



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

LAGUNA FALCÓN MARCOS GUILLERMO

DIRECTORA DE TESIS

LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA

México D.F., 2010



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.

A mis padres como testimonio de eterno agradecimiento por todo el apoyo, cariño y confianza que depositaron en mí.

A mis hermanos por su cariño, apoyo y ejemplo en mi formación académica.

A mis sobrinos Alan, Ximena, Fernanda y Eirick que son y serán siempre un gran estímulo para alcanzar nuevas metas.

A mi tío Ignacio Falcón como agradecimiento por todo su apoyo y por ser siempre un ejemplo en mi vida.

A mis amigos por el apoyo y la sincera amistad que me brindaron a lo largo de mi carrera.

A la Licenciada Beatriz Carmona y la Maestra Gandhi Ponce por su paciencia y consejo en el desarrollo de este logro conjunto.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

Comunico a usted que el alumno (a) **MARCOS GUILLERMO LAGUNA FALCÓN**, con número de Cuenta **302309205**, de la Carrera de **Licenciatura en Enfermería** se le ha fijado el día **18** del mes de **febrero** del año **2011** a las **14:00** hrs., para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

PRESIDENTE:
MTRO. JOSÉ LUÍS ORTEGA CASTILLO

V O C A L:
LIC. BEATRÍZ CARMONA MEJÍA

SECRETARIO:
MTRA. ROSA CLARA GRANADOS ESCAMILLA

SUPLENTE:
DR. ARMANDO LUIS GUTIÉRREZ GARCÉS

SUPLENTE:
LIC. DIANA LUZ CHÁVEZ SÁNCHEZ

El título de la prueba escrita que presenta es: "Nivel de conocimientos sobre prevención de úlceras por presión y percepción de autoeficacia en Enfermería".

Opción de titulación: TESIS

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 25 de Enero del 2011
ZARAGOZA
DIRECCIÓN
DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
DIRECTOR

U. N. A. M.
DE ESTUDIOS
SUPERIORES
FACULTAD
ZARAGOZA
JEFATURA DE CARRERA DE
ENFERMERÍA

Recibí
Oficina de exámenes profesionales
y de grado.

Vo.Bo.
JEFE DE LA CARRERA
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA"** preparada por el alumno **C. MARCOS GUILLERMO LAGUNA FALCÓN** con número de cuenta **302309205**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente U. N. A. M.
DE ESTUDIOS
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"
México, D.F. a 26 de octubre de 2010

PRESIDENTE

MTRO. JOSÉ LUIS ORTEGA CASTILLO





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA"** preparada por el alumno **C. MARCOS GUILLERMO LAGUNA FALCÓN** con número de cuenta **302309205**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 26 de octubre de 201009

VOCAL

LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA"** preparada por el alumno **C. MARCOS GUILLERMO LAGUNA FALCÓN** con número de cuenta **302309205**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 26 de octubre de 2010

SECRETARIO

MTRA. ROSA CLARA GRANADOS ESCAMILLA





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA"** preparada por el alumno **C. MARCOS GUILLERMO LAGUNA FALCÓN** con número de cuenta **302309205**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

México, D.F., a 26 de octubre de 2010

SUPLENTE

DR. ARMANDO LUIS GUTIÉRREZ GARCÉS





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA**" preparada por el alumno **C. MARCOS GUILLERMO LAGUNA FALCÓN** con número de cuenta **302309205**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 26 de octubre de 2010

SUPLENTE

LIC. DIANA LUZ CHÁVEZ SÁNCHEZ





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Comunicamos a usted, que la Tesis con el tema "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA**" de el **C. MARCOS GUILLERMO LAGUNA FALCÓN** con número de cuenta **302309205**, ha sido revisada y tiene el visto bueno de los integrantes del jurado:

PRESIDENTA:
MTRO. JOSÉ LUIS ORTEGA CASTILLO

VOCAL:
LIC. BEATRÍZ CARMONA MEJÍA

SECRETARIO:
MTRA. ROSA CLARA GRANADOS ESCAMILLA

SUPLENTE:
DR. ARMANDO LUIS GUTIÉRREZ GARCÉS

SUPLENTE:
LIC. DIANA LUZ CHÁVEZ SÁNCHEZ

Índice

Introducción

I. Justificación 4

Título Primero Marco Teórico

Capítulo 1. Calidad de los Servicios de Salud 6

1.1 Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 6

1.2 Calidad de la Atención 8

Capítulo 2. Teorías del Conocimiento 11

2.1 Racionalismo y Constructivismo 12

Capítulo 3. Teoría de Autoeficacia 13

3.1 Influencias en el Desarrollo de Autoeficacia 13

Capítulo 4. Úlceras por Presión 16

4.1 Etiopatogenia 17

4.2 Clasificación y Localización 18

4.3 Complicaciones 19

4.4 Cuidados Generales 20

4.5 Antecedentes 21

4.6 Planteamiento del Problema 24

Capítulo 5. Investigación 25

5.1 Objetivos 25

5.2 Hipótesis 26

5.3 Operacionalización de Variables 27

Título Segundo Marco Metodológico

Capítulo 6. Diseño de la Investigación	30
6.1 Tipo de Estudio	30
6.2 Descripción del Instrumento	31
6.3 Cálculo de Rangos	32
6.4 Universo de Trabajo	33
6.5 Técnica de Muestreo	33
6.6 Criterios de Selección	34
6.6.1 Criterios de inclusión	34
6.6.2 Criterios de exclusión	34
6.6.3 Criterios de eliminación	34
Capítulo 7. Aspectos Éticos y Legales	35
Capítulo 8. Análisis de Resultados	37
8.1 Fiabilidad del Instrumento	37
8.2 Análisis Descriptivo	38
8.3 Análisis Inferencial	47
Discusión	50
Conclusiones	52
Bibliografía	53
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) afectan principalmente a personas de más de 60 años, son áreas localizadas en zonas de apoyo coincidentes con prominencias óseas, de tejido suave infartado que se presenta cuando la presión aplicada a la piel durante un tiempo es mayor que la presión capilar normal (32mmHg); el signo inicial de presión es el eritema, posteriormente isquemia del tejido cutáneo, el cual al degradarse o destruirse produce necrosis de los tejidos suaves subyacentes.

Esto es prevenible si se aplican de manera adecuada las medidas preventivas para evitar la aparición de estas lesiones, para ello es necesario tener un conocimiento claro y que este bien fundamentado en la literatura, además de que todo el personal que las aplique tenga la seguridad de lo que esta realizando y esto será determinado por la autoeficacia que cada uno percibe. Todo esto se verá reflejado en la calidad de la atención que el personal de Enfermería proporciona a los usuarios, logrando así la disminución de las estancia hospitalaria además de los altos costos económicos que estas producen cuando surgen complicaciones como las infecciones nosocomiales.

Los valores que legitiman y dan fundamento a la práctica de Enfermería en México, se caracterizan por estar por encima de cualquier interés particular, de tal suerte que las instituciones de salud, buscan conjuntar los avances científicos y tecnológicos del mundo moderno, los valores propios universales que conlleven brindar una atención de calidad desde el ámbito técnico y científico con la oportunidad, eficacia y eficiencia requeridos, pero a la vez con equidad, justicia social y apego a los valores éticos y humanos que la población necesita.

La sociedad mexicana es cada vez más diversa y compleja, lo cual se ha traducido en retos, a su vez, más difíciles de vencer en la búsqueda para brindar servicios de salud de calidad a toda la población.

Para poder lograr esta meta, la indagación y la reflexión en torno a la calidad de la atención en salud, se ha orientado a dar solución a los problemas estructurales que las instituciones enfrentan, mediante la actualización en temas que se han vuelto al pasar de los años en verdaderos problemas de salud pública.

La calidad del servicio percibido por los usuarios ha producido la incidencia de quejas sobre el trato otorgado o sobre los resultados del tratamiento del padecimiento de la queja, estas son la consecuencia de múltiples factores, pero quizás el más importante sea la falta de actualización del personal de salud sobre algunos temas.

Aunque las guías clínicas facilitan la difusión de los resultados, su existencia, por sí misma, no pueden garantizar que los profesionales de enfermería conozcan los cuidados de UPP basados en la mejor evidencia, y tampoco que los incorporen en su práctica clínica diaria, como demuestran diferentes estudios que sugieren que los profesionales tienen un conocimiento insatisfactorio de los resultados de la investigación. Parece ser que hay una baja difusión del conocimiento en enfermería, debido fundamentalmente a que los métodos que tradicionalmente se han usado para ello, tales como congresos y publicaciones en revistas profesionales, no resultan ser lo suficientemente efectivos.

A pesar de estar muy aceptada la necesidad de la práctica de enfermería basada en la evidencia, actualmente el cambio en la práctica es complejo y difícil, se puede inferir que existe una separación entre conocimientos y práctica. Las enfermeras identifican múltiples barreras que impiden que la investigación sea utilizada en la práctica clínica. Dichas barreras pueden clasificarse en cuanto a autoeficacia, recursos y apoyo.

El personal de Enfermería tiene una gran responsabilidad en todo ello, es indudable que existen esfuerzos precisos, pero se debe buscar y fomentar su mejor preparación.

Desde luego la búsqueda de la confianza del paciente por parte del personal de Enfermería, es quizás el punto más importante para elevar la percepción de la calidad de los cuidados que estos ofrecen, para ello es necesario que el personal de Enfermería integre todos los conocimientos que tiene en la prevención de UPP además de que desarrolle favorablemente la autoeficacia que percibe en la aplicación de estas medidas.

I. JUSTIFICACIÓN

La gerencia de enfermería muestra una evolución importante en la última década, los cambios son vertiginosos y los profesionales que desarrollamos en estas actividades nos enfrentamos a retos muy importantes con la finalidad de que el personal de enfermería proporcione *cuidados con garantía de calidad*, retos que deben enfrentarse a través de las investigaciones de enfermería y del conocimiento disciplinar aplicadas al cuidado y quehacer de la enfermera (o), esto es lo que va a fundamentar el actuar y a garantizar que las decisiones tomadas en el desarrollo de estrategias sean las mejores y estén acordes con las exigencias de las autoridades de salud y de la población atendida, llevando a la atención de enfermería hacia la *excelencia mediante la evidencia*.¹

La incidencia de UPP, como reconoce la Organización Mundial de la Salud, refleja la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país.

En países desarrollados la incidencia en pacientes adultos está entre 5% y 12% y tiende a incrementarse hasta 20% en enfermos geriátricos. The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), reporta para América una incidencia de 7%. En México, no se cuenta con datos exactos sobre la incidencia de úlceras por presión.²

Las úlceras por presión constituyen un reto terapéutico para el especialista en cuidado de heridas y para todo el personal de salud involucrado en su manejo. La realidad es que a pesar de que se han convertido en un problema de salud pública en nuestro país, éste no está reconocido por la falta de estadísticas e incluso el pobre reporte de las mismas en los expedientes clínicos.³

En Estados Unidos, se habla de que el costo de cicatrizar una UP varía entre \$500 y 40,000 dólares dependiendo de la profundidad y el tamaño que tenga.

La frecuencia varía de acuerdo a la edad del paciente, siendo alta mientras mayor es el enfermo. También depende del tipo de institución en que este se encuentre, produciéndose cerca de dos tercios de ellas en los hospitales de agudos y del resto, una parte en las residencias y una menor proporción en sus propios hogares.⁴

De todas ellas, más o menos un 2% son muy severas y pueden comprometer la vida del enfermo. Se calcula que su incidencia en la población general es del 1.7% entre los 55 y 69 años y del 3.3% entre los 70 y 75 años. Lo más importante es que el 95% de las UP son evitables y por ello es prioritaria la prevención.⁵

Se debe insistir que la mejor úlcera por presión es la que no existe, ósea que el mejor tratamiento es la prevención por lo que se debe insistir en el personal de Enfermería para proporcionar las medidas profilácticas tendientes a evitar la aparición de la úlcera.⁶

Título Primero Marco Teórico

Capítulo 1 Calidad de los Servicios de Salud

La calidad es un valor organizacional del sistema de salud, en torno a ella se han incorporado una serie de esfuerzos y estrategias para mantenerla y mejorarla con un nuevo paradigma, en el cual se plantea la evaluación como un acto indispensable para demostrar los resultados del proceso de atención para la salud, en donde la calidad debe ser explícita, siendo posible y fundamental, medir para comparar, para aprender y para mejorar. La evaluación implica un sistema de monitoreo y seguimiento de los servicios de enfermería con base en diversos indicadores que permiten medir periódicamente la ejecución de actividades con el fin de adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno.

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios.⁷

1.1 Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

En el sexenio pasado la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad instituyó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y se identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería; con este fin se establecieron vínculos de colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada, para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos.

Desde su inicio en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se determinaron tres premisas estratégicas para alcanzar la visión, cumplir los objetivos y dar factibilidad a la intervención emprendida. Las estrategias que se establecieron fueron: empezar en casa, priorización 20/80 y secuencia 3+3.

Así fue como se diseñó y se ha ido construyendo el programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería dado a conocer en su primera etapa con la definición de tres indicadores: “Ministración de medicamentos por vía oral”, “Vigilancia y control de infecciones en venoclisis instalada” y “Trato digno por enfermería”, mismos que desde el primer cuatrimestre del 2004 han sido monitoreados a nivel nacional en las unidades médicas públicas o privadas del Sistema Nacional de Salud.

Con ese motivo, el de avanzar de manera progresiva en la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, la CIE en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, como instancia responsable de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud han determinado incluir para su monitoreo en el sistema INDICA, otros tres nuevos indicadores que tienen como propósito evitar riesgos y daños innecesarios al paciente y contribuir a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria del los pacientes.

Los indicadores aquí presentados: “Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada”, “Prevención de caídas en pacientes hospitalizados” y “Prevención de úlceras por presión” se elaboraron utilizando la misma metodología de los indicadores anteriores y atendiendo al criterio de seleccionar especialmente aquellos procedimientos en los que el personal de enfermería tiene responsabilidad y participación directa en el proceso de atención.

Es importante resaltar que las infecciones nosocomiales, las caídas de los pacientes y las úlceras por presión, son tres de los asuntos que la Organización Mundial de la Salud y sus países miembros determinaron hacer en seguimiento sistemático y establecer acciones que le permitan controlar y disminuir sus efectos. Así mismos estos tres procedimientos se asocian con un aumento en la estancia hospitalaria y se correlaciona con un incremento en los costos hospitalarios y en algunos casos es causal de quejas o inconformidades ante instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), o bien de una demanda con responsabilidad legal.⁸

Para poder hablar de brindar una atención de calidad es importante tener un conocimiento previo que fundamente y guíe nuestras acciones en la aplicación de nuestras intervenciones por ende se debe entender cuál es el origen de este conocimiento además de su concepto.

1.2 Calidad de la Atención: Avedis Donabedian

La calidad constituye un valor organizacional del sistema de salud, la cual también está determinada por la autoeficacia que percibe el personal de Enfermería en la realización de sus intervenciones, para la cual su medición es necesaria para la evaluación como un acto para demostrar los resultados del proceso de atención para la salud, específicamente en el cuidado de enfermería. La evaluación de la calidad implica implementar un sistema de monitoreo y seguimiento de los servicios de enfermería con base en indicadores y estándares.

En la edición de 1995 del Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española, se propone la siguiente definición de calidad:

“Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.”

Si bien esta definición es sencilla, en la edición 2001 del mismo Diccionario se propone una definición aún más simple:

“Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.”

En otras palabras, la calidad no es absoluta, ni se refiere exclusivamente a la perfección. La calidad puede ser buena, regular o mala en la medida en que la cosa analizada presente un conjunto de características, y sólo la buena calidad es la que satisface a los clientes.

Por un lado, Avedis Donabedian reconoce que la calidad de la atención de salud presenta dos dimensiones: la dimensión técnica, que se refiere a la aplicación del conocimiento biológico y de las disciplinas relacionadas para resolver los problemas de salud de los pacientes y la dimensión interpersonal, que es la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud.

Por otro lado, Donabedian propone la clasificación de las características de los servicios de salud en tres categorías, o desde tres enfoques: la estructura, el proceso y el resultado. Por estructura debemos entender todos los recursos con los que cuenta una unidad de salud para proporcionar la atención: las personas, la tecnología, las instalaciones, los materiales, etc.⁹

Pero no sólo eso. La estructura también consiste en la forma en que los recursos disponibles están organizados, de modo que se pueden identificar unidades que, aun estando bien equipadas y contando con una plantilla completa, sean menos productivas y su trabajo sea de menor calidad que el de otras menos afortunadas. Es decir, la estructura es aquello con lo que se cuenta para trabajar y la forma en que se utiliza.

El proceso en cambio se refiere al trabajo propiamente dicho, sobre todo cuando éste involucra el contacto entre el profesional de la salud y el paciente. Finalmente, el resultado es el producto de la atención. En otras palabras, es el cambio de salud en los pacientes siempre y cuando pueda ser atribuido a la atención recibida.

Cuando se pide al personal de las unidades médicas que mencione los principales problemas de calidad, suele identificar la falta de recursos (la estructura deficiente) como el problema más importante. Sin embargo, en repetidos estudios se ha observado que los problemas relacionados con el proceso, es decir, con la forma en que se realiza el trabajo, tienen dos veces más peso que los problemas de estructura para determinar el nivel de calidad de los resultados de la atención. Dicho en otras palabras, si bien es cierto que hay falta de recursos, también es cierto que quizá no se estén aprovechando los recursos disponibles de la mejor manera posible al realizar las actividades cotidianas.

Capítulo 2

Teorías del conocimiento

El conocimiento representa una relación entre un sujeto y un objeto. El verdadero problema del conocimiento consiste, por tanto, en el problema de la relación entre el sujeto y el objeto. El conocimiento se representa a la conciencia natural como una determinación del sujeto por el objeto.

Esta teoría del conocimiento se deriva de la *doble naturaleza del hombre*: una como ser *individual* “que tiene su base en el organismo y cuyo círculo de acción se encuentra limitado”, y otra como ser *social* “que representa en nosotros la más alta realidad, en el orden intelectual y moral, que podemos conocer por la observación...”.

A juicio de Durkheim, esta teoría del conocimiento positiva supera y da respuesta a la confrontación entre “empirismo” y “racionalismo”, a la vez que plantea la imposibilidad del conocimiento metafísico. Dado que la lógica que gobierna las categorías de pensamiento del hombre no está inscrita en su constitución mental sino que depende de factores históricos, en consecuencia sociales.

Conocer significa aprehender espiritualmente un objeto. Esta aprehensión no es por lo regular un acto simple, sino que consta de una pluralidad de actos. La conciencia cognoscente necesita dar vueltas, por decirlo así, en torno a un objeto, para aprehenderlo realmente. Pone su objeto en relación con otros, lo compara con otros, saca conclusiones, etcétera.

En el punto inicial y en el punto final de nuestro conocimiento se halla, pues, una aprehensión intuitiva. Aprehendemos de un modo inmediato, intuitivo, tanto lo inmediatamente dado, de que parte nuestro conocimiento, como los últimos principios que constituyen las bases del mismo.

2.1 Racionalismo y Constructivismo

La posición epistemológica que ve en el pensamiento, en la razón, la fuente principal del conocimiento humano, se llama *racionalismo* (de *ratio* = razón). Según él, un conocimiento sólo merece, en realidad, este nombre cuando es lógicamente necesario y universalmente válido. Cuando nuestra razón juzga que una cosa tiene que ser así y que no puede ser de otro modo; que tiene que ser así, por tanto, siempre y en todas partes, entonces y sólo entonces nos encontramos ante un verdadero conocimiento, en opinión del racionalismo.¹⁰

El constructivismo es un enfoque que sostiene que el individuo tanto en los aspectos cognoscitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores. El conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano, que se realiza con los esquemas que ya posee, con lo que ya construyó en su relación con el medio que la rodea.

Capítulo 3

Teoría de Autoeficacia. Albert Bandura

La calidad de la atención que el personal de Enfermería ofrece a los pacientes no sólo depende de el conocimiento que estos tengan a cerca de la patología o el procedimiento, también es parte de este constructo la eficacia con la que se percibe para realizar las intervenciones necesarias que satisfagan de manera adecuada las necesidades propias de cada paciente.

Esto nos lo plantea claramente la Teoría de Autoeficacia de Albert Bandura en la que nos menciona que la autoeficacia es un factor personal que probabiliza la motivación, el afecto y la ejecución, es decir, la conducta que es en última instancia, un aspecto observable, evaluable. Los tres elementos del determinismo recíproco triádico (teoría cognitiva social) no sólo consideran la conducta, sino los factores personales y cognitivos, como variables que influyen en las creencias, representaciones, expectativas y opiniones de las personas. Desde esta teoría se trata de explicar la conducta humana y los factores que intervienen en su realización y mantenimiento. En este sentido la autoeficacia puede entenderse como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras.

3.1 Influencias en el desarrollo de la Autoeficacia

Esta teoría se centra en un aspecto particular: los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad de actuar. Bandura esbozó cuatro tipos de experiencias que influyen en la autoeficacia:

I. La primera y más influyente es la experiencia directa; el encuentro personal con el ambiente proporciona el índice más fiable de las capacidades de uno.

II. Una segunda influencia es la vicaria; en parte, la gente basa las evaluaciones de sus propias capacidades en la ejecución de otros que son similares a ellos.

III. Una tercera fuente de influencia es la persuasión verbal; los sujetos con frecuencia intentan inculcar creencias de eficacia percibida persuadiendo a otros de su eficacia.

IV. Finalmente, los estados afectivos y psicológicos pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.¹¹

La autoeficacia como determinante de la intención de la conducta, también ha sido tratada desde la Teoría de la Acción Planeada como control percibido, sin embargo, reconociendo ciertas similitudes de estos constructos, también ha marcado una diferencia importante entre ambas: según este autor, la percepción de control es mucho más amplio y está conformado por un gran número de variables, por ejemplo, la oportunidad de acción, el tiempo o momento en que la conducta ha de realizarse, la necesidad de otras personas para realizar la acción o los obstáculos que éstas puedan interponer para que dicha acción no sea llevada a término o la percepción de habilidad para llevara a cabo la acción, la percepción de eficacia, etc.

La autoeficacia percibida es un juicio de capacidad para ejecutar determinados tipos de rendimientos mientras que la expectativa de resultados es un juicio acerca de las consecuencias probables que tales rendimientos producirán. Las expectativas de resultado se manifiestan de tres formas diferentes: resultados materiales, sociales o autoevaluativos (Bandura, 1986). Una clase de resultados incluye los costos materiales y beneficios que provoca el comportamiento. Las reacciones sociales negativas y positivas que el comportamiento provoca constituye la segunda categoría de resultados.

Las personas adoptan normas personales y regulan su comportamiento mediante reacciones autoevaluativas. Ellas realizan cosas que les proporcionan autosatisfacción y autovaloración, y evitan comportarse de maneras que les produzcan insatisfacción. La tercera clase de resultados se relaciona con las reacciones autoevaluativas negativas y positivas frente al propio comportamiento.

Dentro de cada categoría, las expectativas positivas funcionan como incentivos y las negativas como obstáculos. Los resultados que las personas anticipan dependen ampliamente de sus juicios acerca de cuán hábiles ellas serán para desempeñarse en determinadas situaciones.¹²

Como se ha mencionado la calidad de la atención que brinda el personal de Enfermería, se ve reflejado en la evolución que tiene el paciente durante su estancia hospitalaria, es por ello que la aparición de úlceras por presión nos habla de una deficiente aplicación de medidas para prevenir este tipo de patología, además de otros factores como pueden ser: la insuficiencia de insumos, el bajo conocimiento del personal y/o las características propias del paciente.

Las úlceras por presión pueden y deben de evitarse con unos cuidados adecuados de enfermería dentro de un plan general que incluye el trabajo multidisciplinar además del paciente y la familia. Son un indicador importante de la calidad de atención que se les brinda a los pacientes hospitalizados. Por esta razón, los profesionales de enfermería tienen una importancia vital, ya que son los responsables de establecer un plan de cuidados para prevenir su aparición.

Capítulo 4

Úlceras por Presión (UPP)

Las úlceras por presión son el resultado de una compleja interacción entre innumerables factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, como carga mecánica excesiva, inmovilidad, incontinencia, y edad avanzada, entre muchos otros. Aunque generalmente la inmovilidad se considera el factor predisponente principal para la inducción del desarrollo de una úlcera por presión, también se asume a menudo que existe una relación de causalidad directa entre la nutrición y el desarrollo de úlcera por presión.¹³

La frecuencia con la que se presenta esta enfermedad varía de acuerdo a la edad del paciente, siendo más alta mientras mayor es el enfermo. También depende del tipo de institución en que este se encuentra, produciéndose cerca de dos tercios de ellas en los hospitales de agudos y del resto una parte en las residencias y una menor proporción en sus propios hogares.

De todas ellas, más o menos un 2% son muy severas y pueden comprometer la vida del enfermo. Si bien no es una enfermedad exclusiva del anciano (también ocurre en enfermedades como lesiones medulares), las personas mayores tienen en promedio de 8 veces más probabilidades de padecerla.¹⁴

Lo más importante es que el 95% de las UP son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos.

4.1 Etiopatogenia

El factor más importante en el desarrollo de las UP es la presión mantenida. A ella se pueden asociar fuerzas de fricción paralelas y/o tangenciales, así como una serie de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de las condiciones del paciente. Las UP precisan la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Por ese motivo las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de UP. La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acumulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos.

La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daño isquémico incluso en menos de dos horas.¹⁵

Las fuerzas de roce (fuerzas de fricción paralelas a la superficie epidérmica) y las fuerzas de cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en las zonas de presión cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°), disminuyen la presión requerida para provocar daño tisular.¹⁶

La fricción, producto del roce con la ropa de cama y sus pliegues, así como el cizallamiento entre dos capas de la piel y la maceración por la humedad de los tejidos, agravan el efecto de la presión sobre los lugares expuestos.¹⁷

4.2 Clasificación y localización

Habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Las zonas con mayor afectación son el sacro (30%), cóccix (28%), trocánteres (17%), talones (12%), otros (13%).¹⁸

En la evolución de las UP pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).¹⁹

Clasificación de la evolución de las UPP:

Estadio I:

Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

Estadio II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III:

Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

Estadio IV:

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

4.3 Complicaciones

Las complicaciones primarias más frecuentes son dolor, anemia e infección (local o sistémica). Entre otras complicaciones están:

- La anemia será con frecuencia de origen multifactorial
- La infección: osteomielitis, bacteriemia y celulitis
- En pacientes portadores de cardiopatías con riesgo de endocarditis, debe hacerse profilaxis, al realizar manipulaciones locales importantes (biopsias, desbridamientos)
- Amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en la UP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).²⁰

Las complicaciones secundarias son: pérdida de calidad de vida y aumento de morbimortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o iatrogenia.

Todos los pacientes que se consideren con riesgo de desarrollar UPP deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que debe incluir la utilización de superficies especiales o medios complementarios para que elimine o reduzca la presión, así como estimular la actividad y el movimiento del paciente.²¹

4.4 Cuidados Generales

- Cambios posturales frecuentes, cada dos horas y si está sentado recolocararlo cada hora.
- Reductores de presión
- Cuidados para disminuir la humedad
- Prevenir la fricción y el corte (sequedad excesiva, falta de higiene, malnutrición y deshidratación).
- Almohadones y cuñas de espuma en los tobillos.
- Sábanas traveseras de piel de oveja.
- Colchones o camas especiales.
- Controlar la ingesta de alimentos y estimular la ingesta de líquidos. La dieta del paciente con UPP deberá garantizar el aporte como mínimo:
 - Hídrico de 30 cc Agua/día x Kg de peso
 - Calorías 30-35 Kcal x Kg de peso/día.
 - Proteínas 1,25-1,50 gr./Kg peso/día (pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2 gr/kg.peso/día).
 - Minerales: Zinc, hierro y cobre.
 - Vitaminas: Vit C, Vit A, complejo B.
- En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.²²

La calidad de la atención del paciente hospitalizado en varias partes del mundo, se mide tomando en cuenta diferentes procesos intrahospitalarios, sin duda alguna, las úlceras por decúbito son uno de los aspectos más relevantes para la calificación otorgada.²³

La identificación de los factores de riesgo puede hacerse utilizando la escala de Norton, este es un instrumento que se utiliza para valorar el riesgo que tiene un paciente para desarrollar úlceras por decúbito. Evalúa factores de riesgo que incrementa la vulnerabilidad para desarrollar estas lesiones de la piel. Cada factor se pondera con puntuaciones que van de 1 a 4 puntos según se incremente o disminuya el riesgo. A menor puntaje, mayor vulnerabilidad.²⁴

4.5 Antecedentes

En el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” (INCICH) la evaluación de los indicadores de calidad en los servicios de enfermería es un proceso continuo de medición y comparación de resultados con base en lo que se planea y organiza. Como parte fundamental de este programa se establecieron indicadores de calidad, clasificados como indicadores de proceso, que permitieron observar, medir y mejorar la calidad, con la cual se realizan los procedimientos en cada uno de sus componentes partiendo de la Teoría General de Sistemas.

También se plantea el establecimiento de estándares relacionados con los propios procesos observados y medidos, los cuales proponen un modelo para guiar las acciones del equipo de enfermería a fin de encaminar, conocer y valorar de forma continua y retroalimentada el grado de calidad en la atención del paciente. Las bases de este programa están constituidas por acciones previas de información y registro de incidencias y desviaciones en el cuidado, las cuales permitieron contar con registros formales de los incidentes que se presentaban durante la ejecución de técnicas y procedimientos de enfermería en el cuidado del paciente.

El resultado de este sondeo era la evidencia clara de que había alteraciones que era necesario controlar, es decir: *conocer para mejorar*, por lo que se diseñó un programa de calidad con la base fundamental de la evaluación y el establecimiento de indicadores y estándares de calidad.

En el año 2001, se implementó el Proyecto de Diseño y Validación de Estándares e Indicadores para el Cuidado Enfermero, mismo que se convertiría en el programa maestro para evaluar la calidad con la cual se realizan los procedimientos, que durante las auditorías se reportaban como errores frecuentes denominándolos “focos rojos”.

Cabe mencionar que el inicio de este programa fue previo o simultáneo a la gestación de la Cruzada Nacional por la Calidad, la cual fue creada e impulsada por el Dr. Enrique Ruelas Subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud.²⁵

En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en los servicios de medicina interna, neurología y neurocirugía, se valoraron, a través de la escala de Norton a todos los pacientes que ingresaron a estos servicios durante un periodo de tiempo y que no tuvieran úlceras por decúbito. El propósito fue determinar el riesgo del paciente para desarrollar úlceras por decúbito e identificar que acciones realizaba el personal de enfermería para prevenirlas básicamente actividades encaminadas a la valoración, cuidados de la piel y movilización.

Para evaluar el grado de conocimientos que las enfermas tenían con relación a las intervenciones que debían realizar se determinaron dos categorías de calificación: suficientes si 70% de las respuestas eran correctas e insuficientes si la puntuación era menor de 70%. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron las pruebas de Anova y chi cuadrada.

Por servicio el puntaje global de riesgo del paciente para desarrollar úlceras de decúbito no mostró diferencia significativa. En los servicios incluidos predominaron los pacientes con riesgo bajo. El factor de riesgo edad fue significativamente mayor en el servicio de medicina interna. Las intervenciones de enfermería reportadas mostraron que fueron suficientes para prevenir el desarrollo de úlceras por decúbito en el paciente hospitalizado en los servicios seleccionados, con un porcentaje significativamente mayor en el servicio de medicina interna.

Sin duda este estudio y muchos más que con esta intención llevan el propósito de ofrecer a los pacientes la posibilidad de que mediante la valoración oportuna de los factores de riesgo, algunos de los problemas a los que se encuentra expuesto sean minimizados es siempre necesario. El desarrollo de úlceras por decúbito en los pacientes hospitalizados, es previsible ya que existen factores de riesgo que pueden valorarse a través de métodos de evaluación diseñadas para este fin.²⁶

4.6 Planteamiento del Problema

Las úlceras por presión son un indicador importante de la calidad de atención de enfermería. Así, los profesionales de enfermería desempeñan un papel vital ya que son los encargados de establecer un plan de cuidados a fin de prevenir la aparición de úlceras por presión y acelerar la recuperación del paciente cuando ya estén establecidas.

El grado de conocimientos que el personal de Enfermería tiene acerca de las medidas de prevención para evitar el desarrollo de este tipo de lesiones, así como su nivel de seguridad en la aplicación de estas mismas, son fundamentales en la prevención de su aparición, ya que su incidencia en el hospital es una complicación frecuente en pacientes inmovilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo en especial los pacientes de edad avanzada y que suelen agravar su pronóstico, elevando el riesgo de infecciones, lo que conlleva a prolongar la estancia hospitalaria y por consiguiente el aumento del costo económico, todo esto aunado a la percepción del paciente de una atención de enfermería de deficiente calidad.

Por lo antes señalado, se planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación existente entre el nivel de conocimientos sobre prevención de úlceras por presión y la percepción de autoeficacia del personal de Enfermería de los servicios de Medicina Interna y Cirugía General de un hospital de 2° nivel de atención?

Capítulo 5 Investigación

3.1 Objetivos

General:

- Identificar la relación existente entre el nivel de conocimientos y la percepción de autoeficacia en la aplicación de medidas preventivas para Úlceras por Presión que tiene el personal de Enfermería en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General de un hospital de 2° nivel de atención.

Específicos:

- Evaluar el nivel de conocimientos que tiene el personal de Enfermería acerca de medidas de prevención de úlceras por presión.

- Evaluar la percepción de autoeficacia que tiene el personal de Enfermería en la aplicación de medidas preventivas para úlceras por presión.

3.2 Hipótesis

Hi: Existe diferencia significativa entre el nivel de conocimientos y la percepción de autoeficacia del personal de Enfermería.

Ho: No existe diferencia significativa en entre el nivel de conocimientos y la percepción de autoeficacia en el personal de Enfermería.

3.4 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PROPIEDAD	NIVEL DE MEDICIÓN	VALOR O CÓDIGO
Nivel de conocimiento	Resultado de la asimilación de una información por una persona de acuerdo con el nivel académico. (Jesús de la Fuente Arias, 2003)	Nivel de conocimientos medido por la suma de 20 ítems con 5 opciones de respuesta donde solo 1 es correcta.	\neq $=$ $><$ \leftrightarrow \emptyset	Cuantitativa Intervalar	1) Domina el conocimiento. 2) No domina claramente el conocimiento. 3) Domina suficientemente el conocimiento. 4) Domina ampliamente el conocimiento.
Autoeficacia	Constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una situación. (Pilar Sanjuán Suárez, 2000)	Nivel de confianza que se posee para aplicar las medidas de prevención para úlceras por presión.	\neq $=$ $><$ \leftrightarrow \emptyset	Cuantitativa Intervalar	1) Completamente seguro de poder hacerlo. 2) Seguro de poder hacerlo. 3) Relativamente seguro de poder hacerlo. 4) Apenas cierto de poder hacerlo. 5) No puedo hacerlo.
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer. (http://es.thefreedictionary.com/sexo)	Características biológicas medidas por: 1) Femenino 2) Masculino	$=$ \neq	Cualitativa Nominal	1) Femenino 2) Masculino
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento. (http://es.thefreedictionary.com/edad)	Tiempo de vida a partir de su nacimiento.	\neq $=$ $><$ \leftrightarrow \emptyset	Cuantitativa Intervalar	1) 18-28 años 2) 29-38 años 3) 39-48 años 4) 49-58 años

Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia. <i>(http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil)</i>	Situación civil en la que se encuentra el individuo al momento de la aplicación del instrumento.	= ≠	Cualitativa Nominal	1)Soltero 2)Casado
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un individuo en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada. <i>(http://es.thefreedictionary.com/escolaridad)</i>	Periodo de tiempo que dura la estancia de un individuo en una escuela. 1) Carrera técnica. 2) Licenciatura. 3) Especialista.	≠ = ><	Cualitativa Ordinal	1)Carrera técnica. 2)Licenciatura. 3)Especialista.
Categoría	Grado o nivel en una profesión, carrera o actividad. <i>(http://es.thefreedictionary.com/categoria)</i>	1)General 2)Auxiliar	>	Cualitativa Ordinal	1)General 2)Auxiliar
Servicio	Organización, con su personal y medios, que se encarga de realizar un trabajo que satisface determinadas necesidades de una comunidad. <i>(http://es.thefreedictionary.com/servicio)</i>	1)Cx. General 2)M.I 2º piso 3)M.I 3º piso	=	Cualitativa Nominal	1)Cx. General 2)M.I 2º piso 3)M.I 3º piso

Turno	<p>Orden según el cual se alternan varias personas o grupos en la realización de una actividad o un servicio. http://es.thefreedictionary.com/turno</p>	<p>Matutino Vespertino Nocturno</p>	<p>= ≠</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>1)Matutino 2)Vespertino 3)Nocturno</p>
<p>Antigüedad Laboral.</p>	<p>Periodo continuado durante el cual una persona ha realizado un trabajo o actividad. http://es.thefreedictionary.com/antiguedad+laboral</p>	<p>El que aparezca</p>	<p>≠ = >< ↔ ∅</p>	<p>Cuantitativa Intervalar</p>	<p>1)< 1 año 2)1-10 años 3)11-20 años 4)21-30 años 5)>30 años</p>

Título Segundo

Marco Metodológico

Capítulo 6

Diseño de la Investigación

6.1 Tipo de Estudio

Se trata de un estudio de modalidad cuantitativa con alcance correlacional y transversal, ya que pretende evaluar en un solo momento así como describir el nivel de conocimientos y la autoeficacia percibida en la aplicación de medidas preventivas para úlceras por presión en el personal de Enfermería.

Se incluyen problemas de tipo comparativo que pretenden comparar muestras independientes, al tomar de la población de Enfermería grupos de distintos servicios, turnos y categorías. Además para el diseño correlacional se llevaran a cabo pruebas de asociación en búsqueda de relación entre ciertas variables como edad, sexo, escolaridad, antigüedad laboral, así como del nivel de conocimientos y percepción de autoeficacia.

6.2 Descripción del Instrumento

El cuestionario empleado se encuentra conformado por preguntas abiertas y cerradas y consta de tres partes:

1. La primera solicita datos sociodemográficos (edad, sexo, edo. civil, escolaridad, categoría, servicio, turno, antigüedad laboral).

2. La segunda parte evalúa el nivel de conocimientos a cerca de prevención de úlceras por presión con 25 ítems cerrados, de opción múltiple donde solo una opción es correcta elaborado para la presente investigación, apoyándose en instrumentos como el de “Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Criticas” (Quesada y García, 2008) y del instrumento de “ Revisión de conocimientos sobre cuidados en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión” (Erro y Fernández, 2003).

Esta parte se mide con 25 preguntas que se refieren a los factores de riesgo, vigilancia de la piel, valoración e identificación de UPP, uso de escalas de valoración, utilización de dispositivos reductores de la presión, nutrición, cambios posturales, educación en cuidados generales. Se hace uso de 5 opciones de respuesta donde solo 1 es correcta y las otras 4 opciones son incorrectas.

3. La tercera parte, evalúa la Percepción de Autoeficacia para la aplicación de medidas de prevención de UPP, para lo cual se retoma y adapta el instrumento “Conocimientos y percepción de la autoeficacia para la aplicación del P.A.E. en alumnos de pregrado”(Bernal, 2004) en su apartado III, referente a percepción de autoeficacia, el cual hace referencia a la escala de Autoeficacia Generalizada de Albert Bandura (1993),de

acuerdo con el objetivo de la investigación (15 ítems). La escala utilizada para medir la actitud de autoeficacia es de tipo Likert con valores que van de 5 al 1 (desde completamente seguro de poder hacerlo, seguro de poder hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, apenas cierto de poder hacerlo y no puedo hacerlo).

6.3 Cálculo de rangos:

El nivel de conocimientos esta determinado por 20 ítems, donde de su suma total resulta una escala numérica de 1 a 10, su interpretación se traduce de la siguiente forma:

1.0	2.00	2.01	3.00	3.01	4.00	4.01	5.00
No domina el conocimiento.	No domina claramente el conocimiento.		Domina suficientemente el conocimiento.		Domina ampliamente el conocimiento.		

Para la interpretación de autoeficacia percibida, se consideró la suma total de los puntajes obtenidos, dando lugar al índice general de Autoeficacia Percibida ubicada en un cuadro propuesto por Albert Bandura para medición de la Autoeficacia Generalizada.

1	20	21	40	41	60	61	80	81	100
No puedo hacerlo.	Apenas cierto de poder hacerlo.		Relativamente seguro de poder hacerlo.		Seguro de poder hacerlo.		Completamente seguro de poder hacerlo.		

6.4 Universo de Trabajo

El estudio se llevó a cabo en la población de un hospital de 2° nivel de atención, ubicada en el Distrito federal.

El universo de trabajo lo constituye el personal de Enfermería de los servicios de Cirugía General y Medicina Interna (2° y 3^{er} piso) de los turnos matutino, vespertino y nocturno con las categorías de Enfermeras(os) Generales y Auxiliares de Enfermería de un Hospital de 2° nivel de atención de D.F.

6.5 Técnica de Muestreo

La población es de $N=72$, la muestra fue determinada por medio de la fórmula de poblaciones finitas resultando como muestra $n=54$ que corresponde al 75%, a quienes se les propuso su colaboración para contestar un cuestionario relativo a los conocimientos teóricos y percepción de autoeficacia en la aplicación de las medidas de prevención de Úlceras por Presión.

6.6 Criterios de Selección

6.6.1 Criterios de inclusión

- Personal de Enfermería de los servicios de Medicina Interna (2º y 3er piso), Cirugía General.
- Personal de Enfermería de las categorías Enfermera(o) General y Auxiliar de Enfermería.
- Turno matutino, vespertino y nocturno.

6.6.2 Criterios de exclusión

- Personal de Enfermería de otros turnos.
- Personal de Enfermería de otros servicios.
- Personal que se niegue a participar en la investigación.

6.6.3 Criterios de eliminación

- Instrumentos llenados erróneamente y/o incompletos.

Capítulo 7

Aspectos Éticos y Legales

La investigación presentada está fundamentada en el Código de Nuremberg promulgada en 1947, cuyo objetivo es proteger la integridad de la persona que se somete a un experimento, estipula las condiciones necesarias para la realización de trabajos de investigación en seres humanos, haciendo hincapié en "el consentimiento voluntario" de esa persona. Para otorgar fuerza jurídica y moral a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, la Asamblea General aprobó en 1966 el Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, cuyo artículo 7 expresa lo siguiente: *"Nadie será sometido a tortura o a un tratamiento a castigo cruel, inhumano o degradante. En especial, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentación médica o científica."*

Además de la declaración de Helsinki promulgada en 1964 por la Asociación Médica Mundial, establece pautas éticas para los médicos que realizan investigación biomédica clínica y no clínica, y estipula entre sus diversas reglas el consentimiento informado de las personas que participan en la investigación, así como la evaluación ética del protocolo de investigación.²⁷

La ética del estudio se basa en las disposiciones del Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud; en el Título Segundo, capítulo 1, sobre las disposiciones comunes del Artículo 13, en el que se especifica lo siguiente: En toda la investigación que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Ley General del Salud, 1998).²⁸

Lo anterior cobra mayor sentido asintiendo que la enfermera en el ejercicio de su profesión, crea un medio ambiente en el cual los valores, costumbres y creencias del individuo, son respetadas. En el ejercicio de su profesión, debe mantener una conducta personal irreprochable que dé crédito a la profesión.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:

El Artículo 20 define el consentimiento informado, al acuerdo escrito mediante el cual el sujeto a investigación o, en su caso, el representante legal autoriza su participación en la investigación.

El Artículo 23 refiere que en el caso de investigaciones de riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, *y tratándose de investigaciones sin riesgo podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.*

Capítulo 8

Análisis de Resultados

8.1 Fiabilidad del instrumento

Para la prueba piloto se aplicaron 10 encuestas a enfermeras y enfermeros de un hospital con características similares a las de la muestra, mediante la cual se realizaron ajustes para lograr la validez del contenido y la comprensión de los ítems por los encuestados.

La confiabilidad de los instrumentos después de la recopilación de datos fue:

- En el instrumento de conocimientos por medio de la prueba Kuder Richardson con un .995,
- En el instrumento de percepción de autoeficacia obtuvo un alpha de Cronbach de .963,

Lo anterior demuestra la consistencia interna de los ítems de cada uno de los instrumentos aplicados.

8.2 Análisis Descriptivo

La muestra quedó constituida por 54 individuos encuestados; de los cuales el 82% fueron mujeres.

El 60% de la población encuestada se encuentra por debajo de los 30 años de edad. La antigüedad laboral del personal de enfermería en los servicios, resulta ser un dato importante ya que permite conocer sus años de experiencia; así como, la habilidad laboral adquirida el 57.7% de la muestra tienen menos de 10 años laborando en la institución.

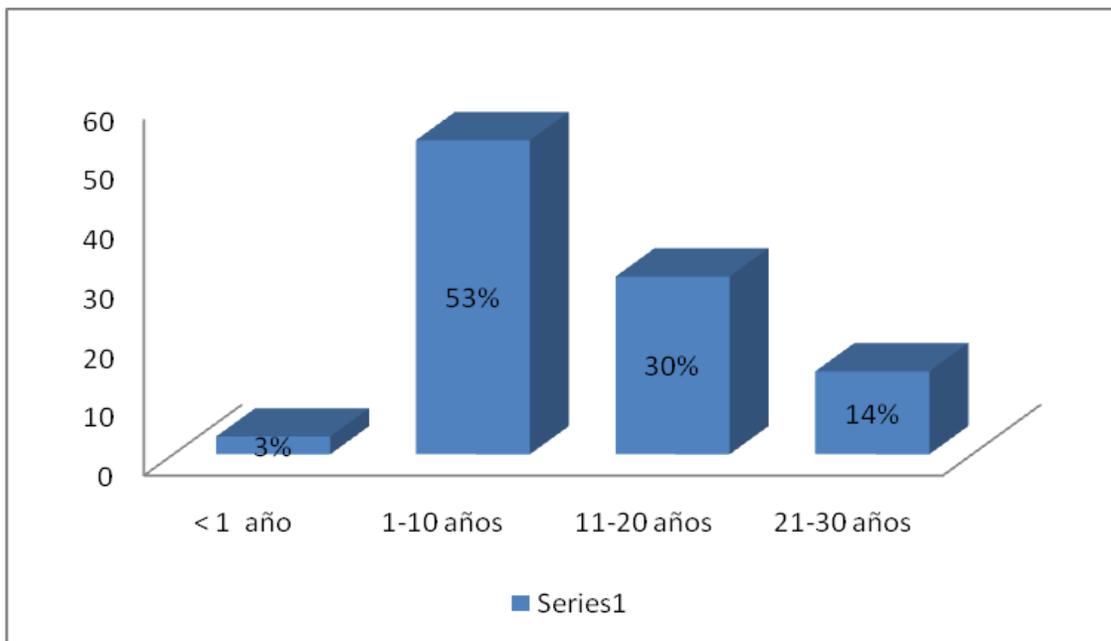


Figura 1. Antigüedad del personal de Enfermería.

El rubro de escolaridad demuestra que sólo un pequeño porcentaje corresponde a un nivel académico de Licenciatura (20%) ya que la mayor parte del personal encuestado tiene sólo la carrera técnica en Enfermería (20%).

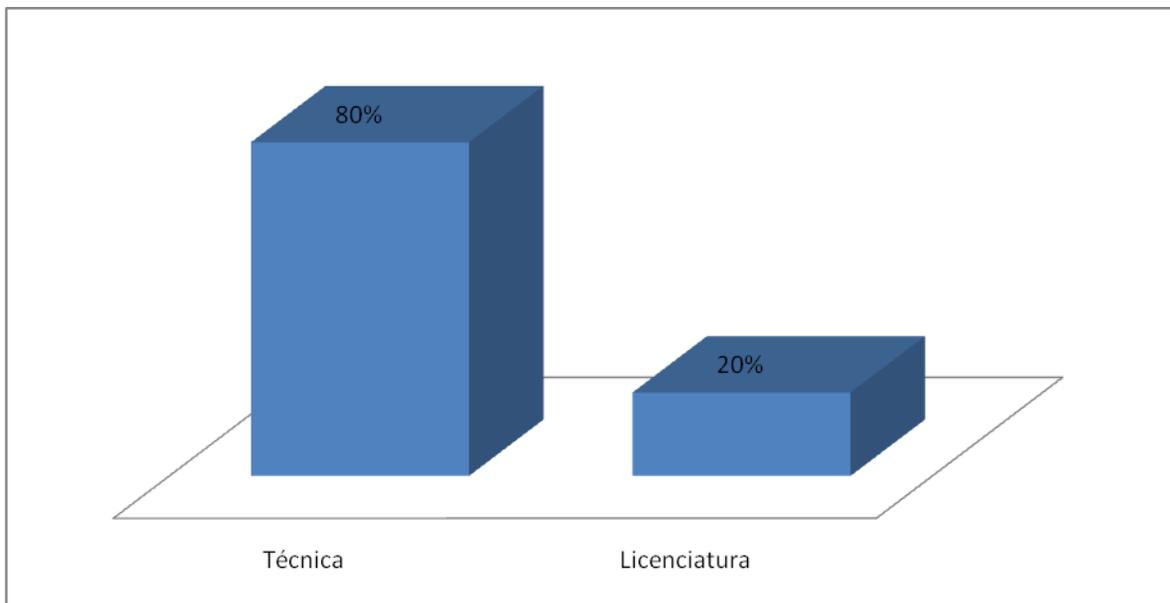


Figura 2. Escolaridad del personal de Enfermería

La categoría laboral que tuvo mayor predominio en el estudio con el 56% fueron enfermeras generales mientras que el 44% correspondió a enfermeras auxiliares.

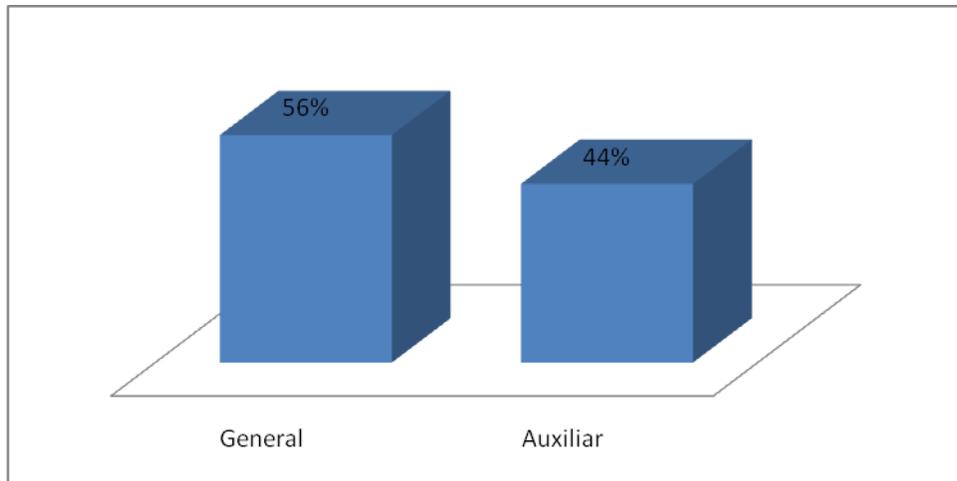


Figura 3. Categoría del personal de Enfermería.

El estado civil de los encuestados predominó en el rubro de “casado”, mientras que el de “unión libre” fue el que tuvo el menor porcentaje.

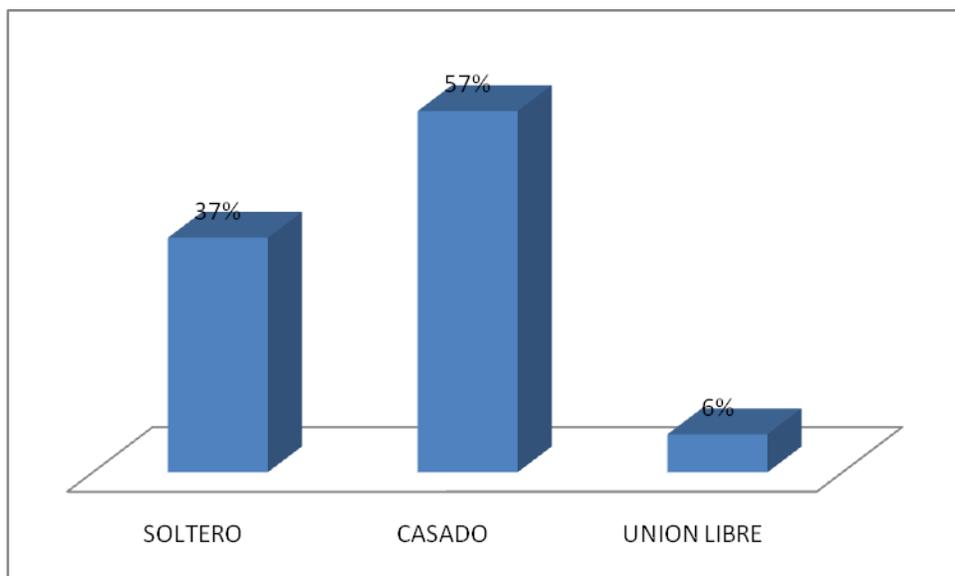


Figura 4. Estado civil

El nivel general de conocimientos del personal de enfermería mostró mayor porcentaje en el rubro de “no domina claramente el conocimiento”.

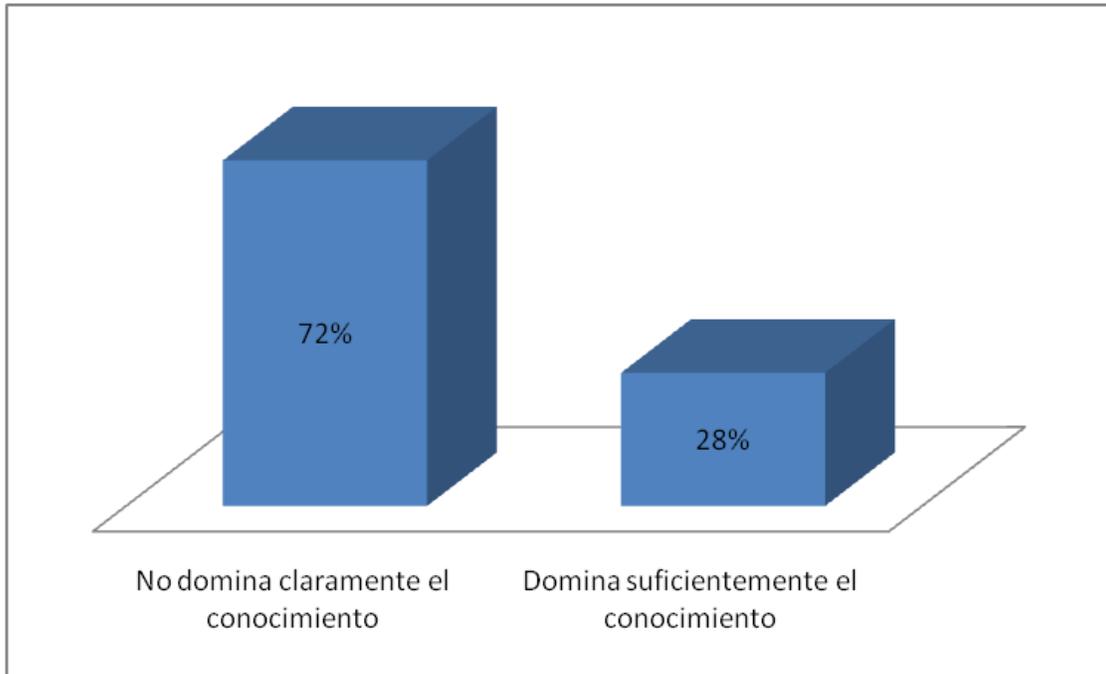


Figura 5. Conocimientos generales sobre prevención de UPP.

En cuanto al nivel de conocimientos sobre las recomendaciones para prevenir el desarrollo de úlceras por presión, el personal mostró un manejo menor en la recomendación de cambios posturales y posición de la cama.

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre las recomendaciones basadas en evidencia sobre prevención de UPP.	
<i>Intervenciones preventivas</i>	<i>Porcentaje de aciertos</i>
Identificación de factores de riesgo.	69.7%
Uso de escalas de valoración.	38.2%
Vigilancia de la piel y valoración en pacientes de riesgo.	42.5%
Colocación de colchones y otros dispositivos.	61.1%
Intensidad de la presión	39.5%
Alivio de la presión.	45.3%
Cambios posturales y posición de la cama.	33.3%
Educación en cuidados generales sobre UPP.	66.6%
Valoración e identificación de UPP.	49.0%
Nutrición	48.1%

**El porcentaje de aciertos se establece sobre el total de respuestas validas.*

En cuanto a los conocimientos que se evaluaron en la encuesta, se identificó un alto porcentaje en medidas que no son recomendadas desde hace tiempo, como el uso de dispositivos llamados “donas” ya que un 31% respondió que aún es recomendable.

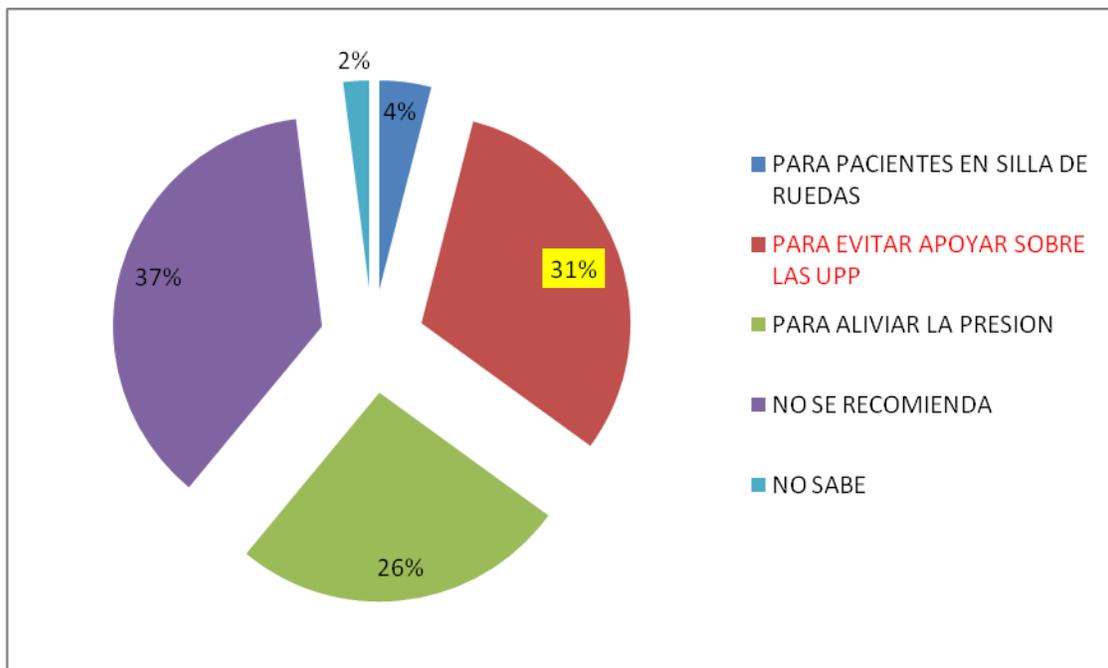


Figura 6. Recomendación en el uso de dispositivos como “dona”

Sólo el 37% de los encuestados respondieron correctamente a la pregunta ¿Qué práctica no previene la aparición de lesiones y por ello no es recomendable su utilización? ya que el mayor porcentaje respondió erróneamente.

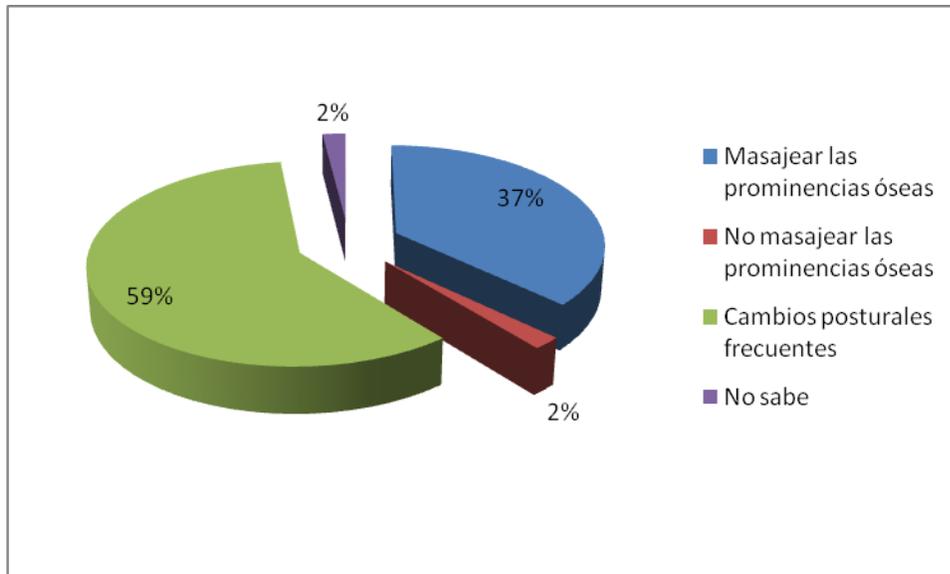
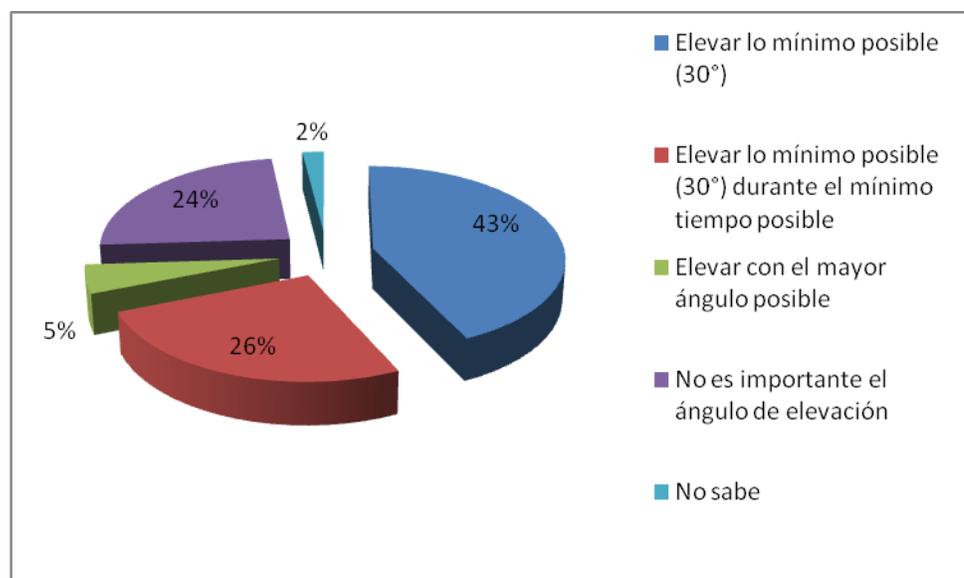


Figura 7. Medida no recomendada en la prevención de UPP.

En cuanto al conocimiento sobre la posición y tiempo estimado de compresión que se recomienda, solo el 26% respondió correctamente.

Figura 8. Conocimiento sobre cambios posturales.



La percepción de autoeficacia se encuentra en un promedio de 4.8 teniendo una desviación típica de 0.4, lo cual nos indica que la población en estudio se percibe “Relativamente seguro” de poder prevenir el desarrollo de UPP.

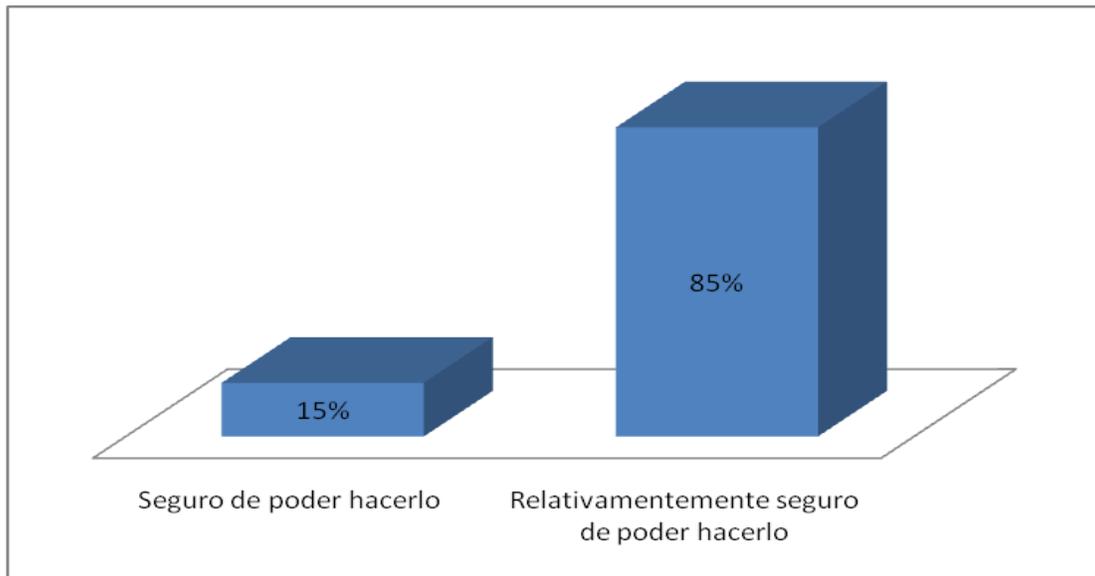
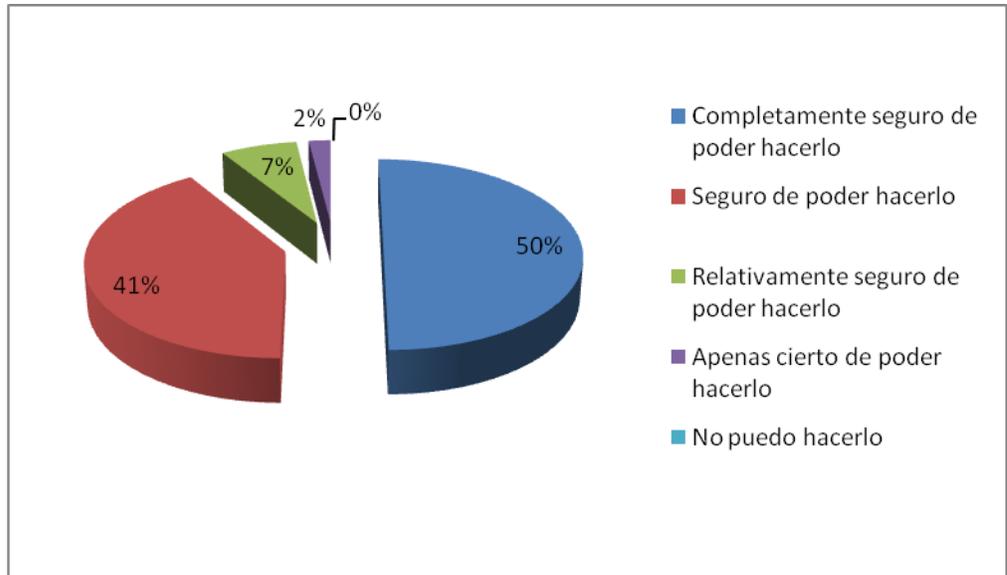


Figura 9. Percepción de autoeficacia del personal de enfermería sobre prevención de UPP.

Al 50% de la muestra le resulto fácil aplicar las medidas de prevención para UPP, pues este porcentaje recae en el rubro de “completamente seguro de poder hacerlo”

Figura 10.
Facilidad en la
aplicación de
medidas de
prevención



El resultado anterior contrasta con el siguiente ya que sólo el 53% del personal encuestado se siente completamente seguro de que las intervenciones que realiza puede prevenir el desarrollo de UPP.

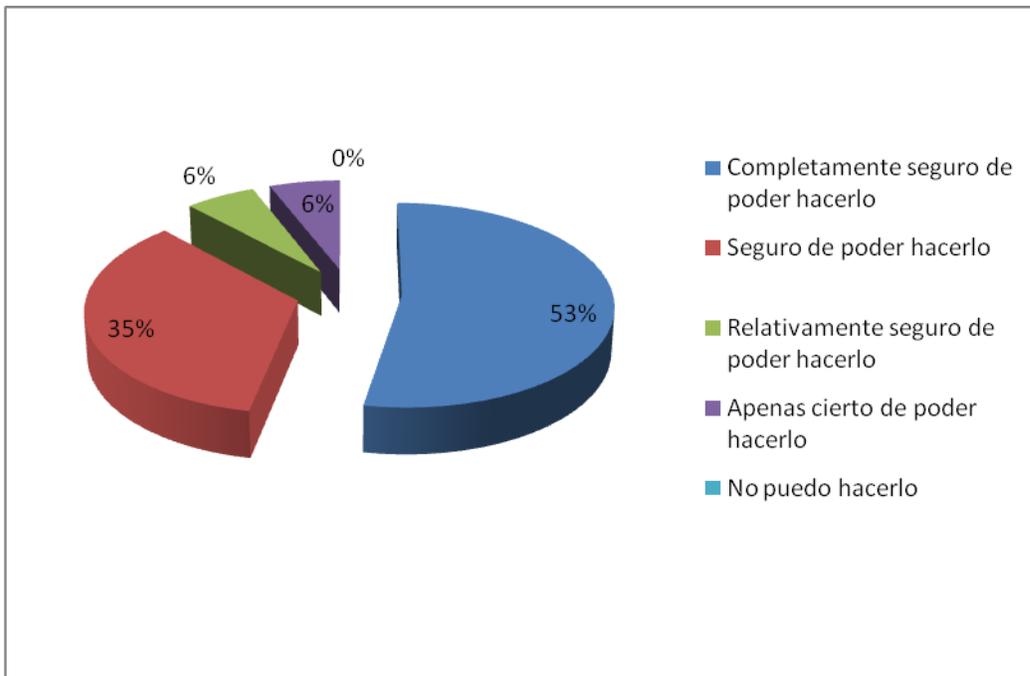


Figura 11. Autoeficacia en la aplicación de medidas de prevención.

8.3 Análisis Inferencial

Se corrieron pruebas de estadística inferencial como en el caso de problemas de comparación con variables intervalares y de más de dos muestras como es el caso, se hizo usó de la ANOVA y para los problemas de asociación de variables de tipo intervalar como lo son el nivel de conocimientos y percepción de autoeficacia la prueba de relación de Pearson.

Dentro de los problemas de comparación solo se encontraron valores significativos entre: nivel de conocimientos-turno= ($F=5.900$, $gl_{intergrupos}=1$, $gl_{intragrupos}=52$, $prob=.019$) lo que quiere decir que el turno matutino es quien tiene el mayor nivel de conocimientos, mientras que el turno que obtuvo un menor porcentaje fue el nocturno.

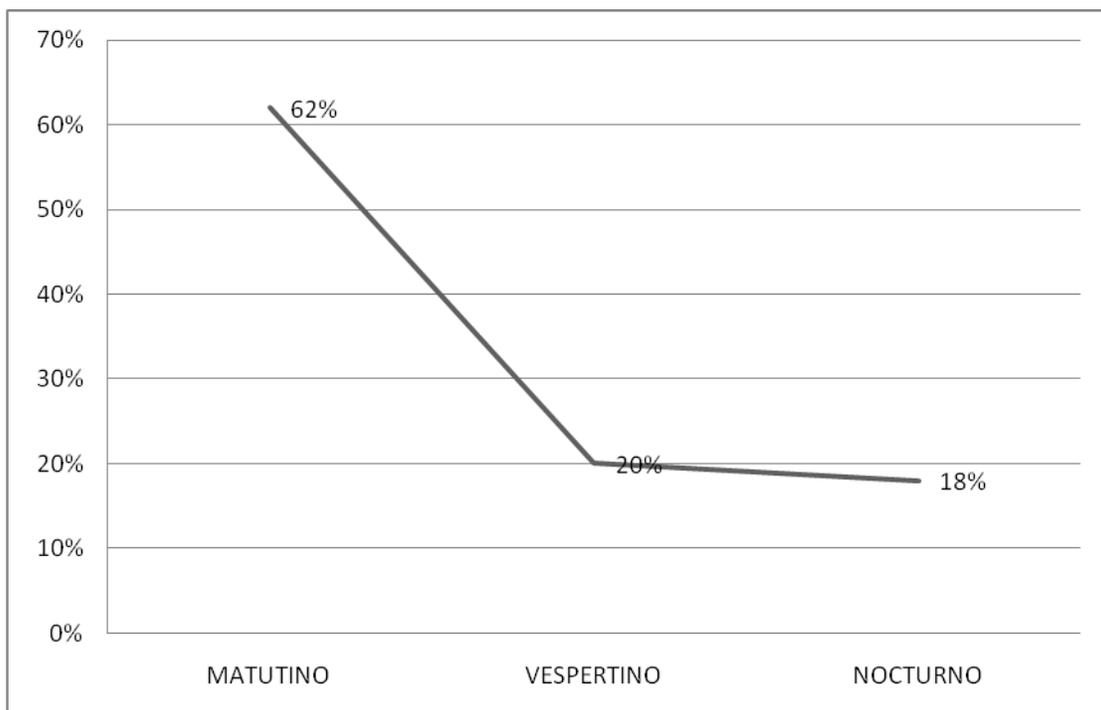


Figura 12. Relación conocimiento-turno.

Para percepción de autoeficacia-turno= ($F=5.288$, $gl\ inter=1$, $gl\ intra=52$, $prob=.026$) lo que quiere decir que el turno con mayor percepción de autoeficacia es el nocturno y el vespertino con el porcentaje de menor percepción.

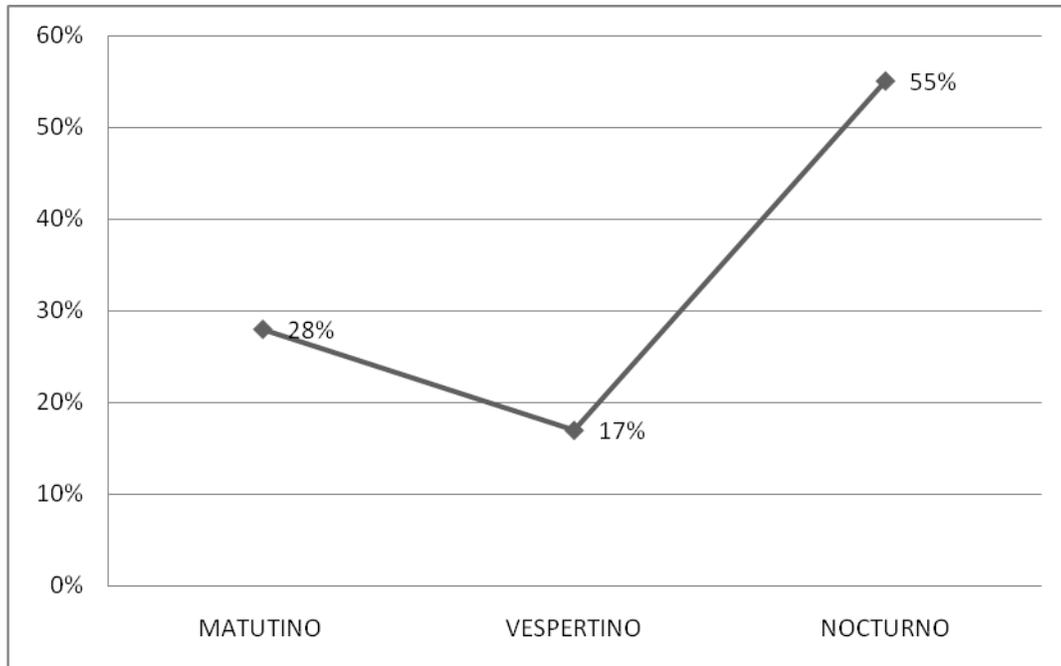


Figura 13. Relación autoeficacia-turno

En cuanto al nivel de conocimientos este es menor en las enfermeras de mayor edad.

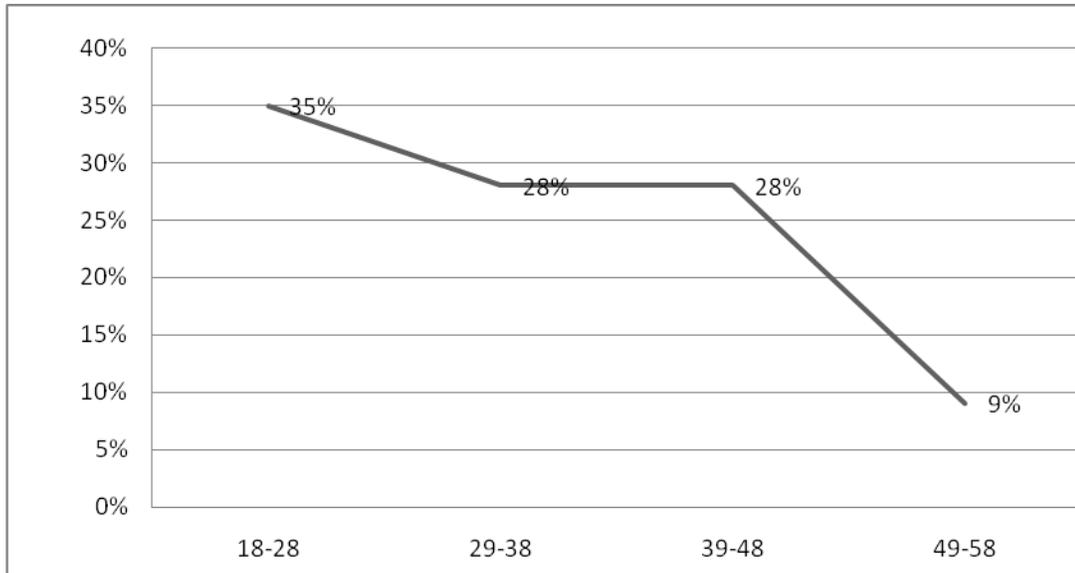


Figura 14. Relación conocimiento-edad.

Finalmente, se buscaron asociaciones del nivel de conocimientos y la percepción de autoeficacia y no se encontró significancia estadística, por lo tanto no es independiente.

Discusión

El establecimiento del nivel de conocimientos es una fase previa para decidir hacia dónde dirigir los recursos, bien a la disseminación del conocimiento o bien a su implementación, el desarrollo de las úlceras por presión va unido a la formación, competencia y actitudes de las enfermeras.

En los instrumentos aplicados al personal de enfermería se encontró que la escolaridad del personal encuestado en 79.6% correspondió a carrera técnica y el 20.4% a la Licenciatura, esto nos lo menciona Bautista y Esparza (2004)¹², y refieren que este porcentaje se debe propiamente a que, institucionalmente, sólo se reconoce el nivel técnico y no la licenciatura.

El éxito de la prevención está en función del conocimiento, las habilidades y las actitudes de las mismas y por tanto, debemos aceptar la responsabilidad y el papel para reducir la incidencia de estas lesiones.

En lo referente a si el personal de enfermería conoce algún índice para valorar el riesgo de úlceras por presión Bautista y Esparza (2004)¹², nos mencionan que en su estudio el 95.2% no conoce ninguna escala. En el estudio realizado el 38.2% del personal encuestado tenía conocimiento del uso de una escala para valorar el desarrollo de las UPP.

Puede ser que por ello las enfermeras tengan dificultad para relacionarlo. Sin embargo, puede ser un elemento que favorezca el desarrollo de estas lesiones.

Esto contrasta enormemente con el uso de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. En general, resulta ser una de las intervenciones menos conocidas por las enfermeras, lo que debemos de suponer está en relación con su bajo uso en la práctica clínica.

Entre los hallazgos importantes de este estudio cabe destacar que el grado de conocimientos es menor en aquellas enfermeras con mayor edad, lo cual coincide con los resultados de Quesada, García, 2007.²⁹

Conclusiones

Por lo anterior señalado podemos concluir que se rechaza la hipótesis de investigación, ya que no se encontró significancia estadística entre las dos variables principales.

Entre los hallazgos más significativos se encontró que:

- Existe un aceptable nivel de conocimientos de las recomendaciones para la prevención de las UPP, siendo superior el índice de conocimientos de factores de riesgo y educación en cuidados generales.

- El grado de conocimientos de las enfermeras sobre UPP disminuye con la edad.

- A pesar de que el personal se concibe “relativamente seguro” de prevenir el desarrollo de UPP, el nivel de conocimientos que poseen dista de ser el ideal para ello.

- Las intervenciones de prevención tradicionales también son bien conocidas, no obstante intervenciones que en los últimos años han demostrado una importancia considerable en la prevención de estas lesiones, como el uso de diferentes escalas de valoración así como de superficies de manejo de la presión, son poco conocidas.

- Siguen utilizándose recomendaciones de prevención desaconsejadas desde hace tiempo, lo que hace necesario implementar en la práctica los conocimientos conforme éstos se vayan produciendo por la comunidad científica.

Bibliografía

1. Ayello E. Úlceras por presión ¿Es tan importante? Nursing 2002; 20(5): 9-13.
2. John S. Fisiopatología y etiopatogenia de la úlcera por presión. Rev Vida Boliviana, 2004. 43(23): p. 21-32.
3. Soberón G, La reforma de la salud en México, Gac Méd Méx Vol. 137 No. 5, 2001.
4. Chamorro J, Cerón E, Úlceras por presión, Nutrición Clínica en Medicina, Septiembre 2008 Vol. II - Número 2 pp. 65-84.
5. Hevia F, Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México, Rev Chil Salud Pública 2006; Vol 10 (2): 107-111.
6. Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión. Rev Rol Enf 2001; 21:75-88.
7. Frenk J, González-Pier E. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México, Salud pública Méx vol.49 suppl.1 Cuernavaca 2007.
8. De Pablo C, Las úlceras por presión, Nursing. 2006, Volumen 23, Número 9
9. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Principales Aspectos y logros, México, 2001.
10. Gontero N, Notas sobre el origen del conocimiento, Emilie Durkheim, IberoForum, Voces y Contextos, México 2006, p.1-17.
11. Bandura A, Guía para la construcción de escalas de autoeficacia, Universidad de Stanford, Marzo, 2001.
12. Bandura A, Guía para la construcción de escalas de autoeficacia, Universidad de Stanford, Marzo, 2001.
13. Álvarez Hernández F. La relación calidad, productividad y costos en los servicios de salud, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán México, 2005.

14. Orlando PL. Úlceras por presión gestión en el paciente geriátrico. Ann Pharmacother 2000; 32(Suppl 11): 1221-7.
15. John S. Fisiopatología y etiopatogenia de la úlcera por presión. Rev Vida Boliviana, 2004. 43(23): p. 21-32.
16. Soldevilla, J.J. “¿Cómo valorar y describir una úlcera cutánea?”. Revista Gerokomos (Barc) 1994. 5: 3-10.
17. Rodríguez, M. y Solé, P. “The Risk factors of Pressure ulcers”. Revista ROL de enfermería, 2000. 126 (Suppl 5): 39-42.
18. García Ruiz-Rozas, J. (1); Martín Mateo, A. Úlceras por Presión, CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 87-94
19. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003
20. Cantún F, Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados, Práctica diaria, Rev Enferm IMSS 2005; 13(3): 147-152
21. Carrascal Gutiérrez MI et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Bol Farmacote A.P. Zamora (Bol) 1997; II: 1-4.
22. Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Corrales D. Investigación en Enfermería y unidades de investigación en Úlceras Cutáneas. Rev Rol Enf (Colom) 2005; 19: 27-30.
23. García R, J, Martín A, Úlceras por presión. Fistera.com guías clínicas,2004; 4.
24. Rodríguez, C. “Complications of it Pressure ulcers Ed. Bruño.”Rev Derm 2003. 177: 65-69.
25. Soldevilla Agreda JJ. Escala de Norton para evaluar Úlceras por presión. Bol Inf Farmacoter Navarra 1999; 7(2): p. 9-13.

26. Bautista PL, Esparza GMM, Ortega AJ Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios del INER Rev. Inst. Nal Enf Resp Mex 2004; 17 (2): 91-99.
27. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura, CLXXXIV 730 marzo-abril (2008) 349-352 ISSN: 0210-1963.
28. Ley General de Salud. Publicación 07-02-1984, última Reforma DOF-27-04-2010.
29. Jiménez de León M, González E, Largo Gallegos M, Úlceras por decúbito valoración por escala de Norton, Rev. Enf. IMSS 2002; 10 (2): 89-91.
30. Esperón Güimil JA, Vázquez Vizoso FL. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos. 2004; 15 (2): 107-16.
31. F. Pollit Dense. Investigación Científica en Ciencias de la Salud 3ª Edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 1991.
32. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C., Metodología de la Investigación, 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill, México 2006.

Anexos



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
(Anexo 1)**



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
Y PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN ENFERMERÍA**

I. DATOS GENERALES:

Sexo.- _____ Edad.- _____ Edo. Civil.- _____
Escolaridad.- _____ Categoría.- _____ Servicio.- _____
Turno.- _____ Antigüedad Laboral.- _____

Este cuestionario es confidencial y los resultados obtenidos se emplearan solo con fines propios de la investigación cuyo objetivo es: recabar información acerca de los conocimientos que se poseen sobre prevención de Ulceras por Presión (UPP) y la autoeficacia percibida en su aplicación.

II. INSTRUCCIONES: Marque con una (X) al respuesta que considere correcta.

Respecto a la identificación de factores de riesgo:

1.-El mejor momento para hacer una valoración del riesgo de desarrollar UPP es:

- Al ingreso.
- A las 48hrs del ingreso.
- A las 72hrs del ingreso.
- Después de un suceso clínico significativo.
- Son correctas las opciones b, c y d.

2.-En posición de decúbito lateral, las localizaciones más frecuentes donde se desarrollan UPP son:

- Oreja, nuca, omoplato y cadera.
- Nuca, omoplato, codo, región lumbar y talón.
- Oreja, hombro, codo, cadera, entre las rodillas y los tobillos.
- Omoplato, pelvis, cadera y planta del pie.
- Nuca, hombro, pelvis y talón.

3.-Identifique los 3 principales factores mecánicos que contribuyen al desarrollo de UPP:

- Desnutrición, diabetes y piel delicada.
- Inmovilidad, fricción y humedad.
- Debilidad, compresión y enfermedad crónica.
- Compresión, fricción y fuerzas tangenciales.
- Inmovilidad, diabetes y demencia.

Respecto al uso de escalas de valoración:

4.-El uso de una escala de valoración del riesgo que presenta el paciente de desarrolla UPP:

- Solo es útil en Unidades Críticas.
- Reemplaza al juicio clínico.
- Reemplaza al juicio clínico si se trata de una escala validada.
- No reemplaza en juicio clínico.
- No sabe.

5.- ¿Cuál de las siguientes escalas no mide el riesgo de desarrollar UPP?

- Escala de Norton.
- Escala de Gosnell.
- Escala de Walt.
- Escala de Braden.
- Escala de Waterlow.

6.-La escala ideal para valorar el riesgo de desarrollar UPP debería:

- Tener un buen valor predictivo.
- Tener una alta sensibilidad.
- Tener una alta especificidad.
- Ser fácil de utilizar.
- Todas son ciertas.

Respecto a la vigilancia de la piel en pacientes de riesgo:

7.-¿Qué práctica no previene la aparición de lesiones y por ello no es recomendable su utilización?

- Masajear las prominencias óseas.
- No masajear las prominencias óseas.
- Aplicar crema hidratante.
- Cambios posturales frecuentes.
- No sabe.

8.-Los siguientes factores pueden afectar a la piel y a su funcionamiento, excepto:

- Envejecimiento y exposición a radiaciones ultravioleta.
- Utilización de jabones neutros y no abusar de jabones y detergentes.
- Utilización de jabones alcalinos.
- Llevar una dieta equilibrada.
- Algunos fármacos: corticoides, antibacterianos, anticonceptivos, etc.

9.-Entre los cuidados para prevenir las UPP están todos los siguientes, excepto:

- Valorar el riesgo periódicamente mediante una escala específica.
- Realizar higiene escrupulosa de la piel.
- Realizar masaje profundo sobre las prominencias óseas.
- Cambios de postura cada 2hrs.
- Administrar una nutrición adecuada.

Respecto a la colocación de colchones y otros dispositivos:

10.-En los pacientes considerados de riesgo medio y alto de desarrollar UPP se recomienda no utilizar:

- Colchones de aire alternante.
- Colchones ortopédicos.
- Colchones de fibras especiales.
- Colchones convencionales.
- No sabe.

11.-En los pacientes que presentan UPP y que no pueden asumir varias posiciones por ellos mismos sin apoyar directamente sobre la UPP se recomienda utilizar:

- Superficies estáticas para el manejo de la presión.
- Superficies dinámicas para el alivio de la presión.
- Colchones de aire alternante.
- Dependerá de la disponibilidad de la Unidad.
- No sabe.

Respecto a la intensidad de la presión:

12.-¿Cuál es la presión máxima que soporta un tejido corporal sin que se vea comprometida la circulación capilar?

- Igual o menos de 14mmHg.
- Igual de 20mmHg.
- Igual a 32mmHg.
- Más de 32mmHg.
- Todas son ciertas.

13.-¿Cuál es el tiempo mínimo de compresión en la piel del paciente para que se produzca una lesión?

- Igual o menos de 60min.
- Igual a 90min.
- 24hrs.
- 48hrs.
- 72hrs.

14.-La relación compresión-tiempo juega un papel determinante en el desarrollo de las UPP
¿Cuál de las siguientes opciones no intervienen en la intensidad de la piel?

- La postura del paciente.
- Tipo de colchón utilizado.
- La nutrición del paciente.
- La constitución del paciente.
- Todas son ciertas.

Respecto al alivio de la presión:

15.-El uso de dispositivos con forma de “dona” (flotadores, coronas, etc.):

- Se recomienda en caso de pacientes confinados a silla de ruedas.
- Se recomienda para evitar que el paciente apoye sobre las UPP.
- Se recomienda para aliviar la presión en la zona.
- No se recomienda.
- No sabe.

16.-¿Qué se recomienda utilizar para reducir la presión en zonas de riesgo de desarrollar UPP?

- Apósitos de silicón.
- Apósitos hidrocelulares.
- Apósitos hidrocoloides.
- Vendaje almohadillado.
- No sabe.

Respecto a los cambios posturales:

17.-Si fuera necesario elevar la cabecera de la cama del paciente y no hay contraindicación, se recomienda:

- Elevar lo mínimo posible (30°).
- Elevar lo mínimo posible (30°) durante el mínimo tiempo posible.
- Elevarla con el mayor ángulo posible.
- No es importante el ángulo de elevación.
- No sabe.

18.-En los pacientes que presentan UPP, de cara a la cicatrización de esta es recomendable:

- Realizar cambios posturales frecuentes.
- Aplicar crema hidratante.
- Colocar un dispositivo en forma de “dona” en la zona.
- Evitar apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- No sabe.

Respecto a la educación en cuidados generales sobre UPP:

19.-Los destinatarios de un programa educativo sobre UPP deben ser:

- Los pacientes y los familiares.
- Las enfermeras.
- El personal sanitario.
- Todos los anteriores.
- No sabe.

20.-¿Sobre qué aspecto es difícil incidir pero se considera de gran relevancia su realización cuando se valora al paciente que presenta UPP?

- La valoración psicosocial.
- La valoración nutricional.
- La identificación de enfermedades que pueden interferir en el proceso de curación.
- La valoración del entorno de cuidados.
- No sabe.

Respecto a la valoración e identificación de UPP:

21.-Según la clasificación de las UPP establecido por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión (GNEAUP), la presencia de eritema cutáneo que no palidece en la piel intacta se refiere a:

- Úlcera, estadio I.
- Úlcera, estadio II.
- Úlcera, estadio III.
- Úlcera, estadio IV.
- Ninguna es cierta.

22.-Según la clasificación de las UPP establecido por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión (GNEAUP), la úlcera que implica la pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente se refiere a:

- Úlcera, estadio I.
- Úlcera, estadio II.
- Úlcera, estadio III.
- Úlcera, estadio IV.
- Ninguna es cierta.

23.-¿Qué parámetro es necesario tener en cuenta a la hora de valorar una úlcera por presión?

- El estadio de la UPP.
- El tipo de tejido existente en el lecho ulceral y si existen tunelizaciones o fístulas
- La dimensión de la UPP.
- Todos los anteriores.
- No sabe.

24.-En el tratamiento de las UPP, los antisépticos (povidona yodada,etc):

- Sirven para reducir la carga bacteriana.
- Son de gran utilidad por su poder bactericida.
- Pueden utilizarse en piel perilesional para prevenir la maceración.
- No deben utilizarse de manera rutinaria.
- No sabe.

Respecto a la nutrición:

25.-Si la valoración nutricional nos indica un estado nutricional alterado, se recomienda reducir las deficiencias nutricionales con una dieta:

- Hipercalórica e hiperproteica.
- Normocalórica e hiperproteica.
- Hipercalórica y normoproteica.
- Normocalorica y normoproteica.
- No sabe.

III. NIVEL DE AUTOEFICACIA (ADAPTACION DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA)

(Anexo 2)

INSTRUCCIONES: Marque con una (X) la respuesta que considere que más se acerca con su experiencia personal.

AUTOEFICACIA PARA LA PREVENCIÓN DE UPP	Completamente seguro de poder hacerlo.	Seguro de poder hacerlo.	Relativamente seguro de poder hacerlo.	Apenas cierto de poder hacerlo.	No puedo hacerlo.
1.-Considero sencillo llevar a cabo las medidas de prevención de UPP.					
2.-Me es fácil persistir hasta alcanzar los objetivos que me planteo, en la Atención que brindo a mi paciente con riesgo de desarrollar UPP.					
3.-Tengo confianza en que puedo manejar eficazmente situaciones Inesperadas que manifieste mi paciente.					
4.-La evaluación constante que realizo a mi paciente con riesgo, me facilita Identificar las situaciones inesperadas que se presenten.					
5.-Con las intervenciones que realizo a mi paciente puedo prevenir el Desarrollo de UPP.					
6.-Soy capaz de valorar integralmente a mis pacientes.					

7.- Soy capaz de ejecutar eficientemente las medidas necesarias para Prevenir la formación de UPP en mis pacientes.					
8.- Considero que cuento con las habilidades necesarias para prevenir la formación de UPP.					
9.-Soy capaz de evaluar constantemente los resultados de mis intervenciones en mis pacientes con riesgo de desarrollar UPP.					
10.-Soy capaz de identificar los factores de riesgo que predisponen a mi paciente para el desarrollo de UPP.					
11.-Considero que cuento con los conocimientos necesarios para prevenir la formación de UPP en mis pacientes.					
12.-Tengo confianza en que puedo planear cuidados eficientes para prevenir el desarrollo de UPP en mis pacientes.					
13.-Me siento capaz de adaptar los materiales de los que dispongo para evitar el desarrollo de UPP en mis pacientes.					
14.-Al enfrentarme a un problema en la atención que brindo a mis pacientes, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.					
15.-Me resulta fácil aplicar las medidas de prevención para UPP, aunque algo o alguien se me oponga.					

Instrumento de Bandura,1993, Bernal, 2004.Adaptado por Laguna, 2010.