley, sonda nasogástrica, PEG entre otros que requieren cuidados en casa como limpieza y revisión del adecuado funcionamiento, y pueden conllevar a ser una fuente de infección ante el manejo inadecuado de los mismos al ser invasivo, siendo esto a la vez lo que puede representar un temor en la persona para operar estos dispositivos y es valioso contar con esta disponibilidad. Además, se refleja un 4% de ausentismo.

Tabla 15

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según los procedimientos realizados en la consulta. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| TIPO DE PROCEDIMIENTO | PORCENTAJE | CANT |
|---|------------|-------|
| Curación de una herida | 30.3% | 3 120 |
| Educación y asesoría sobre el autocuidado de una enfermedad | 8.8% | 35 |
| Educación de cuidados del procedimiento | 24.7% | 98 |
| Cuidados de pies y uñas | 13.9% | 55 |
| Cambio de sonda vesical | 1.3% | 5 |
| Cambio de Bota Unna | 2.8% | 11 |
| Curetaje | 12.9% | 51 |
| No aplica | 2,8% | 11 |

| | | |
|--------------|-------------|------------|
| Ausente | 2.5% | 10 |
| TOTAL | 100% | 396 |

Fuente: Elaboración propia *Respuesta Múltiple

En este cuadro se ve representado los procedimientos realizados en la consulta durante el periodo en estudio, hallando relación con la tabla 12 en la que se estableció que la mayoría de los (as) usuarios (as) son atendidos en el consultorio permitiendo abarcar un mayor número de personas, al mismo tiempo se traza una concordancia con la tabla 7 en la que se observa que un 45.2% acuden por curación de heridas, úlceras o curetaje predominando como los procedimientos con mayor demanda, asimismo un 31.6% acuden por asesoría o educación, siendo esta una labor de relevancia para enfermería en la prevención y manejo de la enfermedad, además existe un porcentaje de 13.6% que corresponden a cuidados de pies y uñas principalmente en personas diabéticas. También se refleja un 4.5% de otros procedimientos como cambio de bota una, cambio de sonda vesical y drenaje.

Esta clase de información nos da un panorama de cuál es el quehacer diario de la Clínica de Pie Diabético de Santa Bárbara, destacando la labor significativa de este servicio a la comunidad, la cual presenta una necesidad de atención en todos estos procedimientos de una forma constante. Como parte de la definición de “salud” que brinda la Organización Panamericana de la Salud (2015) se señala que: “la evolución que ha tenido este concepto a medida que la comprensión de éste se ha ampliado, elevándolo de un estado a un fenómeno social, político y económico con las limitaciones que esto puede aplicar para ciertos grupos poblacionales.” (p.2) considerando una ventaja para los pobladores contar con esté servicio especializado en su comunidad y de forma accesible, estando incluido en los servicios que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social con las diferentes modalidades de tipo de seguro que brinda, garantizando el acceso a la salud a todos (as). Además, entre los datos se muestra un 2.6% que no aplica y corresponde a personas que son atendidas en su casa de habitación por condiciones especiales como limitantes físicas, cabe señalar que a pesar de que no están contempladas

dentro de los procedimientos, la atención domiciliar de enfermería normalmente es compleja y requiere más de un procedimiento y de un proceso de enfermería complejo donde se involucra a la familia o cuidadores por la dependencia que pueda tener la persona que recibe la atención Finalmente se incluye un porcentaje bajo de un 2.4% de ausentismo a las citas.

Tabla 16

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según los procedimientos realizados en la visita domiciliar. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIAR. | PORCENTAJE | CANT |
|--|-------------|------------|
| Curación de una herida | 7.7% | 16 |
| Educación y asesoría de una enfermedad | 2.4% | 5 |
| Cuidados de pies y uñas | 1.9% | 4 |
| Curetaje | 6.2% | 13 |
| Cambio de Bota Unna | 0.5% | 1 |
| Educación de cuidados del procedimiento | 5.3% | 11 |
| No aplica | 71.3% | 149 |
| Ausente | 4.7% | 10 |
| TOTAL | 100% | 209 |

Fuente: Elaboración propia

En este caso, se exponen los procedimientos realizados en la atención domiciliar, encontrando relación con el cuadro anterior, donde se mencionó que la mayoría de las personas eran atendidas en el consultorio, existiendo un porcentaje pequeño de personas que se les coordina atención domiciliar por su condición de salud y a criterio de la enfermera a cargo de la clínica, por lo que se señala como

primer dato del cuadro un 76.1% de personas a las que “no aplica” por tratarse de usuarios (as) que son atendidos en el consultorio, confirmando que este grupo se trata de la mayoría de la población de estudio. En cuanto a las visitas domiciliarias se obtienen datos paralelos a la información suministrada en la tabla 16 en relación con el procedimiento de mayor frecuencia que se realiza a domicilio, esto son las curaciones de heridas y curetaje con un 13.9%, asimismo en educación al usuario (a) se señala un 2.4% como el segundo procedimiento de mayor frecuencia, como tercer procedimiento se establece el cuidado de pies y uñas con un 1.9%. Además, se encuentra un procedimiento que no se realiza en el consultorio que corresponde a cambio de bota una con un 0.5%. Estos datos vienen a visualizar la labor que realiza enfermería a las personas que no pueden desplazarse al centro de salud por una u otra razón brindándoles calidad de vida y ofreciendo una oportunidad para mejorar la enfermedad, estas acciones son consideradas determinantes sociales de la salud a lo que Rodríguez (2014). menciona: “Los servicios de salud, en particular los diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades contribuyen a la salud de la población.” (p.2-3).

Tabla 17

Distribución de las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara, según materiales utilizados para las curaciones. Santa Bárbara de Heredia, 2018.

| MATERIALES UTILIZADOS PARA LAS CURACIONES | PORCENTAJE | CANT |
|---|-------------|------------|
| Lista Autorizada por la CCSS | 34.6% | 62 |
| Ambos | 59.2% | 106 |
| Ausente | 5.6% | 10 |
| N/A | 0.6% | 1 |
| TOTAL | 100% | 179 |

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro anterior se logra observar cómo el 59.2% de las personas utilizan material adicional para las curaciones, por lo que más de la mitad de la población requiere algún tipo de parche, crema o medicamento que no está en la lista autorizada de la CCSS por lo que la clínica tramita la compra de material con un presupuesto extraordinario, en relación con el tema del manejo de las úlceras la Organización Mundial de la Salud (2003): “a nivel país representa un alto costo para las instituciones ya que la incidencia es alta, y el proceso de sanación en muchos casos es prolongado, e implica una inversión costosa de recursos humanos y materiales” (p.114) Uno de los factores que puede incidir es porque existen pocas clínicas de pie diabético o de heridas en el sistema de salud, es decir no todas las comunidades cuentan con este servicio, y al ser especializado requiere material adicional al que se utiliza en otras curaciones que no profundizan la atención en procesos regulados por un profesional, siendo así existen medicamentos que se aplican de forma tópica que requieren conocimiento respectivo así como otros materiales para procedimientos específicos. Las curaciones se realizan en esta modalidad aprovechando la gran oferta del mercado farmacéutico que ofrece productos beneficiosos para la curación de heridas y úlceras de manera más favorable, brindándole la oportunidad a la persona de acceder a un proceso de curación efectivo y oportuno, evitando que se prolongue el tiempo de cicatrización y con esto evitar infecciones, episodios de dolor, complicaciones y otras consecuencias.

En este punto se rescata el esfuerzo que realiza la enfermera a cargo de la clínica para conseguir material de donación de empresas privadas y asociaciones para ofrecerlo a la población, así como la constante búsqueda de capacitación de productos nuevos para mejorar cada vez más las técnicas de curación en heridas o úlceras. Además, se indica que el 34.6% de las personas utilizan material únicamente de lista autorizada por la CCSS para las curaciones que corresponde, asimismo un 6.14% requieren otras modalidades, material de la lista autorizada por la CCSS además de material adicional para recibir una atención correcta, esto refleja el adecuado manejo de los recursos en la atención de la población, donde se

valora detalladamente cada caso de forma individual asignando a cada persona lo necesario y lo más beneficioso para su proceso de curación.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

Es preciso el personal de salud quien labora en el primer nivel de atención, en particular el profesional en enfermería, quien por su naturaleza brinda cuidados integrales de salud con calidad y calidez, al individuo, familia y comunidad en general, ya sea en condición de sano o enfermo, conozca el escenario de salud de su comunidad, a través de datos actualizados y con base en el contexto social en el cual se desarrolla las actividades diarias, donde interactúan factores capaces de afectar la salud de la población. Al realizar un análisis de la situación de salud de la población usuaria de la clínica del pie diabético del área de salud de Santa Bárbara, se concluye lo siguiente:

1. En cuanto a las características sociodemográficas y biológicas se logra identificar lo siguiente:
 - La población en su mayoría se constituye con personas de 65 años o más. Entre ellas predominan las mujeres, con un porcentaje significativamente mayor de personas pensionadas y el resto con ocupaciones diversas. Entre ellas: estudiantes, electricistas, bodeguero, verdulero, chofer, mensajero, misceláneos, mecánicos, labores del hogar, y otras.
 - Se determina, además, las personas usuarias provienen de diferentes partes del área de salud de Santa Bárbara.
 - Se concluye otro dato al analizar los expedientes de las personas usuarias, en donde se encuentra la predominancia de dos enfermedades: la diabetes y la hipertensión. Incluso, en muchos casos, la persona presenta ambas enfermedades.

Esto implica que la población usuaria en estudio es vulnerable, al tratarse en su mayoría de adultos mayores quienes por su proceso de envejecimiento natural pueden tener limitantes físicas e, incluso en ocasiones mentales, para el cuidado apropiado de una herida y una pronta recuperación, por lo tanto, se debe reforzar con la persona usuaria o

acompañante la educación de forma simple, entendible, y de modo tal se garantice un entendimiento del tema y un correcto proceso de curación de la herida.

2. En relación con las prácticas de cuidado de enfermería realizadas a las personas usuarias de la Clínica del Pie Diabético, se establece:

- Como principal motivo de consulta y referencia está la curación de úlceras, además de heridas complicadas y reinicidentes, reafirmando la alta demanda de la comunidad en este servicio especializado.
- Aunque la mayor consulta corresponde a este rubro, se comprueba: se realiza otras prácticas de cuidado por parte de enfermería, tales como cuidados de pies y uñas, curetaje, curación de quemaduras, educación y asesoría para el autocuidado de la enfermedad y otros temas del mantenimiento de la salud, también cambio de sonda vesical, cambio de bota de unna y drenajes.
- Todos estos procedimientos se realizan por una enfermera profesional a cargo del servicio, quien sobresale por su conocimiento en el tema de curaciones de heridas y úlceras. Dicho conocimiento lo adquiere a través de la experiencia, capacitaciones en la CCSS y de parte de la empresa privada. Ello beneficia a la población al presentar buenos tiempos de recuperación, se puede establecer que la mayor parte de las personas presenta una mejoría entre uno y tres meses. Destaca la buena aplicación de técnicas y conocimiento de los procedimientos por parte del profesional en enfermería, de igual forma, la mayoría de las personas consulta entre una y dos veces al mes.
- Por otra parte, se concluye: todas las prácticas de enfermería de este servicio en particular, se brindan en dos modalidades: la atención en el consultorio y la atención domiciliar. La mayor parte

de las personas acuden por sus propios medios al consultorio y reciben la atención según las citas programadas.

- Se identifica un porcentaje mayoritario de este grupo quien acude sin compañía de ningún tipo. Son personas que deambulan o se movilizan con independencia. Se refuerza entonces la teoría de que la mayoría de la población de estudio presenta una salud estable y esto le permite ejercer autocuidado sobre su enfermedad.
- Se identifica, además, un grupo de personas quienes acuden a las citas en compañía de un familiar, por cuanto necesitan ayuda para movilizarse o apoyo emocional para hacer frente a su cuidado, resalta así la importancia de las redes de apoyo.
- De igual manera un porcentaje menor el cual no puede desplazarse se atiende en la casa de habitación o lugar de residencia, esto según los criterios de la enfermera a cargo.
- Es importante mencionar lo siguiente: más de la mitad de la población atendida utiliza material adicional para las curaciones, por ejemplo: anasept gel, safgel, cavidagel Ag (cavidagel), sufrexal, hyrotac, hydroclean, alginato de calcio, medihoney, dermagran B, hidrosorb, omnifix, pharmafix, iruxol,retelast, fieltro adhesivo, vilowond, entre otros.
- Estos forman parte de los productos comprobados a través de estudios científicos y experiencia de los profesionales en la curación de heridas, como productos efectivos para lograr mejores resultados en la recuperación en menor tiempo, evitando la persona tenga largos procesos de dolor e incapacidad, además de prevenir riesgos de infecciones, los cuales en algunas ocasiones por su precio no se contempla en la lista regular de medicamentos utilizados por la CCSS para este fin. Sin embargo, se adquieren por la clínica con un presupuesto asignado a estas compras, al justificar científicamente su uso. Esto busca ofrecer a las personas usuarias los productos adecuados para las curaciones y,

permitiendo a la vez, favorecer la práctica a nivel disciplinar de enfermería, pues mejora la calidad del cuidado y ayuda a alcanzar un nivel más elevado de salud al poner en uso el conocimiento, la experiencia en la práctica y la investigación científica para obtener resultados superiores.

Como conclusión general del trabajo, se menciona la importancia de este estudio, el cual pretende visibilizar la labor de enfermería en el área de curación de úlceras y heridas. Se destaca el aporte brindado por enfermería a la salud de la comunidad respecto de la prevención e intervención oportuna de la enfermedad, como disciplina en la cual se trabaja de forma interdisciplinaria; pero de manera autónoma, con injerencia en las acciones por tomar en cada persona para su proceso de curación. Se deja claro la labor científica que acompaña a enfermería y la soberanía en la labor de estos profesionales para la atención del usuario.

6.2. Recomendaciones

A raíz de este trabajo se desarrolla una serie de recomendaciones, con ellas se pretende aportar una mejora en el campo de la enfermería de Costa Rica:

1. Caja Costarricense del Seguro Social:

- Incentivar la formación de esta clase de servicios especializados, los cuales contribuyan al mantenimiento de la salud desde el primer nivel de atención. Proyectando una cobertura mayor, accesible y oportuna a nivel del territorio nacional.

2. Área de salud de Santa Bárbara:

- Tomar en cuenta la información obtenida en esta investigación acerca de los indicadores, pues puede ser de utilidad para las políticas que rigen el plan de acción de la Clínica del Pie Diabético, donde se atiende además otras heridas. Lo anterior para capacitaciones, compra de equipo, mejoras en la infraestructura, adquisición de medicamentos, entre otros temas relacionados.

3. Universidad de Costa Rica:

- Sensibilizar a los estudiantes y futuros profesionales, para realizar acciones de enfermería que prevengan las heridas y úlceras, con el fin de tener menor incidencia y a la vez un abordaje especializado que procure la recuperación en un menor tiempo.

4. Colegio de Enfermeras de Costa Rica

- Facilitar los procesos de reconocimiento de especialidades como la de curación de heridas y úlceras, incentivando el interés del profesional en esta área de la enfermería.

CAPÍTULO VII

Referencias Bibliográficas

7.1 Referencias Bibliográficas

Libros

Alligood, M. y Marriner, A. (2011) Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. España: Elsevier © 2011.

Barrantes, R. (2008). Investigación: Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo. San José: EUNED.

Bernal, C. (2006). Metodología de la investigación. 2 ed. México: Prentice Hall.

Blanc, M. (1984). Como Investigar. San José, EUNED

Gómez, M., (2006). Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 1 ed. Córdoba: Brujas, 2006

Grove, S; Gray, J y Burns, N (2012) Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5ta ed. España: Elsevier.

Hernández, R; Fernández C; y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. 6ta ed. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. México, DF

Marck, H. (2005). Manual Merck de Información Médica, Edad y Salud. Editorial Océano, Barcelona, España.

Marriner, A (2008). Modelos y teorías en Enfermería. Sexta edición. Elsevier – Mosby. España.

Martínez, R. (2006). Manual del pie diabético. 1ª Edición. Editorial Tecnológica de Cartago, Costa Rica.

Mayorga, C (2012). Metodología de la Investigación Panamericana Editorial. Bogotá, Colombia.

Orem, D. (1983). Normas prácticas en Enfermería. Ediciones Pirámide. Madrid, España.

Organización Panamericana de la Salud. Representación en Costa Rica. 100 años de salud-Costa Rica: Siglo XX / Organización Panamericana de la Salud- San José, C.R.: / Organización Panamericana de la Salud, 2003.

Powers, A., (2012). Harrison. Principios de Medicina Interna. Diabetes Mellitus. Volumen 2. 18ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México.

Taylor, S. (2007). Dorothea Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile, M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier.

Urzúa, A (2008). Calidad de vida en salud. Universidad Católica del Norte. Chile: Nova Copy.

Tesis

Cubillo, K; Porras Y; Ramírez T; Sirias I; (2012). "Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. Para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

Esquivel, E. (2015). Conocimientos y prácticas que poseen los y las familiares que cuidan a personas adultas mayores en los casos de úlceras por pie diabético, en la comunidad de Santa Rosa de Santo Domingo de Heredia, en el primer semestre del 2014. Para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Artículos Científicos

Agramonte, A., Farres, R. (2010). Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Rev. Cubana Enfermer*, 26(2) ,14-26.

Aimar, A., Videla, N., Torre, M (2006) Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. *Enfermería Global* N° 9. noviembre 2006.

Alfaro, M (2003). Quemaduras. Hospital San Juan de Dios. Disponible en: <file:///C:/Users/Personal/Downloads/quemaduras.pdf>

Ángel, G; López, F. y Restrepo, D. (2013) La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* ISSN 0124-2059 15 (2): 9-29, julio-diciembre de 2013

Armijos, M (2014) Factores que influyen en el manejo del post operatorio inmediato y su relación con las complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes intervenidos en el centro quirúrgico del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena en el período de mayo a septiembre del 2013. Trabajo de Tesis previo a la obtención del título de Magister en Enfermería Quirúrgica. Recuperado de:

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3371/1/TUAMEQ003-2014.pdf>

Boada, A (2012). Lesiones cutáneas en el pie diabético. A. Boada (2012). Actas Dermo-Sifiliográficas. Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) Vol. 103. Núm. 5, p.345-452 Junio 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X20120000006.

Brunet, N y Kurcgant, P (2012) Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 20(2) mar.-abr. 2012. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_16.pdf

Bustamante, E. (2001). Las úlceras de presión. San José, Costa Rica. Vol 43, No. 2: Acta Médica Costarricense.

Calvo, M (2016). Los registros del expediente médico. Un enfoque de garantía. Hospital Max Peralta. Primer Trimestre 1996. Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Vol.6 n.1 San José. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140912591998000100009

Ceballos, J. C, (2009). Curación avanzada de heridas. Revista medicina, 4(3), 262-267. Guayaquil, Ecuador. Disponible en: <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/194>.

Sáenz, R; Acosta, M; Muiser J; Bermúdez, J (2011). Sistema de salud de Costa Rica. IICentro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/>

Estudios:

Ezekiel, E. (2003) ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Disponible en: <https://www.uach.cl/uach/file/5-5b33b10f6e7c6.pdf>

Faraldo, P y Pateiro, B (2013). Estadística y metodología de la investigación. Universidad de Santiago de Compostela Facultad de Enfermería . Disponible en:http://eio.usc.es/eipc1/BASE/BASEMASTER/FORMULARIOS-PHP/DPTO/MATERIALES/Mat_G2021103104_EstadisticaTema1.pdf

Galán, M; Campos, M; Pérez, M (2004). Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). Rev cubana med v.43 n.5-6 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347523200400050009

García, A. (2016). El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia. Revista Médica Electrónica, 38(4), 514-516. Recuperado en 06 de abril de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201600040001&lng=es&tlng=es.

García, José Juan, BIOÉTICA PERSONALISTA Y BIOÉTICA PRINCIPIALISTA. PERSPECTIVAS. Cuadernos de Bioética [en línea] 2013, XXIV (Enero-Abril)
: [Fecha de consulta: 25 de abril de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87527461008>> ISSN 1132-1989

Gómez, A (2008). Úlceras vasculares. Factores de riesgo, clínica y prevención. Revista Farmacia Profesional, ELSEVIER, Vol. 22. Núm. 6. Junio 2008. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-lceras-vasculares-factores-riesgo-clinica-13124067>

Fernández, V, (2008). La cicatrización de las heridas. Rev. Enfermería dermatológica. Valencia, España. Disponible en: [https://www.ulceras.net/publicaciones/dialnet-lacicatrizaciondelasheridas-4606613-\(3\).pdf](https://www.ulceras.net/publicaciones/dialnet-lacicatrizaciondelasheridas-4606613-(3).pdf)

Hernández, J. (2010) Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. Revista costarricense de Salud Pública19 (1): 48-55. (Versión en línea) Consultado el 02 de marzo del 2018. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14091429201000100009&lng=es

Ibarra, X. (2006). Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Rev. De enfermería y humanidades: Cultura de los cuidados, Vol.10. Alicante, España. Disponible en:

<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2006-n20-aspectos-cualitativos-en-la-actividad-gestora-de-los-cuidados-enfermeros>

Iglesias, R; Barutell, R; Artola, S; Serrano, R (2014) Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>

Instituto Nacional de Estadística Y Censos de Costa Rica (2011) <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>.. Consultado el 05 de octubre del 2018.

Juárez y García, M (2009). La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 109-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf>

Lago, L (2007). Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. Gerokomos vol.18 no.3 Barcelona, España. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2007000300004.

Leitón, E; Villanueva, M; Fajardo, E. (2018). Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2018; 34 (2): 443-454. Recuperado en línea de: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.2.616.46>

Leiva A; Martínez M; Montero C; Salas C; Ramírez R; Días X; Aguilar N; Celis C. (2017). El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. Rev Med Chile 2017; 145: 458-467. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n4/art06.pdf>

Lima y Mendes. (2010). Concepciones de la salud en la educación de enfermería en escuelas de graduación de Brasil y Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. (18) 6. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_11.pdf

M. Maranton y E. González (2015) Fuentes de Información. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Disponible en : <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/16700/LECT132.pdf>

Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto y contexto Enfermería. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/a19v16n3.pdf>

Maraschin, F; Murussi, N; Witter, V; Pinho, S (2010) Clasificación de la Diabetes Mellitus. Arq Bras Cardiol 2010. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2010001200025&script=sci_abstract&tIng=pt

Marti, M y Estrada, S (2012). Enfermería en curación de heridas. Fundación Alberto J. Roemmers. Buenos Aires, Argentina. Disponible en:

<https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Cuidados%20de%20Enfermeria%20en%20las%20Heridas.pdf>

Meira, C., Araujo, T. (2007). A participação política das enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S01040707200700300007&lng=en&nrm=iso

Ministerio de Salud (2006). Observatorio de políticas de enfermedades no transmisibles. Costa Rica (versión en línea) Consultado el 04 de agosto del 2018. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/gestores-salud-tecnocienciaencuetas-ms/doc_details/392-observatorio-de-politicas-de-enfermedades-notransmisibles-estudio-de-caso

Molina, P y Jara, P (2010) El saber práctico en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería.2010; 26(2)111-117 Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_2_10/enf05210.pdf

Navarro, Y; Castro, M (2010) Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Revista Enfermería Global. Nº 19. Universidad de Concepción, Chile. (Versión en línea) Consultado el 19 de julio del 2018. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/106821/101521>

Official Records of the World Health Organization. (1946). Conferencia Sanitaria Internacional OMS, N° 2. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Olmos, J; Salamanca, P; Madrid, V; Murcia, G; Mejía, G Liñán, M y Narvárez, A (2016) Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. Repertorio de Medicina y Cirugía. Volumen 25. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirugia-263-articulo-roles-del-profesional-enfermeria-el-S012173721600011X>

Organización Mundial de la Salud. (2008) Temas de salud: enfermedades crónicas. (Versión en línea) Consultado el 23 de junio del 2018. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Panamericana de la Salud (2004). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica* / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. (Versión en línea) Consultado el 11 de setiembre del 2018. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2005). Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://cursos.campusvirtualesp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lprenovacion-APS-spa-2007.pdf

Otero, L; Zanetti, M; Teixeira C. (2007). Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. Rev Latino-am Enfermagem. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_08.pdf.

Otros:

Pereira, D; Santos, J; Soares, C y Bernardi, C (2016). Factores sociodemográficos y clínicos de pacientes tratados en un ambulatorio de pie diabético de un hospital universitario. Revista de Enfermería UFPE on line. DOI: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201627. Brasil.

Pinilla, A, Barrera, M; Sánchez, A; Mejía, A (2013) Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria. Rev Colombia Cardiología. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563313700585>

Pinilla, A; Sánchez, A; Mejía, A y Barrera, M. (2011) Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. Rev. salud pública, Volumen 13, Número 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n2/v13n2a08.pdf>

Prado, L; González M; Paz N Romero, K (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

Promundo y UNFPA. (2007). Hacia la incorporación de los hombres en las políticas públicas de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. ONU Mujeres. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-Engaging%20Men%20in%20Public%20Policies%20to%20Prevent%20VAW-G-Final%20for%20Web-071916.pdf>

Ramírez, M.T (2009). Estudio de las necesidades educativas en autocuidado de las personas diabéticas tipo 2 del EBAIS de San Pedro de Santa Bárbara en el año 2009. Caja Costarricense de Seguro Social. Heredia, Costa Rica.

Real Academia Española (2011) <http://www.rae.es/rae.html> Consultado el 18 de julio del 2018.

Reina G. y Carolina; N (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>

Rodríguez, F. (2014). Enfoque o Visión Social de la Salud. Argentina. Disponible en: http://www.academia.edu/31030259/Enfoque_o_Visi%C3%B3n_Social_de_la_Salud

Rodríguez, L., & Camacho, P. (2008). Enfermería ante el cuidado de las heridas Crónicas. En Boletín de Enfermería de Atención Primaria. . Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/boletin_enfermeria4_2008.pdf

Rodríguez, S; Cárdenas, A; Pacheco, A y Ramírez, P. (2014) Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria 2014.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2014/eu144f.pdf>

Rojas, A; Pérez, S; Lluch, A; Cabrera, M (2014). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2014; 25(3-4)

https://www.google.com/search?q=Gesti%C3%B3n+del+cuidado+enfermero+en+la+teor%C3%ADa+del+d%C3%A9ficit+de+autocuidado&rlz=1C1NHXL_esCR802CR802&oq=Gesti%C3%B3n+del+cuidado+enfermero+en+la+teor%C3%ADa+del+d%C3%A9ficit+de+autocuidado&aqs=chrome..69i57.673j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Romanos, B y Casanova, N. (2017). La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Gerokomos vol.28 no.4.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400194

Sanz, A; Iriarte, S; Gascón, A (2016). Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería. Enfermería Global N°43. Recuperado en línea

de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000300007

Sillas, D y Jordán, L (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería Desarrollo Científico Enfermería. Vol. 19 N° 2 Marzo, 2011. Recuperado en línea de: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

Simposio Gestión en Enfermería (2003) VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Medellín, octubre de 2003. Disponible en: <http://132.248.141.62/webaladefe18/docs/Memorias-VII-ConferenciaMedllin-Colombia-1.pdf>

Soto, O y Barrios, S (2012) Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. Ciencia y Enfermería XVIII. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532012000300007

Tavares, A.P.C., & Chaves Sá, S.P. (2017). Cuidados de enfermería en la promoción del autocuidado de los pacientes con úlceras en las piernas: una revisión integradora. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 21(48). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.19>

Tavizón, O y Romero, L (2009). Algunos aspectos clínico-patológicos de la úlcera de pierna. Dermatología Rev Mex; 53(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2009/rmd092d.pdf>

Universidad de Costa Rica (2011) Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. (Versión en línea) Consultado el 15 de febrero del 2018. Disponible en: <http://www.ucr.ac.cr.com>

Vargas, J., (2011). El cuidado del pie diabético en el Adulto Mayor. Revista El Contador: Deporte y Salud: Feria de Salud Dedicada al Adulto Mayor. Num.59.

Velázquez, H. (2001) Perspectiva Epistemológica del Proceso de Atención de Enfermería. Serie documentos de trabajo. Proyecto: Modelos de atención de enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones. Posadas. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834731026.pdf>

Vélez, C y Hoover, J (2011). El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a13.pdf>

Yuri, M; Larcher, M; Benedita C. (2010). Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem, (18) 6. Disponible en: <file:///C:/Users/Gabriela/Documents/Tesis%20Sergio/Conocimiento%20del%20Profesional%20Úlceras.pdf>

CAPÍTULO VIII

Anexos

8.1 Anexo Carta de Autorización

**Caja Costarricense del Seguro Social
Área de Salud de Santa Bárbara
Departamento de Enfermería
Tel: 2269-3709 / gbonillas@ccss.sa.cr**



ASSB-SE-053-2018
Martes 28 de agosto del 2018

Señores
Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Universidad de Costa Rica
Sede San Pedro de Montes de Oca
San José, Costa Rica

Estimados Señores;

Reciban primeramente un cordial saludo de mi parte la Licenciada en Enfermería Gabriela Bonilla Sequeira, Jefatura del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia.

Me permito dirigirme a ustedes para hacer de su conocimiento que hemos aceptado que el estudiante de enfermería Sergio A. Cascante Hernández Cedula 4-0191 0261, realice la investigación correspondiente a su Trabajo Final de Graduación con la Clínica del Pie Diabético del Área de Santa Bárbara con el tema de investigación;

- ***“Análisis de la situación de salud de la población usuaria de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, durante el 2018”***

Estamos anuentes a facilitar la coordinación del proyecto con nuestro personal a cargo y brindarle los datos correspondientes para su realización.

Me pueden contactar, vía correo electrónico a la dirección gbonillas@ccss.sa.cr en caso de ser necesario.

Sin más por el momento me despido:




Dra. Gabriela Bonilla Sequeira
Jefatura de Enfermería
Área de Salud Santa Bárbara-Vara Blanca
ext. 116 | 2269-7065
gbonillas@ccss.sa.cr



C.C: Archivo.

8.2 Instrumento

Nombre: _____ Expediente N°: _____ Edad: _____

- 1 Distribución de la población de acuerdo la edad:
A () Menores de edad
B () De 18 a 29 años
C () De 30 a 50 años
D () De 51 a 64 años
E () De 65 años o más
- 2 Distribución de la población de acuerdo con el sexo:
A () Hombre B () Mujer
- 3 Distribución de la población según el tipo de asegurado:
A () Directo o asalariado D () Independiente G () Estado
B () Indirecto o beneficio familiar E () Voluntario H () Ausente
C () Pensionado F () No Asegurado
- 4 Clasificación de la población según la ocupación:
A () Ama de casa
B () En el campo o construcción
C () Profesional en alguna área.
D () Negocio Propio.
E () Otro: _____
F () Ausente
- 5 Distribución de la población según EBAIS que pertenecen:
A () San Pedro E () San Bosco I () Otro
B () San Juan F () El Roble J () Ausente
C () Birrí G () Centro Este
D () Barrio Jesús H () Centro Oeste
- 6 Clasificación de la población según antecedentes patológicos:
A () HTA E () Colesterol alto
B () DM F () Varices
C () Cardiopatía G () Ninguno
D () Problemas nutricionales H () Otras: _____ I () Ausente

- 7 Ordenamiento de la población según las características y tipo de lesión:
- A () Clasificación del grado de úlcera o herida E () Callosidad
B () Complicaciones de la herida como Signos de infección F () Cambio de Sonda Foley
C () Clasificación del tipo de quemadura G () Otros
D () Herida reincidente H () N/A I () Ausente
- 8 Categorización de la población según motivo de referencia:
- A () Curación de algún tipo de úlcera o herida E () Instrucciones por cambio de tratamiento
B () Curación de una quemadura F () Recibir educación sobre el buen manejo de
C () Cuidados de los pies y uñas una enfermedad
D () Cuidados de heridas postquirúrgicas G () Ausente
- 9 Agrupación de la población según la evolución de la lesión:
- A () Buena respuesta al tratamiento. C () Lesión presenta complicaciones y agravamiento.
B () No se observa mejoramiento. D () N/A
- 10 Agrupación de la población según la duración del tratamiento hasta que le dan de alta:
- A () De 1 a 3 meses C () De 1 a 2 años E () N/A
B () De 6 meses a 1 año D () Más de 2 años
- 11 Distribución de la población según el número de consultas requeridas:
- A () 1 vez al mes C () 3 veces al mes E () Otros: _____
B () 2 veces al mes D () 1 vez a la semana F () N/A
- 12 Categorización del tipo de consulta que requiere la población usuaria:
- A () En el consultorio B () Visita Domiciliaria C () Ambas
- 13 Ordenamiento de la población según Acompañamiento a las consultas (parentesco):
- A () Un familiar C () Un profesional contratado / Cuidador
B () Vecina (o) / Amiga (o) D () Nadie

- 14 Clasificación del tipo de educación que requiere la población usuaria:
- A () Instrucciones por cambio de tratamiento.
 - B () Recibir educación sobre el buen manejo de una enfermedad.
 - C () Cuidados en casa de una lesión.
 - D () Cuidados diarios en casa de los pies y uñas.
 - E () Asesoría sobre cuidados diarios de dispositivos como sondas vesicales.
- 15 Categorización del tipo de procedimientos a realizar a la población usuaria **en la consulta**:
- | | | |
|--|-------------------------------|---------------|
| A () Curación de una herida | E () Cuidados de pies y uñas | H () Drenaje |
| B () Educación y asesoría para el autocuidado de la enfermedad. | | I () N/A |
| C () Cambio de Sonda Vesical | F () Curetaje | J () Ausente |
| D () Cambio de bota de Unna | G () Educación | |
- 16 Categorización del tipo de procedimientos a realizar a la población usuaria en la visita a **domicilio**:
- | | | |
|--|-------------------------------|---------------|
| A () Curación de una herida | E () Educación | H () Drenaje |
| B () Cuidados de pies y uñas | F () Cambio de Sonda Vesical | I () N/A |
| C () Curetaje | G () Cambio de bota de Unna | J () Otros |
| D () Educación y asesoría para el autocuidado de la enfermedad. | | |
- 17 Identificación de los materiales necesarios para los procedimientos:
- | | |
|------------------------------------|---------------|
| A () Lista Autorizada por la CCSS | C () Ambos |
| B () Material adicional | D () Ausente |

8.3 Carta Revisión de la Filóloga

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

25 de mayo de 2021

Señores
Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

Presente

Estimados señores:

El estudiante Sergio Cascante Hernández, carné número A51282, presentó a revisión su trabajo final de graduación para optar por el grado académico de Licenciado en Enfermería, titulado: "Análisis de la situación de salud de la población usuaria de la Clínica del Pie Diabético del Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, durante el 2018"

Revisé y corregí los aspectos referentes a estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y vicios del lenguaje que se trasladan al escrito, por tanto, desde el punto de vista filológico el trabajo cumple con los requisitos necesarios para su presentación. Cabe aclarar que se respeta el estilo del estudiante.

Atentamente:

Faustina Chang M.
Faustina Chang Murillo

Cédula 4 095 462

Filóloga

Código Colegio de Licenciados y profesores 1807

