



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA
APLICACIÓN DE CUIDADOS A PACIENTES CON DERMATITIS
ASOCIADA AL A INCONTINENCIA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD
DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO**

PRESENTAN

ESTRADA CRUZ LILIANA BERENICE
309141480

SALVADOR SILVA YOCELIN
309319515

SORIANO RUÍZ JULIA MARLENE
308154319

ASESORA

DRA. MARÍA CRISTINA MÜGGENBURG RODRÍGUEZ VIGIL

MÉXICO, C.D.M.X. DICIEMBRE 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

De manera especial a mi esposo Daniel, a quien amo profundamente, por su apoyo y comprensión mostrados, por sus palabras de ánimo que inyectaron en mí energía para poder realizarme profesionalmente.

A mis padres, con quienes me encuentro infinitamente agradecida pues han sido pieza fundamental para la conquista de mis sueños, gracias a la paciencia y amor con la que dirigen mis pasos he llegado a ser una mejor persona.

A mi hermana Miriam, la mejor amiga que me brindó la vida, ella ha sido para mí causa de gran admiración, me ha enseñado que uno debe luchar hasta el final para conseguir lo que se anhela ¡Te quiero!

¡Este logro pertenece a ustedes!

Berenice

Quiero agradecer este trabajo a mis padres Arturo y Alejandra, quienes me han dado lo más hermoso que se le puede otorgar a un ser humano, la vida. Sería interminable describir cada sentimiento que nace de mi ser hacía ustedes, sólo puedo decirles que me siento muy orgullosa de ser la hija de tan excepcionales personas, que con nada terminaría de pagar cada sacrificio que han hecho por mis hermanos y por mí hasta el día que hoy; si he llegado hasta aquí es sólo gracias a que han sabido guiar mis pasos para tomar las mejores decisiones. Mi amor eterno y admiración constante hacía ustedes.

A mis hermanos Adrián y María Fernanda, que aunque no se los digo constantemente los amo con todo mi ser, ya que han sabido ser mis maestros al enseñarme lo importante que es el compartir. Espero ser digna de ejemplo para ustedes y algún día verlos culminando muchos éxitos; recuerden que lo nuestro es una amistad que durará para siempre.

Al amor de mi vida Alan, que si bien muchos pudiesen pensar que son palabras con gran peso para sólo un par jóvenes enamorados, yo estoy segura que en ti he encontrado a la persona que me complementa y con quien de verdad quiero forjar un futuro tomada de tu mano. Te amo.

Finalmente agradezco todo el esfuerzo, la dedicación, los sacrificios y constante entrega que hasta el día de hoy he realizado para finalizar mis estudios. Sé que no he sido la mejor hija, ni la mejor hermana y tampoco la mejor pareja, pero sé bien que he puesto todo de mi parte para llegar a serlo.

Que esto que hoy finalizo sea tan sólo un peldaño que me llevé a la cima.

Yocelin

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi formación académica.

A mis padres por darme la oportunidad de alcanzar mis sueños, por ayudarme a levantar tras mis tropiezos, por sostenerme fuerte de su mano y no dejarme nunca, por guiar mis pasos con paciencia y porque con amor, esfuerzo, trabajo y constancia hemos llegado juntos hasta aquí.

A mi hermana que a pesar de que tenemos muchas peleas me ayudaste a no darme por vencida y seguir luchando, gracias por ser mi roca en las adversidades.

A mi familia por estar a mi lado apoyándome incondicionalmente, ayudar a mi formación y ser parte de este logro.

A mis amigos por apoyarnos mutuamente durante este juego llamado vida compartiendo buenos y malos momentos, esperando que la amistad dure muchos años más.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Marlene

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
ANTECEDENTES	3
MARCO TEÓRICO	5
ARTÍCULOS RELACIONADOS	41
JUSTIFICACIÓN	43
OBJETIVOS	44
METODOLOGÍA	45
CONSIDERACIONES ÉTICAS LEGALES	48
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	50
DISCUSIÓN	74
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	84

INTRODUCCIÓN

En la práctica profesional, la enfermera (o) debe brindar cuidados competentes que garanticen la calidad de vida del paciente, esto implica protegerlos de daños, anticipando las fuentes de lesión y aplicando medidas para prevenirlas, dentro de éstas se encuentra el cuidado a la piel del paciente ya que constituye su primera barrera de defensa.

Existen diversas lesiones que afectan este órgano y dependiendo de su etiología podrían prevenirse, entre éstas se encuentra la Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI), lesión dérmica que ha sido poco estudiada pero que tiene gran impacto en la calidad de vida del paciente.

Por lo anterior esta investigación pretende conocer la prevalencia de pacientes hospitalizados que presentan DAI en un hospital de tercer nivel de sector salud, además se buscará confirmar que gran parte de ésta problemática se debe a la falta de conocimientos del personal de Enfermería, pues suele confundirla con otras lesiones a las que se enfrenta cotidianamente, en particular las lesiones por presión conocidas como Úlceras por Presión (UPP).

Se pretende crear interés en el lector sobre la trascendencia de prevenir, diagnosticar y cuidar a pacientes con DAI, motivo por el que se realizó ésta tesis que presenta un marco teórico que contextualiza, una metodología que describe la forma en que se abocó este problema, el análisis de resultados y discusión que permiten establecer las conclusiones de esta investigación

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La institución de salud de tercer nivel del sector público, motivo de esta investigación, cuenta con un área especializada en el manejo de heridas de diferente etiología, entre estas la Dermatitis Asociada a la Incontinencia. Durante nuestra participación en este servicio se observó un porcentaje importante de pacientes con este tipo de lesiones, por ello surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de la Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI) en pacientes hospitalizados en esta institución de salud de tercer nivel de atención perteneciente al sector público de la ciudad de México?

Por otra parte se observó que la mayoría de casos de Dermatitis Asociada a la Incontinencia se desencadenaban dentro de la estancia hospitalaria del paciente, además el personal de Enfermería delegaba los cuidados específicos de DAI a la Clínica de Heridas, por consiguiente surge nuestra segunda problemática:

¿El personal de Enfermería conoce la Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI) y los cuidados específicos de Enfermería que debe brindar para su atención?

ANTECEDENTES

La dermatitis asociada a incontinencia (DAI) es un problema de salud dentro del ámbito hospitalario que en la actualidad está cobrando importancia a nivel mundial por su alta prevalencia y la problemática que desencadena su aparición. Son lesiones relacionadas con situaciones de salud en pacientes generalmente de edad avanzada, con alguna patología asociada a la incontinencia urinaria o fecal, con uso de ropa interior absorbente (pañal) y reposo en cama por tiempo prolongado.

Existen reportes con predominio europeo y americano, siendo escasos los reportes en Latinoamérica y en México:

La prevalencia de IU (Incontinencia Urinaria) afecta a nivel mundial a 50 millones de personas aproximadamente, de ellas 2.5 millones son españolas; otros autores rebajan estas cifras a un intervalo entre 600.000 y 2.300.000 afectados en España.¹

El país que más aporta evidencia sobre este tema es Estados Unidos con los siguientes datos:

González que cita a Bliss retoma que de un registro en 31 estados de Estados Unidos de Norteamérica, 555 hogares geriátricos, obteniendo 59.558 historias clínicas de residentes, siendo el 70 % mujeres, con una edad media de 83 años, 86.2 % etnia blanca, 10.5 % afroamericanos, 1.7 % hispanos. De 1.2 % asiáticos y 0.4 % indígenas. Del total de los residentes, 59.8 % presentaba incontinencia, de los cuales 7.7 % IU, 12.4 % IF y 39.7 % mixta.²

Del total, 5.7 % presentaron DAI, de los cuales 73 % eran incontinentes, 10 % IU, 15 % IF y 48 % mixta, 67.6 % mujeres y 86.4 % etnia blanca.²

La mayoría de estudios sobre la epidemiología de la DAI, en general fue medida en muestras no representativas, en centros de atención de largo plazo durante un determinado tiempo.

Como podemos observar, la DAI es un problema importante, sin embargo, en muchos países, no conocemos el número exacto de pacientes afectados por la DAI. Esto se debe, al menos en parte, a las dificultades para reconocer la afección y distinguirla de las úlceras por presión clasificadas en estadio/fase I y II.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

Sistema tegumentario

Estructura de la piel

La piel y sus estructuras anexas (pelo, uñas, diversas glándulas, músculos y nervios) conforman el sistema tegumentario. De todos los órganos del cuerpo, ninguno se inspecciona con mayor facilidad o está más expuesto a infecciones, enfermedades y heridas que la piel. A pesar de que su localización la hace vulnerable a lesiones por traumatismos, luz solar, microorganismos y contaminación ambiental, las características protectoras de ésta previenen su daño.³

La piel, cubre la superficie externa del cuerpo y es el órgano más importante tanto en superficie como en peso así como por sus funciones. En los adultos, la piel abarca una superficie alrededor de 2m² y un peso de 4.5 a 5 kg. Su espesor varía entre 0.5 mm en los párpados hasta 4 mm en el talón.

*“Está compuesta en un 70% por agua, el resto está distribuido entre los minerales como sodio, potasio, calcio, magnesio y cloro; carbohidratos como glucosa; lípidos, en especial colesterol y proteínas como colágena y queratina”.*⁴

La piel es un órgano complejo que protege al huésped de su ambiente y, al mismo tiempo, permite la interacción del organismo con el entorno.

Desde el punto de vista estructural, la piel consta de dos partes principales; la superficial, porción más fina compuesta por tejido epitelial, la epidermis. La parte más profunda y más gruesa de tejido conectivo es la dermis. Debajo de esta, pero sin formar parte de la piel, se encuentra el tejido subcutáneo, también denominado hipodermis, esta capa se halla constituida por los tejidos areolar y adiposo.

Epidermis

Compuesta por un epitelio pavimentoso o plano estratificado queratinizado, que cubre la totalidad de la superficie corporal y la única que está en contacto directo con el exterior. Como se trata de un tejido epitelial, no tiene irrigación propia, es decir avascular, se nutre por difusión a partir de la dermis. Es una estructura que se renueva continuamente y da origen a estructuras derivadas denominadas apéndices (unidades pilosebáceas, uñas y glándulas sudoríparas).

Para comprender el funcionamiento de la epidermis, es importante analizar la estructura y los tipos de células que la conforman.

Queratinocitos

Células más características de esta capa, abarcando aproximadamente el 90% del tejido. Están distribuidas en cinco capas; a lo largo de su crecimiento, parten de la base del epitelio de la que surgen y son empujadas hacia los estratos superiores por el crecimiento de nuevas células. Durante el proceso se van cargando de queratina, proteína fibrosa y resistente que protege a la piel y los tejidos subyacentes del calor, microorganismos y agentes químicos.⁵

Melanocitos

Células que abarcan el 8% de las células epidérmicas, son las encargadas de la síntesis de melanina, pigmento de color amarillo-rojizo o pardo-negruzco que le otorga color a la piel y absorbe los rayos ultravioleta (UV) nocivos. Sus largas y delgadas proyecciones se extienden entre los queratinocitos y les transfieren gránulos de melanina. Una vez dentro de los queratinocitos, los gránulos de melanina se agrupan formando un velo protector sobre el núcleo, hasta la superficie de la piel, de este modo, protegen el ADN nuclear del daño de la luz UV.^{4, 5}

Células de Langerhans

Células dendríticas provenientes de la médula ósea, emigradas a la epidermis, donde constituyen una pequeña fracción de células epidérmicas. Su función principal es unir y presentar los antígenos a los linfocitos T de la epidermis, por tanto, participan en la respuesta inmunitaria desencadenada contra los microorganismos que invaden la piel y son muy sensibles a la luz UV.⁵

Células de Merkel

Son mecanorreceptores tipo I. Están localizadas en la capa basal de la epidermis, en los sitios de alta sensibilidad táctil, son las menos numerosas de las células que conforman ésta. Toman contacto con prolongaciones aplanadas de neuronas sensitivas (células nerviosas), estructura denominada disco táctil. Las células y los discos de Merkel discriminan diferentes aspectos de las sensaciones táctiles.

Varias capas de queratinocitos en distintos estadios del desarrollo forman la epidermis. En casi todo el cuerpo la epidermis está compuesta por cuatro capas o estratos: basal, espinoso, granuloso y un estrato córneo fino. Ésta es la llamada piel delgada. Los sitios de la piel en donde la fricción es mayor, como en la yema de los dedos, las palmas de las manos y las plantas de los pies, la epidermis está conformada por cinco estratos: basal, espinoso, granuloso, lúcido y una capa córnea gruesa. Ésta es la llamada piel gruesa.

Estrato basal

Es la capa más profunda de la epidermis, compuesto por una sola hilera de queratinocitos cuboidales o cilíndricos. Algunas células de esta capa son células madre que entran en división celular para producir nuevos queratinocitos en forma continua.³

Estrato espinoso

Compuesto por 8 a 10 capas de queratinocitos, dispuestos en estrecha proximidad. Se denominan así por el aspecto semejante a espinas de los bordes celulares en las secciones histológicas. A medida que estas células se diferencian y se desplazan hacia arriba a través de la epidermis, se tornan progresivamente más aplanadas.

*“Se demuestra claramente que los desmosomas son mediadores integrales de la adhesión intercelular en las enfermedades en las que estas estructuras se destruyen por trastornos genéticos, autoanticuerpos o proteasas bacterianas”.*⁵

Estrato córneo

Constituido por 25 a 30 capas de queratinocitos muertos aplanados. Esta capa le otorga a la piel la proporción mecánica y constituye una barrera para la pérdida de agua y la penetración de sustancias solubles desde el ambiente.

La regulación de la permeabilidad, la descamación, la actividad contra péptidos microbianos, la exclusión de toxinas y la absorción química selectiva son todas las funciones primarias de la matriz lipídica extracelular.

*“Por lo tanto, el esfuerzo mecánico, la hidratación, la iniciación de la inflamación mediada por citosinas y la protección del daño por exposición a radiación UV son todas funciones a cargo de los corneocitos”.*⁵

Estrato lúcido

Está presente solo en la piel gruesa de la yema de los dedos, palmas de las manos y plantas de los pies. Consta de tres a cinco capas de queratinocitos muertos, aplanados, que contienen grandes cantidades de queratina y membranas plasmáticas engrosadas.

Dermis

Es el mayor constituyente de la piel el cual le confiere su flexibilidad, elasticidad y resistencia a la tensión. Protege al cuerpo de la lesión mecánica, fija agua, contribuye a la regulación térmica e incluye receptores de los estímulos sensoriales.⁵ Los vasos sanguíneos, nervios, glándulas y folículos pilosos se encuentran localizados en esta capa. Se divide en una región papilar superior y una reticular más profunda.

La región papilar representa alrededor de la quinta parte del grosor total de la dermis, constituida por tejido conectivo areolar, su superficie se incrementa por pequeñas estructuras denominadas papilas dérmicas. Algunas papilas dérmicas presentan receptores táctiles llamados corpúsculos del tacto o de Meissner, que son terminales nerviosos sensibles al tacto y terminales nerviosos libres, los cuales inician señales que dan origen a sensaciones como calor, frío, dolor, cosquilleo y comezón.³

Por su parte, la región reticular se encuentra adosada al tejido subcutáneo y constituye la masa principal de la dermis; se compone de tejido conectivo denso irregular, que contiene fibroblastos, haces de colágeno y algunas fibras elásticas dispersas.

La combinación de fibras colágenas y elásticas en esta región le otorga a la piel resistencia, extensibilidad y elasticidad.³

Hipodermis

Aísla al cuerpo, sirve como suplemento de reserva energética, amortiguación y protección de la piel, permite su movilidad sobre las estructuras subyacentes.

Los adipocitos forman la masa principal de células de la hipodermis, están localizadas en lóbulos definidos por tabiques de tejido conjuntivo fibroso. Los nervios y vasos linfáticos están localizados dentro de los tabiques e inervan, nutren y drenan la región. La síntesis y almacenamiento de grasa continúa durante

toda la vida por la acumulación facilitada en las células adiposas o por el reclutamiento de nuevas células del mesénquima indiferenciado.

Funciones de la piel

Dentro de las múltiples funciones que realiza la piel, la **termorregulación** es una de ellas. A través de su superficie permite la liberación de sudor gracias a la regulación del flujo sanguíneo mediada por la dilatación de los vasos sanguíneos de la dermis en respuesta a la alta temperatura ambiental o al realizar alguna actividad física; por el contrario cuando la temperatura ambiental es baja, la producción de sudor disminuye y gracias a esto el organismo conserva calor.

Por otro lado la piel provee **protección** al cuerpo de varias formas. La queratina protege a los tejidos subyacentes de gérmenes, abrasiones, calor y agentes químicos; los queratinocitos resisten la invasión de microorganismos. Los lípidos liberados por los gránulos laminares retardan la evaporación de agua desde la superficie de la piel, y por tanto, evitan la deshidratación; así mismo distribuyen la entrada de agua a través de la superficie de la piel. El pH ácido de la transpiración retarda el crecimiento de algunas bacterias.³

Gracias a la amplia variedad de terminales nerviosas y receptoras que se encuentran distribuidas en la piel, se puede recibir a través de ésta **sensaciones** de tacto, presión, vibración y cosquilleo, así como también sensaciones térmicas como calor y frío.

A través de la piel se evapora aproximadamente 400 ml de agua diariamente. Gracias a ello se excretan pequeñas cantidades, dióxido de carbono y de dos moléculas orgánicas que resultan del metabolismo de las proteínas, el amoníaco y la urea.

Por otra parte, gracias al contacto de la piel con los rayos UV de la luz solar, se realiza la **síntesis de vitamina D**, que dará la formación del calcitriol, hormona que interviene en la absorción del calcio de los alimentos en el tracto digestivo.

Estructuras anexas de la piel

Pelo

Está presente en la mayor parte de la superficie corporal, excepto la superficie palmar, los talones y las plantas. En el adulto, se distribuye con mayor densidad en el cuero cabelludo, cejas, axilas y alrededor de los genitales externos. El grosor y patrón de distribución están determinados en su mayor parte por influencias genéticas y hormonales.³

Glándulas de la piel

Son agrupaciones de células epiteliales que secretan una sustancia acorde a su función. Hay distintos tipos de glándulas exocrinas asociadas con la piel; glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y glándulas ceruminosas.

Las **glándulas sebáceas** están constituidas por sebocitos, células que se encargan de la producción de lípidos y queratinocitos que van a recubrir los conductos sebáceos, asociados a un folículo piloso, denominada unidad pilosebácea.

El sebo humano, cuando sale de la glándula sebácea, contiene escualeno, colesterol, ésteres de colesterol y cera, además de triglicéridos. Se desconoce la función precisa del sebo en los seres humanos, sin embargo se ha sugerido que reduce la pérdida de agua de la superficie de la piel y tiene la función de mantenerla suave y lisa, aunque la evidencia de estos supuestos es mínima.⁴

Por su parte, las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en casi toda la superficie corporal y son especialmente densas en las palmas, frente y miembros superiores. Su función consiste en liberar sudor o perspiración hacia los folículos pilosos o sobre toda la superficie de la piel a través de poros.

Se dividen en dos tipos principales, ecrinas y apocrinas:

- Glándulas ecrinas: distribuidas en la piel de casi todo el cuerpo, especialmente en frente, palmas y plantas. Están compuestas por

dos segmentos: un ovillo secretor y un conducto. El ovillo secretor produce un líquido isotónico; los conductos absorben sodio y cloruro y producen sudor para enfriar el cuerpo mientras se conserva el sodio y el cloruro perteneciente a los depósitos del cuerpo, por tanto su función es la de contribuir a la regulación de la temperatura corporal a través de la evaporación del sudor.

- Glándulas apócrinas: localizadas en la región axilar y el periné. No se tornan funcionales hasta la pubertad, por lo tanto, se asume que su desarrollo está asociado con los cambios hormonales de esta etapa.

Numerosas funciones se han atribuido a las glándulas apocrinas, como odorífero dentro de la actividad sexual, como marcador territorial y como señal de alarma. Éstas desempeñan un papel en el aumento de la resistencia friccional y en la sensibilidad táctil, así como en la pérdida de calor por evaporación de algunas especies.

Uñas

El aparato ungueal consiste en una placa de células epidérmicas queratinizadas “muertas” y cuatro epitelios especializados. Entre sus múltiples funciones se encuentra la de protección, ya que protege a las falanges distales y permite aumentar la discriminación táctil, así como la capacidad para sujetar objetos pequeños, así mismo las uñas contribuyen en la biomecánica pedia.

Cambios de la Piel durante el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que tiene lugar durante la última etapa del ciclo de la vida que se caracteriza por la disminución progresiva de la capacidad funcional de órganos y tejidos del cuerpo, así como de la habilidad de ajustarse a estímulos ambientales.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Sin duda, los cambios que antes se ponen en manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años.

Sistema tegumentario

La piel se vuelve más frágil, pierde su elasticidad y se encuentra menos hidratada, todo ello ocasionada por la disminución en la función de las glándulas sebáceas, disminución de la vascularización en la región dérmica, pérdida de la grasa subcutánea y del tejido muscular así como pérdida de las fibras elásticas.⁶

La disminución de la actividad de las glándulas sebáceas junto con la pérdida de la capacidad de la piel para retener líquidos, hacen que ésta se reseque.

La piel también puede ser pálida y pierde su elasticidad debido a una menor vascularización. La calvicie y la pérdida de pelo en otras partes del cuerpo están en relación con la menor vascularización de la capa tisular que produce los folículos pilosos. La pérdida de color de pelo se debe a una disminución de los melanocitos funcionales. Las uñas de las manos y lo pies se vuelven gruesas y quebradizas, y en las mujeres de más de 60 años aumenta el vello facial.⁶

Estos cambios se acompañan de pérdida progresiva de la grasa subcutánea que trae consigo una disminución de tolerancia al frío; se produce atrofia muscular y pérdida de las fibras elásticas, lo que trae como resultado a la << doble papada >> ,

la caída de los párpados y lóbulos de la oreja y las arrugas de la piel, en especial en las áreas expuestas al sol.⁶

Cambios sensoperceptivos

La pérdida de los receptores de la piel se produce de forma gradual, y da lugar a una elevación del umbral para las sensaciones del dolor y tacto.

La persona de edad avanzada puede no ser capaz de distinguir entre el calor y el frío, o de reconocer la intensidad del calor. *“Los estímulos que causan un dolor agudo en los jóvenes pueden no representar más que una pequeña sensación o una presión en el anciano”.*⁶ Esto hace que el anciano corra un mayor riesgo de sufrir quemaduras y otras lesiones.

El deterioro de las fibras nerviosas y terminales sensitivas puede dar lugar a una menor sensibilidad, especialmente en las extremidades inferiores.⁶

Sistema urinario

Los cambios más evidentes dentro de este sistema se presentan en la vejiga ya que la capacidad de esta para vaciarse disminuye con la edad. *“Aunque los ancianos son propensos a la incontinencia urinaria (IU) debido a los cambios que se producen en los riñones y la vejiga, la IU nunca es normal”.*⁶

CAPÍTULO II

Incontinencia

Incontinencia urinaria

Sistema Urinario

“Conjunto de órganos que participan en la formación y evacuación de la orina. Está constituido por dos riñones, órganos densos productores de la orina, de cada uno surge un ancho conducto excretor denominados uréteres, a través de los cuales la orina alcanza la vejiga urinaria donde se acumula y finalmente llega a un único conducto, la uretra, que se dirige hacia el meato urinario y el exterior del cuerpo”³

Riñones.

Situados a la altura de las dos últimas vértebras dorsales y las dos primeras lumbares con un peso de entre 120 a 140 gr. Realizan varias funciones para el organismo: filtran la sangre y separan de ella las impurezas y sustancias tóxicas, así como los nutrimentos que ponen de nuevo en circulación, controlan la cantidad de sodio existente en el organismo, así como el volumen y composición de la sangre.³

Uréteres.

Son dos conductos de 25 a 30 cm. de largo, que salen de cada riñón y sirven para transportar la orina hasta la vejiga. Descienden a la cavidad pélvica y atraviesan el espesor de la pared de la vejiga urinaria.^{3,6}

Vejiga urinaria.

Recibe la orina de los uréteres y la expulsa a través de la uretra al exterior del cuerpo durante la micción, se encuentra localizada en la excavación de la pelvis.

La capacidad fisiológica de la vejiga urinaria oscila entre los 300 y 500 ml y puede aumentar de 2 a 3 litros en caso de retención aguda de orina. ³

Uretra.

Conducto excretor de la orina, se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el meato urinario externo. En las mujeres mide cerca de 3.5 cm de longitud y se abre al exterior del cuerpo justo encima de la vagina. En los hombres mide cerca de 12 cm de largo, pasa por la glándula prostática y luego a través del pene al exterior del cuerpo. ³

Orina

“La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico, secretado por los riñones y eliminado al exterior por el aparato urinario”. ⁶

Funciones de la orina.

La orina tiene la función de eliminar toxinas producidas por el metabolismo celular, así como por la ingesta de drogas, el control electrolítico, el control de la presión arterial a través de la regulación hídrica o de la volemia y el control del equilibrio ácido-base. ^{6,7}

Composición de la orina.

Se eliminan aproximadamente 1,4 litros de orina al día. Contiene un 95 % de agua, 2 % de sales minerales y 3 % de urea y ácido úrico. Cerca de la mitad de los sólidos son urea, el resto incluye nitrógeno, cloruros, cetoesteroides, fósforo, amonio, creatinina y ácido úrico. ⁶

Formación de la orina.

La orina se forma en las nefronas, durante tres etapas: filtración glomerular que consiste en el paso de parte del plasma sanguíneo hacia el espacio capsular de Bowman; reabsorción tubular que implica el retorno de gran parte del filtrado al

torrente sanguíneo y la excreción que es la transferencia de las sustancias desde la sangre hasta el líquido tubular con el objetivo de regular su valor en el torrente sanguíneo y de eliminar desechos del cuerpo. ^{6,7}

Micción

“La micción es una función del tracto urinario inferior mediante el cual se consigue el vaciado de la orina, cuando la vejiga ha llegado a su capacidad fisiológica. En la micción existen dos fases: llenado y vaciado vesical.” ⁷

La Sociedad Internacional de Incontinencia la define como una *“Condición en la cual se produce una pérdida involuntaria de la orina por la uretra suficiente para constituirse en un problema social/médico”*. ⁸

Epidemiología

La prevalencia estimada de Incontinencia Urinaria (IU) varía considerablemente *“Se ha calculado que la IU afecta al 69 % de las mujeres y al 39 % de los varones. En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones.”* ⁹

Fisiopatología

Una alteración en cualquiera de las estructuras anatómicas que participan en la micción podría inducir a la IU.

Con los años se produce una disminución en las células del sistema nervioso central, de la musculatura estriada, de los nervios autonómicos, actividad estrogénica entre otros. En el patrón urinario los adultos mayores tienden a excretar en la noche la mayor parte del líquido ingerido durante el día (nicturia) junto con otros cambios como la disminución de la capacidad vesical, disminución de la presión de cierre uretral máxima, aumento del residuo post miccional y un aumento de las contracciones no inhibidas del músculo detrusor. ¹⁰

Factores de riesgo en las mujeres

- El embarazo y el parto vaginal.
- Histerectomía. (Existen estudios contradictorios).
- Prolapso de órganos pélvicos (POP).
- Diabetes Mellitus.
- Vejiga hiperactiva (VHA).

Factores de riesgo en los varones

- Edad avanzada.
- Deterioro funcional y cognitivo.
- Trastornos neurológicos.
- Prostatectomía.
- Vejiga hiperactiva (VHA).

Clasificación

Los síntomas pueden ser producidos cuando se afecta la vejiga y la uretra por procesos inflamatorios, problemas de almacenamiento, disfunción del vaciamiento, vejiga neurogénica y nicturia.

“Para un manejo clínico - práctico la incontinencia urinaria se subdividen en”: ¹¹

- Aguda o transitoria: Se relaciona de forma notoria con una enfermedad aguda o es secundaria a un trastorno iatrogénico.
- Persistente: Se presenta por más de tres semanas, clasificada en cuatro tipos:
 - De urgencia: consiste en la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo repentino brusco de orinar.
 - De esfuerzo: se produce pérdida urinaria de pequeños volúmenes frente a esfuerzos físicos que suponen un aumento de la presión intraabdominal.

- Funcional: existe pérdida de orina asociada con la incapacidad de ir al baño debido a trastornos mentales y/o físicos, resistencia psicológica u obstáculos ambientales para el paciente.
- Por rebosamiento: hay un volumen residual excesivo. Se produce pérdida de orina, generalmente de pequeños volúmenes, que es secundaria a una dificultad del vaciamiento vesical por obstrucción mecánica o falla vesical.

Existe una clasificación por etiologías que es útil en la evaluación y tratamiento en la práctica clínica: ¹¹

- Incompetencia esfinteriana masculina: se presenta después de cirugía prostática o urológica en que se produce un daño del esfínter.
- Incontinencia mixta: ocurre en el 10% de los casos de adultos mayores; coexiste inestabilidad del detrusor y debilidad del esfínter uretral.
- Restricción de la movilidad-inmovilidad: ocurre al disminuir la conciencia del paciente en cuanto a la necesidad de orinar o simplemente no hay una accesibilidad y/o un lugar físico adecuado para efectuar la micción.
- Inflamación-infección: Cualquier proceso inflamatorio (infeccioso o no) puede inducir incontinencia: vaginitis, uretritis, infección urinaria.
- Poliuria: Relativamente poco común de observar en los ancianos.
- Polifarmacia: Frecuentemente los adultos mayores utilizan varios medicamentos en forma simultánea, muchos de los cuales pueden inducir incontinencia: diuréticos, anticolinérgicos, alfa adrenérgicos y narcóticos (pueden producir retención urinaria); bloqueadores alfa adrenérgicos (disminuyen el tono uretral) y psicotrópicos (disminuyen la conciencia de la necesidad de micción).

Diagnóstico.

El proceso diagnóstico debe iniciarse con una historia clínica exhaustiva; exploración física que debe incluir examen general, exploración abdominal focalizada a nivel del hipogastrio, valoración de la sensibilidad perianal y de los

reflejos lumbosacros y exploración ginecológica. Se pueden realizar pruebas complementarias para ayudar al diagnóstico, que incluyen: urocultivo, pruebas de laboratorio (glicemia capilar, función renal), ecografía renovesical, evaluación de la orina residual, flujometría, estudio urodinámico y cistoscopia.¹⁰

Mediante la entrevista y el examen físico se puede evaluar la gravedad y las características de la incontinencia, que dirigirán la decisión del tratamiento.

Tratamiento.

“El tratamiento de la IU se basa en diferentes aspectos terapéuticos utilizados en forma complementaria para obtener los mejores resultados, siendo indispensable un abordaje y un diagnóstico correctos”.⁸

- El empleo de fármacos en el tratamiento de la incontinencia urinaria tiene como objetivo favorecer la contracción o relajación vesiculouretral.
- Ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico. Su objetivo principal es potenciar la musculatura del suelo pélvico, formada básicamente por el músculo elevador del ano. Los ejercicios de Kegel deben realizarse de forma regular para ejercitar y tonificar los músculos del suelo pélvico y mejorar la incontinencia. El primer paso para realizar estos ejercicios es encontrar la musculatura adecuada, lo cual puede conseguirse de tres formas: Interrupción del chorro de orina, contraer los músculos que utilizaríamos para hacerlo y el tacto vaginal.
- Tratamiento paliativo. La base de este tratamiento la constituyen los absorbentes, cuya finalidad es actuar como contenedores externos de la orina permitiendo que el paciente pueda seguir haciendo una vida normal. Básicamente se distinguen dos tipos de absorbentes:
 - Los destinados a paliar pequeñas pérdidas de orina que oscilan entre los 45 y los 600 ml.

- Los destinados a paliar grandes pérdidas urinarias, superiores a los 600 ml que, a su vez, pueden ser de tres tipos: rectangulares, anatómicos y elásticos.
- Catéter definitivo. Cuando todas las medidas terapéuticas fallan o si el paciente no tolera el cateterismo intermitente o en situaciones especiales como el pacientes terminal, se puede usar los catéteres permanentes o también los colectores externos, que no deben ser más de 1-2% de los casos. Las complicaciones y los riesgos potenciales de su uso son las infecciones urinarias, sepsis, formación de cálculos en la vejiga entre otras.

Cuidados de Enfermería

Tienen como objetivo el mejorar la calidad de vida de los pacientes con IU ayudando al desarrollo de una vida normal pues es un problema que provoca incomodidad, humillación, vergüenza y limitación importante,

Los cuidados específicos de Enfermería para pacientes con IU abarcan: vigilar la piel de la región genital, sacro y glúteos para detectar irritaciones e infecciones y mantener esta zona limpia y seca, mantener un orinal cerca de la cama y dejar una luz tenue durante la noche, lavado de manos después de la limpieza genital en cada eliminación, estimular la deambulación en cuanto sea posible (la movilización puede contribuir a su curación), limitar los líquidos durante la noche, sobre todo de sustancias diuréticas como café, té, etc. ¹²

Entre otras intervenciones de Enfermería aparecen: el entrenamiento del hábito (vaciamiento programado, doble vaciamiento), los ejercicios del suelo pélvico (Kegel), el entrenamiento del hábito urinario, el uso de absorbentes y el sondaje vesical. ¹²

Todos ellos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes incontinentes, ayudando al desarrollo de una vida normal.

Incontinencia fecal

Tracto digestivo

“Es una serie de órganos huecos que se unen en un tubo largo y enrollado desde la boca hasta el ano. El movimiento de los músculos en el tubo digestivo, junto con la liberación de hormonas y enzimas, permite la digestión de los alimentos. Los órganos que conforman el tubo digestivo son la boca, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso y el ano”.⁸

La distensión del recto por las heces fecales estimula las terminaciones nerviosas parasimpáticas que transmiten los impulsos inductores del reflejo rectal, al mismo tiempo, ascienden los impulsos de los nervios parasimpáticos por la vía espinotalámica hasta el centro bulbar, que provoca relajación del esfínter interno del ano y contrae el colon, de esta manera se siente el impulso para defecar.

“Las heces o materia fecal, son el conjunto de los desperdicios sólidos o líquidos que constituyen el producto final del proceso de la digestión. Están formados por los restos de los alimentos que no son absorbidos por el aparato digestivo, tales como fibras y otros componentes, asimismo hay células del epitelio intestinal que se descaman durante el proceso de absorción de los nutrientes, microorganismos y otras sustancias que pueden atravesar el epitelio intestinal”⁸

Las heces normales tienen consistencia suave, sólida y de forma cilíndrica. La cantidad excretada depende en gran parte de los alimentos ingeridos, puede variar de 100 a 200 g/día. El promedio de evacuaciones es de 2 o 3 veces por día, básicamente después de cada comida, no obstante es totalmente normal que las deposiciones sean entre 3 veces al día a 3 veces a la semana.¹³

Características.³

Color. Amarilla (por la deficiencia de bilis en el intestino); verde (se relaciona con pigmentos de algunos vegetales, o puede ser causa de procesos infecciosos); café (evacuación normal).

- Consistencia: líquida (evacuación semejante al agua, abundante, de color variado, ocasionalmente acompañado de residuo alimenticio); semilíquida (por lo regular cuenta con presencia de fragmentos de alimentos no digeridos, de color verde); pastosa (color pardo verdosa, café o amarillo)
- Forma. según la escala de heces de Bristol existen 7 tipos: trozos duros y separados, abultadas, abultadas con grietas en el exterior, trozos de masa pastosa con bordes bien definidos, fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares, líquida con cero partículas sólidas.
- Olor. fétido (olor semejante a azufre, gas butano); agrio (ocasionado por alimentos como la leche, medicamento o carga bacteriana que producen gases).
- Constituyentes. sangre (sangre seca, sangrado en la porción baja del intestino, melena, sangrado de tubo digestivo); moco (la irritación de la mucosa intestinal incrementa el moco dando un aspecto viscoso y pegajoso); pus (inicio de supuración intestinal); grumos (aspecto semejante a solidificación pequeñas en las heces); parásitos (áscaris lumbricoides)

Problemas de la eliminación fecal.

Las alteraciones del proceso normal de excreción gastrointestinal casi siempre tienen graves repercusiones en el organismo. La eliminación total de la función intestinal constituye una urgencia médica, puede requerir intervención quirúrgica para su solución.^{3,7}

- Estreñimiento: Se refiere a la eliminación de heces pequeñas, duras y secas, o a la no eliminación de heces durante un cierto periodo.

- **Diarrea:** Se refiere a la eliminación de heces líquidas y al aumento de frecuencias de las defecaciones.

Incontinencia fecal.

“La incontinencia fecal (IF) es la pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materia fecal”. ¹¹

Prevalencia

Wainstein que cita a Varma y William dice que *“La IF es un problema complejo que afecta desde 2% de la población general, hasta un 45% de los pacientes de casas de reposo... Estudios recientes muestran una prevalencia en la comunidad en rangos de 2 a 24%, dependiendo del grupo estudiado”.*¹⁴

Sin embargo en pacientes institucionalizados, estudios tanto internacionales como nacionales descritos por Whitehead, Varma y Zárate también citados por Wainstein describen que *“existe una frecuencia del 30 al 45%. La edad es un factor a considerar al momento de evaluar la prevalencia de esta patología llegando desde un 2.6% en personas entre 20 a 29 años hasta un 15% en personas mayores de 70 años. Estudios han mostrado resultados conflictivos sobre una mayor prevalencia en mujeres en comparación a los hombres”* ¹⁴

En el Hospital General de México esta patología representa el 2% de la consulta en la unidad de coloproctología ¹⁶, sin embargo en México no contamos con estadísticas confiables y por ello se desconoce cuál es la incidencia exacta en la población general.

Clasificación

La IF se ha clasificado como total o mayor en la cual es imposible la retención de gases y materia fecal sólida o líquida y parcial o menor en donde la persona puede controlar la expulsión de heces sólidas, pero no de gases y heces líquidas o semilíquidas. ¹¹

Fisiología

El mecanismo de la continencia fecal es un proceso integrado por una serie de eventos: la consistencia, el volumen y la velocidad con que la materia fecal llega al recto, la sensibilidad y la distensibilidad de las paredes del recto, los factores del aparato esfinteriano, que implican componentes sensoriales y mecánicos que requieren de integridad muscular y nerviosa.⁸

*“La continencia depende de los músculos puborrectales, el piso de la pelvis y los esfínteres internos y externos, que constituyen barreras anatómicas que impiden el movimiento de las heces. Cualquier falla en la tonicidad de estos elementos provoca incontinencia, que se acompaña de fallas en la sensación secundaria a una lesión nerviosa”.*¹¹

Escala de evaluación de severidad de la IF

En la actualidad existen múltiples escalas de severidad de incontinencia. Su utilidad se basa en objetivar el grado de incontinencia y poder comparar posteriormente el resultado de los tratamientos.

*“Actualmente, la escala más usada es la escala de Jorge-Wexner, en la cual se incluye la frecuencia de los episodios de incontinencia, su relación con el tipo de deposiciones, incontinencia a gases y la necesidad de uso de paños o toallas higiénicas”.*¹⁴

TABLA 3. SCORE DE INCONTINENCIA DE WEXNER					
TIPO	Nunca	Rara	Algunas veces	Generalmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

Nunca: 0.

Rara vez: menos de una vez al mes.

Algunas veces: menos de una vez por semana, pero más de una vez al mes.

Generalmente: menos de una vez al día, más de una vez por semana.

Siempre: más de una vez al día.

0: continencia perfecta.

20: incontinencia total.

Imagen extraída de: Wainstein C., Quera R. Quijada M. I. Incontinencia Fecal en el adulto: un desafío permanente. Rev. Med. Clin. CONDES. [Internet]. 2013; 24(2) 249-261] Disponible en: www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%2520revista%2520m%25C3%25A9dica/2013/2%2520marzo/8-Dr.Wainstein.pdf+&cd=4&hl=es&ct=clink&gl=mx

Diagnóstico

Se debe tener atención en las características de la incontinencia, particularmente a los mecanismos fisiopatológicos que la desencadenan. Es importante conocer las características de las evacuaciones, su número al día, por semana y por mes, la presencia de evacuaciones diarreicas o de materia fecal de consistencia dura, así como el uso de laxantes, ya que esto orientará al diagnóstico. Determinar si la IF del paciente es una manifestación de enfermedad generalizada, alteración neurológica, o si se trata de un fenómeno local. Establecer si el paciente fue sometido previamente a cirugía anorrectal, anastomosis colorrectal o coloanal.^{7,8}

Tratamiento

El tratamiento puede ser conservador que consiste en la combinación de factores y modificación de los hábitos de la vida diaria junto con el tratamiento médico como la retroalimentación anal (feedback: consiste en enseñar al paciente a contraer en forma eficaz el esfínter externo y el anillo anorrectal para mejorar la fuerza y la duración de la contracción anal, la coordinación esfintérica asociada a la distensión rectal y logra mejorar la sensibilidad rectal.) y quirúrgico por ejemplo la estimulación anal eléctrica, colocación de un implante de esfínter anal artificial, la reparación posanal y del piso pélvico, entre otros.^{8,11}

Como último recurso en pacientes con IF grave en los que no ha sido posible su manejo con medicamentos, dieta o cualquiera de las variantes quirúrgicas ya expuestas, puede ser necesaria la creación de una colostomía.

Cuidados de Enfermería

La IF al igual que la IU, puede causar vergüenza, temor y soledad. Es importante que Enfermería conozca las intervenciones que debe realizar a estos pacientes, los cuales abarcan: lavar el área anal después de una deposición en el cual limpiarse con papel higiénico irrita más la piel y debe evitarse, las toallitas

humedecidas sin alcohol son una mejor opción; mantener el área anal seca, si el tiempo no permite el secado al aire, se puede secar el área anal con palmadas suaves con un paño sin pelusas; crear una barrera de humedad, una crema dermoprotectora humectante que contiene ingredientes como dimeticona puede ayudar a formar una barrera entre la piel y las heces, se debe limpiar el área anal antes de aplicar la crema de barrera; uso de polvo no medicados; usar toallitas absorbentes o ropa interior desechable las cuales pueden mantener la piel sin humedad; usar ropa interior respirable pues las prendas ceñidas o la ropa interior de plástico o goma bloquean el aire y pueden empeorar los problemas de la piel, finalmente cambiar la ropa interior sucia lo antes posible. ¹⁵

CAPÍTULO III

Dermatitis Asociada a la Incontinencia

Existen diversas lesiones de la piel asociadas a la humedad, estas son causadas por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad como orina, heces, exudado de heridas, sudor, saliva, entre otras, los componentes de estas sustancias conducen a la inflamación e irritación de la piel.¹⁶

La Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI) forma parte de este grupo de lesiones por humedad, sin embargo estas se refiere exclusivamente al daño tisular provocado por el contacto prolongado con orina y heces fecales.

En la actualidad el abordaje que realiza el personal de salud a estas lesiones es inadecuado debido a que existe desconocimiento de la existencia de éstas y el cuidado que debe brindar a los pacientes con esta afección.

La Wounds International reconoce que “existe carencia en nuestra comprensión y práctica clínica actual sobre esta afección y por tanto la capacidad del personal de salud para prestar atención se ve dificultada”¹⁷

Por lo anterior resulta importante realizar un estudio minucioso de estas lesiones con el objetivo de hacer evidente el problema y de esta manera realizar un abordaje integral, que involucre al personal de la salud.

Definición

La DAI se define como “inflamación o erosión de la piel en la región perineal o perigenital por la acción prolongada de la orina y/o heces y que puede manifestarse por inflamación, eritema, erosión y/o denudación de la piel con apariencia de herida superficial”¹⁸

Como se describe en su definición, la DAI es provocada en la presencia de IU, IF o ambas denominada como Incontinencia Mixta (IM)

Es difícil saber la prevalencia sobre DAI, ya que no existen criterios que ayuden al personal de Enfermería a reconocer y tratar esta afección.¹⁷

Factores de riesgo

La DAI deriva de diversas fuentes etiológicas, factores que promueven el deterioro tisular, grupos de personas que se muestran vulnerables para el desarrollo de estas lesiones y las condiciones de salud¹, todos estos conforman un grupo amplio de factores que de alguna u otra manera están presentes en el desarrollo de estas lesiones.

Aunque la incontinencia, principal causante de estas lesiones puede aparecer en cualquier etapa de la vida, la prevalencia aumenta con la edad, lo que pone a los adultos mayores en riesgo de desarrollar una DAI, sumado a esta la piel del adulto mayor se vuelve más vulnerable ya que la epidermis de una persona de 80 años de edad tiene un 50% menos de espesor que la de una persona joven, sin embargo no es un factor de riesgo independiente en el caso de la DAI.^{16 17}

Fisiopatología

Recordando la estructura de la piel, en la capa más externa de ésta se encuentran los corneocitos, células que se forman de los queratinocitos en la epidermis y que en conjunto forman el estrato córneo, la cantidad de capas de células de corneocitos varía según la zona corporal, sin embargo sin importar la cantidad, éstos se renuevan constantemente, a medida que se descama la capa superior de corneocitos del estrato córneo, una nueva capa inferior se desarrolla para mantener la integridad de la barrera cutánea.^{16 17}

Los corneocitos se encuentran envueltos por lípidos, a su vez los corneocitos se unen por medio de enlaces proteicos llamados desmosomas, esta estructura permite estabilidad en el estrato córneo, también gracias a este acomodo se regula la circulación de agua hacia adentro y hacia afuera asegurando que la piel se encuentre hidratada pero evitando la hidratación excesiva.

Los corneocitos contienen varios tipos de proteínas, azúcares y otras sustancias que, en conjunto, se conocen como “factor natural de hidratación” este factor de hidratación “ayuda a hidratar toda la estructura para mantener una barrera eficaz y flexible”^{16, 17}

Otro factor que interviene en el desarrollo de la DAI es el pH, éste en la piel sana es generalmente ácida con un valor de 5.7, el objetivo de este pH es optimizar la unión del estrato córneo para que la piel pueda actuar como una barrera a la humedad y regular las bacterias residentes en la piel.¹⁷

Al presentarse la Incontinencia, el agua generada por las heces y orina se acumula en los corneocitos, estos se saturan, entonces se genera hidratación excesiva que provoca hinchazón y alteración en el estrato córneo que con el tiempo provocara cambios visibles a la inspección, como consecuencia de la hidratación excesiva, los productos irritantes que se usan para la higiene de la zona pueden penetrar más fácilmente en el estrato córneo y exacerbar la inflamación.¹⁶

Cuando la piel está demasiado hidratada, la epidermis también es más propensa a las lesiones por fricción provocadas por el contacto con la ropa, pañales o las sábanas.

En relación al pH las funciones de este se ven alteradas al estar en contacto prolongado con las heces y orina. En relación a los componentes de la orina, la urea, cuando se descompone se convierte en amonio el cual tiene un pH de 11 o aún mayor, esto depende de la concentración y forma química lo que nos lleva a concluir que entre más amonio contenga la orina mayor será su pH¹⁹, este hecho vuelve alcalina a la piel, cuando el pH de la piel se vuelva alcalina con un pH aproximadamente de 8 induce a que microorganismos patógenos potencialicen su capacidad de causar daño a la piel aumentando el riesgo de una infección cutánea. Por su parte las heces contienen enzimas lipolíticas es decir, se encargan de digerir lípidos y proteolíticas que digieren proteínas, estas enzimas tienen la capacidad de dañar el estrato córneo debilitando la piel.^{16, 17}

La experiencia clínica ha demostrado que las heces líquidas son más perjudiciales que las heces formadas, ya que las primeras suelen tener niveles más elevados de enzimas digestivas.¹⁶

El hecho de que ambos desechos actúen juntos podría explicar por qué la combinación de orina y heces observada en la incontinencia mixta irrita más la piel que la orina o las heces por sí solas.^{16, 17}

Este proceso aumenta la permeabilidad de la piel debido al exceso de humedad, esto disminuye su funcionalidad de la piel para actuar como una barrera, pues esta se ablanda, macera y rompe a causa del contacto prolongado con fluidos, a lo anterior se aumenta la frecuencia con la que la piel es sometida a fricción debido a un aseo constante y exhaustivo de la misma, generando que se debilite aún más, en conjunto, estas acciones complicarán el proceso de cicatrización y los cuidados a brindar.

Si bien el aspecto fisiológico es inevitable, existen actividades que modifican la rapidez del curso de la patología pero que si no se realizan pueden acelerarla, dentro las actividades se encuentran el contacto prolongado con orina y/o heces debido a que el cambio de pañal es poco frecuente o la higiene realizada en cada cambio es deficiente, dejando restos de estos desechos en la piel; una elección inadecuada del dispositivo absorbente a usar, ya que estos deben cumplir ciertas características para evitar la hidratación excesiva, también el uso de productos para la protección de la piel que tienen consistencia espesa impiden la transpiración de la piel generando hidratación excesiva de estrato córneo y limitar la capacidad de los dispositivos absorbentes, por último una limpieza frecuente y agresiva que genere fricción pudiera resultar perjudicial para el estrato córneo y aumentar la sequedad originando erosión en la piel¹⁶

Diagnóstico

El diagnóstico se basa principalmente en la inspección visual de la piel², ya que la diferenciación de DAI de otras lesiones cutáneas es difícil, en especial de las lesiones por presión, también conocidas como Ulceras Por Presión (UPP) pues ambas lesiones son muy parecidas generalmente en sus primeros estadios; si no

existe una correcta clasificación, diferenciación y diagnóstico entonces la prevención, tratamiento y cuidados de la piel serán incorrectos.²

Por lo anterior es de vital importancia que el personal de Enfermería tenga los conocimientos y habilidades que le permitan diferenciar estas dos lesiones.

Para establecer un diagnóstico diferencial confiable es necesario señalar los siguientes puntos:

Las lesiones se relacionan generalmente con la inmovilidad¹⁶, y como su nombre lo indica se generan por el exceso de presión ejercida sobre un mismo punto de apoyo, generalmente sobre una prominencia ósea (sacro, isquion, talones y occipital) al ejercer presión sobre un mismo punto el flujo sanguíneo disminuye considerablemente, provocando un déficit de oxígeno en la piel y tejidos subyacentes, como resultado de la oclusión vascular parcial o completa la piel comienza a necrosarse, como respuesta, el organismo desbrida de manera autolítica el tejido necrosado pudiendo llegar hasta hueso u ocasionando infección en el tejido blando.¹⁶

Por su parte la DAI aparece en presencia de humedad, por el contacto prolongado con heces y orina.

En relación a los signos de ambas lesiones se pueden numerar las siguientes diferencias determinantes que ayudan a un diagnóstico adecuado y oportuno que impida que las lesiones se puedan diferenciar únicamente cuando están en una etapa avanzada.

Las lesiones por presión como se mencionó se manifiestan en un solo punto, donde se ejerce la presión, por tanto se caracterizan por ser lesiones únicas, circulares y simétricas, además se localizan exactamente sobre la prominencia ósea en la que se ha ejercido la presión, sus bordes están bien definidos y su forma es regular, puede haber presencia de tejido necrosado o no.¹⁶

Además en sus primeras etapas generalmente se manifiestan con eritema, sin embargo este no es blanqueable a la presión, ya que existe una disminución del flujo sanguíneo.¹⁶

A diferencia de las lesiones por presión la DAI presentan los siguientes signos clínicos: se localiza sobre un punto del cuerpo expuesto a la humedad; la extensión de cada lesión se relaciona con el alcance de la orina y heces, por ejemplo en la IU la DAI se presenta generalmente en los pliegues de los labios mayores en mujeres, en el escroto en varones y en los pliegues inguinales en ambos pudiendo extenderse a la parte inferior del abdomen y superior de los muslos, sin embargo en la IF la lesión se localiza generalmente en el pliegue interglúteos, glúteos y puede extenderse a la zona del sacro, por tanto podemos ver que la DAI no se presenta precisamente sobre una prominencia ósea, aunque pueden aparecer también sobre dichos puntos.^{16, 17}

De igual manera que las lesiones por presión, en sus primeros estadios la piel presenta eritema, en las personas con piel clara puede ser color rojo o rosa clara y en las personas con piel más oscura la piel puede estar más pálida, más oscura, púrpura, roja oscura o amarilla², sin embargo a pesar de que ambas lesiones presentan eritema, en la DAI a la presión digital este si es blanqueable, esto es evidencia de que esta lesión no está siendo generada por déficit de oxígeno, por otra parte existe inflamación de la piel y erosión generalmente superficial o poco profunda.^{16,17}

Como parte del proceso inflamatorio de la piel esta se torna caliente y firme al tacto, además a la inspección pudiera encontrarse la presencia de pequeñas vesículas, o ampollas, que cuando evolucionan tiene la capacidad de erosionar la dermis dejando a esta más expuesta a la humedad y por tanto se vuelve más exudativa.¹⁶

Otro dato característico de estas lesiones es la forma, estas son irregulares y/o pueden estar aisladas, además están maceradas, se distribuye en ambos pliegues cutáneos pareciendo una lesión en “espejo” que a diferencia de las lesiones por presión son lineales y no circulares, por último sus bordes no están definidos.^{16, 17}

Respecto a la sintomatología del paciente, este puede referir dolor, escozor, prurito u hormigueo en el área afectada, estos síntomas no se presentan únicamente cuando la lesión está presente, pueden ser un indicador de que la DAI esta pronta a desarrollarse.

En etapas más avanzadas estas lesiones se extienden a tejido profundo provocando que las heces fecales queden atrapadas, las cuales en conjunto con la toxicidad bacteriana provocan lesiones cavitarias lo que puede llevarnos a un mal diagnóstico.¹⁶

Cuando la DAI no es detectada en etapas tempranas esta tiende a evolucionar a tal grado que puedan acompañarse de alguna infección cutánea secundaria provocada por hongos (infección fúngica), la más usual es la Candidiasis; estas infecciones se caracterizan por la presencia de exantema rojo brillante que se propaga en la parte central de la lesión acompañadas de lesiones satelitales, es decir pústulas localizadas que aparecen en los márgenes del exantema extendiéndose a la piel normal.

Entre las repercusiones sociales que representan la DAI podemos mencionar que estas lesiones generan la pérdida de independencia en las personas que la padecen,²⁰ alteraciones en sus actividades y disminución de la calidad de vida, además generan en el cuidador primario una carga excesiva.

Si bien es cierto que el concepto, etiología, diagnóstico y tratamiento de la DAI es diferente al de lesión por presión, cuando se presenta incontinencia e inmovilidad, es necesario una correcta clasificación de la lesión para hacer un diagnóstico certero que permita implementar un plan de cuidados adecuado¹⁶, además se debe reconocer que la presencia de incontinencia y lesiones causadas por humedad si incrementa el riesgo de los pacientes de desarrollar una lesión por presión pues la piel se torna vulnerable en su morfología y susceptible a la fricción y presión⁴ dando pie a que ambas lesiones puedan coexistir, este hecho dificulta al personal de salud su clasificación.^{16, 17}

Enfermería es el cuidador primario del paciente durante su estancia hospitalaria, por tanto es el encargado de realizar la inspección rutinaria de la piel del paciente para identificar si existe algún signo o síntoma de los mencionados, también es Enfermería quien tiene la responsabilidad de realizar las actividades mencionadas para revertir la evolución de esta lesión así como de reportar sus observaciones y actividades en relación al estado de la piel de cada paciente, sin embargo el panel mundial de expertos en DAI concluyó que “Aunque se han desarrollado herramientas para la valoración del riesgo de la DAI, su uso no está generalizado en la práctica clínica, y las herramientas para la valoración del riesgo de las úlceras por presión (como las escalas de Braden, Norton y Waterlow) no fueron diseñadas para la DAI y tampoco predicen correctamente el riesgo de desarrollo de ésta.”¹⁶

A continuación se muestra la escala de EVE (Escala Visual de Eritema) por medio de ésta se realiza la valoración de la piel del paciente con la finalidad de detectar si este presenta eritema clasificándolo en 5 grados en relación al color que presenta.

Escala de EVE
Valoración de la piel expuesta a orina y heces: indicaciones y técnicas de medida.
<ul style="list-style-type: none"> • – 0 = No eritema. • – 1 = Poco eritema (casi imperceptible). • – 2 = Eritema moderado (piel rosa). • – 3 = Eritema intenso (piel púrpura o roja). • – 4 = Piel rota o abrasión.

Tabla extraída de: Segovia T, Bermejo M, García J; Úlceras por humedad: conocerlas mejor para prevenirlas, GEROKOMOS 2012 23(3) Pág. 139

Por su parte la escala de PAT determina el riesgo que tiene un paciente para desarrollar una DAI.

Escala PAT			
	1	2	3
Intensidad del irritante	Heces formadas	Heces blandas	Heces líquidas
Duración de irritante	Precisa cambios de pañal cada 8 horas o menos	Precisa cambios de pañal al menos cada 4 horas	Precisa cambios de pañal al menos cada 2 horas
Condición de la piel perineal	Limpia e intacta	Dermatitis con o sin candidiasis	Piel denudada, erosionada con o sin dermatitis
Factores contribuyentes	0-1	2	>3

Tabla extraída de: Segovia T, Bermejo M, García J; Ulceras por humedad: conocerlas mejor para prevenirlas, GEROKOMOS 2012 23(3) Pág. 139

Tratamiento

El interés por diferenciar la DAI de las lesiones por presión reside en que aunque ambas lesiones comparten medidas de acción para prevenirlas como evitar la fricción o cizallamiento y mejorar la nutrición, los cuidados cruciales para evitar o revertir estas lesiones son distintas; en la lesión por presión es necesario eliminar el punto de presión haciendo uso de almohadillas de micro esferas, movilizar al paciente cada dos horas y realizar ejercicios pasivos que promuevan la circulación sanguínea, sin embargo en un paciente con DAI las acciones determinantes para la prevención y cuidados de la DAI consiste en mantener la piel limpia, seca e hidratada.²⁰

De manera particular como ya se mencionó el tratamiento para la DAI abarca dos acciones determinantes: dar atención a la fuente de humedad y proteger la piel mediante la limpieza y uso de protectores cutáneos con el objetivo de evitar la pérdida de la integridad cutánea^{2, 16, 17}

El control de la incontinencia es la base del tratamiento para la prevención de la DAI, el tratamiento debe conformarse de actividades no invasivas que impliquen el manejo de fluidos, técnicas de aseo y atención nutricional.

En IU se debe descartar que ésta es provocada por infección del tracto urinario, además debe hacerse uso de absorbentes anatoelásticos con gran capacidad de absorción para que mantenga seca la piel y se debe cambiar el producto cada que se encuentre sucio.¹⁷

Por otra parte cuando la incontinencia es severa se debe considerar la cateterización como parte del tratamiento, con el objetivo de aislar la orina de la piel, si bien esta medida representa riesgos debe tomarse en cuenta cuando el beneficio es mayor.¹⁶

Como ya se mencionó, cuando la persona sufre IF la DAI es más severa, por lo tanto, se debe prestar especial atención a pacientes que presenten este tipo de incontinencia, el tratamiento debe estar basado en la limpieza inmediata después de cada evento, también puede hacerse uso de catéteres o sistemas de colección fecal, sin embargo debe descartarse la idea de utilizar sondas urinarias de gran calibre ya que pudiera dañar la estructura anatómica anal.^{16, 17} Es importante la limpieza de la piel tanto en IU e IF debe realizar antes de usar cualquier protector cutáneo ya que con esta acción se eliminaran los restos de estos desechos irritantes. Al realizar la limpieza es importante utilizar limpiadores ya sea líquido, aerosol o espumas, si no se cuenta con estos insumos entonces podría hacerse uso de jabón que no tenga un pH alcalino, pues este podría dañarla, si es posible que contenga ingredientes que protejan e hidraten la piel; en relación al enjuague es recomendable utilizar productos que no necesiten enjuague, esto sería ideal pues se evitaría la fricción provocada por el secado manual.

Cuando no se disponga de limpiadores específicos de la piel es recomendable que se realice con agua y jabón que como ya se mencionó debe tener un pH ácido, sin embargo si no se cuenta con éste, se sugiere que la limpieza solo se realice con agua.¹⁶

En cuanto al secado se debe evitar el uso de toallas de textura nudosa o rígida pues puede acentuar los efectos negativos y provocar daños por fricción y arrastre en la piel destruyendo la cubierta epitelial²⁰ por tanto es recomendable realizar el secado por medio de “golpecitos” evitando el frote,²⁰ además debe hacerse uso de toallas de material suave y desechable.^{17, 21}

Es importante destacar que no se debe realizar la limpieza frecuentemente ya que esta puede causar irritación física y química, por tanto el personal de Enfermería debe valorar a cada paciente y así determinar si es necesaria, ya que una limpieza constante también podría dañar la piel.^{16, 20}

Una vez que la piel se encuentra limpia se debe pasar al siguiente paso que es la protección de la piel, esta se realiza mediante el uso de productos de barrera y protectores de la piel, el objetivo de estos productos es crear una barrera entre la piel y la humedad, de esta manera se puede prevenir la DAI o revertir su evolución; al elegir el producto se debe asegurar de que cuente con las siguientes propiedades: deben tener evidencia científica de que su uso es específicamente para la piel, debe tener un pH próximo al de la piel, bajo potencial irritante e hipoalergénico, debe ser fácil de retirar, no debe interferir con la absorción de los productos de absorción (pañales) por último se debe evaluar el costo y la efectividad del mismo.

Los productos a base de vaselina, óxido de zinc y dimeticona han tenido gran efectividad, la vaselina particularmente ha demostrado mayor eficacia contra los irritantes y la maceración de la piel proporcionando hidratación, en comparación con la dimeticona que proporciona mayor humedad sin afectar la capacidad absorbente de los productos de la incontinencia² pero no es efectiva contra los irritantes y la maceración; por otra parte el óxido de zinc aunque ha demostrado mayor eficacia contra la irritación no proporciona hidratación adecuada ni previene la maceración, lo que provoca que este sea difícil de remover provocando fricción que acelera el deterioro de la piel y el grado de severidad de la DAI.²

El llevar a cabo estas medidas en el tratamiento de los pacientes con DAI reporta muchos beneficios e influye en la pronta recuperación de estos, pues se elimina una fuente de infección ya que se fortalece la piel, órgano que brinda protección contra agentes patógenos, la calidad de vida del paciente mejora, la reintegración a su núcleo social de forma independiente y segura es rápida; en relación al personal de Enfermería crea en él la seguridad de poder prevenir y enfrentar estas lesiones, reduciendo de igual manera los índices de lesiones por presión pues como se mencionó la DAI puede ser un factor predisponente para su desarrollo, por tanto esto genera la reducción de los gastos sanitarios y mejora la atención al paciente.

CAPÍTULO IV

Cuidados de Enfermería

El personal de Enfermería debe poseer conocimientos actualizados para la identificación y manejo integral de la DAI, este es el primer paso para prevenir la aparición y complicaciones de estas lesiones y no solo tratarla cuando esta va acompañada de alguna infección, por eso es de vital importancia que los servicios de enseñanza de Enfermería estén en actualización constante en relación a estas lesiones, su prevención, diagnóstico y tratamiento, además de conocer las complicaciones y más importante aún la rehabilitación.

La enfermera debe tener la habilidad de diferenciar estas lesiones ya que su manejo es distinto.

Es compromiso de la enfermera (o) realizar una inspección rutinaria de la piel de cada paciente, para mantenerla en condiciones óptimas, debe realizar la limpieza e hidratación de la misma, además de la protección de la piel haciendo uso de los productos de barrera contra la humedad ya descritos; estas actividades son cruciales en pacientes que han sido detectados con incontinencia.

En relación a la inspección que se debe realizar, el personal de Enfermería debe valorar si existe la presencia de algunos de los signos propios de la DAI descritos anteriormente.

La limpieza de la piel debe basarse en el uso de paños desechables o jabón con un pH similar al de la piel y agua corriente o uso de limpiadores perianales, sin embargo es importante destacar que en todo momento se debe evitar la fricción al momento de realizar la higiene, esta técnica de aseo debe ser enseñada a cuidadores y familiares.^{1, 4}

Por otra parte se debe evitar el uso de apósitos adhesivos que pudieran provocar el desprendimiento de las primeras capas de la piel.⁴

Además se debe brindar educación continua a los cuidadores informales de cada paciente con la intención de mejorar sus conocimientos sobre el manejo de la incontinencia y el riesgo de desarrollar lesiones de piel perianal¹.

ARTÍCULOS RELACIONADOS

Un artículo publicado por una asociación especializada en DAI presenta una herramienta educativa dirigida al personal de Enfermería que se desenvuelve dentro del ámbito hospitalario, con el objetivo de ofrecer una mejor atención a los pacientes con DAI. En este documento se describen todos los aspectos relacionados con esta lesión dérmica, que va desde su definición, etiología, factores de riesgo, así como las intervenciones de Enfermería en el manejo de un paciente con incontinencia²³

Zapata y colaboradores¹⁶ indagan sobre la identificación de referencias bibliográficas que se apegan al concepto de “lesiones por humedad” y propiamente a la DAI, seleccionando 18 artículos de 57 encontrados. Su propósito va encaminado a alentar al personal de Enfermería sobre la importancia de conocer la DAI para poder intervenir de forma oportuna.

La Guía clínica “Cuidados de la piel en pacientes con incontinencia y prevención de lesiones asociadas a la humedad”¹⁸ aborda la importancia de diferenciar a la DAI de otras lesiones dérmicas implícitas dentro del grupo de “lesiones por humedad”, así mismo aborda evidencia epidemiológica sobre DAI, su fisiopatología, y como objetivo primordial los cuidados para abordar estas lesiones así como pautas para prevenir su aparición.

El artículo “Diferencias entre lesiones por humedad y por presión”²² habla sobre las diferencias clínicas entre la DAI y las UPP. Los autores buscaron textos bibliográficos en internet encontrando 296 referencias en inglés y 5 en castellano con lo que exponen las diferencias entre localización, etiología, forma, bordes, profundidad y necrosis, haciendo énfasis en la importancia de que Enfermería las conozca para realizar una buena valoración y aplicar los cuidados específicos evitando un daño a los pacientes.

En el artículo: “Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas”²¹ se menciona que existen lesiones causadas por incontinencia urinaria, fecal o mixta que son diferentes a las UPP. Menciona las escalas EVE (escala visual del eritema) y PAT (Perineal Assessment Tool) utilizadas para la valoración, evaluación y monitoreo de la evolución.

La GNEAUPP en el documento “Incontinencia y úlceras por presión”¹ hace referencia a la piel del adulto mayor el cual tiene un alto riesgo de padecer Dermatitis Asociada a la Incontinencia, junto con la incontinencia urinaria fecal y mixta. También habla sobre Los criterios que se deben utilizar para diferenciar la Dermatitis Asociada a la Incontinencia y la UPP.

El panel mundial de expertos en DAI en su artículo “Resolución de las carencias en evidencias para implementar las mejores prácticas”¹⁷ hace un análisis exhaustivo sobre la DAI, en este da una definición actualizada sobre estas lesiones, además explica la etiopatogenia de las mismas; así mismo profundiza en las diferencias definitivas para realizar el diagnóstico y así implementar un tratamiento adecuado, por último nos orienta sobre estrategias innovadores para el cuidado de estas lesiones, sin embargo reconoce que el principal objetivo de su investigación es promover la prevención de la DAI con la finalidad de mejorar su calidad de vida de los pacientes recalcando la importancia de seguir investigando sobre este tema que aunque no es nuevo existe poco reconocimiento de sus complicaciones.

La Revista de la facultad de Enfermería en su tema “Dermatitis asociada a incontinencia en adultos: un problema sin definición, revisión sistemática”² concluyó que la información científica con la que se cuenta sobre cuidados a pacientes con DIA es escasa, sin embargo la que se encuentra disponible en su mayoría aborda el concepto, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las heridas, sin embargo parece que esto no ha sido suficiente ya que aún siguen siendo difíciles de diferenciar estas lesiones.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la prevención de úlceras por presión ocupa un lugar importante en los programas de calidad de atención al paciente dentro de las unidades de 2º y 3º nivel, sin embargo existe otro grupo de pacientes con diversas patologías crónicas degenerativas que presentan otras lesiones dérmicas que se relacionan con el contacto prolongado con orina y/o heces fecales en la zona perineal y perigenital, y que no constituyen una prioridad de prevención debido a que el equipo de salud desconoce el origen y desarrollo de esta patología, condición que deteriora la integridad cutánea del paciente rompiendo así con su primera barrera de protección e influyendo de manera negativa en la evolución satisfactoria del mismo.

Aunado a esto, se observa que en la práctica cotidiana las lesiones por Dermatitis Asociada a la Incontinencia se asocian a complicaciones importantes como las Lesiones por Presión e Intertrigo, ocasionando una merma en la calidad de vida de los pacientes que la padecen y un dispendio en recursos para la recuperación del mismo condicionado por el aumento de materiales de cura, estancia hospitalaria y uso específico de medicamentos.

Debido a lo anterior, esta investigación pretende exponer que las lesiones por Dermatitis Asociada a la Incontinencia son mal valoradas y no se afrontan adecuadamente debido al desconocimiento de estas, sus implicaciones y los cuidados específicos que debe brindar el personal de Enfermería a estos pacientes.

Por tal motivo surge el interés de conocer la prevalencia de pacientes hospitalizados con estas lesiones dérmicas así como determinar el grado de conocimientos que posee el personal de Enfermería en relación a este tema y los cuidados específicos que aplica a estos pacientes. Lo anterior permitirá tener un panorama general de esta problemática, proponiendo así alternativas de mejora al personal de Enfermería.

OBJETIVOS

Este estudio se estructuró en dos fases, para cada una se establece un objetivo general y sus específicos correspondientes:

Fase 1

General

Conocer la prevalencia de Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI) en pacientes hospitalizados en las áreas críticas de esta Institución de Salud de tercer nivel de atención del sector público.

Específicos:

- Conocer el rango de edad en la que se presenta con mayor frecuencia la DAI.
- Determinar si el sexo es un factor predisponente para presentar DAI.
- Determinar el tipo de incontinencia que presentan los pacientes con DAI.

Fase 2

General

Determinar el grado de conocimientos que posee el personal de Enfermería sobre la Dermatitis Asociada a la incontinencia y los cuidados específicos que brinda a los pacientes con esta condición.

Específicos

- Identificar si el personal de Enfermería conoce el concepto y la patogenia de la DAI.
- Identificar los criterios que utiliza el personal de Enfermería para diferenciar la DAI de otras lesiones dérmicas, en específico lesiones por presión.
- Identificar los cuidados específicos de Enfermería que el personal aplica en su práctica profesional a los pacientes con DAI.
- Saber qué hojas de registro clínico utiliza el personal de Enfermería para reportar estas lesiones y sustentar sus intervenciones.

METODOLOGÍA

De acuerdo con los objetivos propuestos se establecen dos fases:

Fase 1

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con pacientes hospitalizados en las áreas críticas de Urgencias Adultos, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Medicina Interna 6°, 7° y 8° piso, Cirugía General, Neurología - Neurocirugía y Traumatología - Ortopedia los días 5 y 6 de Mayo del 2016 de las 8:00 am a las 14:00 pm, con una muestra total de 257 pacientes hospitalizados.

Para llevar a cabo la recolección de datos, se gestionó la solicitud de autorización a la Coordinación de Enseñanza en Enfermería, quien a su vez emitió un comunicado a la Coordinación de Enseñanza Médica para informar sobre los estudios que se realizarían en las fechas programadas, siendo éste el encargado de presentar un documento oficial a cada uno de los servicios involucrados.

La valoración de cada paciente estuvo a cargo de tres pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia con apoyo del personal de Enfermería de la Clínica de Heridas y Ostomías.

Para el proceso de evaluación de cada paciente se llevaron a cabo los siguientes pasos: Apegándonos al indicador de calidad para la seguridad del paciente que habla sobre el trato digno* el personal de Enfermería que colaboró en este estudio se presentó con el paciente, indicándole su nombre y puesto, posteriormente le informó de manera verbal sobre el estudio que se estaba realizando, los objetivos del mismo y como se llevaría a cabo la valoración, aclarando estos puntos se le preguntó al paciente si le gustaría formar parte del estudio, si este aceptaba se procedía a la inspección.

*El trato digno hace referencia a la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de Enfermería durante su estancia hospitalaria. Éste se basa en el "Código de ética para enfermeras y enfermeros de México" publicado con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de Salud emprendió en el año 2001. VargasFactores sociodemográficos del personal de Enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del ISSSTE. Luz Ma. Vargas Esquivel; Ma. Teresa Ramírez Vázquez; Sara Rodríguez (y más).Revi. Especializada en Ciencias de la Salud 15(1):45-53, 2012. URL disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/36353>

En casos especiales donde el paciente estaba inconsciente, sedado, con apoyo ventilatorio, o neurológicamente inestable se informaba a la enfermera a cargo de éste los puntos ya mencionados para la autorización.

Para la inspección se preguntaba al paciente si podía moverse solo o necesitaba asistencia, de ser así se pedía apoyo al camillero, colocándolo en decúbito lateral, se observaban las áreas que generalmente se ven afectadas por la Dermatitis Asociada a la Incontinencia, las características de la piel y si esta se encontraba íntegra. Otros factores que se valoraron fueron el uso de pañal en el paciente y si había presencia de evacuaciones u orina. **Anexo 1**

En pacientes que presentaron Dermatitis Asociada a la Incontinencia se hizo uso de la herramienta de clasificación de severidad de la DAI para determinar el grado de la lesión, de acuerdo a la clasificación de dicha escala. **Anexo 2**

Por otra parte se recurrió al expediente clínico para obtener datos específicos del paciente como, edad, sexo, diagnóstico médico, días de estancia, número y características de micciones y evacuaciones.

Las variables utilizadas fueron: a) variables de identificación y variables específicas del estudio. **Anexo 3**

Los datos recabados se capturaron en el programa de Excel, se analizaron y procesaron, codificando los resultados en frecuencias, porcentajes y promedios, según el tipo de variable y presentándolos en gráfica de sectores.

Fase 2

Se realizó un estudio descriptivo transversal al personal de Enfermería de los turnos matutino, vespertino y nocturno (velada "A" y "B") adscritos en las áreas críticas descritas en la fase 1 de este estudio, que aceptó participar en la encuesta y que se encontraban laborando los días 22, 23 y 24 de junio del 2016, obteniendo una muestra de 158 encuestados, cabe mencionar que de estos se eliminaron 4 encuestas debido a que estas no se completaron, por tanto la muestra final fue de 154 encuestas.

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta autoadministrada conformada por 16 reactivos, 6 preguntas eran de tipo cerrado, en 3 se utilizó la escala tipo Likert y 3 con escala de opción múltiple; 10 preguntas de tipo abierto que se postcodificaron para su concentración. **Anexo 4**

De acuerdo con las variables establecidas, las preguntas se clasificaron de la siguiente manera: 5 preguntas de identificación, 3 preguntas de conocimiento sobre la Dermatitis Asociada a la Incontinencia (concepto, clasificación y cuadro clínico), 1 cuadro comparativo entre DAI y Lesiones por Presión, 3 preguntas que corresponden a los cuidados específicos de Enfermería, 3 preguntas sobre el registro que realiza Enfermería sobre estas lesiones y 1 pregunta de opinión.

Anexo 5

Previo a la aplicación del instrumento descrito se realizó una prueba piloto a 10 enfermeras (os) elegidos al azar asignados al servicio de urgencias adultos durante el turno matutino con el objetivo de evaluar la respuesta del personal de Enfermería ante la encuesta y realizar las correcciones de redacción en algunas preguntas, una vez realizadas se procede a aplicar el instrumento de investigación.

Los datos recabados se capturaron en el programa de Excel, se analizaron y procesaron, analizando los resultados obteniendo frecuencias, porcentajes y promedios, según el tipo de variable y presentándolos en gráfica de sectores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS LEGALES

Con base a la Ley General de Salud que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, esta investigación se apegó a las disposiciones establecidas dentro del Título Tercero BIS de la Protección Social en Salud en el Capítulo IX. Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios, en su Artículo 77 BIS 37, que pauta los derechos de los beneficiarios del sistema de protección social, entre los que se encuentran /destacan):

- III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.
- V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y rechazar tratamientos y procedimientos.
- X. Ser tratado con confidencialidad.

Así mismo, este trabajo de investigación efectúa los requerimientos pautados en el Título Quinto, Investigación Para la Salud, en el Artículo 100, de esta misma ley que enuncia que la investigación:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Así mismo, este trabajo de investigación se apegó al Programa de Acción “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001 – 2006”¹ que pauta el respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona, que la información otorgada a éste sea completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien sea responsable de él o ella, que exista interés en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos, así como la amabilidad otorgada por el personal médico.

Aspectos de bioseguridad

De acuerdo con los principios establecidos en la NORMA Oficial Mexicana NOM 045-SSA2-2005¹, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales establecida dentro del Diario Oficial de la Federación, este estudio se desarrolló conforme a los criterios que se disponen en el punto número 10 relacionado a los *Aspectos generales de prevención y control* que maneja el “Programa de higiene de las manos” dentro del párrafo 10.6.1, así como el párrafo 10.6.5 que establece las “Precauciones para evitar la transmisión de agentes infecciosos”.

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Fase 1

El objetivo principal de esta primera fase de investigación fue conocer la prevalencia de DAI en pacientes hospitalizados en las áreas críticas de la Institución de salud tomada para este estudio, considerando las variables que las siguientes gráficas mostrarán.

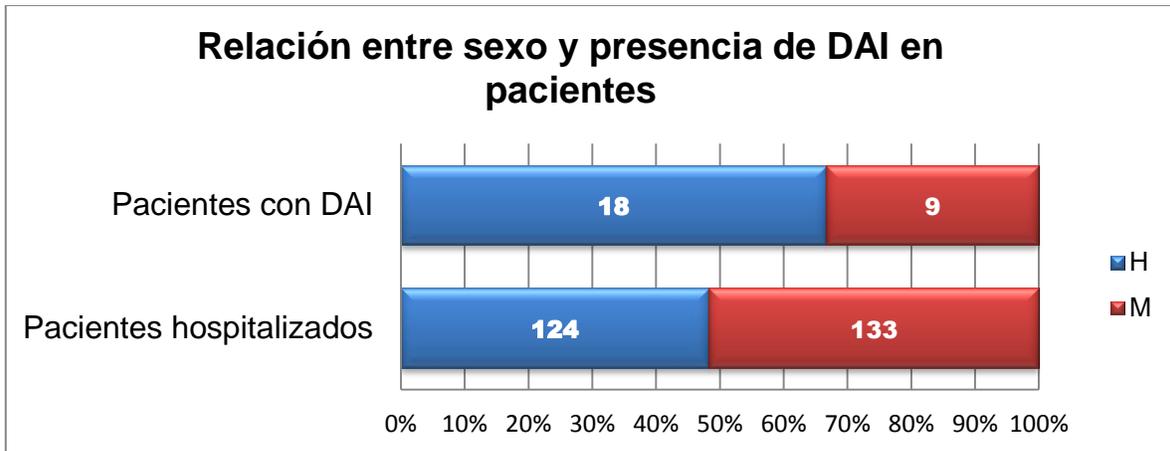
Tabla 1. Relación que existe entre el número total de pacientes hospitalizados por servicio con el número de pacientes que presentan DAI.

Servicio	Pacientes hospitalizados	Pacientes hospitalizados con DAI	Porcentaje de pacientes con DAI
Urgencias	55	7	12.72%
UCIA	11	Sin hallazgos	
M.I. 6° piso	28	5	17.85%
M.I. 7° piso	37	8	21.62%
M.I. 8° piso	30	1	3.33%
Cirugía general	35	3	8.57%
Neurología- Neurocirugía	33	1	3.03%
Traumatología- Ortopedia	28	2	7.14%
Número total de pacientes	257	27	10.50%

Fuente: Resultados obtenidos de la hoja de valoración de Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI) en el área de hospitalización.

Al compararse la muestra de pacientes en los diferentes servicios, se observa que el mayor porcentaje de pacientes con DAI se encuentra en el área de Medicina Interna 7° piso, seguido de Medicina Interna 6° piso.

Gráfica 1. Relación entre el sexo y la presencia de DAI en los pacientes hospitalizados.



Fuente: Misma que tabla 1.

En los resultados obtenidos de esta investigación se observa que aunque en la muestra total de pacientes hospitalizados el sexo femenino predominó, la prevalencia de DAI fue mayor en el sexo masculino.

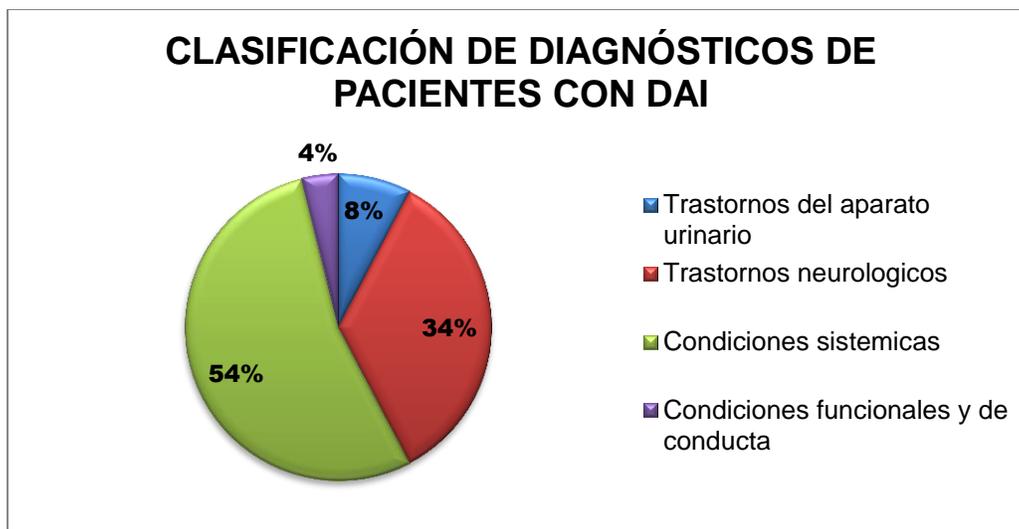
Otro grupo de riesgo citado en la literatura revisada son los adultos mayores, ya que durante el proceso de envejecimiento la piel sufre diversos cambios. La siguiente tabla muestra que la edad promedio tanto en hombres como en mujeres corresponde a la etapa del adulto mayor, sin embargo como se observa en la tabla se encontraron casos de mujeres que aunque no forman parte de este grupo de edad, ya presentan DAI, los cuales se relacionan directamente con la patología que cursan.

Tabla 2. Promedio de edad en pacientes con DAI.

Edad	Hombres	Mujeres
Promedio	70.3	66.1
Mediana	73	58
Moda	73	58

Fuente: Misma que tabla 1.

Gráfica 2. Clasificación de los diagnósticos médicos con los que cursaron los pacientes que presentaron DAI.



Fuente: Misma que tabla 1.

Como se puede observar predominaron las patologías relacionadas a las condiciones sistémicas, dentro de esta las más sobresalientes fueron Desequilibrio Hidroelectrolítico (DHE) y Diabetes Mellitus Tipo 2 con alguna complicación como Cetoacidosis, Sepsis y Enfermedad Renal Crónica.

Por otra parte en el grupo de trastornos neurológicos se encontró, que la Enfermedad Vascular Cerebral es la que más prevalece, mientras que en el grupo de trastornos del aparato urinario solo se identificaron dos casos, seguido del grupo de condiciones funcionales y de conducta.

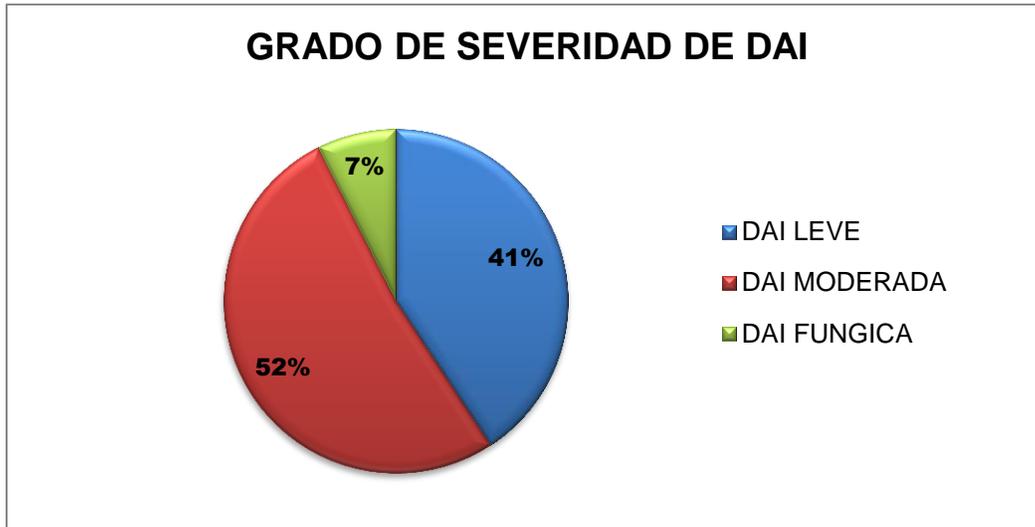
Tabla 3. Promedio de días de hospitalización de pacientes con DAI por servicio.

SERVICIO	PROMEDIO DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON DAI
Urgencias Adultos	1.5
UCIA	0
M.I. 6to piso	21
M.I. 7mo piso	14.1
M.I. 8vo piso	14
Cirugía General	12
Neurología - Neurocirugía	15
Traumatología – Ortopedia	9

Fuente: Misma que tabla 1.

Como se observa, el servicio de Medicina Interna 6° piso presenta el mayor promedio en relación a los días de estancia hospitalaria, por encima de Neurología-Neurocirugía y Medicina Interna 7° piso respectivamente, mientras que Urgencias Adultos cuenta con el menor promedio.

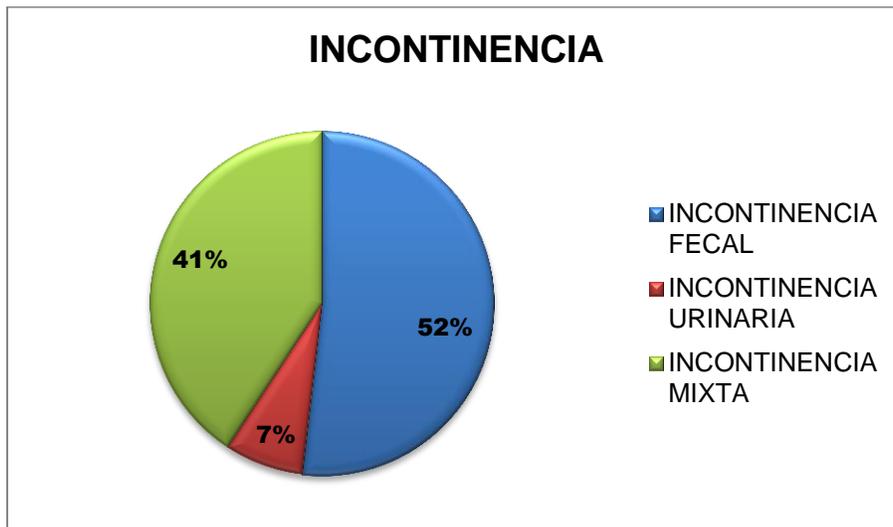
Gráfica 3. Grado de severidad de DAI.



Fuente: Misma que tabla 1.

La DAI con mayor prevalencia en los pacientes hospitalizados es la de grado moderado, que se caracteriza por pérdida de la epidermis, eritema, aumento de la sensibilidad, lesiones dispersas y en espejo, bordes irregulares y presencia de vesículas.

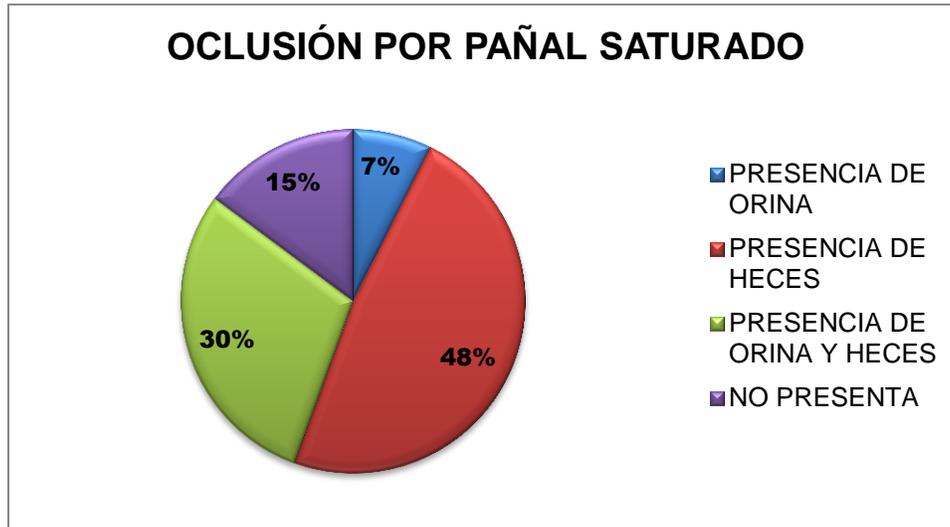
Gráfica 4. Tipo de incontinencia presentada en los pacientes con DAI.



Fuente: Misma que tabla 1.

Al comparar los resultados obtenidos en relación al tipo de incontinencia que presentan los pacientes hospitalizados se aprecia en la siguiente gráfica que la Incontinencia Fecal (IF) es más frecuente.

Gráfica 5. Presencia de orina y/o materia fecal en pañal.



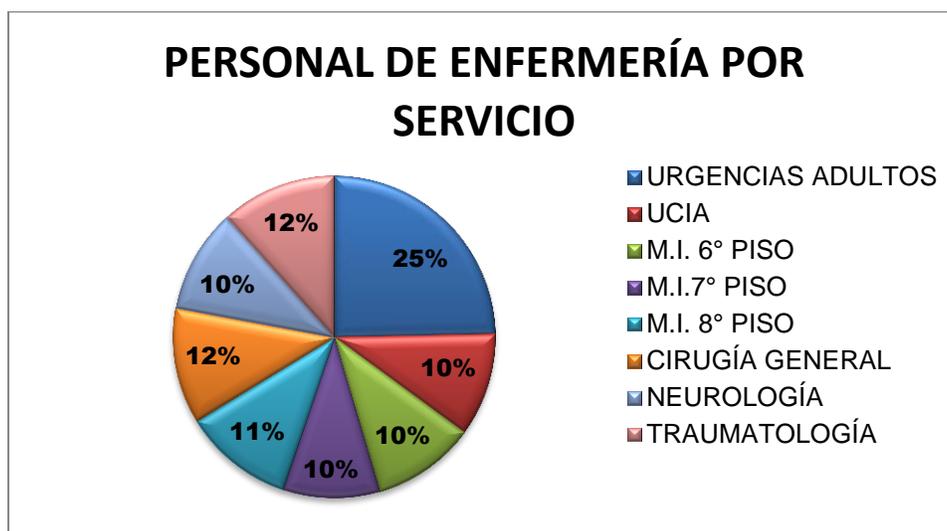
Fuente: Misma que tabla 1.

La oclusión por pañal se presentó en todos los pacientes valorados, la siguiente gráfica muestra que el mayor porcentaje de pacientes con DAI presentó saturación de pañal por materia fecal, con una diferencia superior del 18% a los pacientes que presentaron orina y material fecal en el pañal.

Fase 2

Esta segunda fase de investigación pretende determinar el grado de conocimientos que posee el personal de Enfermería sobre la Dermatitis Asociada a la Incontinencia y los cuidados específicos que brinda a los pacientes con esta condición.

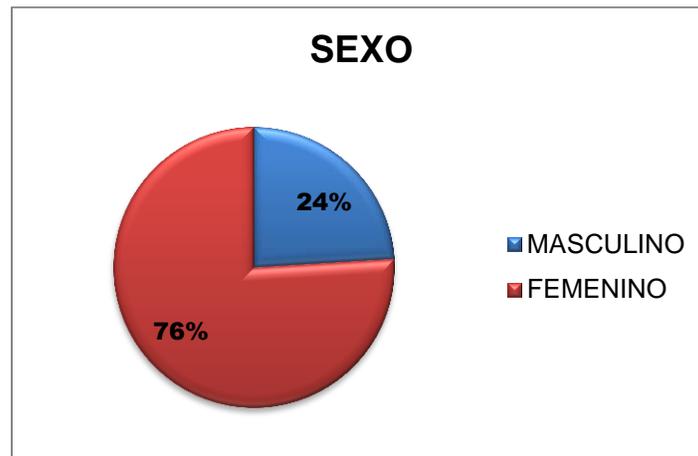
Gráfica 6. Porcentaje del personal de Enfermería por servicio que participó en el estudio.



Fuente: Resultados obtenidos de la hoja de evaluación al personal de Enfermería.

Como se observa, el personal de Urgencias Adultos conforma el mayor porcentaje de enfermeras (os) encuestados, seguido del resto de los servicios.

Gráfica 7. Porcentaje del personal por sexo.



Fuente: Misma que gráfica 6.

La muestra total estudiada se conformó de la siguiente manera: 24% hombres y 76% mujeres; cabe mencionar que en la plantilla que conforma el personal el sexo femenino predomina.

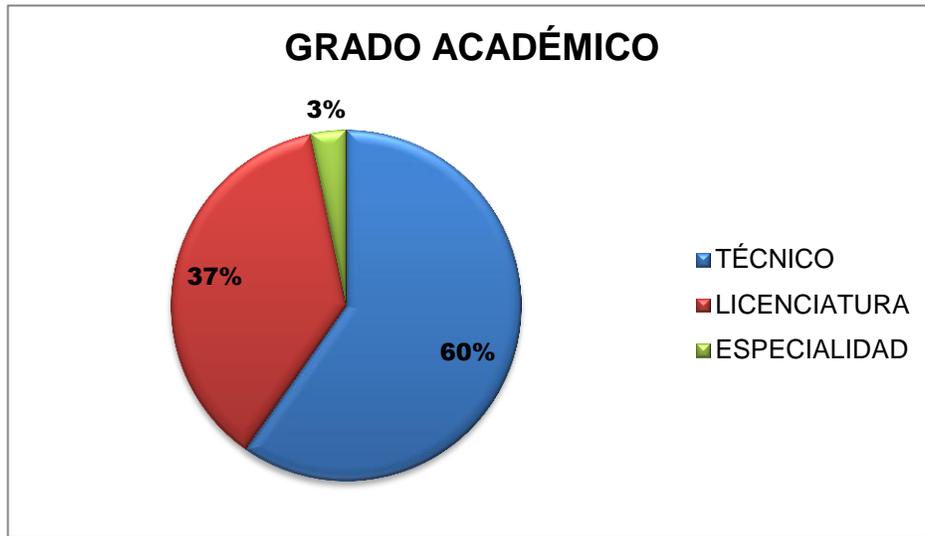
Gráfica 8. Tiempo de antigüedad del personal en el servicio.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Los resultados muestran, que la mayor parte del personal de Enfermería tiene menos de un año laborando en el servicio en el que se encuestó, seguido de quienes llevan de dos a cinco años.

Gráfica 9. Grado académico del personal de Enfermería.

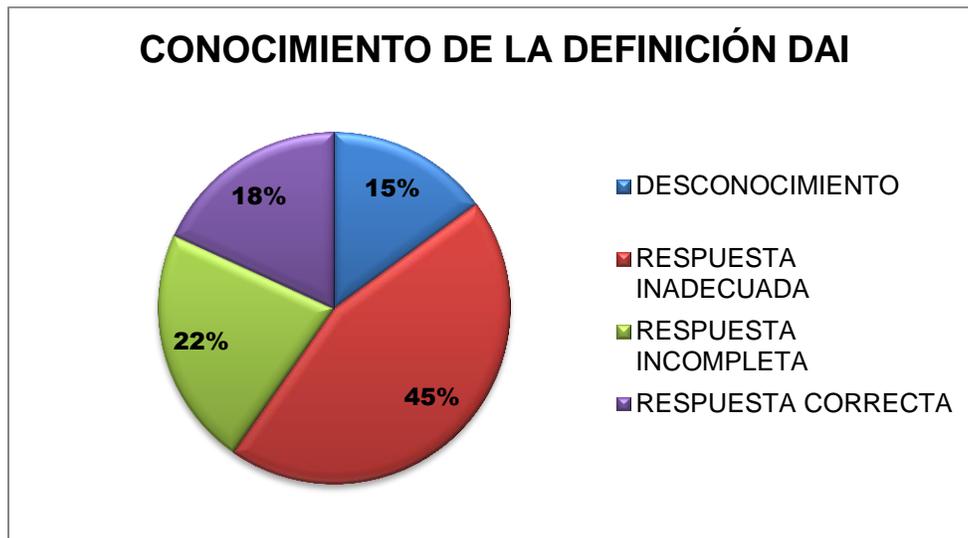


Fuente: Misma que gráfica 6.

En relación al grado académico de la muestra estudiada, se observa que el 60% del personal es Técnico en Enfermería, mientras que el 37% cuentan con Licenciatura, y tan solo un 3% tiene alguna especialidad.

De la gráfica anterior, el puesto que ocupa el mayor porcentaje es el auxiliar de Enfermería con un 53%, 37% enfermera general, 6% especialistas y 4% enfermera jefe de servicio.

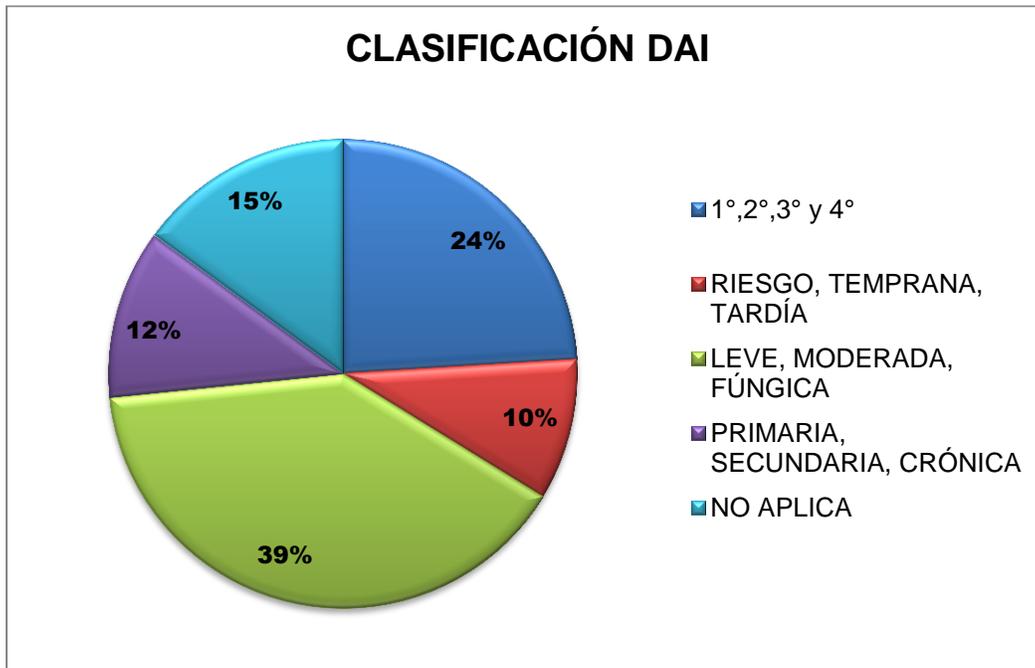
Gráfica10. Conocimiento del concepto de DAI.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Esta gráfica refleja el porcentaje del personal de Enfermería que conoce el concepto de DAI, de la muestra estudiada el 15% manifestó desconocer el término, el 45% contestó el reactivo, sin embargo sus respuestas eran inadecuadas, es decir no tenían relación con la definición, el 22% de las encuestas evaluadas fueron respuestas incompletas ya que sus respuestas se relacionaban con el tema, sin embargo no incluyeron criterios determinantes de esta definición y sólo el 18% definió correctamente el término.

Gráfica 11. Clasificación de DAI.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Para saber más acerca de los conocimientos del personal de Enfermería en relación a la DAI, se incluyeron dos preguntas que analizan la clasificación y la sintomatología de ésta.

En el reactivo 2 del instrumento de evaluación, se preguntó la clasificación de DAI a lo cual el 39% respondió de manera acertada, mientras que el 46% no conoce la clasificación, por otro lado un 15% de la muestra total no le aplica esta pregunta ya que desconoce el concepto de DAI (ver gráfica de *Conocimiento de la definición DAI* “desconocimiento”).

Gráfica 12. Signos y síntomas manifestados en pacientes con DAI.

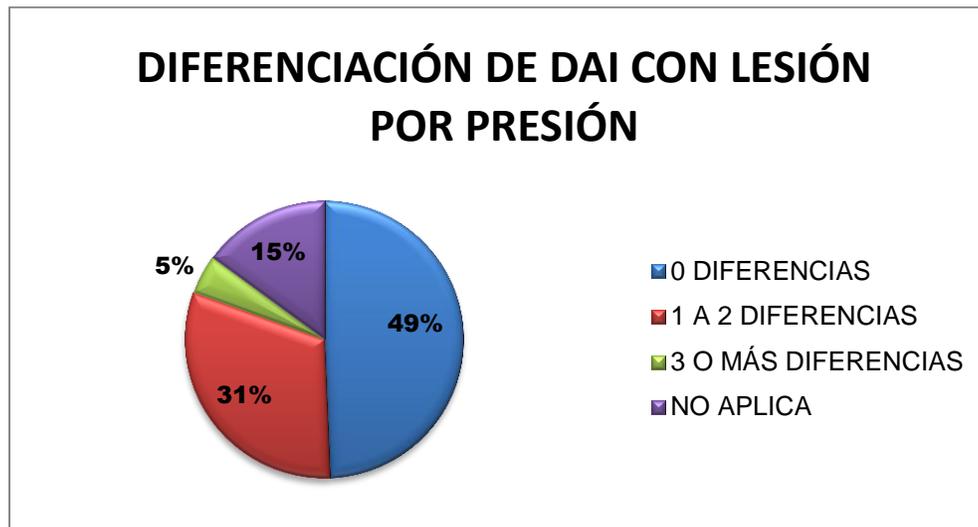


Fuente: Misma que gráfica 6.

Del total de la muestra estudiada, el 16% no mencionó ningún signo y/o síntoma de la DAI o bien las respuestas dadas no correspondían al cuadro clínico de esta, el 67% solo mencionó uno o dos signos y/o síntomas de DAI, mientras que el 2% hizo mención de tres o más; por otro lado al 15% del total no le aplica esta pregunta ya que no conoce el concepto.

Cabe mencionar que los signos y síntomas mencionados por la mayoría del personal de Enfermería fueron inflamación o edema, eritema, dolor y prurito.

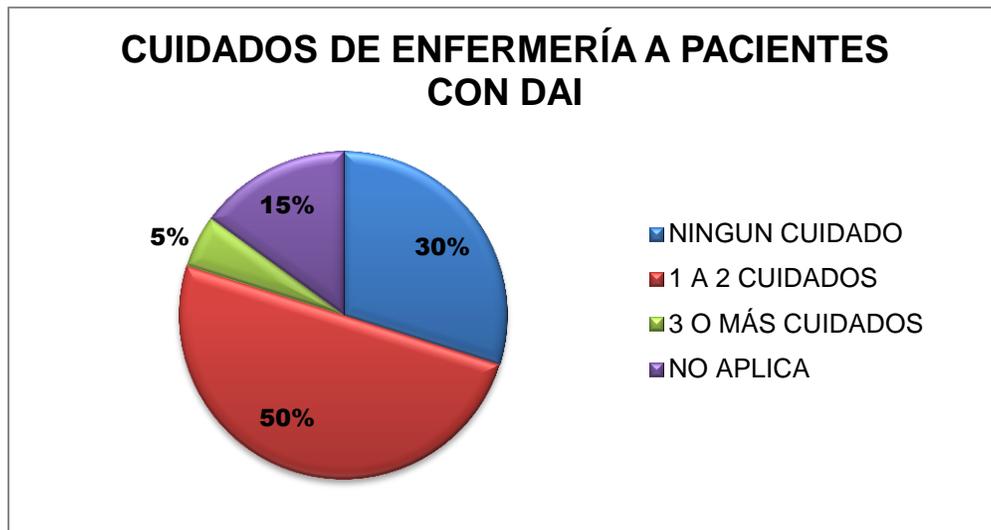
Gráfica 13. Diferencias entre DAI y Lesión por Presión.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Con respecto a las diferencias que existen entre DAI y Lesión por presión se utilizó un cuadro comparativo en el cual el 49% del total no distingue las diferencias determinantes entre estas dos lesiones dérmicas, el 31% mencionó de una a dos diferencias, mientras que el 5% identifica tres o más diferencias; el 15% restante corresponde a la población que no conoce el concepto de DAI.

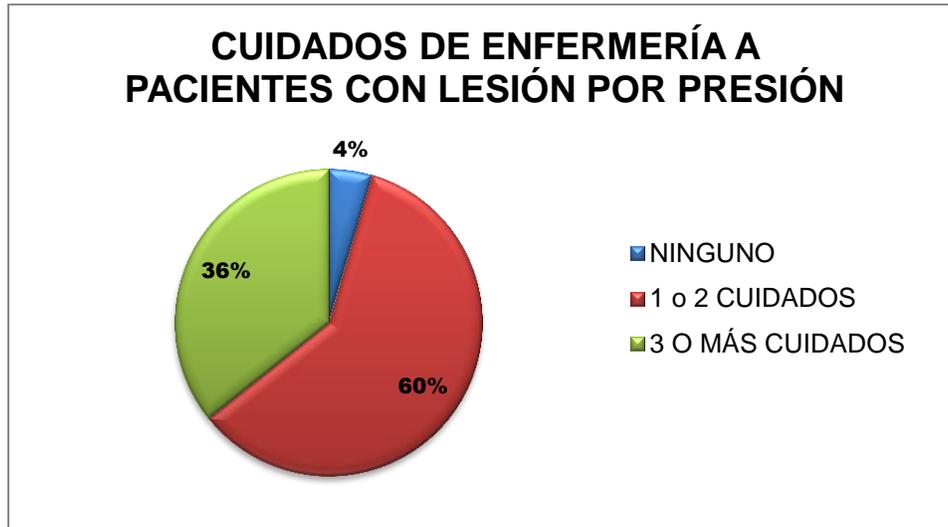
Grafica 14. Cuidados de Enfermería a pacientes con DAI.



Fuente: Misma que gráfica 6.

En relación a los cuidados que brinda el personal de Enfermería a pacientes con DAI, el 30% mencionó no ofrecer cuidados específicos a sus pacientes con esta lesión o los cuidados que mencionó no son los apropiados para la mejoría del paciente, 50% indicó aplicar entre uno a dos cuidados mientras que sólo el 5% mencionó tres o más cuidados para pacientes con DAI, al 15% restante no le aplica este reactivo ya que no conoce el concepto de DAI.

Gráfica 15. Cuidados de Enfermería a pacientes con lesión por presión.



Fuente: Misma que gráfica 6.

De la muestra total encuestada solo el 36% mencionó tres o más cuidados que brinda a pacientes con lesiones por presión, el 60% mencionó de uno a dos cuidados y un 4% no refirió ningún cuidado.

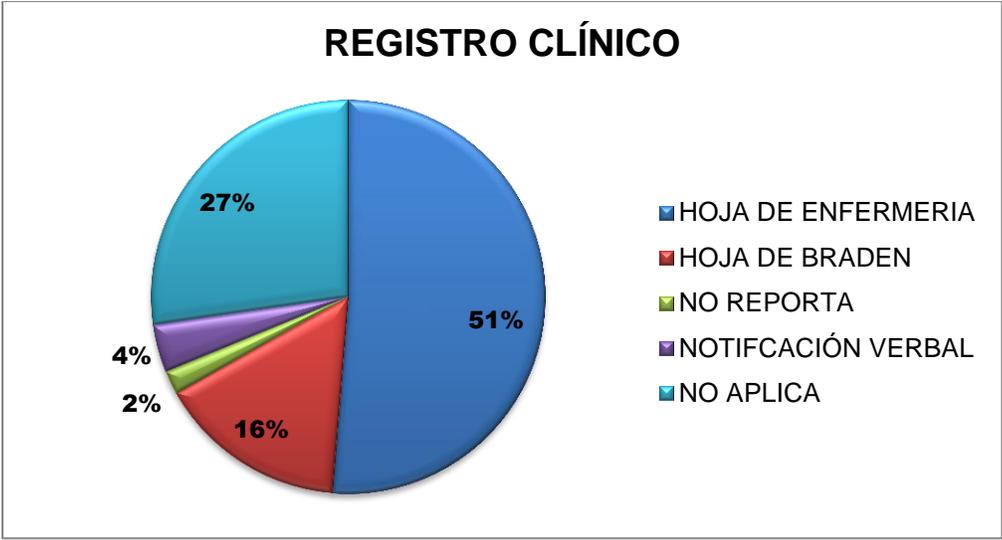
Gráfica 16. Frecuencia del contacto del personal de Enfermería con pacientes con DAI.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Dentro del cuestionario se preguntó al personal con qué frecuencia ha tenido pacientes con DAI, lo que el 12% respondió que nunca ha tenido contacto con estos, el 48% pocas veces ha tenido pacientes con DAI, el 23% refiere que frecuentemente se enfrenta a estas lesiones y el 2% indica que siempre tiene a su cuidado pacientes con DAI; el 15% corresponde al personal que no conoce la DAI y por tanto no podrían determinar si han tenido pacientes con estas lesiones.

Gráfica 17. Registro clínico utilizado por Enfermería para la valoración y reporte de DAI.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Del personal de Enfermería que ha tenido contacto con pacientes con DAI el 2% no reporta estas lesiones, 4% únicamente hace la notificación verbal al médico tratante sobre la existencia de éstas, 16% del personal utiliza la hoja de Braden (escala para la valoración de riesgo de lesiones por presión), 51% registra su valoración en la hoja de Enfermería; el 27% restante corresponde al personal que no conoce sobre DAI o que en relación con la gráfica anterior no ha tenido contacto con estos pacientes.

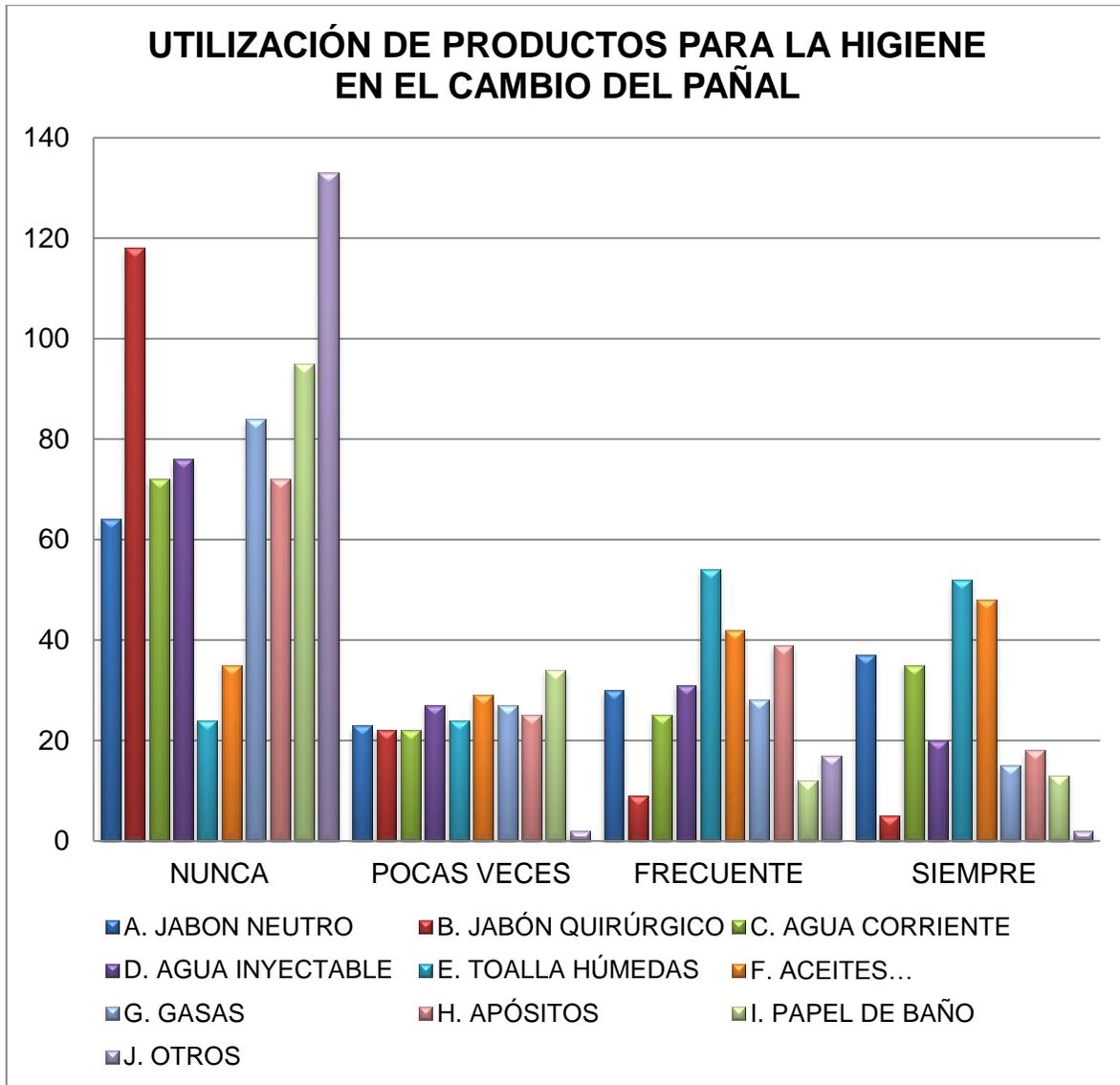
Gráfica 18. Especificación de DAI en la valoración.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Con relación a la valoración que realiza Enfermería, se preguntó si en su registro clínico especifica que la sintomatología identificada corresponde a DAI, a lo que el 8% no especifica la lesión, 34% pocas veces lo hace, 13% lo realiza de forma frecuente, 18% siempre especifica que la lesión valorada es una DAI; el 27% corresponde al personal que no ha tenido contacto con pacientes con estas lesiones por tanto no han realizado registro alguno, mientras que otros no conocen la DAI.

Gráfica 19. Uso de productos que utiliza el personal de Enfermería para la higiene de la piel en la zona perigenital y perianal.



Fuente: Misma que gráfica 6.

Entre los productos que más utiliza el personal de Enfermería se encuentran las toallas húmedas, aceites, pomadas y/o ungüentos, jabón neutro y agua corriente.

Gráfica 20. Interés mostrado por el personal para ampliar sus conocimientos sobre DAI.



Fuente: Misma que gráfica 6.

A la pregunta de opinión, el 92% del personal encuestado manifestó la importancia de informarse sobre la DAI, sin embargo un 8% considera que no es relevante conocer sobre esta patología.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 4. Relación entre grado académico y conocimiento de la definición de DAI.

	Desconoci- miento	Respuesta inadecuada	Respuesta incompleta	Respuesta correcta	Total
Carrera Técnica	15 (13.7)	45 (41.2)	20 (20.3)	12 (16.7)	92
Licenciatura Especialidad	8 (9.2)	24 (27.7)	14 (13.6)	16 (11.2)	62
Total	23	69	34	28	154

Fuente: Misma que gráfica 6.

Respecto a la relación que existe en entre el grado académico y el conocimiento que tiene el personal de Enfermería sobre el concepto de DAI se obtuvo con la prueba de X^2 que permite la comparación entre dos muestras independientes cuya variables son de tipo cualitativo.

H_i : Existe \neq en el conocimiento de la definición DAI según grado académico.

H_0 : No existe \neq en el conocimiento de la definición DAI según grado académico.

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E} = 4.31$$

$$X^2 \text{ tabulada} = 7.82$$

(X^2 : **4.31** gl:3) con $P < 0.05$

Por tanto se rechaza la H_i y se acepta la H_0 la cual afirma que “No existe \neq en el conocimiento de la definición de DAI según el grado académico”.

Tabla 4.1 Porcentaje de la relación entre grado académico y conocimiento de la definición de DAI.

	Desconoci- miento	Respuesta inadecuada	Respuesta incompleta	Respuesta correcta	Total
Carrera Técnica	15 (16.3%)	45 (48.9%)	20 (21.7%)	12 (13%)	92 (100%)
Licenciatura Especialidad	8 (12.9%)	24 (38.7%)	14 (22.5%)	16 (25.8%)	62 (100%)
Total	23	69	34	28	154

Fuente: Misma que gráfica 6.

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que no existe diferencias estadísticamente significativa, aunque si se observan diferencias porcentuales entre el grado académico del personal de Enfermería con el conocimiento que poseen sobre el concepto de DAI.

La relación que existe entre el grado académico del personal de Enfermería con el diagnóstico diferencial de DAI con otras lesiones cutáneas (lesión por presión) que realiza durante su valoración se muestra en la siguiente tabla de porcentajes:

Tabla 5. Relación entre grado académico y diferenciación de DAI vs Lesión por presión.

	0 diferencias	1 o 2 diferencias	3 o más diferencias	Total
Carrera técnica	55 (77.46%)	20 (28.16%)	1 (1.4%)	71 (100%)
Licenciatura Especialidad	21 (38.18%)	28 (50.9%)	6 (10.9%)	55 (100%)
Total	76	48	7	126

Fuente: Misma que gráfica 6.

Nota: De las 154 enfermeras (os) se descartaron 23 respuestas (Carrera Técnica 15 y Licenciatura/Especialidad 8) debido a que el personal de Enfermería no respondió el primer reactivo referente al conocimiento del concepto de DAI.

De las 71 enfermeras(o) con carrera técnica el 77.46% no mencionó características específicas para poder diferenciar la DAI de las lesiones por presión, el 28.16% mencionó de una a dos diferencias y solo el 1.4% identificó tres o más diferencias entre estas dos lesiones.

Respecto al personal con grado académico de Licenciatura y Especialidad los porcentajes se muestran de la siguiente manera: 38.18% no reconoce diferencias significativas entre DAI y lesión por presión, 50.9% identificó de una a dos diferencias entre estas dos lesiones, mientras que el 10.9% describió tres o más diferencias.

Tabla 6. Relación entre antigüedad y cuidados a pacientes con DAI.

	Ningún cuidado	1 o 2 cuidados	3 o más cuidados	Total
Menos de 1 año	16 (31.91%)	29 (61.70%)	4 (6.38%)	49
1-10 años	20 (34.42%)	36 (62.29%)	3 (4.91%)	59
Más de 10 años	10 (36.84%)	12 (52.63%)	1 (5.26%)	23
Total	46	77	8	131

Fuente: Misma que gráfica 6.

Nota: De las 154 enfermeras (os) se descartaron 23 respuestas (personal de Enfermería con menos de un año de antigüedad 15, de uno a diez años 6 y de más de diez años 2 casos) debido a que el personal de Enfermería no respondió el primer reactivo referente al conocimiento del concepto de DAI.

Tabla 7. Relación entre grado académico y registro clínico utilizado.

	Hoja de Enfermería	Hoja de Braden	No reporta	Notificación verbal	Total
Carrera Técnica	44 (66.66%)	15 (22.72%)	2 (3.03%)	5 (7.57%)	66 (100%)
Licenciatura/ Especialidad	37 (77.08%)	9 (18.75%)	1 (2.08%)	1 (2.08%)	48 (100%)
Total	81	24	3	6	114

Fuente: Misma que gráfica 6.

Nota: De las 154 enfermeras (os) encuestados, se descartaron 40 respuestas (25 de Carrera Técnica y 15 de Licenciatura) debido a que el personal de Enfermería no respondió el primer reactivo referente al conocimiento del concepto de DAI y/o en el reactivo siete negó haber tenido contacto con pacientes con DAI.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue conocer la prevalencia de la DAI en los pacientes hospitalizados en una Institución de tercer nivel, además se pretendió saber si el personal de Enfermería conoce estas lesiones dérmicas así como los cuidados específicos que debe brindar para su atención.

En relación a la prevalencia de DAI la GNEAUPP señala que es complejo conocerla, ya que ésta varía de acuerdo al nivel de atención e institución de salud presentando cifras que van de entre el 5.6% al 50%, mientras que las tasas de incidencia oscilan entre 3.4% y 25%.¹⁸ Partiendo de esto la prevalencia encontrada en la Institución de salud motivo de esta investigación fue de 10,57%, es decir que uno de cada diez pacientes hospitalizados en las áreas críticas presentó DAI, confirmando de esta forma la presencia de estas lesiones dentro de la Institución, evidenciando la importancia de prestar atención a estos pacientes.

Es importante destacar que el mayor porcentaje de pacientes con DAI se presentó dentro de los servicios de Medicina Interna y Urgencias Adultos, en base a la experiencia clínica en estos servicios se hace evidente que la causa de este comportamiento se debe a diversos factores como: de manera particular en Medicina Interna el promedio de días de estancia hospitalaria influye directamente en la aparición de ésta, ya que la literatura menciona que cuando existe la presencia de IM la DAI puede desarrollarse dentro de los primeros 2 días. De acuerdo a lo anterior el promedio de días de estancia hospitalaria encontrado en este estudio es de 14, este hecho aumenta siete veces más la probabilidad de desarrollarla.

Otro factor en el que ambos servicios se ven afectados es la carga de trabajo a la que se enfrenta el personal de Enfermería, lo que impide que brinden cuidados integrales a cada paciente, en específico los que van encaminados a la higiene de la piel, esta situación se sustenta en los hallazgos obtenidos durante la recolección

de datos en la primera fase ya que 23 de los 27 pacientes valorados presentaron oclusión por pañal saturado con orina, materia fecal o ambos.

Como se ha mencionado durante este estudio en la DAI existen diversos factores de riesgo para su desarrollo como el sexo y la edad, que aunque no determinan la presencia de ésta, sí representan un mayor riesgo para su desarrollo. La GNEAUPP manifiesta que en las mujeres existe mayor prevalencia de DAI, sin embargo en este estudio se encontró que el mayor número de casos de pacientes con estas lesiones se presentó en el sexo masculino, no existe una explicación fundamentada de este comportamiento en la variable, sin embargo se sospecha que está relacionada con los diagnósticos encontrados en cada paciente durante la valoración.²⁰

Con respecto a la edad, se confirma que el adulto mayor es un grupo vulnerable para el desarrollo de DAI, pues los resultados arrojan que la edad promedio en mujeres es de 66 años y en hombres de 70 años, cifras que entran en el rango citado en la literatura.¹

La revista Enfermería Global señala que “tanto la orina como las heces pueden causar daño en la piel de manera individual, aunque la IF y la IM aparecen asociada con más fuerza a la DAI”¹⁶, en los resultados obtenidos se confirma éste enunciado, ya que la IF afectó al 52% de los pacientes valorados con DAI, de los cuales 6 cursaban con DAI leve y 8 con DAI en etapa moderada; por otra parte del total de pacientes con DAI 41% presentó IM, de estos 3 presentaron DAI leve, 6 con DAI moderada y 2 con DAI fúngica; estos datos arrojan que el mayor número de pacientes se encuentran cursando con DAI moderada, siendo esto alarmante ya que la lesión que se encuentra en esta etapa tiene más probabilidad de complicarse si no se brindan los cuidados adecuados deteriorando su calidad de vida.

Otra consecuencia de la presencia de pacientes con DAI es la prolongación de los días de estancia hospitalaria, aumentando así el gasto institucional, por ejemplo

en un estudio que se realizó en España, se calculó el gasto anual de una persona incontinente es de 1000 euros, solo en el consumo de absorbentes.²¹

Esto resalta el interés por demostrar que gran parte de esta problemática corresponde a la deficiencia en los conocimientos del personal de Enfermería sobre este padecimiento y los cuidados de Enfermería que se requieren.

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que no existe diferencia entre el grado académico del personal de Enfermería con el conocimiento que poseen sobre el concepto de DAI, dado que en conjunto el 82% de los encuestados dieron una respuesta inadecuada.

Una vez descartada esta hipótesis se contempló la posibilidad de que la experiencia laboral generara en el personal conocimientos empíricos, sin embargo este factor tampoco se pudo comprobar.

El hecho de saber definir el término DAI no se tomó como único criterio para concluir que la enfermera (o) domina el tema, también fue importante evaluar la clasificación correcta de estas lesiones, ante esto se encontró que de los 28 enfermeras (os) que dieron una definición acertada de DAI, únicamente 14 clasificaron de manera correcta representando el 9% del total de los encuestados.

Como se dijo en el análisis de resultados, al preguntar sobre los signos y síntomas de DAI la mayoría del personal respondió inflamación o edema, eritema, dolor y prurito, es posible que al identificar la etiología de la palabra “dermatitis” hayan asociado ésta con el proceso inflamatorio lo que generó sus respuestas, pues aunque esta sintomatología se presenta en la DAI no es determinante para su diagnóstico.

En esta investigación se ha recalcado la importancia que tiene el realizar una adecuada diferenciación entre DAI de otras lesiones dérmicas, en particular nos centramos en las lesiones por presión como parte del conocimiento integral de la enfermera (o); Dorothy Doughty destaca la importancia de este hecho ya que esto

“proporciona al clínico la dirección de una valoración cuidadosa y la interpretación con exactitud de los parámetros de evaluación”²²

Tomando esto en cuenta, en los resultados obtenidos se muestra que la diferenciación que realiza el personal de Enfermería en su mayoría es inadecuada ya que el 72% con carrera técnica y el 38% con licenciatura y especialidad no reconocen diferencia alguna al comparar ambas lesiones; por otro lado un pequeño porcentaje (1.31% de carrera técnica y 10.9% de licenciatura y especialidad) mencionó al menos 3 diferencias entre ambas lesiones, sin embargo al igual que la sintomatología éstas no son determinantes para realizar un diagnóstico diferencial.

Como mencionó Dorothy este acontecimiento genera que los cuidados brindados no sean específicos de la lesión, en relación a esto la GNEAUPP reconoce que “No existen (...) estrategias de tratamiento de la DAI, dado lo novedoso del tema y la escasez de investigación en este sentido”,¹⁸ sin embargo hace algunas recomendaciones como: “eliminar los irritantes y manejar la exposición a la orina o las heces, tratar las infecciones cutáneas y desviar transitoriamente la orina o las heces cuando esté indicado. El régimen de limpieza, hidratación y protección aludido en las medidas de prevención también debe ser incluido en el tratamiento”.¹⁸

Lo anterior puede justificar de cierta forma que el personal no haya manifestado de manera escrita los cuidados específicos que brinda a los pacientes con esta lesión puesto que el 30% no refirió ningún cuidado, el 50% mencionó de uno a dos cuidados y sólo el 5% expresó 3 o más cuidados, siendo el “cuidado de la piel” y “cambio de pañal” las respuestas más comunes.

Cabe agregar que aunque la intención de esta investigación no era conocer los cuidados otorgados a pacientes con lesión por presión sí está ligado a este estudio, siendo inesperados los resultados obtenidos pues al ser un tema muy difundido, que diariamente la enfermera (o) valora y registra en la hoja de Braden

y que forma parte de un *indicador de calidad* de los servicios de salud se pensó que tendrían dominio del tema, sin embargo los hallazgos revelan carencias.

Cabe destacar que tanto los cuidados mencionados para DAI como para lesión por presión se orientaban al habitus exterior del paciente minimizando la atención a la integridad de la piel.

Como se expuso en el marco teórico no existe un registro clínico para estas lesiones, por tal motivo es complicado precisar el instrumento que se debe utilizar para su valoración y notificación, a pesar de esto la enfermera (o) debe tomar la hoja de Enfermería como su principal herramienta, sustentar sus actividades descartando el uso de otros registros como la hoja de Braden, diseñada para valorar las lesiones por presión, hacer esto confundiría el diagnóstico y desviaría el tratamiento.

En relación a la notificación verbal esta no debe ser el único recurso en el que se debe apoyar el personal para comunicar la existencia de esta lesión, pues hacerlo de esta forma generaría el desconocimiento del resto del equipo multidisciplinario.

El último punto por comentar es sobre el uso de productos que utilizan para la higiene de la piel en la zona perigenital y perianal, de acuerdo a los resultados encontrados, en relación al uso de agua corriente y agua inyectable, se puede decir que no generan algún efecto positivo o negativo en la piel, así que se deja a libre criterio el uso de estas.

La GNEAUP recomienda que “para la limpieza puede utilizarse agua y jabón con un pH similar al de la piel, siendo importante llevar a cabo un aclarado correcto para eliminar todos los restos de jabón, así como un secado meticuloso pero sin fricción”¹⁸ y por tanto se debe buscar un jabón adecuado, si se pretende hacer uso del jabón quirúrgico es importante verificar el pH de este, no obstante en la mayoría de los casos presenta un pH neutro (7). En cuanto al secado el uso de papel de baño, toallas húmedas perfumadas y gasas, que indicó el personal que más utiliza deben evitarse ya que sus características generan abrasiones en la piel dañando la estructura de esta. En particular el manejo de toallas húmedas

perfumadas puede alterar el pH de la piel y dejar restos no visibles de orina y heces.

Gran parte de los enfermeras (os) encuestados indicaron hacer uso de protectores de la piel como el proshield y estericide, en el caso del primero este es un “protector cutáneo suave, viscoso, no graso y sin fragancia, indicado para la piel lesionada asociada a la incontinencia (...) Se adhiere bien a la piel húmeda y seca, y es fácil de retirar”.²⁴

De acuerdo a diversas investigaciones se concluye que si Enfermería conociera más sobre los productos adecuados para el paciente con incontinencia se evitaría el deterioro de la integridad cutánea dentro y fuera del área hospitalaria pues brindaría educación al paciente.

Tras comparar todas las variables de esta investigación se concluye que en realidad la DAI no es un tema al que se le ha dado la importancia debida ya que no se aborda en las instituciones educativas (escuelas técnicas y universidades) durante la formación profesional.

Es indudable la necesidad de promover la educación continua sobre este tema, ya que el personal de Enfermería encuestado ha manifestado interés por conocer más acerca de estas lesiones, asegurando que si se le brindara información al respecto, podría mejorar sus cuidados para este grupo de pacientes.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

En conclusión se puede comentar que existe un grupo de pacientes con DAI en el hospital de tercer nivel de atención motivo de este estudio, es innegable que gran parte de estas lesiones se originan a causa de la carencia de los cuidados brindados por el personal de Enfermería como consecuencia de su falta de conocimiento y habilidad por reconocer esta afección.

Conociendo esto se busca proponer estrategias de mejora como:

- En el hospital los días jueves se imparte una sesión general abierta al personal, por lo que se recomienda programar una sesión que incluya este tema.
- De manera particular un día a la semana en un piso de hospitalización se imparte una clase dirigida específicamente al personal de Enfermería, por lo que se hace la sugerencia de retomar el tema en estas.
- Hacer uso de publicidad (carteles, folletos, trípticos) que sirva como herramienta para desarrollar la habilidad de distinguir DAI de otras lesiones.
- Sería conveniente que el hospital proponga la realización de un registro clínico orientado a la valoración de DAI en pacientes incontinentes o con riesgo de padecerla.
- Una vez que se lleven a cabo estas propuestas es importante realizar una nueva evaluación al personal de Enfermería sobre los conocimientos adquiridos para comprobar que está capacitada para brindar educación a los familiares y/o cuidadores informales.

Al poner en práctica estas estrategias se pretende no sólo visibilizar el problema, sino sensibilizar a la enfermera (o) sobre la importancia en la prevención de DAI, haciéndola (o) consciente de que su conducción profesional repercutirá en la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- García FP, Ibars P, Martínez F, Perdomo E, Rodríguez M, Rueda J, Soldevilla JJ, Verdú J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Documentos Técnico N° X GNEAUPP. Madrid: Laboratorios Indas; 2006. p 7
- 2- González RV, Mora LH, Celis JS, Dermatitis asociada a incontinencia en adultos: un problema sin definición, revisión sistemática. [Internet]. Rev. Fac. Med. (CO). 2015 [Acceso 15 de marzo del 2016]; Vol. 63(2): 199-208. Disponible : <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48349>
- 3- Tortora G.J, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11a ed. Madrid: Panamericana; 2010. Pág. 146-160
- 4- Valle LE. Dermatología General, enfoque práctico. Buenos Aires: Dunken; 2012. p. 33
- 5- Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolff K. Dermatología en Medicina General. 7° ed. Tomo 1. Madrid, España: Panamericana; 2008. p. 57
- 6- Berman A, Snyder SJ, Koziar B. Fundamentos de Enfermería. 2° ed. España: MCGRAW-HILL; 2010. P 410-18
- 7- Guyton A. C., Tratado de fisiología médica. 11ª Edición. Madrid. Elsevier España. 2006. Pág. 253
- 8- Becerral L. I., Andrade V. Geriátría. 3º Edición. Madrid. Panamericana. 2010. Pág. 673

- 9- EAU. Schröder A. Et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. European Association of Urology. [Internet] 2010. [citado 14 Abril 2016]; 44(1):7. Disponible en: <http://aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinaria.pdf>
- 10- PUCCH. Escuela de medicina. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. [Internet]. Chile: PUCCH; 2015. [citado 14 Abril 2016]. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/incontinencia-urinaria>
- 11-Medina G. R., Ceballos M del C. Práctica de la geriatría. 3ª Edición. Editorial Panamericana. Año 2012.
- 12-Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. 2ª Edición. [Internet]. 2004. [citado 14 Abril 2016]; 69(10):1. Disponible en: <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentos%20de%20interes/Guia%20incontinencia.pdf>
- 13-Guindic L. C., Navarrete T. Incontinencia fecal. M. A. [Internet]. 2006. [citado 14 Abril 2016]; 69(10):1. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg061g.pdf>
- 14-Wainstein C., Quera R. Quijada M. I. Incontinencia Fecal en el adulto: un desafío permanente. Rev. Med. Clin. CONDES. [Internet]. 2013; 24(2) 249-261] Disponible en: www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%2520revista%2520m%25C3%25A9dica/2013/2%2520marzo/8-Dr.Wainstein.pdf+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=mx
- 15-National Digestive Diseases Information Clearinghouse Incontinencia fecal. NDDIC. 2013. Publication No. 13. Pág. 16
- 16- Zapata San Pedro M, Castro Varela L, Tejado Caro R; Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos; Revista electrónica trimestral

Enfermería Global 2015 [acceso 23 de marzo del 2016] no. 38 Disponible:
www.um.es/eglobal/

- 17- Beckman D, et al; Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI) Avanzado en prevención. Resolución de las carencias en evidencias para implementar las mejores prácticas. 2015 [Acceso 30 de marzo 2016], Disponible en www.woundsinternational
- 18- García Fernández F, López Casanova P, Rodríguez Palma M, et al; GUIA Cuidados de la piel en paciente con incontinencia y prevención de lesiones asociadas a la humedad. GNEAUPP.
- 19- Driver D, Dermatitis Perianal en Pacientes de Cuidados Críticos, *CriticalCareNurse*. 27(4) 1-6
- 20-Biurrun Pérez, Ulceras por humedad: diferenciación y prevención, Universidad Da Coruña, 2013-2014, [Acceso 23 marzo 2016]
- 21- Segovia T, Bermejo M, García J; Ulceras por humedad: conocerlas mejor para prevenirlas, *GEROKOMOS* 2012 23(3) 137-140
- 22- Zapata M, Castro L; Diferencias entre lesiones por humedad y por presión; *Enfermería Docente* 2008; 88, (24-27)
- 23- Cardinal Health. Incontinence Associated Dermatitis, education activity an online continuing. Colorado: Pfiedler Enterprises; 2015, p. 32
- 24- Sdu Medical. Proshield Plus [Internet]. [Acceso 16 Septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.shop.sdomedical.com/>

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de valoración de Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI) en el área de hospitalización



VALORACIÓN DE DERMATITIS ASOCIADA A INCONTINENCIA (DAI) EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha _____ Servicio _____
 Edad _____ Diagnóstico médico _____
 Número de días de hospitalización _____

Factores intrínsecos

Movilidad corporal		Deterioro en el patrón de eliminación urinario		Deterioro de eliminación en el patrón de eliminación fecal	
si	no	si	no	si	no

Factores extrínsecos

Frecuencia de deposiciones	Oclusión externa por pañal		Oclusión por pañal saturado de orina o materia fecal	
	si	no	si	no

Herramienta de clasificación de la severidad de la DAI

Clasificación	Descripción
Piel sana	Intacta, con uso de productos de barrera.
Dermatitis leve	Piel intacta con eritema, inflamación, sensibilidad aumentada y escozor.
Dermatitis moderada	Pérdida de la epidermis, eritema, aumento de la sensibilidad, lesiones en espejo y dispersas, bordes irregulares y presencia de vesículas.
Dermatitis fúngica	Erupciones maculopapular, lesiones en satélite, prurito y aumento de sensibilidad.

Observaciones _____

Anexo 2. Herramienta de clasificación de severidad de la DAI

PRESENTACIÓN CLÍNICA	SEVERIDAD DE LA DAI	SIGNOS **
 <p><i>Imagen © 3M, 2014</i></p>	<p>Ausencia de enrojecimiento y piel intacta (en situación de riesgo).</p>	<p>La piel se muestra normal en comparación con el resto del cuerpo (ausencia de signos de DAI)</p>
 <p><i>Imagen por cortesía de Joan Junkin</i></p>	<p>Categoría 1: piel enrojecida * pero intacta (leve).</p>	<p>Eritema. ± Edema</p>
 <p><i>Imagen © 3M, 2014</i> moderado</p> <p><i>Imagen por cortesía de Joan Junkin</i> severo</p>	<p>Categoría 2: piel enrojecida* y con daño (moderado-severo).</p>	<p>Igual que arriba para la categoría 1. ± Vesículas/ ampollas/ erosión cutánea. ± Infección cutánea.</p>
<p>* 0 de tonalidad más pálida, oscura, purpura, rojo oscuro o amarillo en pacientes con tonos de piel más oscuros.</p> <p>** Si el paciente no tiene incontinencia, la afección no es DAI.</p>		

Tabla extraída de: Wound International Enterprise House. Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI): Avanzado en prevención. [Internet]. 2015. [citado 14 Abril 2016]; 24(8):1.

Anexo 3

FASE 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Valores esperados	Prueba estadística
Pacientes hospitalizados por servicio	Cuantitativa discontinua	Número de pacientes por servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias Adultos • UCIA • MI 6°, 7° y 8° • Cirugía General • Neurología-Neurocirugía • Traumatología-Ortopedia 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Pacientes con DAI por servicio	Cuantitativa discontinua	Número de pacientes por servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias • UCIA • MI 6°, 7° y 8° • Cirugía General • Neurología-Neurocirugía • Traumatología-Ortopedia 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Sexo	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Edad	Cuantitativa discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos 	Promedio.

Diagnóstico	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del aparato urinario • Trastornos neurológicos • Condiciones sistémicas • Condiciones funcionales y de conducta • Efecto adverso de medicamentos 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Días de hospitalización	Cuantitativa discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • Días de estancia 	Promedio.
Movilidad corporal	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Completamente inmóvil • Muy limitada • Ligeramente limitada • Sin limitaciones 	Promedio, porcentaje y gráfica de sectores.
Severidad de DAI	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Piel sana: Intacta, con uso de productos de barrera. • Dermatitis leve: Piel intacta con eritema, inflamación, sensibilidad aumentada y escozor. 	Porcentaje y gráfica de sectores.

		<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis Moderada: Pérdida de la epidermis, eritema, aumento de la sensibilidad, lesiones en espejo y dispersas, bordes irregulares y presencia de vesículas. • Dermatitis Fúngica: Erupciones maculopapular, lesiones en satélite, prurito y aumento de sensibilidad. 	
Tipo de incontinencia	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia Urinaria • Incontinencia Fecal • Incontinencia Mixta 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Oclusión externa por pañal	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si presenta pañal • No presenta pañal 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Oclusión por pañal saturado de orina y/o materia fecal	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de orina • Presencia de materia fecal • Presencia de orina y materia fecal 	Porcentaje y gráfica de sectores.

Anexo 4. Hoja de evaluación al personal de Enfermería



ISSSTE
DIRECCIÓN MÉDICA
HOSPITAL REGIONAL GENERAL “IGNACIO ZARAGOZA”
COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
SUBCORDINACION DE ENSEÑANZA, INVESTIGACION Y E.P.S.



CUESTIONARIO

Fecha: _____ Servicio: _____

Sexo: (Masculino) (Femenino) Tiempo de antigüedad en el servicio _____

Grado académico: _____ Puesto que Ocupa: _____

Objetivo: Con el fin de **apoyar** a los pacientes que presentan Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI) se busca conocer qué áreas del conocimiento deben **reforzarse** en el personal de Enfermería para que se pueda ofrecer cuidados pertinentes a los pacientes que sufren este problema.

Las **respuestas** que usted dará serán **anónimas**, es muy importante que **responda con sinceridad** lo que conoce, ya que los resultados totales nos permitirán **establecer un programa de actualización** en favor de nuestros pacientes.

1. ¿Qué es la Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI)?: **(Si desconoce el término pase a la pregunta 6)**

2. ¿Cómo se clasifica la Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI)?:

- a) Primer grado, segundo grado, tercer grado, cuarto grado
- b) De riesgo, Temprana, tardía
- c) Leve, moderada, fúngica
- d) Primaria, secundaria y crónica

3. Menciona 3 síntomas de Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI):

- _____
- _____
- _____

4. Anota en el siguiente cuadro dos o tres diferencias entre (DAI) Dermatitis Asociada a la Incontinencia y UPP (Ulceras Por Presión)

DAI	UPP
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____

5. Enuncia a continuación los cuidados de Enfermería que se debe dar a un paciente con Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI)?

6. Enuncia a continuación cuidados específicos de Enfermería que debes brindar a un paciente con UPP:

	NUNCA	POCAS VECES	FRECUEN- TEMENTE	SIEMPRE
7. ¿Has tenido pacientes con dermatitis asociada a la incontinencia (DAI)? (Si no ha tenido pacientes responda nunca y pase a la pregunta 10)				

8. Cuando uno de tus pacientes presenta una Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI) ¿qué registro utilizas para hacer el reporte de tu valoración de Enfermería respecto a la lesión?
- Hoja de Enfermería
 - Hoja de Escala de Braden
 - No la reportas
 - Se notifica a médico tratante de manera verbal

	NUNCA	POCAS VECES	FRECUEN- TEMENTE	SIEMPRE
9. En el reporte de tu valoración de Enfermería, ¿específicas que la lesión que valoraste era una DAI?				

10. ¿Con qué frecuencia utilizas estos productos al momento de cambiar el pañal de un paciente?

a. Jabón neutro
b. Jabón quirúrgico
c. Agua Corriente
d. Agua inyectable
e. Toallitas húmedas
f. Aceites, pomadas o ungüentos
g. Gasas
h. Apósitos
i. Papel de baño
j. Otro (Especifique):

11. ¿Crees que es importante informarse sobre la Dermatitis Asociada a la Incontinencia? **SI** o **NO** (Menciona por qué si o por qué no es importante).
- _____
- _____

¡¡¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!

Anexo 5

Fase 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Nombre de variable	Tipo de variable	Indicadores	Valores esperados	Prueba estadística
Enfermeras por Servicio	Cualitativa nominal	-----	<p>Número de enfermeras por servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias Adultos • UCIA • MI 6°, 7° y 8° • Cirugía General • Neurología- Neurocirugía • Traumatología- Ortopedia 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Sexo	Cualitativa nominal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Tiempo de antigüedad en el servicio	Cualitativa ordinal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • De 2 a 5 años • De 6 a 10 años • Más de 10 años 	Porcentaje y gráfica de sectores.

Grado académico	Cualitativa ordinal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Carrera Técnica • Licenciatura • Especialidad 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Puesto que ocupa	Cualitativa nominal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de Enfermería • Enfermera General • Enfermera Especialista • Jefe de servicio 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Definición DAI	Cualitativa nominal	Lesión dérmica Contacto prolongado con heces y orina	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento • Respuesta adecuada • Respuesta inadecuada • No aplica 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Clasificación DAI	Cualitativa nominal	Primer grado, segundo grado, tercer grado, cuarto grado. De riesgo, Temprana, tardía. Leve, moderada, fúngica. Primaria, secundaria y crónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento • Adecuada • inadecuada • No aplica 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Síntomas DAI	Cualitativa	Afecta región perineal y/o perigenital, piel intacta con eritema, inflamación en el sitio de lesión, dolor, escozor,	<ul style="list-style-type: none"> • Correcto (3 síntomas) • Parcialmente correcto(1 ó 2 síntomas) • Incorrecto 	Porcentaje y gráfica de sectores.

		<p>prurito, hormigueo, bordes irregulares en espejo, puede presentar infección cutánea secundaria superficial (candidiasis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No aplica 	
<p>Diferencias entre DAI – UPP</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>DAI: Afecta región perineal y/o perigenital, piel intacta o con pérdida superficial o parcial, con eritema blanqueable a la digito presión, inflamación en el sitio de lesión, dolor, escozor, prurito, hormigueo, bordes irregulares en espejo, puede presentar infección cutánea secundaria superficial (ej. Candidiasis).</p> <p>UPP: Causada por presión o cizallamiento, afecta zona de prominencias óseas, bordes regulares, la presentación oscila entre piel intacta con</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Correcto (3 síntomas) • Parcialmente correcto(1 ó 2 síntomas) • Incorrecto • No aplica 	<p>Porcentaje y gráfica de sectores.</p>

		eritema no blanqueable a pérdida total de la piel, presencia de dolor en los primeros estadios; la herida puede contener tejido no viable lo que puede provocar infección secundaria del tejido blando.		
Cuidados a pacientes con DAI	Cualitativa nominal	Limpieza de la zona afectada (Especificar características de los productos a usar) Uso de productos (ej. Proshield spray), jabón neutro y agua, minimizar contacto prolongado de orina/heces. Cambio frecuente de pañal.	<ul style="list-style-type: none"> • Correcto (3 síntomas) • Parcialmente correcto(1 ó 2 síntomas) • Incorrecto • No aplica 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Cuidados a pacientes con UPP	Cualitativa nominal	Cambios de posición frecuentes, mantener la alineación corporal para mantener el peso, lubricación e hidratación de la piel, protección de prominencias óseas, mantener una	<ul style="list-style-type: none"> • Correcto (3 síntomas) • Parcialmente correcto(1 ó 2 síntomas) • Incorrecto 	Porcentaje y gráfica de sectores.

		alimentación adecuada, mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas y evitar fricción y cizallamiento.		
Frecuencia del manejo de pacientes con DAI	Cualitativa ordinal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Pocas veces • Frecuentemente • Siempre • No aplica 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Registro clínico que utiliza Enfermería para reportar pacientes con DAI	Cualitativa nominal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Enfermería • Hoja de Escala de Braden • No lo reporta • Se notifica a médico tratante de manera verbal 	Porcentaje y gráfica de sectores.
Especifica Enfermería en sus registros que la lesión valorada es una DAI	Cualitativa nominal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Pocas veces • Frecuentemente • Siempre • No aplica 	Porcentaje y gráfica de sectores.

Productos utilizados para limpieza de piel perigenital	Cualitativa nominal	_____	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Pocas veces • Frecuentemente • Siempre • No aplica 	Porcentaje y grafica de barras
Interés de ampliar sus conocimientos sobre DAI	Cualitativa nominal	-----	<ul style="list-style-type: none"> • Si fundamentado • Si sin fundamento • No • Desconoce 	Porcentaje y gráfica de sectores.