



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTO SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y FACTORES
INFLUYENTES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

MIRELLA CASTILLO SÁNCHEZ

TUTOR.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ

MÉXICO, D. F. MAYO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A Díos:

Por ser ese elemento místico espiritual que envuelve cada segundo de mi vida, me permite realizar lo imposible, por darme la capacidad de tolerar etapas difíciles y cargarme en sus brazos presentando ángeles en mi paso.

A La Dra Gandhi Ponce Gómez

Por su entusiasmo y tiempo invaluable, demostrarme que ser docente es cuestión de amor al conocimiento, curiosidad de niño explorador, fe en uno mismo, en los alumnos, en la profesión y mostrarle buena cara a toda adversidad, ser excelente escucha, digna de confianza y ser mi ángel maternal de la UNAM, sin su apoyo este proyecto no habría culminado.

A La Mtra María Guadalupe Doris Vélez Márquez:

Por resplandecer en mis días grises, motivarme para realizar esta meta, ser un personaje místico en las ciencias exactas, por su tiempo, dedicación y su paciencia, por su entusiasmo y tiempo invaluable.

A los miembros del jurado:

Por sus aportaciones para la realización de este trabajo

A la coordinación de enseñanza e investigación en enfermería del ISSSTE:

Por las facilidades otorgadas para la realización de esta tesis en mi medio laboral.

Dedicatorías

A mis padres:

Por ser ángeles en la tierra, tolerarme, motivarme, cuidarme, consolarme y amarme.

A mis ángeles de la guarda y familiares acaecidos:

Por interceder por mí desde el cielo, acompañarme cada día y a veces hasta bajar a la tierra, abrazarme y permitirme sentirlos.

A todos mis profesores de la maestría:

Por contribuir en mi formación y sus aportaciones conceptuales para lograr encaminarme a mi sueño de ser el profesional que necesitan los usuarios, las instituciones de salud y los alumnos.

A Pablo:

Por ser mi amigo, por su apoyo y ayudarme a lograr esta meta.

CONOCIMIENTO SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y FACTORES INFLUYENTES EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

RESUMEN

Introducción. Los hospitales generales atienden, individuos críticos con mayor nivel de complejidad que son susceptibles a úlceras por presión, (UPP) dichas lesiones se han relacionado con la formación y conocimiento de profesionales de enfermería en la búsqueda de la calidad ya que el cuidado de las mismas frecuentemente está basado en mitos, tradiciones y experiencias propias o de compañeros.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos de las enfermeras referente a la valoración, prevención y tratamiento de UPP en unidades críticas y agudas. **Material y Métodos:** Estudio transversal analítico comparativo mediante cuestionario auto cumplimentado: 25 preguntas con múltiple respuesta, se midieron, en una escala de 0 a 10 puntos, el nivel de conocimientos acerca de prevención, valoración, y tratamiento. En un hospital de tercer nivel cuya población es de N= 323, se obtuvo una muestra n = 176 profesionales de enfermería calculado por fórmula de población finita, no aleatorizada. **Resultados:** Se clasificaron los ítems, obteniéndose calificaciones por dominio y calificación global quedando de la siguiente manera el 5% deficiente, 61% regular ,34 % adecuado.

El nivel de conocimientos se sitúa en 3 niveles, deficiente, moderado y adecuado en los dominios obteniendo que en todas las categorías los profesionales presenten déficits de conocimiento en algunas áreas del tema en referencia 61% obtuvo calificación regular y se clasificaron en rangos obteniendo que 33.6% obtuvieron calificación entre 8 y 10.

A pesar de que se obtuvieron 95% de calificación aceptable la evidencia en la práctica indica que los cuidados en las UPP continúan siendo perniciosos para el paciente y existe la necesidad de implementar capacitación continua, sensibilización del personal

de enfermería así como suministro de material adecuado para las curaciones, y proactividad con familiares.

Conclusión: La identificación de las áreas deficientes puede orientar la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas por el equipo. Es necesario que la coordinación de enseñanza realice un programa educativo y seguimiento para estandarizar el conocimiento y cuidado que se brindara al paciente crítico y agudo. Además que los comités de Calidad, de infecciones Nosocomiales, se implemente el Comité de Heridas y Estomas para que realicen controles lineales y mediciones de los indicadores en que se implique a todo el personal a cargo pero además, se incluya al personal Supervisor y Jefas de las distintas áreas para que los recursos materiales sean optimizados y se relacione el conocimiento pragmático de manera puntual para favorecer el juicio clínico.

Palabras clave: Nivel de conocimientos del profesional de enfermería, Educación, UPP, Valoración, Prevención, Clasificación y Tratamiento.

KNOWLEDGE ABOUT PRESSURE ULCERS AND INFLUENTIAL FACTORS IN NURSING STAFF AT A THIRD LEVEL HOSPITAL OF ATTENTION

SUMMARY

Introduction. General hospitals attend, critical individuals with higher level of complexity who are susceptible to pressure ulcers (UPP) has been related to the training and knowledge of nursing professionals in the search for quality since it is frequently based on myths, traditions And experiences of own or of companions.

Objective: To quantify the level of knowledge of nurses on UPP, who act directly in the care of adult and elderly patients regarding the evaluation, classification and prevention of pressure ulcer.

Material and methods: A comparative cross-sectional study of prevalence using a self-completed questionnaire: 25 questions with multiple answers. Study population (n) = 176 nursing professionals from a general hospital. The level of knowledge about prevention, assessment, treatment and classification (skin anatomy) was measured on a scale of 0 to 10 points. **Results and conclusion:** The level of knowledge is located in 3 points, being the lowest score in the aspects related to skin anatomy in conclusion all categories of professional's present knowledge deficits in some areas of the subject in question. The identification of deficient areas can guide the planning of strategies for dissemination and adoption of preventive measures by the team. **Keywords:** LEVEL OF KNOWLEDGE OF NURSING STAFF ABOUT VALUATION, PREVENTION, CLASSIFICATION AND UPP TREATMENT.

ÍNDICE

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1. 2. OBJETIVOS.....	11
1.3. HIPÓTESIS.....	11
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	11
2.0. CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL	12
2.1. ANTECEDENTES	12
2.1. 1. PERSPECTIVA TEÓRICA	17
2.1.2. AVEDIS DONABEDIAN.....	17
I. INTRODUCCIÓN.....	18
2.1.3. CALIDAD.....	21
2.1.4. SEGURIDAD	24
2.1.4.1. ESTUDIO ENEAS.....	26
2.1.4.2. ESTUDIO IBEAS.....	27
2.1.4.3. ESTUDIO APEAS	28
2.1.4.4 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	30
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	31
2.2.1. CONCEPTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	32
2.2.1.1. ANATOMÍA DE LA PIEL	33
2.2.1.2. MECANISMOS DE ALTERACIÓN.	33
2.2.1.3. FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN	35
2.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.	36
2.3.1. LA UCI Y LAS UPP	39
2.3.2. PREVENCIÓN	40
2.3.2.1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE UPP EFICIENTE	41
2.3.2.2. PROGRAMA DE LA ASOCIACIÓN CANADIENSE DE CUIDADO DE HERIDAS	45
2.4. MEDIDAS PARA VALORAR LAS UPP.....	48
2.4.1 USO DE ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	49
2.4.1.1. ESCALA DE BRADEN	52

2.4.2 .2. ESCALA DE WATERLOW	52
2.4.2.3 .PRACTICAS DESACONSEJADAS EN EL MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	53
2.4.2.4. PLAN DE ALTA DE VALORACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE Y FAMILIA	54
2.4.5. CLASIFICACIONES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:.....	55
2.4.6. TRATAMIENTO DE UPP.....	56
2.4.6.1. SITUACIONES ESPECIALES EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON UPP.	62
2.5. IMPLICACIONES LEGALES	64
III. METODOLOGÍA	65
3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	65
3.2. UNIDADES DE OBSERVACIÓN.....	65
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	66
3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	66
3.5. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	66
3.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	67
3.6.1. ESTRATIFICACIÓN DE LA MUESTRA.....	68
3.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	69
3.7.1. VARIABLE DEPENDIENTE	69
3.7.2. VARIABLES INTERVINIENTES (INDEPENDIENTES).....	70
3.7. MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	71
3.9. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	72
3.9. 1. CUANTIFICACIÓN DE RESPUESTAS.....	73
4. RESULTADOS:	74
4.1 .RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	74
4. DISCUSIÓN	109
4.2. CONCLUSIONES.....	111
4.3. PERSPECTIVAS	113
4.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	113
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad existen variaciones en el manejo de las UPP, tanto en el hospital que es el preámbulo al conocimiento como en el hogar que es tratado por los familiares. El cuidado del paciente con UPP en el hospital es más frecuente; es el espacio donde el profesional de enfermería se enfrenta a diversos retos para el manejo y optimización del cuidado en las UPP. ⁷

Las bases para un cuidado adecuado de los pacientes dependen en primera instancia de la calidad de conocimientos y cuidados adquiridos por el profesional de enfermería; contar con estos le permite actuar de manera más efectiva ante los retos que supone el conocimiento de las UPP. ⁴

Se estima que en México hay millones de pacientes con UPP, se ha estudiado el problema en población adulta, llegando a identificar que de cada 10 pacientes que se encuentran en la UCI por lo menos 1 presenta una lesión mínima en categoría I, y aunque se proponen medidas de prevención las excesivas cargas de trabajo y el índice enfermera paciente repercute en el cuidado de heridas. ⁷

La Secretaria de Salud de México con la intención de favorecer los cuidados de calidad ha implementado indicadores dentro de los cuales se encuentra la prevención de úlceras por presión para fundamentar la importancia y la magnitud del problema. ⁸

En el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos (HRLALM), donde se realizó esta investigación, existe una alta prevalencia de atención a pacientes con diversas UPP, siendo las de 1er y 2o grado las que predominan esto se justifica por el tipo de población a la que se atiende en su mayoría cursando la etapa de adulto mayor durante el 2016 asociado con la morbilidad.

En los últimos años se ha visto la necesidad de que los profesionales de enfermería cuenten con un conocimiento científico específico relacionado con la atención de los

pacientes que padecen UPP⁹, debido a que muchas de las prácticas existentes no se basan directamente en evidencias científicas¹⁰, sino en conocimientos empíricos, mitos o costumbres, y en el peor de los casos en experiencias de pares que no siempre cuentan con una práctica suficiente ni fundamentos académicos adecuados.

Los conocimientos sobre prevención, valoración, y tratamiento de UPP, es un proceso que requiere de intervenciones multifactoriales que incluyan medidas de sensibilización, y formación de los profesionales, monitorización continua del problema, registro de valoraciones de riesgo así como apoyo y asesoramiento de profesionales expertos.⁴

Entre esas medidas se deben apreciar los resultados de la implementación del mismo, protocolos y guías de prevención de UPP los cuales existen en casi todos los hospitales, pero con ello, no garantiza su cumplimiento por lo que resulta de suma importancia la etapa de sensibilización.¹¹

En la actualidad permanecen los retos relativos a la transición de la educación a la práctica, por factores asociados con la utilización de la investigación se destacan el contexto de la educación de enfermería.⁸

Por lo anterior nos planteamos la siguiente de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las enfermeras respecto al cuidado en prevención, clasificación, valoración y tratamiento de las UPP en un hospital de tercer nivel de atención?

Esta situación que genera la necesidad de realizar este estudio, el cual tiene como objetivo cuantificar los conocimientos relacionados con las UPP en profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel, ya que una profesión requiere ciertos conocimientos, destrezas y preparación especiales.

1.2. OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Evaluar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre UPP, que actúan directamente en la asistencia a pacientes adultos y ancianos referente a la prevención, valoración, y tratamiento de las úlceras por presión.

Objetivo Específico:

- Comparar con los estudios previos el nivel de conocimientos que tiene el profesional de enfermería sobre el manejo de UPP y algunas características sociodemográficas específicas.

1.3. HIPÓTESIS.

Hipótesis de trabajo: Considerando que existen estudios nacionales e internacionales sobre conocimientos acerca de la valoración, prevención, y tratamiento de UPP, en pacientes adultos suponemos que el conocimiento será mayor en el personal de enfermería con nivel académico más alto, así mismo, suponemos que las variables servicio, edad, turno, tiempo de la última actualización en la temática serán factores influyentes en el nivel de conocimiento.

Hipótesis nula: El conocimiento no será mayor en el personal de enfermería con nivel académico más alto, así mismo, suponemos que las variables servicio, edad, turno, tiempo de la última actualización en la temática serán factores que no influyentes en el nivel de conocimiento.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Los estudios que existen tienen valoraciones muy diversas debido a que hay variabilidad respecto al tiempo en que se estudian, la definición de los casos (preexistentes o nuevos) y la población que se incluye en el estudio.⁹

Aunado a esto en el aspecto social actualmente el desarrollo demográfico de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general (5.7 por 1000 en 2010), un incremento en la esperanza de vida (74.9 años en 2010) conjuntamente el abandono del adulto mayor así como el problema de las grandes ciudades y la alienación.^{10,11}

Además es importante destacar que durante el mes de Enero 2018 en el ISSSTE se registraron 10 ingresos en el servicio de Urgencias de diagnósticos de choque séptico y bacteriemia secundario a UPP infectadas, los principales motivos fueron que a pesar de ser un grupo pequeño de pacientes su cuidado requiere de conocimientos y habilidades para su manejo durante el hospital y posteriormente orientar a familiares una vez que se van a su domicilio.¹²

2.0. CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL Y CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES

Se realizó una revisión bibliográfica teniendo como fuentes de datos Medline, PubMed, Biblioteca Cochrane, CUIDEN, Dialnet (tesis doctorales, revistas en línea), Elsevier (revistas, consultas on line), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), The Cochrane Library, Centre for Reviews and Dissemination University of York, Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (LILACS), CUIDEN Plus (Fundación Index Spain), Índice Médico Español (IME), Currents Contents, EBSCO On line, InterSciencia (Wiley), Science Direct, Pascal, ProQuest, Springer.

Las revisiones sistematizada cumplió mediante una estrategia de búsqueda específica incluyendo, al menos, los siguientes descriptores: “decubitus ulcer” or “Pressure Ulcer” or “Pressure sores” or “bed sores” and “risk assessment”, los términos Mesh, palabras clave, educación, nivel de conocimiento, conocimiento, prevención, tratamiento, clasificación, adaptada a cada base de datos, siguiendo los criterios de temporalidad y

sin restricción idiomática, arrojando resultados que marquen la pauta hacia la investigación que se pretende realizar.

Enfermería participa en la educación básica de formación, y debería desempeñar un papel fundamental en el desarrollo de métodos tanto conocimientos como actitudes hacia la prevención de úlceras por presión en la identificación temprana de los pacientes con riesgo de desarrollar lesiones e incrementar el conocimiento de las enfermeras, evaluar y tratar los factores de riesgo.¹²

A modo de síntesis, los distintos estudios que hacen referencia al conocimiento de las enfermeras acerca de las úlceras por presión, en su mayor parte están realizados en hospitalización y exploran los aspectos relacionados con la prevención y el tratamiento. En general, podemos deducir que, salvo excepciones, el conocimiento se encuentra por debajo de los niveles aceptables, siendo por tanto, mejorable.¹³

En el año 2011, Prieto et al¹⁴ extendieron los programas de prevención a programas de tratamiento de úlceras por presión, aunque lo que en esta ocasión valoraron, además de la sensibilización y formación de los profesionales, fue la implementación de un registro de curas y la difusión de una unidad integral de Telecuidados de úlceras por presión y heridas crónicas. También utilizaron como variable de resultado la incidencia.

En un estudio descriptivo realizado en 2015, se realizó una exploración del conocimiento y actitudes hacia la prevención de las úlceras por presión, con el fin de implementar recomendaciones para orientar la atención y mejorar la calidad de la práctica de enfermería. Las medidas preventivas de UPP no eran conocidas hasta ese momento, mostrando un nivel general de conocimiento sobre la prevención de úlceras por presión, y los esfuerzos en el cambio de actitudes individuales hacia las guías de práctica clínica podría ser una estrategia útil para su aplicación efectiva.⁴

En la práctica clínica cotidiana, la falta de conocimiento podría estar mal adherida a las directrices con respecto a los siguientes puntos:

- Decidir la posición correcta que el paciente debe asumir para prevenir UPP,

- Enseñar al paciente que es capaz de cambiar de posición que es la mejor, manera de moverse.
- Comprender qué prevención debe aplicarse.
- Discriminar entre desventajas y ventajas de diferentes dispositivos para la prevención de la UPP.

En un estudio descriptivo en 2015 realizado para determinar el nivel de conocimientos de Enfermería de una Universidad de Medellín Colombia mediante un cuestionario de 50 preguntas en 118 estudiantes de todos los semestres de la carrera de enfermería, este estudio resalta la importancia de impartir conocimientos claros acerca de todo lo concerniente a la piel y el manejo de lesiones de tipo UPP. ¹⁵

Una adecuada formación dirigida a los profesionales de enfermería permite reducir la incidencia de UPP, la experiencia que adquiere el profesional a lo largo de su práctica clínica tiene más influencia cuando de tomar decisiones se trata, pues se sabe que con más experiencia y más conocimiento se mejora la práctica. ¹⁵

El grado de conocimiento de las enfermeras sobre prevención disminuye con los años, y el conocimiento general de las recomendaciones (de prevención y tratamiento) de las UPP dista de ser el ideal. ¹⁵

En los últimos años se ha visto la necesidad de que los profesionales de enfermería cuenten con un conocimiento científico específico relacionado con la atención de los pacientes que padecen UPP, debido a que muchas de las prácticas existentes no se basan directamente en evidencias científicas, sino en conocimientos empíricos, mitos o costumbres, y en el peor de los casos en experiencias de pares que no siempre cuentan con una práctica suficiente ni fundamentos académicos adecuados. ¹⁵

A pesar de la necesidad de complementar cada vez más con evidencia científica la práctica de enfermería, aún se observa una separación entre lo académico y lo clínico; esta separación viene dada sobre todo por la actitud del profesional, la falta de recursos

y apoyo que impiden que la investigación se utilice para tomar decisiones en la práctica clínica.¹⁵

En un estudio transversal-analítico del 2015 realizado en México en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) que se llevó a cabo en áreas críticas del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el presente estudio utilizaron como marco teórico a Patricia Benner basándolo en diferentes niveles novato, principiante, competente, eficiente y experto.¹⁶

La competencia global situó al personal de enfermería en el nivel de competente, con un 75 % permitiendo identificar áreas de oportunidad para proponer estrategias dirigidas a alcanzar el nivel de experta; en palabras de Benner, “el juicio intuitivo es lo que distingue los niveles más elevados de pericia”.¹⁶

También refiere que como innovación en el área de enfermería permite reflexionar y aprender de su experiencia, proporcionando un nuevo modelo de aprendizaje y entrenamiento en el que se enlazan conocimientos, habilidades y actitudes.¹⁶

En un estudio descriptivo-exploratorio en 2009²⁹ realizado entre enero y marzo en Brasil que se realizó en un hospital de tercer nivel con la intención de contribuir con el avance del conocimiento, presentado por los miembros del equipo de enfermería que actúan directamente en la asistencia a pacientes adultos y ancianos referente a la evaluación, clasificación y prevención de la úlcera por presión.⁴

Una revisión sistemática sobre este tema fue publicada en el año 2007 por Pancorbo et al, donde existía un aceptable nivel de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y cuidados de las úlceras por presión, siendo superior el índice de conocimientos de factores de riesgo y prevención que la de tratamiento. La formación específica sobre úlceras por presión mejoraba este índice de conocimientos.¹⁷

En una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis relacionada con la utilización en la práctica clínica de las EVRUPP (Escala de Valoración de Riesgo de úlceras por Presión).¹⁸

España recomienda la escala de Braden para medir el riesgo en pacientes ingresados en la UCI, por ofrecer una sensibilidad del 27-100%, una especificidad del 26-92% y un valor predictivo positivo del 8.1-77%.¹⁸

Con respecto al juicio clínico, éste no es superior a las escalas de valoración, ya que éstas surgieron, precisamente, para evitar la variabilidad entre observadores y el juicio de las enfermeras menos entrenadas y la valoración es un proceso dinámico.¹⁸

Las enfermeras utilizan más medidas en función del riesgo, adecúan y optimizan los recursos disponibles, lo cual es otra ventaja de las escalas de valoración, ya que permite asignar recursos de una manera racional en un sistema donde los mismos son limitados.¹⁸

En México la Comisión Permanente de Enfermería realizó un estudio observacional para validar la escala de Braden en la población mexicana, que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89, valor cercano al logrado por España, lugar de origen de la versión en español.¹⁹

La escala de Braden es un instrumento que contiene un esquema conceptual de factores de riesgo, que permite clarificar la predicción de las UPP. La percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones, son criterios que se evalúan en 4 opciones de respuestas puntuadas del 1 al 4.¹⁹

Un paciente es de alto riesgo cuando el puntaje total es menor de 12; es de riesgo medio cuando está en 13 o 14; y de riesgo bajo en 15 o 16, si es menor de 75 años, y si es mayor, el puntaje va de 15 hasta 18.¹⁹

2.1. 1. PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1.2. AVEDIS DONABEDIAN

El abordaje de las UPP resalta la calidad de los cuidados de enfermería desde la perspectiva de Avedis Donabedian nacido el 7 de junio de 1919 en Beirut, Líbano, vivió parte del siglo XX.²⁰

Avedis Donabedian, se le considera el Padre de la Calidad en el ámbito de la administración, al recibir la Medalla Sedgwick al Servicio Distinguido en Salud Pública, la más alta condecoración otorgada por la Asociación Norteamericana de Salud Pública.²¹

Al graduarse como médico en la Universidad Americana de Beirut, sus horizontes en expansión lo llevaron a la Universidad de Harvard, donde obtuvo una maestría en salud pública en 1955.²²

Después de un breve periodo de enseñanza en el Colegio Médico de Nueva York, fue reclutado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, de la cual llegó a ser uno de sus más renombrados miembros. Al momento de su muerte ejercía la cátedra Nathan Sinai de Profesor Emérito Distinguido de Salud Pública.

También era miembro del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América y miembro honorario del Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido y de la Academia Nacional de Medicina de México.²²

Avedis Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud a través de ocho libros, más de 50 artículos y numerosas cátedras. Generó la respuesta social a los problemas de salud como un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.²³

En la mayoría de sus escritos Donabedian estuvo a la vanguardia de sus contemporáneos, descubriendo vastos panoramas intelectuales. Cada uno de sus escritos y libros cardinales establecieron los recorridos del pensamiento e investigación futuros, y hasta del lenguaje futuro.²⁴

Como resultado de los trabajos de Donabedian, los sistemas de salud se han convertido en un campo para la investigación y objetivo para la acción, parte de sus contribuciones al conocimiento general sobre sistemas de salud, Donabedian hizo énfasis en el tema específico de la calidad de la atención a la salud.²⁵

En el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, en su número de junio de 2000, publicó uno de sus pocos manuscritos inéditos, un documento reflexivo sobre la evaluación de la competencia del médico.²⁵

El artículo fundamental de 1966, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Un indicador de la importancia de este artículo es que forma parte de las pocas “citas clásicas” en el campo de la investigación en sistemas de salud.^{25,27}

El punto culminante del admirable trabajo de Donabedian es la serie de tres volúmenes sobre exploraciones en la evaluación y monitoria de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencia.²⁴

Donabedian estableció asociación entre la academia y la acción, además de personificar las rigurosas tradiciones de la academia, ejercía un hábil dominio del lenguaje, lo que daba una dimensión estética aún a sus textos más técnicos.²⁴

I. INTRODUCCIÓN.

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, localizadas en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, son consecuencia directa del aplastamiento tisular producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (óseo) y otro externo a él (lecho, sillón, dispositivos terapéuticos).

Las úlceras por presión (UPP) son un indicador de la calidad asistencial considerado por la Organización Mundial de la Salud(OMS), y la Comisión Permanente de

Enfermería (CPE), con el propósito de evitar riesgos y daños innecesarios al paciente hospitalizado así como los que corren riesgo de presentarlas. ¹

Las úlceras por presión han sido durante mucho tiempo uno de los principales problemas en los pacientes críticos y agudos en el nivel asistencial, sin embargo a pesar de su incidencia, hay un deficiente sistema de información que impide dar cuenta por lo que se minimiza la magnitud del problema. ²

Actualmente a pesar de los avances conceptuales, la unificación de los cuidados ha resultado ser un reto, esto se debe en gran parte a las propias características biológicas del paciente, la falta de protocolos institucionales que regulan el cuidado, y los conocimientos del profesional de enfermería. ³

Sobre todo porque a pesar del avance técnico-científico en el área de la salud y de la existencia de directrices que hacen recomendaciones para la prevención de la UPP, el problema es persistente y mundial, y el conocimiento de los profesionales de enfermería se mantiene deficiente. ⁴

Se considera necesario elaborar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de la atención que se brinda al paciente adulto en situación de gravedad dentro de las diferentes instituciones donde son atendidos; dando prioridad al aspecto preventivo en particular el conocimiento y no al curativo. ⁵

A la fecha, existen pocos estudios que evalúen directamente al personal de enfermería como estrategia de mejora en la prevención de UPP y cuidados de UPP, asimismo el resto de las investigaciones no han tenido el impacto necesario para determinar qué el cuidado de enfermería es lo que determina la incidencia y prevalencia de UPP dentro de las áreas críticas. ⁶

El profesional de enfermería debe garantizar la calidad de su cuidado en la protección y seguridad del paciente adulto en la prevención de úlceras por presión. Para ello, es necesario identificar aquellos factores que están inmersos en la práctica diaria del cuidado propio de enfermería dentro de las unidades de cuidados intensivos.

Esto favorece que a través de la evaluación directa del profesional de enfermería se detecte el detrimento conceptual que está involucrado en la problemática y que permite la aparición de UPP, proponiendo para ello alternativas y cambios en el cuidado que garanticen como resultado un cuidado de calidad dentro de los servicios clínicos.

Al realizar la revisión de la literatura se encontró un instrumento que permite evaluar el conocimiento, a través de **“Conocimientos relacionados con el manejo de úlceras por presión que tienen los estudiantes de enfermería de una universidad de Medellín, Colombia”**, herramienta que fue elaborada por Restrepo Medrano Juan Carlos que fue modificada por Ponce GG y Castillo SM previa autorización, por lo que se utilizó para esta investigación.

Una vez llevada a cabo la revisión de la literatura se hizo el planteamiento del problema, se establecieron los objetivos del trabajo, se justifica la importancia de la investigación; en el marco teórico se incluyen los argumentos que fundamentan el abordaje del problema como la calidad y seguridad del paciente así como las capacidades profesionales.

Dentro de la metodología se presenta el tipo de estudio, población, los criterios de la selección del estudio, las variables, el procedimiento que se llevará en la recolección de la información, en el análisis de datos y la presentación de resultados. Se realiza una descripción del instrumento de recolección, el apoyo logístico del proyecto, la organización y asimismo se toman en cuenta las consideraciones éticas propias del proyecto.

El capítulo de resultados presenta los datos estadísticos descriptivos e inferenciales, los cuales son presentados a través de cuadros y figuras que ayudan a identificar los datos importantes, al realizar comparaciones y asociaciones. Se encuentra que existen diferencias estadísticas significativas en la asociación con el nivel académico y servicio. Ya obtenidos los resultados, se realizó la discusión de los datos de la investigación contrastándolos con lo reportado por la literatura.

En las conclusiones se comenta el cumplimiento de los objetivos de la investigación, así como la aceptación y rechazo de la hipótesis, también se hacen recomendaciones hacia la investigación, al personal de enfermería y a las instituciones de salud relacionadas con los hallazgos encontrados en el estudio.

Se incluye la bibliografía consultada y finalmente en el apartado de apéndices se anexa la operacionalización de las variables, el cronograma de actividades y los instrumentos utilizados para esta investigación.

2.1.3. CALIDAD

La calidad ha tenido un difícil proceso de evolución, antes de llegar a convertirse en un concepto cultural; es un proceso que debe responder a las necesidades de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente que impacte en el cliente y en el mercado. ⁵

Calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable. ⁶

Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a administradores, profesionales y usuarios. La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado ejecutar.

Tomando el concepto de Avedis Donabedian (1984) ^{26,27}: Calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el

balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes.

La calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica.²⁷

En su trabajo el profesional de enfermería combina en forma integral el cuidado como la disciplina que armoniza lo más complejo de los aspectos científicos con lo más refinado del arte, en un contexto de sentido humanitario.

Vuori y Donabedian en un contexto general, indican también tres razones para el necesario control de calidad:

- a. Motivos éticos y deontológicos: El valor social de la salud implica que con los medios disponibles se prestan los mejores servicios posibles.
- b. Motivos sociales y de seguridad: La comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada como enfermos exigen calidad en los servicios sanitarios. Esto implica en la cultura sanitaria el factor “error”. Si en la empresa industrial los errores producen pérdidas económicas incalculables y por esta razón, entre otras, se desarrollan programas de calidad, en salud, donde las pérdidas pueden ser más dramáticas, merece la pena evitar los errores o, al menos, prevenirlos.
- c. Motivos económicos: Se precisa eficiencia, ya que los recursos son escasos y las necesidades son crecientes. La calidad no hace muchos años era real, se podía percibir, se la apreciaba, pero no se la consideraba susceptible de medición. Posteriormente, se buscó en este campo quizás demasiado tecnicismo, con lo que se olvidaba todo el aporte humanístico y personal que requiere la correcta atención del paciente, desvirtuándose la esencia de nuestra profesión.²⁸

Teniendo en cuenta que el volumen de personal de Enfermería es aproximadamente el 50% de la plantilla del hospital, dada la continuidad de la asistencia que presta y el

porcentaje del presupuesto global que utiliza, se hace necesario el establecimiento de sistemas de control para conocer de forma sistemática y periódica, que calidad de servicio se está ofreciendo en comparación con estándares previamente elaborados.

La idea de calidad nace en la filosofía del cuidado enfermero, se centra en acciones puntuales, como; la vigilancia de un ambiente de confort y agradable, así como de una escrupulosa limpieza; la cumplimentación de las prescripciones terapéuticas de forma idónea y en tiempo correcto, información en los registros de enfermería de todos los datos necesarios; un trato educado y en lo posible amable.

Monitorización de los recursos

- **De los recursos humanos:** Definición de características del puesto de trabajo o adscripción al puesto de trabajo en base a conocimientos teórico-prácticos y características personales o valoración objetiva del desempeño profesional.^{26,28}

De la estructura física y organizativa: Características físicas del medio donde se produce la asistencia, atención Primaria, unidades de hospitalización, servicios especiales o características organizativas: normas, reglamentos y circuitos de información.

- **De los recursos materiales:** Definición en función de las características de los cuidados a prestar. Elaboración de criterios de uso que hagan posible la forma menos lesiva para el paciente y más ágil para el profesional.²⁸

Es por esto que se justifica el estudio de las úlceras por presión, monitorización del riesgo, monitorización de índices de UPP, de flebitis, de infecciones respiratorias, urinarias, monitorización de accidentes hospitalarios, caídas, errores en la administración de tratamientos, lesión por mala conservación o utilización de material o fármacos, monitorización de la opinión del usuario es un método indirecto.

Se logrará la calidad máxima de nuestro servicio si las personas que realizan la asistencia al enfermo tienen conocimientos adecuados permanentemente actualizados,

(Aspecto científico de la asistencia), si los aplican correctamente para lo que necesitan de forma adecuada y suficiente (Aspecto tecnológico de la atención) y lo hacen poniendo al enfermo como centro de toda actuación, (Acto asistencial percibido).²⁸

2.1.4. SEGURIDAD

La seguridad del paciente es un tema de suma importancia para la atención hospitalaria del profesional de enfermería, ya que permite reducir los errores y mejorar la calidad del cuidado; debe resaltarse que ha sido uno de los pilares en los que se ha apoyado la práctica clínica, sin embargo, se ha enfocado desde una perspectiva ética y no de mejora de la calidad.^{29, 30}

Un cuidado seguro exige del profesional de enfermería la toma de decisiones y acciones frente a situaciones de riesgos que amenazan la seguridad de los pacientes y la posible ocurrencia de incidentes que pueden ser desde los más leves, que incluso pueden pasar desapercibidos, hasta los más graves, que pueden terminar en lesiones, discapacidad o muerte (eventos adversos).³¹

La seguridad del paciente, definida por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, es un componente constante y en estrecha relación con el cuidado, siendo el profesional de enfermería el protagonista en el proceso de análisis de los riesgos para la consecuente reducción y prevención de incidentes.³¹

La definición más precisa y actual de la seguridad del paciente es la que brinda la OMS y es considerada como la ausencia de daño real o potencial relacionado con los servicios de salud. Y desde la perspectiva de la atención de salud supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias.^{30,31}

Desde la perspectiva de la atención de salud supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas destinados a

minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos en la atención de la salud.

Incluye medidas que garantizan prácticas diagnósticas, terapéuticas y cuidados de enfermería seguros, así como de ajuste del medio ambiente, organización y funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias y sostenimiento del personal.²⁹

A nivel internacional, los sistemas de salud reconocen que la seguridad del paciente es un asunto prioritario y de interés público, tanto por el riesgo a la salud y la vida de las personas como los aspectos éticos y legales. Y los consecuentes hechos para los involucrados, es decir, para el paciente, familiar, médico, enfermera, técnicos, administradores y la sociedad en su conjunto.^{30,31}

En este contexto, el Protocolo de Londres, como un modelo de análisis causal, es una herramienta cuidadosa y efectiva en la promoción de la confiabilidad de la asistencia prestada.²⁸

Existen estudios multicéntricos los cuales son: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS), Estudio Nacional sobre los Efectos adversos Ligados a la hospitalización (ENEAS), APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud), donde fundamentan que la causalidad se relaciona con una inadecuada valoración y vigilancia del paciente. Su impacto supone un incremento de estancia hospitalaria 4-7 días y una mayor petición de pruebas diagnósticas complementarias.

En la gestión de la seguridad del paciente durante la atención sanitaria u hospitalaria, se cuenta con herramientas que facilitan la práctica clínica; alguna de ellas son las guías sobre seguridad del paciente que abordan varias líneas de actuación, con las principales recomendaciones que los profesionales en enfermería deben seguir en cada una de ellas, para incrementar la efectividad de los procesos y garantizar la seguridad de los pacientes durante la asistencia; principalmente en situaciones de urgencias y

emergencias en el que el entorno cambiante y el factor tiempo incorporan mayores riesgos a la atención clínica.

2.1.4.1. ESTUDIO ENEAS

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización Incluye 24 hospitales del Sistema Nacional de Salud:

- Los Eventos Adversos relacionados con los cuidados (los cuales incluyen las UPP) ocupan el cuarto lugar, según la naturaleza del EA. ^{32,33}
- Las UPP son la primera causa de EA dentro de su grupo (el relacionado con los cuidados).
- La incidencia de las UPP fue de 3,66%, ocupando el puesto séptimo de los 48 EA identificados a nivel hospitalario.
- Atendiendo al tamaño del hospital, la incidencia de UPP fue del 3,45% en hospitales grandes, del 3,02% en hospitales medianos, y del 7,04% en hospitales pequeños. Se estimó una tasa de 1,44 veces mayor riesgo de sufrir un EA en hospitales pequeños y un 0,81 en los hospitales medianos.
- En relación al tipo de servicio hospitalario, se cuantificó un 4,4% de UPP en servicios quirúrgicos, frente a un 2,9% de UPP en los servicios médicos. Resultando un índice de 0,56 veces mayor riesgo de sufrir un EA en los servicios quirúrgicos.
- Atendiendo a la causalidad, había existencia de problemas en la valoración general (7,9%) y de problemas en la vigilancia y cuidados (3,3%). Ser mayor de 65 años y presentar factores de riesgo extrínsecos supuso 2,55 veces mayor riesgo.

- El impacto tuvo como consecuencia, un incremento de hospitalización entre 4-7 días (31,4%), realización de procedimientos complementarios (66,3%), y la aplicación de tratamientos adicionales (69,9%).

La prolongación de la estancia hospitalaria supuso un riesgo 5,07 veces mayor.

- La escala de gravedad determinó que el 43,8% de los EA era leves, un 42% moderados, y un 14,2% graves
- La tasa de evitabilidad fue del 55% frente al 46% de las consideradas no evitables.³³

2.1.4.2. ESTUDIO IBEAS

Incluye 58 hospitales (México, Perú, Colombia, Argentina y Puerto Rico).³⁴

- Los EA relacionados con los cuidados ocupan el tercer lugar, según la naturaleza del EA
- Las UPP son la primera causa de EA relacionado con los cuidados.
- La prevalencia las UPP fue de 7,20%, ocupando el puesto tercero de los 53 EA identificados a nivel hospitalario.
- En relación al tipo de servicio hospitalario, se cuantificó una prevalencia del 24,3% de UPP en unidades de cuidados intensivos (UCI), frente a un 20,1% de UPP en los servicios médicos.
- Atendiendo a la causalidad, ésta se relacionaba con problemas clínicos de malnutrición y con la dependencia para los cambios posturales del paciente encamado.
- El impacto tuvo como consecuencia, un incremento de hospitalización mayor de 7 días, la realización de procedimientos complementarios y la aplicación de tratamientos adicionales, en el 62% de los casos.
- La escala de gravedad determinó que el 45,5% de los EA era leves, un 48,3% moderados, y un 6,2% graves.
- La tasa de evitabilidad fue del 65% frente al 35% de las consideradas no evitables

2.1.4.3. ESTUDIO APEAS

Incluye 48 Centro de Salud de Atención Primaria.

- Las UPP se encuadran dentro de dos grupos: uno es el relacionado con los cuidados (puesto 6º), y el otro es el relacionado con las infecciones (puesto 4º), según la naturaleza del EA. ³⁵
- Las UPP son la 1ª causa de EA dentro del grupo relacionado con los cuidados, y la 3ª causa en el grupo relacionado con la infección.
- La prevalencia de las UPP fue de 3,4%, ocupando el puesto tercero de los 40 EA identificados y el puesto 28º (0,8%) en relación con la infección.
- Atendiendo a la causalidad, se evidencia un manejo inadecuado del paciente relacionado con la valoración general de la UPP y un manejo inadecuado de la técnica en relación con la prevención y el tratamiento. ³⁵

- El impacto tuvo como consecuencia, un incremento en la derivación a consultas externas o al servicio de urgencias, petición de nuevas pruebas diagnósticas adicionales y tratamientos de cirugía mayor ambulatoria.

- La escala de gravedad determinó que el 39,5% de los EA era leves, el 42,1% moderados y un 18,4% graves.
- La tasa de evitabilidad fue del 71,1% y las consideradas no evitables el 28,8% considera el estudio nacional más importante (y el 5º del mundo) sobre efectos adversos a nivel hospitalario.

El estudio ENEAS se considera el estudio nacional más importante (y el 5º del mundo) sobre efectos adversos a nivel hospitalario.

La tasa de incidencia de EA relacionada directamente con la asistencia hospitalaria fue del 8,4%, correspondiendo a las UPP el 0,3%. También se ha observado que los servicios quirúrgicos presentaban mayor riesgo de UPP, en contra de la creencia de

que eran los servicios de medicina interna, aunque no pudo determinarse significancia estadística. De igual modo, se pudo valorar que los hospitales pequeños y medianos presentaban mayor riesgo para el paciente en favor de los hospitales más grandes.

Los pacientes más vulnerables eran aquellos que presentaban factores de riesgo intrínseco (riesgo de 1,3) y que la edad (>65 años) asociada a factores extrínsecos duplicaba el riesgo.

Referente al origen o causalidad en la aparición o empeoramiento de una UPP se observó una insuficiente valoración inicial del riesgo de padecer UPP, así como una inadecuada aplicación de las normas de prevención fueron los motivos justificativos.

Como consecuencia hubo una prolongación de la estancia y un aumento en la petición de pruebas diagnósticas. Considerar que la gravedad fue determinada como leve-moderada en el 85% de los casos y que aproximadamente en un 40% existían suficientes recursos, conocimientos y evidencias para poderlas haber evitado.

Los datos del estudio IBEAS, siguen un modelo metodológico similar al estudio ENEAS con la particularidad de que se ha llevado a cabo en hospitales de cinco países latinoamericanos con sistemas nacionales de salud muy diferentes.

En este estudio las UPP suponen un EA mucho más problemático ya que alcanza el 3º puesto en tasa de prevalencia de entre 58 EA identificados. Asimismo, las UCI fueron las unidades que más EA identificaron por este motivo. Se evidenció que el estado nutricional y la frecuencia de los cambios posturales fueron las causas principales que las originaron.

La tasa de gravedad fue similar al estudio ENEAS, e incluso los índices más graves fueron inferiores al estudio español.³⁵

De igual manera, el incremento de la hospitalización y la aplicación de tratamientos adicionales fueron el impacto económico más representativo. La evitabilidad también fue mayor en comparación con los hospitales españoles.

En cuanto a la prevalencia EA en centros de atención primaria, fue del 18,6% según los datos del estudio APEAS. Las UPP representaron el 0,4%. En este ámbito de actuación, las UPP podían asociarse como un problema relacionado con los cuidados, o como una infección causada por UPP.

La causalidad fue de similar origen que en el contexto hospitalario: un 29% fueron problemas por incorrecta valoración del riesgo y el 17,2% una inadecuada aplicación de las técnicas en los cuidados. En consecuencia, se llevaron a cabo más consultas a especialistas y servicios de urgencia, mayor petición pruebas diagnósticas y uso de procedimientos quirúrgicos sin ingreso. La gravedad también fue leve-moderada en el 80% de los casos, aunque se considera que se podrían haber evitado hasta el 70% de estos EA.

Todos los estudios evaluados, tienen en común que clasifican a las UPP como un indicador de calidad asistencial en forma de EA relacionado con los cuidados, justificando el hecho de que las UPP, aunque son una complicación iatrogénica poco frecuente, tienen un impacto negativo para la salud del individuo, que a menudo produce prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costes sanitarios y sociales.³⁵

En definitiva, las UPP pueden ser prevenidas con unos adecuados cuidados de enfermería y en particular, mediante el diseño y aplicación de escalas de valoración para la identificación de pacientes en riesgo, la puesta en práctica de protocolos y guías clínicas, así como, mejorando las competencias laborales y la formación en la prevención de las UPP de todos los profesionales implicados. De ahí, la importancia de implantar medidas correctoras encaminadas a prevenir las UPP en pacientes en riesgo.

2.1.4.4 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los enfermos en el proceso de toma de

decisiones y elegir qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas.³⁸

Las GPC ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar y a su vez recopilar mayor evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa y ser aplicables. En la actualidad no existe ninguna GPC que se relacione exclusivamente con la seguridad del paciente, independientemente del proceso patológico que padezca.³⁸

No debe olvidarse que una de las mejores herramientas es el conocimiento que cada profesional debe tener, adquirido durante su formación teórica y reforzada durante su práctica, para estar en las condiciones de proporcionar un excelente cuidado y que la seguridad del paciente nunca se vea comprometida.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

La investigación ha mostrado resultados positivos en su prevención en un amplio rango de actividades, entre las que destaca la identificación de pacientes en riesgo,¹⁵

El conocimiento de enfermería de las úlceras por presión (UPP) implica conocer el proceso, es por esta razón que es necesario conocer las medidas de valoración, prevención y el tratamiento, la investigación de úlceras por presión debe tener en cuenta las actitudes de las enfermeras como una variable en la prevención de las UPP.

El examen de las actitudes hacia la prevención de las úlceras puede ayudar a explicar el desempeño de las enfermeras de las medidas preventivas en general, las pautas de prevención se centran en la reducción de la cantidad y el tiempo de la presión y de corte a través de superficies de presión de redistribución y reposicionamiento frecuente mientras que proporciona un soporte nutricional cuando sea necesario, y la protección de la piel de la sequedad y la humedad.³⁶

La participación de los familiares facilita la prevención y la proactividad intrahospitalaria comprometiendo al personal de enfermería a conocer las características, tiempo de vida, el uso correcto optimizando el material, hasta cicatrización de la UPP. ¹⁷

2.2.1. CONCEPTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, localizadas en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, son consecuencia directa del aplastamiento tisular producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (óseo) y otro externo a él (lecho, sillón, dispositivos terapéuticos). ³⁷

La presión que ejerce el cuerpo sobre un objeto es el factor causal más importante por ocasionar escoriaciones en la piel y desgarro en los capilares. Se refiere que una presión de 60-70 mmHg mantenida durante 2 h condiciona el comienzo de la isquemia y por consecuencia el deterioro tisular. ³⁷

Para que se produzca una úlcera de presión es condición indispensable la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situado sobre superficies duras, esto es ocasionado por: la presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 15 y 32 mm Hg, la presión que sobrepase estos valores disminuye el flujo sanguíneo y pueden producir lesiones isquémicas incluso en un lapso de tiempo tan breve como de 2 hrs. ³⁷

Los tejidos del cuerpo generalmente pueden tolerar altas presiones por cortos periodos, pero el aporte de sangre y el drenaje de la linfa se ven deteriorados si la presión es prolongada; el resultado es la hipoxia del tejido y el trauma, sumado el incremento de la temperatura de la piel, por consecuencia la muerte del tejido. ³⁷

Las presiones máximas sugeridas por Ferguson- Pell y Cardi son: 60 mm Hg debajo

de los trocánteres; 40 mm Hg debajo de las tuberosidades isquiáticas; 20 mm Hg; debajo del cóccix.³⁷

2.2.1.1. ANATOMÍA DE LA PIEL

La piel se admitía como el mayor órgano del cuerpo sin embargo se ha descubierto que el endotelio recubre la mayor parte de los órganos .La piel tiene cuatro funciones principales:⁴¹

1. Protege de lesión los tejidos subyacentes impidiendo el paso de microorganismos .La piel y las mucosas se consideran la primera línea de defensa del cuerpo.¹⁸
2. Regula la temperatura corporal .El enfriamiento del cuerpo se produce mediante los procesos de pérdida de calor de la evaporación y la sudoración, y por la radiación y conducción del calor del cuerpo cuando los vasos sanguíneos de la piel se vasodilatan. El calor corporal se conserva mediante la falta de sudoración y la vasoconstricción de los vasos sanguíneos.
3. Segrega sebo una sustancia oleosa que suaviza y lubrica el pelo y la piel, impide que el pelo se haga quebradizo, disminuye la perdida de agua de la piel cuando la humedad externa es baja. Como la grasa es un mal conductor del calor, el sebo disminuye la cantidad de calor que se pierde por la piel. El sebo además tiene acción bactericida (matadora de bacterias).
4. Transmite las sensaciones mediante los receptores nerviosos que son sensibles al dolor, temperatura y presión.
5. Produce y absorbe vitamina D conjuntamente con los rayos ultravioleta del sol, que activan vitamina D.⁴¹

2.2.1.2. MECANISMOS DE ALTERACIÓN.

La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:

- **Presión:** Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente (peso) y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).³⁷

La presión capilar oscila entre 6 -32 mm de Hg., si esta aumenta (>32 mm. de Hg.) ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y, si no se alivia, la necrosis de los tejidos.³⁷

La hiperemia ocurre cuando la presión es aplicada a un área durante 30 minutos o menos y por lo general se resuelve antes de 1 hora luego de haberse liberado la presión. La isquemia se desarrolla después de 2 a 6 horas de presión continua y pueden necesitarse 36 horas o más para resolverse; si la presión no es liberada durante este período crítico, los vasos sanguíneos se colapsan y trombosan. La necrosis se desarrolla después de 6 h de presión continúa; mientras que la ulceración en dos semanas o menos después de la necrosis; por esto, el reposicionamiento es muy importante.³⁷

Fuerzas de cizallamiento

Son fuerzas tangenciales que se ejercen cuando una persona se sienta, o cuando la cabeza de la cama es elevada y la persona se desliza hacia el pie de la misma. Estas fuerzas disminuyen la cantidad de presión requerida, para causar daño a la epidermis, ocluyendo los vasos sanguíneos y quizá son importantes en el desarrollo del daño tisular profundo. La piel sacra es fijada por fricción, mientras que los vasos glúteos se alargan y se angulan.³⁷

- **Cizallamiento** (Fuerza externa de pinzamiento vascular): Combina los efectos de presión y fricción.

Ejemplo: Posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

- **Fricción:** Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

Fuerzas externas de pinzamiento vascular: En este caso se combinan los efectos de la presión y la fricción.

Sin embargo existen otros factores de riesgo para la formación de úlceras: lesiones cutáneas; trastornos en la irrigación y en el transporte de oxígeno; trastornos inmunológicos; alteraciones de estado de conciencia; deficiencias motoras; deficiencias sensoriales, alteraciones de la eliminación.³⁷

- **Humedad:** Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.³⁸

Las UPP se producen cuando, la piel queda aprisionada entre la superficie en la cual reposa el paciente y un tejido duro y prominente, como un hueso, un cartílago o un tendón.³⁷

La presión excesiva y prolongada ocasiona el cierre de capilares y vasos en el tejido, lo cual provoca isquemia. Cuando esta isquemia se prolonga lo suficiente el tejido se necrosa y entonces se forma una escara que al degradarse o desprenderse formara una úlcera.³⁷

2.2.1.3. FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

- **Fase Exudativa o de Limpieza:** Se produce la coagulación, inflamación y limpieza de la herida. La finalidad de esta fase es la de limpiar la herida y luchar contra la infección, eliminando las células y tejidos desvitalizados.
- **Fase de Granulación:** Se produce la reconstrucción vascular, que va a facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al nuevo tejido, que irá rellenando el lecho de la herida para reemplazar el tejido original destruido. El tejido de granulación presenta un aspecto brillante, carnosos y rojo.
- **Fase de Epitelización:** Una vez el lecho de la lesión se ha rellenado con tejido neoformado, éste se va revistiendo de nuevo tejido epitelial, desde los bordes de la herida hasta recubrirla totalmente. El tejido epitelial presenta un aspecto rosa aperlado.
- **Fase de Maduración:** Esta fase puede durar hasta **un año o más**, y nuestro objetivo en ella es proteger la zona cicatricial, ya que es muy sensible a las agresiones físicas y químicas.³⁷

Las UPP cicatrizan hacia una menor profundidad, pero no se produce una sustitución del tejido dañado destruido. (Una úlcera en estadio IV no puede pasar a ser de estadio III, estadio II o estadio I).

Una úlcera de un estadio determinado después de su cicatrización será clasificada como úlcera de dicho estadio cicatrizada; no como úlcera de estadio cero. El lecho ulceral es rellenado por tejido de granulación, compuesto por células endoteliales, fibroblastos, colágeno y matriz extracelular.³⁷

2.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

En cuanto a la temporalidad, existen estudios que reportan prevalencias puntuales (en un momento único) y otros comprenden periodos variables o múltiples mediciones puntuales.⁴²

Los problemas del numerador o la definición de un caso inician con el hecho de que hay estudios que incluyen a todas las úlceras en todos sus estadios, mientras que otros solo consideran como verdaderas úlceras por presión las de espesor total (estadios III y IV).

42

La topografía es variable y sustancial también pues la mayoría de los estudios en adultos concluye que el sacro y los talones son la zona más frecuentemente afectada. En algunos artículos, los investigadores solo incluyen la úlcera más profunda del paciente o consideran que un paciente con múltiples úlceras cuenta como un solo caso, mientras que en otros se valora por úlcera.⁴²

También existe el problema de las úlceras en evolución, donde no es claro si la úlcera está en una categoría u otra, otro aspecto en el que también hay dificultades es en el denominador. Los estudios que valoran a todos los pacientes de un centro determinado subestiman la prevalencia del problema, pues incluyen tanto a pacientes en riesgo como a aquellos que no lo tienen.⁴²

Por tal motivo, para definir a la población en riesgo se debe determinar un corte en las diversas escalas utilizadas para valorarlo, el solo hecho de determinar que los pacientes en riesgo son aquellos con 15 a 16 en una escala como la de Braden hace que cambien las cifras, pues a menor denominador la frecuencia del fenómeno aumenta.⁴²

Por eso resulta sumamente complicado comparar las incidencias y prevalencias que se reportan en la literatura médica, en México, existen tres estudios con datos muy distintos entre sí, el de metodología más correcta reporta una prevalencia puntual, en un estudio multicéntrico de tres hospitales de 2º nivel, donde se valoró a todos los pacientes con Braden mayor a 16 y en todas las topografías, de 60%.⁴²

Esta cifra probablemente indica en sí la realidad en todos los hospitales públicos de Latinoamérica, algunos aspectos de los que si se tiene certeza y acerca de los cuales se puede emitir una conclusión.⁴²

Existen más úlceras por presión en estadios iniciales (grado I) que de espesor total (estadios III y IV), en adultos, el sacro y los talones son los sitios más frecuentes, mientras que en niños el occipital es más común.⁴²

El 95% de las UPP se presentan en la mitad del cuerpo (del ombligo hacia abajo); de estas, 65% corresponden al área pélvica y 30 % las extremidades inferiores.

En Latinoamérica, las estadísticas que se tienen sobre UPP son deficientes o inexistentes, se calcula que las úlceras por presión afectan entre 1.3 y 3 millones de adultos en Estados Unidos.⁴²

La magnitud de este problema en pacientes hospitalizados se pone de manifiesto en las altas tasas de incidencia y prevalencia registradas en la literatura nacional e internacional.⁴²

En España 2013, se obtuvieron cifras de prevalencia, en adultos 7,87% (IC 95%: 7,31-8,47%); entre mayores de 65 años.²², en este estudio concluyeron que la prevalencia de UPP en España no ha disminuido, en 2013 respecto a años anteriores, e incluso se ha duplicado en los CSS, (Centros Sociosanitarios).⁴³

La prevalencia es similar en los países vecinos como Italia (8.3%), Francia (8.9%), Alemania (10.2%), Portugal (12.5%), Irlanda (18.5%), País de Gales (26.7%), Bélgica (21.1%), Reino Unido (21.9%), Dinamarca (22.7%) y Suecia (23.0%).⁴³

Debido a esta magnitud, diversos países han comenzado a analizar este problema y a romper el mito de que las UPP son un proceso inevitable; tal es el caso de Jordania (24%) y China (1,5%).⁴³

Se reportan estudios recientes en Turquía, Australia, Canadá, Brasil, resulta interesante la baja prevalencia en hospitales en China y elevadas prevalencias como en Jordania.

⁴³

Las UPP son un problema de salud amplio y que lejos de solventarse sigue creciendo, incluso en países con decididas políticas activas de seguridad de los pacientes como

Estados Unidos, Japón (10%) en un país con mucha población anciana, el 9% en Irlanda y más elevados en Estados Unidos o Jordania .

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia de UPP oscila entre el 5 y el 12 %, en América Latina el 7 % y en México fluctúa entre el 4.5 y el 13 %.⁴⁴

En México 2012, las estadísticas no precisan que las UPP sean un factor que contribuya a elevar los índices de morbilidad y mortalidad, los estudios acerca de la prevalencia de UPP han sido muy escasos y los que se han hecho, están limitados a solo un hospital o institución, por lo que es necesario determinar la magnitud de estos eventos.^{45,46}

En México en el año 2012 por primera ocasión se realizó un estudio nacional de prevalencia e incidencia de UPP, en 32 entidades federativas, obteniendo información de 175 unidades médicas de segundo nivel de atención, mediante el cual se pudo identificar la magnitud del problema, se obtuvo el número total de pacientes hospitalizados y valorados, así como los pacientes detectados con UPP, con un total de 13 137 pacientes valorados, de los cuales 1 697 presentaron una o más UPP, con un total de 2 754 UPP, se calculó la prevalencia cruda (PC), PC de 12.92 % y la prevalencia media (PM) PM de 20.07 % ,con una desviación estándar de +/- 15.79 %.⁹

Las UPP nosocomiales, un 65,6% del total casi dos tercios de todas las UPP, lo que indica un fallo en la prevención y solo un 29,4% se han producido en los domicilios y el mayor porcentaje de las lesiones es de categoría 2, con un tiempo de evolución de 30 días (mediana) y un área de 6 cm² (mediana).⁹

2.3.1. LA UCI Y LAS UPP

Actualmente, los hospitales atienden a individuos en estado crítico cada vez con mayor nivel de complejidad; que son más susceptibles a las lesiones de la piel. La prevalencia

mayor de las UPP se encuentra en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y medicina interna con el 31.3 y el 15.6% respectivamente. ⁶

Según datos del Grupo Nacional para el Estudio de Prevalencia y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas de España, las UPP alcanzaron una prevalencia del 29%, en población hospitalizada, y en las unidades críticas del 16.1%. ⁶

La UCI es un área donde se atienden personas con múltiples fallos orgánicos que requieren tratamientos de soporte vital, sedación continua, fármacos y múltiples dispositivos, tales como: catéteres, drenajes, sondas e inmovilizadores.

Estas medidas condicionan mayor vulnerabilidad en el paciente y centralización en el cuidado de la inestabilidad hemodinámica del enfermo, olvidándose de su piel, que también debería ser una prioridad para la prevención de las UPP. Cuando un paciente desarrolla una úlcera, su cuidado demanda el 50% más del tiempo utilizado por el equipo de enfermería. ⁶

El estado de gravedad en el que se encuentran los pacientes que afecta su estado hemodinámico y estado de conciencia incrementa la morbimortalidad, costos y aumento de tiempo enfermería, esto sugiere un problema de consecuencias de la calidad del cuidado intrahospitalario.

Sin embargo debido al incremento de enfermedades crónicas metabólicas, el paciente agudo se encuentra disperso en diversas áreas hospitalarias como Urgencias Adultos, Medicina Interna, Cirugía General y Cirugía de Mínima Invasión además de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

2.3.2. PREVENCIÓN

Dentro de los estudios en los que se hace referencia al conocimiento que tienen las enfermeras sobre aspectos del cuidado de las UPP, predomina el de prevención y que

a la vez los aspectos relacionados con el cuidado y la atención sean aceptables, sobre todo porque en nuestro medio se pone más énfasis al paciente enfermo que al que se encuentra en riesgo.

La literatura científica demuestra que los estudios relacionados con el conocimiento en la prevención y cuidado de heridas se asocian de manera directa al nivel de conocimientos con aspectos educacionales y de formación académica , lo que pone en evidencia la carencia existente en este campo y en desventaja a los profesionales encargados de estas lesiones .

Aunque predomina el abordaje parcial, ignorándose medidas que influyen en una buena práctica preventiva a partir de la valoración integral que es la base para la cual debe ser realizada por todo el equipo de atención para la salud, debe incluir la valoración integral del paciente y no centrada únicamente en la úlcera o lesión. ⁷

Los conocimientos acerca de prevención se basan principalmente en los programas de sensibilización al personal de enfermería para el mantenimiento y la protección contra los efectos adversos de fuerzas mecánicas externas (presión, fricción, cizallamiento etc.) a fin de mejorar la tolerancia de la piel a la presión y evitar daños a ésta. ²

2.3.2.1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE UPP EFICIENTE

El profesional de enfermería constituye los cuidados en la prevención de úlceras por presión, debe poseer el conocimiento y habilidades necesarias en la detección oportuna, proponer alternativas de solución y contar con la disponibilidad de las herramientas y recursos necesarios para evitar su aparición y progresión esto representa un campo de innovación e independencia de la práctica y fundamenta el cuidado. ^{22,30}

Como medidas de prevención al paciente, el problema ha sido investigado por distintos autores, organizaciones nacionales e internacionales, que se han dado a la tarea de

elaborar algunas estrategias de mejora como un recurso para lograr la máxima eficacia en la atención al paciente.^{42,50}

Esto lo han considerado desde diferentes enfoques que van de lo preventivo, curativo y el tratamiento, mayoritariamente desde la metodología cuantitativa, proponiendo para ello herramientas encaminadas a promover la seguridad de los pacientes (guías clínicas, escalas de valoración del riesgo, indicadores de calidad, metas internacionales, entre otros).²²

Para contribuir al cumplimiento de los criterios de prevención de UPP, la Comisión Permanente de Enfermería creó en México en el año 2007 el protocolo titulado Prevención y manejo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, con la finalidad de que el profesional de enfermería obtuviera una herramienta metodológica, que le permitiera valorar de manera inicial y consecutivamente las condiciones de los pacientes, establecer el plan de atención correspondiente y evaluar los resultados.^{45,46}

La Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel intrahospitalario, elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud bajo la Coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud donde se establecen las recomendaciones con la mejor evidencia para guiar la práctica de enfermería encaminadas a mejorar la calidad de la atención hospitalaria en la prevención y tratamiento de las UPP, disminuir la frecuencia de las úlceras y comorbilidades, reducir el tiempo de cicatrización y mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados.^{45,46}

La prevención de las úlceras por presión es, por mucho, lo más costo efectivo para cualquier sistema de salud en el mundo, en muchos países se han desarrollado estrategias sumamente agresivas en este sentido. Por ejemplo en el año 2000 la sociedad japonesa de úlceras por presión sugirió a todos los hospitales de Japón llevar a cabo la institución de programas de prevención de úlceras, la adquisición de superficies para pacientes de alto riesgo y la formación de equipos, con la propuesta de que los hospitales que lo implementaran obtuvieran un incentivo económico.⁴²

En 2002, al ver que no se había logrado nada con este ofrecimiento se instauró un sistema de penalización en el que el hospital se le reducía un dólar a su pago por cada día que un paciente estuviese hospitalizado por una UPP; lográndose reducir las úlceras por presión de 4.26 a 3.4% en todo el país. ⁴²

En 2006, al comprender que las enfermeras especialistas en heridas, estomas e incontinencia reducían los costos, se modificó dicho programa y ahora el estado pagaba \$60 USD por paciente de alto riesgo que se ingresara en un hospital que contara con enfermeras certificadas en esta categoría. ⁴²

Si se toma en cuenta el costo de cerrar una UPP, es evidente que reducir su incidencia tendrá un impacto directo en el presupuesto y esto ha sido comprendido en muchos lugares del mundo. ²²

Un programa de prevención es un conjunto de medidas encaminadas a evitar la aparición de UPP. Dicho programa debe estar bien organizado y ser comprensible para todos los involucrados (los pacientes, sus familiares y por supuesto, el personal de salud). ⁴²

Los elementos más importantes que debe incluir el programa de prevención son:

Identificar pacientes sin riesgo.

Eliminar los factores de riesgo detectados

Contar con la documentación adecuada

Llevar a cabo buenas prácticas de forma multidisciplinaria

Hacer una evaluación de resultados continua.

Lamentablemente en Latinoamérica los programas de prevención están plagados de deficiencias como:

Conflictos de intereses: Empresas dedicadas a la comercialización de productos de heridas que cabildean en el gobierno para colocar sus productos a cambio de

educación o de establecer estos programas .O bien ,estas casas comerciales a veces diseñan programas de buena fe, pero no es del todo ético porque llevan implícita la propaganda de una marca particular. ⁴²

Programas incompletos .No se presta atención a muchos factores importantes que propician las UPP y no se implementan las medidas necesarias, ya sea por desconocimiento o por carencia de recursos (p. ej., superficies adecuadas en pacientes de alto riesgo).

Implementación forzada .Muchas veces las autoridades fuerzan a las instituciones a cumplir con un programa que ocasiona subreporte (a nadie le gusta notificar una alta incidencia de afectaciones durante la hospitalización) o un reporte inadecuado (aquellos que son forzados a llenar los formatos lo hacen de forma rápida y sin cuidado). ⁴²

Falta de capacitación y bajo nivel educativo .Por lo común este programa se designa al personal menos indicado, o se le ve como una forma de castigo. También sucede que no se entrena a una persona en particular, sino que se pretende que todos lo cumplan y en muchas ocasiones el nivel educativo del personal es menor de lo que se requiere; adicional a esto, el alto recambio de personal en los hospitales crea una tendencia al fracaso.

Medición incorrecta, ausente o inadecuada. Muchas veces se inicia con un diagnóstico erróneo del problema por no haberse llevado a cabo mediciones adecuadas. Si se ingresan datos obtenidos de forma rápida y sin cuidado, el resultado será desastroso; esto en el mejor de los casos, pues es común que se inicien estos programas sin siquiera tener un diagnóstico de la problemática, lo que impide analizar después los resultados del programa establecido.

Tropicalización inadecuada. Ocurre cuando los programas se extraen de la literatura de países cuya realidad es muy diferente de la de Latinoamérica, lo que genera poca aplicabilidad. ⁴²

2.3.2.2. PROGRAMA DE LA ASOCIACIÓN CANADIENSE DE CUIDADO DE HERIDAS

A pesar de ser un programa creado en un país con una realidad totalmente distinta a la latinoamericana, vale la pena analizar el Programa de Concientización sobre Úlceras por Presión la Asociación Canadiense de Cuidado de Heridas pues cuenta con muchas características que lo hacen acercarse a lo que sería un programa ideal.⁴²

Después de que esta asociación realizó un estudio de prevalencia nacional en Canadá donde se identificó que la media era de 26%, se tomó la decisión de realizar un paquete para implementar institución por institución.⁴²

Primero se realizó una prueba piloto del programa en cinco instituciones de tipo (asilos, hospitales generales, de especialidades etc.) para valorar la utilidad del mismo.

La prevalencia en el estudio piloto disminuyó de 25 a 16%, hubo menos úlceras de estadios avanzados, se redujo drásticamente el uso de materiales para el cuidado de estos pacientes y se obtuvo una mejor calificación en los parámetros de calidad de las instituciones. Esto permitió continuar con la implementación en más centros.

El costo para implementar dicho programa es de \$6000 USD para cada institución, debido a que se requiere de materiales y de un experto que este en el hospital apoyando de forma continua durante y después de la implementación. El programa sigue tres pasos:

Paso 1. Involucrar a los administrativos. Dado que existe una correlación importante entre el apoyo de los administrativos y el éxito del programa, el administrador del hospital debe firmar una carta compromiso.⁴²

Paso 2. Designación de un experto local se busca a una persona en la intuición que sea conocedora del problema de las heridas y que se caracterice por ser entusiasta, positiva y accesible. Ella es la encargada de formar el equipo de prevención (que en realidad incluye a todo el hospital, hasta a los pacientes y familiares).

La clave del programa es que se adaptara el programa al centro hospitalario, con el apoyo de un grupo ,conformado por no más de 10 personas , coordinados por un experto que estará disponible para contestar dudas, llamadas ,correos electrónicos ,etc, esa persona, debe llevar a cabo un estudio inicial de prevalencia e incidencia y reportar los resultados. ⁴²

Paso Implementación del programa:

Educación. Se realiza un evento de lanzamiento para generar interés y después se organizan eventos educativos mediante presentaciones orales, sesiones prácticas y trípticos, dicha información también es presentada a pacientes y familiares (cabe mencionar que en lugares donde el programa tuvo mayor éxito, la administración del hospital facilitó la asistencia del personal a estos eventos).

Además, se coloca y distribuye material como carteles, botones, etc., para despertar el interés y continuar con la educación “fuera de clase”.

Cambios en la práctica .Se trata de identificar a pacientes con factores de riesgo y abordar estas circunstancias que los hacen más propensos a UPP; es decir, no solo es cuestión de aplicar la Escala de Braden correctamente, sino de desarrollar un plan de cuidados basado en ello.

Como parte del protocolo de admisión de los pacientes, al momento de ingresar al hospital todo paciente debe contar con un plan preventivo que lo involucre a él y su familia. Una vez que se le ha explicado en que consiste el plan, el paciente es ingresado con una tarjeta que identifica el riesgo: rojo para alto y muy alto, amarillo para moderado, y verde para bajo; con los pacientes de alto riesgo se implementan pases de visita. Una o dos veces por semana se revisa que todos los pacientes de alto riesgo estén recibiendo las medidas preventivas adecuadas.

Resultados. Se realizan mediciones periódicas de éxito en la prevención, evaluando expedientes para verificar que se esté documentando correctamente se otorgan certificados de excelencia a los servicios que logren cumplir con las metas y sobre todo

se valora la disminución en prevalencia e incidencia también, identifica áreas de dificultad para implementar el programa a fin de establecer estrategias correctivas.

La clave del éxito de este programa es que las metas que se plantean son realistas; el plan involucra a los administradores; los líderes que se nombran son personas que tienen interés en el programa y en hacer un cambio de manera que no se fuerza a nadie; incluye educación a familiares y pacientes; se presentan materiales para recordar constantemente sobre este problema a todo el personal, y liga la valoración de riesgo con las medidas de prevención.⁴²

Este programa no requiere mayores recursos que los que ya tienen, de manera que en opinión del autor es simplemente por desidia que en los centros de Latinoamérica no se implementan este tipo de programas, siendo que la sola prevención de UPP vale el costo de ponerlo en marcha. Más aún, no hay nada que nos impida hacer un programa similar y hasta mejorarlo. En Latinoamérica es cada vez más importante aprender a ahorrar recursos en salud mediante la prevención de los problemas más que en su tratamiento.⁴²

Sin embargo, no todas las úlceras por presión se pueden prevenir, y cuando un paciente se presenta a consulta con una o varias UPP, la mejor guía es el siguiente algoritmo de manejo de heridas.

- **Detectar** los factores de riesgo asociados a la aparición de UPP: tratamiento con noradrenalina, riesgo EMINA > 10, IMC > 30.

En un estudio estratificaron el riesgo de desarrollar UPP en pacientes críticos con el IMC aumentado y descubrieron que, el riesgo de sufrir UPP comparado con los pacientes con un IMC normal, era más de 1,5 veces mayor en los pacientes con IMC entre 30 y 39,9 y 3 veces superior en pacientes con IMC igual o mayor a 40.⁵¹ -

Intervenir sobre factores de riesgo modificables: superficies de apoyo estáticas, tipo de nutrición, tipos de SNG.

- **Extremar** valoración los primeros 10 días.

- **Establecer** un plan de nutrición específico para cada paciente realizando un screening temprano. Inicio de nutrición de forma precoz con dieta hiperproteica.
- **Revisar** los parámetros nutricionales predictivos específicos de desnutrición en el enfermo crítico, siguiendo las guías de nutrición europeas.
- **Valorar** y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudados de heridas, con el fin de evitar las lesiones por humedad.
- **Utilización** de SNG de poliuretano del menor calibre posible siempre que la patología del paciente lo permita.
- **Informar** a la Institución de la importancia de disponer de superficies dinámicas para todos los pacientes críticos y de establecer recursos adecuados para los pacientes con IMC > 30 (camas bariátricas, grúas para obesos).
- **Insistir** en la correcta cumplimentación de las escalas de riesgo de detección de UPP y en la utilización eficaz de las medidas de prevención en aquellos pacientes con puntuación de riesgo EMINA detectado > 10.
- **Aplicar** otras medidas para incrementar la prevención en pacientes con factores de riesgo no modificables: aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en zonas distales en pacientes tratados con noradrenalina. En caso de contraindicación médica para la realización de cambios posturales se concretará la incorporación de reposicionamientos de manera precoz y protocolizada.
- **Evaluar** la eficacia de los cuidados prestados utilizando variables de resultado: disminución de la incidencia de UPP.

2.4. MEDIDAS PARA VALORAR LAS UPP

Pam Hibbs demostró que la mayoría de UPP puede prevenirse mediante los cuidados y dispositivos adecuados y oportunos. De esta manera se reconoce que la prevención es la mejor estrategia frente al problema de las UPP.⁴⁰

La prevención de las UPP se ha de realizar sobre cinco grupos de acciones-intervenciones:

1. Valoración del riesgo de desarrollar UPP. Se recomienda en todos los casos utilizar EVRUPP (Escala de Valoración de Riesgo de desarrollar úlceras por presión).

La evaluación del riesgo se debe considerar como un proceso dinámico, dado que la condición de los sujetos no es estática. Probablemente, si todos los esfuerzos son canalizados en la dirección de prevenir el desarrollo de UPP, no solo se conseguirán cuidados mejores sino también una mejor calidad de vida de los pacientes.

2. Cuidados de la piel. Es necesario realizar una inspección sistemática de la piel a los pacientes de riesgo. Es fundamental detectar de forma temprana la presencia de edema, eritema local, calor, cambios de turgencia, escoriaciones, pequeñas lesiones, induración, etc., así como valorar con atención las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o estomas.

3. Movilización y cambios posturales. Es imprescindible protocolizar los cambios posturales a los pacientes con movilidad reducida.

4. Manejo de la presión: Utilización de superficies especiales y de manejo local (SEMP).

5. Cuidados nutricionales. Tanto la nutrición como la hidratación son fundamentales en la prevención y el tratamiento de las UPP.

El paciente con un alto riesgo de desarrollar UPP requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica, además de un estado de hidratación adecuado.

2.4.1 USO DE ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Las enfermeras(os) se relacionan con la planificación de los cuidados de enfermería, y con el desconocimiento e implementación de las escalas de valoración del riesgo de las UPP (EVRUPP).⁴⁸

Las escalas son útiles, se complementan y traen beneficios en la evaluación sistemática del paciente. En pacientes críticos la utilización de esos instrumentos debe ocurrir diariamente como consecuencia de la variación de las condiciones clínicas, siendo necesaria la implementación de conductas apropiadas de prevención después del diagnóstico de riesgo.⁵²

Estos instrumentos se constituyen eficaces e infalibles, sobre todo cuando las decisiones de las enfermeras(os) pueden variar con la experiencia y el nivel de formación.¹⁸

Un instrumento de fácil aplicación, con buen valor predictivo, puede ser aplicado en diferentes contextos asistenciales sin generar riesgos adversos, costosos a la institución.

La actuación del enfermero en la evaluación del riesgo auxilia en el cuidado integral e individualizado del paciente y su familia³⁴ y proporciona informaciones imprescindibles para el plan de cuidado, asegurando una comunicación multidisciplinar eficaz.

La escala de valoración de riesgo ideal debe ser altamente sensible y específica con excelente valor predictivo positivo, ser fácil de usar y contar con criterios y definiciones claros de lo que va a evaluar y aplicar en los contextos clínicos que se necesita. El tema de las escalas de prevención en úlceras por presión es aún muy controvertido porque existen decenas de ellas y ninguna se aplica a todas las situaciones clínicas.¹⁸

Una revisión de las mismas esta publicada en español por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión (GNEAUPP).¹⁸

Con todo y sus deficiencias, todas ellas se utilizan extensamente.

- Se sugiere reforzar con educación continua la aplicación de la escala de Braden e implementar programas de medidas preventivas, para que el profesional de enfermería cuente con herramientas que afirmen bases para generar la cultura de prevención.⁵³

Para prevenir las UPP es necesario que el profesional de enfermería que establezca cuidados enfermeros, que permitan disminuir el deterioro de la integridad cutánea del paciente, basados en los factores de riesgo que establece la escala de Braden y la influencia del número de tratamientos invasivos y medicamentosos pues esta es directamente proporcional a la aparición de UPP; es decir, a mayor número de tratamientos, mayor será el riesgo.⁵³

6.4.1. ESCALA DE NORTON

Esta escala, elaborada por Doreen Norton en 1962, evalúa cinco parámetros: condición física, condición mental, actividad, movilidad e incontinencia. A cada uno de estos aspectos le da una calificación de 1 a 4. De acuerdo con la Escala de Norton, una puntuación total mayor a 18 señala bajo riesgo, entre 18 y 14 mediano, entre 14 y 10 alto, y menor de 10 muy alto.³⁷

Además, la escala resta puntos a condiciones específicas como diabetes, hipertensión, hemoglobina baja, hematocrito bajo, albumina baja, fiebre, más de cinco medicamentos o deterioro neurológico. A esta valoración extra se le conoce como Norton Plus.⁵²

La ventaja de esta escala es que es de fácil aplicación, pero tiene algunas debilidades. La primera es que las categorías se prestan a mucha subjetividad ya que no se encuentran definidas; así, un paciente que podría estar en condiciones regulares para un observador, para otro podría estar en buenas.

Otro problema es que las puntuaciones no son excluyentes, de manera que un paciente con puntuación de 14 puede clasificarse como de mediano o de alto riesgo a la vez. Finalmente, al aplicar el Norton Plus no se define bien el por qué esos padecimientos (y no de otros) aumentan (y por qué factor) el riesgo.³⁹

2.4.1.1. ESCALA DE BRADEN

Bárbara Braden y Nancy Bergstrom publicaron esta escala, que hasta ahora es la que se utiliza con mayor amplitud y la que más se ha validado.⁵⁴

La Escala de Braden, está amparada en la fisiopatología de las úlceras por presión y permite la evaluación de aspectos importantes para la formación de la úlcera, según seis parámetros: percepción sensorial, humedad, movilidad y actividad, nutrición, fricción y cizallamiento.

La escala Braden otorga diferentes puntajes entre un mínimo de 6 y un máximo de 23. Cualquier puntuación menor de 16 (o 15 en algunas publicaciones) implica riesgo bajo, la de 13 a 14 uno moderado, y la de 12 o menor uno muy alto.⁵⁴

La mayor fortaleza de la Escala de Braden es que define perfectamente lo que debe evaluarse en cada categoría, y esto evita tanta variación o interpretación por parte del usuario.⁵⁴

Braden es la escala mejor testada en las UCI, con adecuados parámetros de validez y capacidad predictiva, con un número amplio de pacientes, adecuada sensibilidad, VPN, eficacia y área bajo la curva. Asimismo, su valor de Riesgo relativo (RR) es adecuado con intervalos de confianza bien acotados.²⁴ De manera interesante, este mismo estudio señala que pese a esto, ninguna escala disminuye la incidencia.^{54,55}

2.4.2 .2. ESCALA DE WATERLOW

La escala de Judy Waterlow se ideó en 1985 en el Reino Unido y es ampliamente utilizada en los países de la Mancomunidad de Naciones.⁵⁶

La escala de Waterlow hace valoraciones mucho mejores del estado nutricional del paciente y de variables clínicas. En las clases o definiciones de cada rubro da puntuaciones poco respaldadas en la evidencia, en especial en el tipo de piel sobre

áreas en riesgo, un aspecto desfavorable que al aumentar la frecuencia con la que se valora al paciente, se hace de uso menos amigable.⁵⁶

En la escala de Waterlow, una puntuación mayor a 10 pone al paciente en riesgo, una mayor a 15 en riesgo alto y una mayor a 20 en riesgo muy alto. Por ser una escala que se usa casi exclusivamente en países anglosajones, no se ha validado al español (u otros idiomas).

Un estudio con 1231 pacientes comparo la escala de Waterlow con la de Ramstadius y el simple juicio clínico con la incidencia de úlceras por presión por observación directa. De acuerdo con los resultados, no existe una diferencia entre el simple juicio y el uso de una escala.⁵⁶

2.4.2.3 .PRACTICAS DESACONSEJADAS EN EL MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

En estas intervenciones existe un componente histórico tradicional en su práctica, “siempre se ha hecho así”, que entraña una notable dificultad para su erradicación.

No utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento. En vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP.⁵⁷

- No masajear las prominencias óseas
- No dar friegas de alcohol, colonia sobre la piel
- No sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse
- No elevar el cabecero de la cama más de 30° en decúbito lateral
- No sobrepasar los 30° de inclinación en decúbito lateral
- No arrastrar a la persona sobre la cama al recolocarlo

- No mantener protecciones locales sin revisiones diarias

2.4.2.4. PLAN DE ALTA DE VALORACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE Y FAMILIA

Es necesario identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, habilidad, conocimientos, recursos, y motivación de éste y del paciente para participar en el plan de cuidados. Así como diseñar, aplicar y evaluar medidas de implicación del paciente y familia en la prevención y cuidado de las UPP; y el facilitarles el acceso a los recursos sociales para planificar sus necesidades.⁴¹

Soporte emocional la presencia de una UPP puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria del individuo y su familia a tener presente en la planificación de sus cuidados:

- Problemas físicos, emocionales, sociales y económicos que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.
- Déficit de autonomía, autoimagen, autoestima, etc.
- Necesidad de apoyos sociales ante situación de difícil manejo en su entorno.

Educación. Es necesario informar continuamente a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores, evolución y tratamiento de la lesión. El implicar a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales en la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención y tratamiento. Medidas educativas también son:

- Valorar la capacidad del paciente/cuidador para participar en su programa de prevención y tratamiento.
- Desarrollar un programa de educación que sea:

-Organizado, estructurado y comprensible.

-Dirigido a todos los niveles: pacientes, familiares, cuidadores, gestores, y que incluyan mecanismos de evaluación sobre su eficacia.

2.4.5. CLASIFICACIONES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Existen varias formas de clasificar las úlceras, pero para este trabajo se usará la clasificación de grado o estadios.³⁷

Categoría I. Se presentan como un área de enrojecimiento o eritema que no desaparece de la piel intacta y es considerada como la lesión inicial y que debe alertar sobre el problema. Otros datos detectados en este estadio es un aumento en la temperatura local, endurecimiento o reblandecimiento del tejido y la sensación dolorosa o pruriginosa. La forma de inicio varía según la pigmentación de la piel.³⁷

Categoría II. Son lesiones que se presentan con una pérdida parcial de la piel local y que involucran la epidermis, pudiendo incluso afectar a la dermis. Clínicamente, se caracteriza por abrasiones, ampollas rellenas de un líquido hemático o úlceras poco profundas.³⁷

Categoría III. Existe una pérdida de todo el grosor de la piel e involucra adicionalmente la necrosis de los tejidos subcutáneos.³⁷

Categoría IV. No sólo hay una pérdida de todo el grosor de la piel sino también necrosis tisular e incluso lesiones de los músculos y afección del hueso y las estructuras de soporte, como tendones y articulaciones.³⁷

Las lesiones debidas a la incontinencia urinaria se clasifican erróneamente como UPP, siendo, sin embargo, lesiones cutáneas que no están causadas por presión y fricción, es muy importante clasificar bien las lesiones para poder abordar estrategias de prevención y tratamiento adecuadas, ya que las lesiones por incontinencia pueden confundirse con UPP en estadio I.³⁷

2.4.6. TRATAMIENTO DE UPP.

Ante el tratamiento de una UPP se tendrá en cuenta una doble visión de los cuidados:

a. Cuidados Generales

Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones. Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones por lo que aplicaremos las directrices dadas en la prevención sobre la utilización de las SEMP (Superficies Especiales para el manejo de presión).^{58,59}

Soporte nutricional. La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas.

- Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, también puede evitar la aparición de éstas, y de la infección.

- Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización.

- La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:

· Calorías (30-35 Kcal x Kg. peso /día)

· Proteínas (1.25 - 1.5 gr. /Kg. peso/día, pudiendo ser necesario un aumento de hasta un máximo de 2 gr/ Kg. peso/día).

· Minerales: Zinc, Hierro, Cobre · Arginina

· Vitaminas: Vit C, Vit A, Complejo B

· Aporte hídrico (1 cc Agua x Kcal. Día) (30 cc Agua/día x Kg. peso) En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a dietas enriquecidas, según pauta.

Cuadro 1
Parámetros nutricionales en pacientes con UPP

	Media
Albúmina	4,3554 g/dl
Pre albúmina	18,0965 mg/dl
Proteínas totales	4,8658 g/dl
Transferrina	115,5909 mg/dl

Fuente : Directrices y Tratamiento GNEAUPP

La dieta hiperproteica se relacionó de manera significativa con el menor riesgo de desarrollar UPP. De acuerdo con la literatura, existe una relación directa entre malnutrición y aparición de UPP ya que la pérdida de grasas y tejido muscular disminuye la protección que ejercen sobre las prominencias óseas.

Este resultado nos reafirma en la decisión de iniciar precozmente la nutrición enteral hiperproteica, salvo existencia de contraindicación al respecto. En nuestra unidad no está protocolizado el uso de vitaminas, suplementos enriquecidos (arginina, zinc) u otras sustancias antioxidantes, ya que los estudios realizados hasta el momento no avalan el beneficio para el paciente crítico ni existe evidencia científica al respecto.⁵⁹

Manejo del dolor.- Valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la UPP, con su tratamiento y patologías asociadas. La percepción del dolor es subjetiva, cuando un paciente se queja de dolor hay que tratarlo. Considerar los parámetros siguientes:

Intensidad: Para medir la intensidad del dolor se recomienda hacer una valoración previa del estado cognitivo del paciente para poder aplicar la escala de valoración más adecuada.

Se debe tener en cuenta la Calidad del dolor: Continuo, incidental (relacionado con las movilizaciones o las curas). Si es Irruptivo: De aparición impredecible.

Un aumento del dolor sugiere un deterioro mayor y la posibilidad de una infección. - Si se considera necesario y adecuado proporcionar analgesia

- Tener en cuenta los factores psicosociales que pueden influir en la percepción del dolor, así como el estado cognitivo. ³⁰

2. Cuidados Locales

• Limpieza

· Retirar restos orgánicos e inorgánicos y exudados presentes en la lesión. · Rehidratar la superficie de la herida para facilitar medio húmedo.

· Facilitar la inspección de la lesión.

· Disminuir el riesgo de infección. ⁵⁰

• **Desbridamiento** Es un paso imprescindible para evaluar el grado de la UPP para eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana.

• **Tratamiento con anticoagulantes** Hay una importante excepción del desbridamiento: es el caso de la placa dura necrótica (escara que no presenta edema, eritema, fluctuación o drenaje) en talón, en este caso se recomienda no desbridar y someterla a una estricta vigilancia. ⁵⁰

3. Métodos de desbridamiento:

- **Quirúrgico** –Retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, se lleva a cabo en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia. Indicado en escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, de localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis. ⁵⁹

- **Cortante** Retirada de forma selectiva de tejido necrótico y desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable, es el más efectivo y permite el desbridamiento de forma más rápida. Se realiza “a pie de cama”.

- Valorar el uso de medidas de control del dolor, generales y locales antes de iniciar la técnica

- Tener especial precaución en personas con coagulopatias o tratadas con anticoagulantes.

- En caso de sangrado, controlarlo con presión digital, apósitos hemostáticos, o apósitos de Alginato Ca.

- Vigilar los signos de sangrado significativo durante las primeras 24 horas, valorando la conveniencia de mantener los apósitos. ⁵⁹

- No está indicado en zonas de escasa o nula vascularización, dificulta la cicatrización

- Realizar con instrumental estéril, extremando las medidas de asepsia ·

Enzimático Es la aplicación local de enzimas exógenas (principalmente colagenasa, estreptoquinasa) que funciona de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, separando el tejido necrótico del tejido viable. ⁵⁹

- Se recomienda realizar cortes con bisturí en caso de placa dura necrótica, para facilitar que el producto penetre en la lesión.

- Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.
- Proteger la piel perilesional
- Su acción puede ser neutralizada en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y antisépticos
- **Autolítico** Es el fisiológico, ocurre en todas las heridas de forma natural, aunque su acción es más lenta que otros métodos. Se favorece con la aplicación de apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo.

Es el método más selectivo, atraumático y no doloroso.

Bien aceptado por el paciente puede provocar maceración de la piel periulceral si no es bien utilizado.

Estos métodos son compatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

4. Valorar la piel perilesional y proteger si procede.

En caso de uso de apósito, este debe sobrepasar en 2,5 a 4 cm el borde de la úlcera.

- El cambio de apósito se realizará según las normas del producto salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes periulcerales.
- Valorar la lesión y elegir el tratamiento adecuado (en caso de esfacelos y/o tejido necrótico es necesario desbridar).⁵⁹

Apósitos

Los **apósitos** se pueden clasificar en tres grupos: **pasivos, activos e interactivos**.

El apósito pasivo sólo tiene una función protectora, mientras que los otros crean un ambiente adecuado que promueve la cicatrización.⁵⁹

La elección del apósito se basa en las características de la herida, el conocimiento y experiencia del profesional, y las preferencias del paciente.

Los principales grupos de apósitos son los **hidrogeles, hidrocoloides, espumas de poliuretano, hidrofibra, alginatos.**

Los apósitos pueden tener múltiples capas y diferentes componentes. Los apósitos mixtos poseen, además de uno de los componentes anteriores, diferentes sustancias en función de las necesidades del tipo de herida, incluyendo agentes enzimáticos, carbón activado, plata iónica, yodo, antisépticos, antibióticos, colágeno, miel de manuka, antimetaloproteinasas o factores de crecimiento.⁵⁹

• **Abordaje de la infección bacteriana antes de hablar de una infección en UPP,** debemos saber diferenciar bien entre:

- Contaminación. Presencia de microorganismos (que no se multiplican). Todas las UPP, se pueden considerar contaminadas.⁵⁹

- Colonización. Multiplicación activa de microorganismos sin generar problemas clínicos.

- Colonización crítica: Desequilibrio bacteriano, puede no presentar signos aparentes de infección, pero si otros signos como retraso en la cicatrización, aumento del exudado, del dolor, cambio de color. Deberán ser tratadas como infectadas, se considera .⁵⁹

- Infección local cuando están presentes los siguientes signos y síntomas: · Inflamación (eritema, tumor, calor)

• **Dolor**

Aunque la mitad de los pacientes hospitalizados no puede describir el dolor, de 59% a 85% de los que si pueden, reportan al menos algún dolor; de estos 45% describen el dolor relacionado con una úlcera como insoportable .Solo 2% de los pacientes reciben medicamento analgésico antes de 4 h de haberse reportado tal dolor.

En cuanto a dolor asociado a úlceras por presión de forma cuantitativa y cualitativa; se ha encontrado que todos los pacientes refirieren dolor debido a úlcera por presión; 80% de estos lo reportaron como constante; el promedio de intensidad fue de nivel

moderado y el calificativo más comúnmente utilizado para describir el tipo de dolor fue quemante.

- Olor · Aumento de exudado y/o exudado purulento.

Tanto la colonización crítica como la infección local están producidas por un desequilibrio bacteriano, las bacterias pueden estar presentes en **forma libre u organizada formando un Biofilm**: Comunidad microbiana de células adheridas a una superficie en la que se mantienen cohesionadas por una Sustancia Polimérica Extracelular (EPS). Pueden ser desde una simple monocapa de bacterias sobre una superficie, a un tapete microbiano, tan complejo, que se podría considerar auténticas “ciudades microbianas”.⁶⁰

Cronifican las heridas y retrasan la cicatrización.

- Infección sistémica. Invasión bacteriana con deterioro tisular en la que se evidencian signos y síntomas de infección con una reacción asociada del huésped (Inflamación, dolor, fiebre, mal estado general, shock). Será necesario proceder a la toma de muestras para cultivo bacteriano

Los gérmenes más frecuentes en las infecciones son: Staphylococcus aureus, Pseudomona aeruginosa, · Enterobacterias, Proteus spp, · Streptococcus spp.⁵⁹

2.4.6.1. SITUACIONES ESPECIALES EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON UPP.

Debido a su especial relación con la posibilidad de ver aumentado el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, habrán de tenerse en cuenta una serie de circunstancias especiales que aumentan la vulnerabilidad de los pacientes al tiempo de planificar los cuidados de prevención. Estos cuidados deberán iniciarse desde el mismo momento de ingreso en la institución y mantenerse en las distintas unidades (servicio de urgencias, servicios de diagnóstico, quirófanos).⁵⁹

- Pacientes con alteraciones neurológicas (lesiones medulares, déficit neurológico).

- Pacientes sometidos a cirugía de larga duración
- Pacientes sometidos a técnicas especiales
- Personas desnutridas, inmunodeprimidas.
- Personas sometidas a estrés psicológico o emocional.
- Anciano frágil sin motivación para la ingesta ni la movilización
- Aumento significativo del dolor
- Cambios de medicación.

Pacientes terminales su situación no justifica que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de UPP

- Prestar especial atención a la aparición de nuevas lesiones, es una complicación previsible
- En situación de agonía será necesario “plantearse” incluso la necesidad de realizar cambios posturales
- Utilizar SEMP especialmente dirigidos a este grupo de pacientes, pues contemplan la consecución de elevadas cotas de confort.

Parámetros para describir la lesión

- **Dimensiones:** Longitud, anchura (diámetro mayor y menor) y volumen.
- **Cavidades:** Tunelizaciones y fístulas.
- Tejido del lecho de la úlcera: Eritema, esfacelado, necrótico, epitelización y granulación.
- Estado de la piel periulceral: Íntegra, eritema, lacerada, macerada, eczema y edema.

- Borde de la herida: Bien definido, irregular, con forma de cráter, hinchado, calloso, macerado y reseco.
- Exudado de la úlcera: Cantidad (mínimo, moderado, alto), tipo (purulento, hemorrágico, seroso) y olor.
- Signos de infección: Local y sistémica.⁵⁹

2.5. IMPLICACIONES LEGALES

El problema de las UPP es relevante por las repercusiones que tiene en los pacientes y sus cuidadores como en el aumento de las cargas de trabajo para los profesionales sanitarios, en la prolongación de la estancia hospitalaria así como en los tratamientos para su resolución, y por las responsabilidades legales por mala práctica profesional ya que, en muchas ocasiones, se las considera un problema evitable.⁶⁴

Un consenso de publicación reciente concluyó que la mayoría de las UPP son prevenibles, pero no todas las que pueden prevenirse por la imposibilidad de movilizar al paciente, ya sea debido a inestabilidad hemodinámica, porque una sola posición es necesaria para nutrir o hidratar al individuo, o porque los familiares así lo indican.

Desafortunadamente, en Latinoamérica estamos lejos de hablar de prevención de la mayor parte de las úlceras por presión, tan es así que en muchos países se ha instruido la incidencia de UPP como medida de calidad en la atención de los pacientes.⁶⁴

Las enfermeras que no valoran el riesgo deben saber que su práctica clínica puede ser considerada como negligente por ello si el paciente desarrolla después una úlcera ya que la situación de los pacientes no es estática y por eso deberían establecerse pautas de evaluación periódica o, al menos, cuando cambie la situación del paciente o del cuidador, como recomiendan algunas guías de práctica clínica.³¹

En Latinoamérica no se ha generalizado la práctica de demandar a las instituciones con la frecuencia que en otras regiones del mundo. Sin embargo, el riesgo de demandas por UPP es una realidad y los motivos para ello son claros.⁶³

Para que proceda una demanda debe haber una responsabilidad (algo que se debía haber hecho y no se hizo), causalidad (que el daño sea consecuencia de esta omisión; p. ej., se identificó a un paciente en riesgo y no se establecieron las medidas necesarias) y ausencia de apego al estándar de manejo. En el caso de una úlcera por presión que pudo haberse previsto están presentes estos factores.

Así mismo cuando se produce un daño, lo mínimo que se puede esperar como respuesta al reclamo es la reparación del daño o, en caso de que esto sea posible, la indemnización. Como los encargados del cuidado de la salud son un blanco fácil para los reclamos legales, deben proveer el cuidado necesario para prevenir las UPP.⁶³

En diversos países las demandas por UPP representan un negocio altamente redituable. En el Reino Unido el promedio de compensaciones económicas oscila entre \$7000 y \$25 000 USD, aunque en algunos casos esta cifra supera los \$200 000 USD. En EU va de 5 000 a 82 millones de dólares, con un promedio de \$250 000 USD por demanda.⁶³

El gobierno de Japón, al percatarse de que la mayor parte de las úlceras son prevenibles, aplica multas a aquellos hospitales donde estas se presentan.⁶³

III. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cuantitativo, analítico, comparativo, transversal y no experimental

3.2. UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Profesional de enfermería – Se refiere al profesional que desempeña una disciplina fundamental en el equipo de salud, aporta en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel del cuidado.

El profesional de enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.⁶⁴

La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.⁶⁴

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de base en enfermería asignado a los servicios seleccionados.

Personal de guardias y suplencias asignado a estos servicios al menos 3 meses.

Personal de enfermería que acepte participar una vez dados a conocer los objetivos del estudio.

3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Personal de suplencia no fijo al servicio que rote de forma ocasional o puntual por los servicios seleccionados.

Personal de suplencia que tenga menos de 3 meses en estos servicios.

3.5. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Enfermeras que ya no deseen participar en el estudio

20% más de no respuesta contestada en el instrumento (35 enfermeras)

3.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Fue necesario calcular una muestra de la población total a través de la fórmula para poblaciones finitas y variables cuantitativas. .

El cuadro de profesionales del equipo de enfermería que actúan directamente en la asistencia a pacientes adultos y ancianos en el hospital y asignados a áreas críticas estuvo compuesto por:

Población (N) =323 profesionales de enfermería en los servicios asignados del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos.

Muestra (n) =176 profesionales de enfermería calculada mediante una fórmula de Población finita: (66)

Calculo de tamaño muestral

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Población desconocida (infinita)

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Población conocida (finita)

Para conseguir una significancia estadística del **95%**, con un margen de error del **5%**, la determinación del tamaño muestral concluyó que el número de profesionales que debía conformar la población a estudio sería de aproximadamente **176 participantes**.

3.6.1. ESTRATIFICACIÓN DE LA MUESTRA.

Servicios	Enfermeras asignadas	Matutino	Vespertino	Velada A	Velada B
Urgencias adultos	87	13	12	12	13
Cirugía General	58	7	7	7	7
Medicina Interna Geriatría	57	7	7	7	7
Medicina Interna Cardiología	54	7	7	7	7
Unidad de Cuidados especializados adultos (UCEA)	53	7	7	7	7
Cirugía Mínima invasión	14	3	4	4	3
Total de enfermeras	266	40	40	52	44
					176

3.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

3.7.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la valoración, la prevención, y el tratamiento de las UPP es el Grado de información que poseen las enfermeras que actúan directamente en la asistencia a pacientes adultos y ancianos respecto a la valoración, la prevención, clasificación y el tratamiento de úlceras por presión.^{65, 45}

Indicadores de la variable

Indicador	Definición Operativa	Ítems que indagan	Escala
Valoración del riesgo de UPP	Es la serie de estrategias, que realizan las enfermeras para identificar el estado general del paciente, conocimientos sobre anatomía y fisiología, factores de riesgo, valoración nutricional, el estado de la piel y de las prominencias óseas y/o en sitios con mayor riesgo de lesión.	11 preguntas 1,2,3,4,5,6,8,35,37,40,41	Escala dicotómica 0- Incorrecta 1 – correcta
Clasificación de las UPP	Uso de Herramienta para clarificar, guiar, que explica el mecanismo de producción para establecer medidas de prevención y tratamiento específico en las úlceras por presión por el personal de enfermería.	17 preguntas 9,10,11,12,19,20,21,22,23, 24,25,26,27,28,29,30,31.	Escala dicotómica 0- Incorrecta 1 – correcta
Prevención de las UPP	Son las estrategias basadas en la minimización de los factores de riesgo; el registro en la historia clínica del paciente de aquellas actividades que sirven de	Tres preguntas 7,13,14,4 preguntas de opinión	Escala dicotómica 0- Incorrecta 1 – correcta

	prevención de las úlceras por presión y los cuidados de enfermería canalizados hacia esa dirección, para conseguir una mejor calidad de vida de los pacientes hospitalizados basados en el juicio clínico se fundamenta en 3 factores para identificar a los pacientes con riesgo: nutrición, movilidad y el estado de salud		
Tratamiento de las UPP	Son las medidas y recomendaciones que las enfermeras utilizan para realizar el cuidado a fin de mantener la integridad cutánea y/o favorecer la cicatrización	Diez preguntas 15,16,17,18,32,33,34,36,38,39	Escala dicotómica 0- Incorrecta 1 –Correcta

3.7.2. VARIABLES INTERVINIENTES (INDEPENDIENTES)

Las variables intervinientes se listan a continuación:

- **Categoría Institucional**
- **Formación académica**
- **Experiencia laboral (Antigüedad en el Servicio)**
- **Turno**
- **Jornada Laboral**
- **Servicio clínico**
- **Edad**

- **Capacitación en UPP y estomas.**

3.7. MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El instrumento a utilizar es un cuestionario auto cumplimentado elaborado por Restrepo Medrano et al, el cual se solicitó permiso al autor y se sometió a diversos procesos como traducción, y adaptación cultural.¹⁵

Los ítems se dividen así en tres partes: variables sociodemográficas (edad y sexo) y de conocimientos relacionados con el manejo de UPP (valoración del estado general del paciente, conocimientos en anatomía y fisiología de la piel; etiología, fisiología y proceso de cicatrización; clasificación, tipo y características de las UPP, y el manejo clínico de éstas).

Esta versión consta de tres apartados; el primero para obtener información relativa a las variables intervinientes y el segundo con ítems para explorar el grado de conocimiento de las enfermeras respecto a la prevención, valoración y tratamiento, la tercera parte con ítems de correlación de Falso / verdadero referentes al tratamiento y el último apartado, de diseño propio, consistió en aplicar ítems de opinión acerca de la implicación personal e institucional acerca de las limitaciones del personal de enfermería, temas e importancia con respecto a actitud y creencias de úlceras por presión.

Con respecto al tratamiento se utilizó el instrumento de Quezada et al y se adaptaron al instrumento, después de la autorización del autor para usar ambos cuestionarios validados, se llevó a cabo la traducción de los instrumentos, con el fin establecer la equivalencia semántica y conceptual.

El instrumento se sometió a validez de contenido, constructo y semántica mediante jueceo de expertos se ajustó con base a sugerencias expuestas de los distinguidos integrantes Mtra. Aurelia Nicolás Pérez Mtra. Luz María Vargas Esquivel, Mtra. Ivett Osorio Serralde, Mtro. Francisco Pacheco Bahena, EEEC Julio Araujo Rojas, ajustando los ítems para lo cual se anularon algunos, se mejoró la redacción, y se incluyó la temática de la capas de la piel y cicatrización.

La evaluación fue realizada por el responsable del estudio, un experto en investigación - Tutor del proyecto, capacitados previamente sobre cada uno de los elementos del instrumento, principalmente en los indicadores ya mencionados, siendo este momento la estandarización del procedimiento de recolección.

Se realizó una prueba piloto en el 10% de la muestra en unidades de análisis con características similares a las requeridas para este estudio. La confiabilidad alcanzó: Kuder Richardson **0.78** lo que nos indica consistencia interna de los ítems.

Se modificaron algunos ítems y algunos se eliminaron reduciendo el cuestionario con las preguntas más significativas.

3.9. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Una vez identificado al profesional de enfermería que cumple con los criterios de inclusión, se solicitó su participación firmando la carta de consentimiento informado. Estos respondieron individualmente durante el horario de trabajo y lo devolvieron inmediatamente, a la investigadora, dentro de un sobre sin identificación para garantizar el anonimato del participante.

En ella se le explico con detalle el propósito y el objetivo del estudio. Posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento en 1 medición, en el aula asignada por enseñanza libre de ruido y distracción alguna, se ofreció servicio de ambigú y bebida en caso de no poder acudir al aula por disposición y sobrepoblación del servicio se realizó a la hora establecida por el jefe de servicio y acordado con los profesionales de enfermería.

La recolección de datos fue realizada en los meses de abril a mayo de 2017, utilizando un instrumento compuesto de ítems referentes a los datos sociodemográficos y prueba de conocimiento, adaptada en estudio anterior realizado en Colombia.¹⁵

La realización de la prueba de conocimiento tuvo por objetivo medir el nivel de conocimiento de los participantes sobre las recomendaciones para la prevención de la UP.

En la medición se determinó el nivel de conocimiento acerca de valoración, prevención, y tratamiento mediante escala dicotómica y se valoró minuciosamente el conocimiento del profesional de enfermería.

Los cuestionarios fueron revisados y codificados por el investigador responsable y los asesores clínicos, teóricos y metodológicos. La información obtenida se capturo en una base de datos Excel y se analizó en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS ver. 23), a través del cual se obtuvieron frecuencias, promedios y Kuder Richardson para ítems dicotómicos.

El análisis de los datos se realizó de la siguiente manera las variables continuas resumidas como media y desviación estándar (SD).

Las variables categóricas se sintetizaron como frecuencias y porcentajes, con el fin de probar las diferencias en las puntuaciones entre los grupos, análisis unidireccional de la varianza. En cuanto a estadística descriptiva usando herramientas como técnicas numéricas de tendencia central y frecuencias, con el fin de describir el conjunto de características demográficas del profesional de enfermería.

Los resultados se sometieron a estadística inferencial, y se presentaron resultados de forma cuantitativa, objetiva, sometiéndola a pruebas de confiabilidad. Estadística Inferencial, paramétrico, para el estudio de la correlación entre las diferentes variables relacionadas con el conocimiento de úlceras por presión.

La encuesta fue aplicada a 176 enfermeras que voluntariamente decidieron participar en la investigación; la actitud del personal de algunos profesionales de enfermería demostró apatía ante el estudio. Considerando lo anterior, se prolongó el tiempo hasta reunir la muestra y se presentó información de 176 enfermeras.

3.9. 1. CUANTIFICACIÓN DE RESPUESTAS.

La evaluación del instrumento diseñado para esta investigación estuvo a cargo del investigador principal, y la puntuación de las respuestas correctas se realizó de la siguiente manera: **puntuación inferior a 0-18 preguntas: conocimientos bajo y 19-26 conocimiento medio adecuados: 27-31-Alto.**

Para cada una de las afirmaciones, el participante debía seleccionar una respuesta considerando las opciones Verdadero (V), Falso (F). Para cada acierto fue atribuido un punto.

Los aciertos correspondieron a las afirmaciones verdaderas respondidas como V o falsas respondidas con F. Para las respuestas equivocadas el puntaje atribuido fue cero. El puntaje total de la prueba de conocimiento correspondió a la suma de todas las respuestas correctas.

En el estudio original, para que el conocimiento fuese considerado adecuado, se esperaba que los participantes acertasen 90% o más de los ítems de la prueba. En este estudio, se optó por presentar los resultados de la prueba en intervalos de puntajes igual o superiores a 90%, entre 70% y 89,9%, entre 50 y 69,9% y menores que 50%.

A continuación se presentan los resultados: la confiabilidad del instrumento, la descripción de la muestra, su análisis descriptivo que incluye el análisis por dominios de nivel de conocimientos y el análisis inferencial.

De los 176 profesionales de la salud que conformaron la muestra, la recolección de datos se registró en la base creada para tal fin. En Excel se realizó una prueba de Kuder Richardson y se obtuvo una confiabilidad de $KR_{20} = 0.78$ en este programa se promedió el puntaje final que obtuvieron los profesionales para obtener una calificación de cada uno y con base en ello, definir los rangos del nivel de conocimientos acerca de UPP.

4. RESULTADOS:

4.1 .RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

Mediante la recopilación y registro de datos y al someterse a un proceso de análisis se obtuvieron los siguientes resultados.

Edad

La edad que caracterizó a la población fue en el rango de 21-30 fueron (37.3%), en el rango de 31-40 (40.1%) en el rango de 41-50 fueron (16.4%), y en el rango de 51-60 fueron (6.2%).El promedio de edad fue de 37.92 años, y con una antigüedad de 11 años en promedio.

Tabla 1
Edad

	Fo	%
21-30	65	36.9
31-40	71	40.3
41-50	29	16.5
51-60	11	6.3
Total	176	100.0

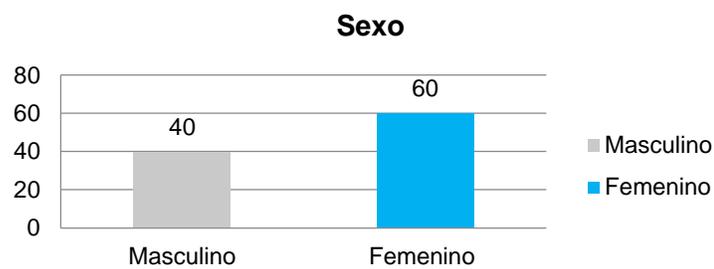
Sexo

En la siguiente tabla se puede apreciar que la mayor parte de la población pertenece al sexo femenino (60%) y el (39.8) al sexo masculino.

Tabla 2
Sexo

Sexo	Fo	%
Masculino	70	39.8
Femenino	106	60.2

Gráfica 2
Sexo



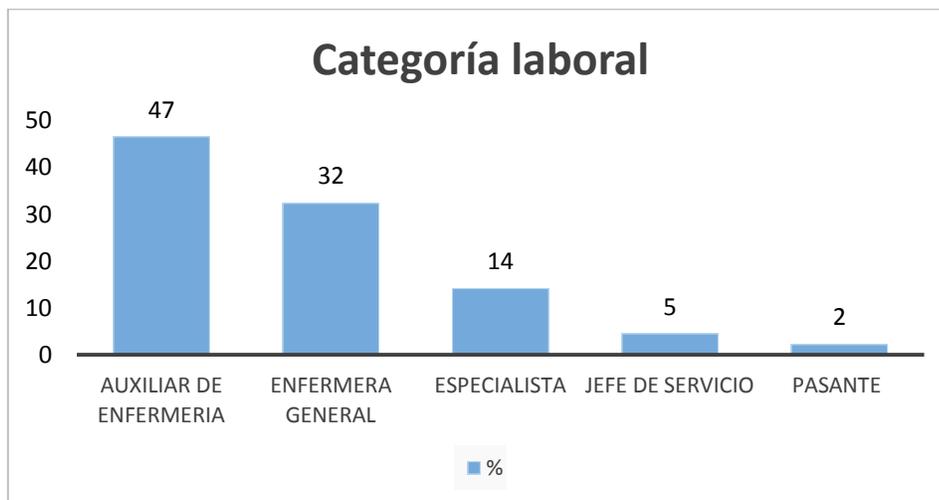
Categoría laboral

Participaron en la investigación 176 miembros del equipo de enfermería, siendo auxiliar de enfermería (46.3%), enfermera general (32.8%), enfermeros especialistas (14.1%), jefe de servicio (4.5%) y 4 pasantes (2.3%).

Tabla 3
Categoría laboral

Categoría	Fo	%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	82	47
ENFERMERA GENERAL	58	32
ESPECIALISTA	25	14
JEFE DE SERVICIO	8	5
PASANTE	4	2

Grafica 3
Categoría laboral



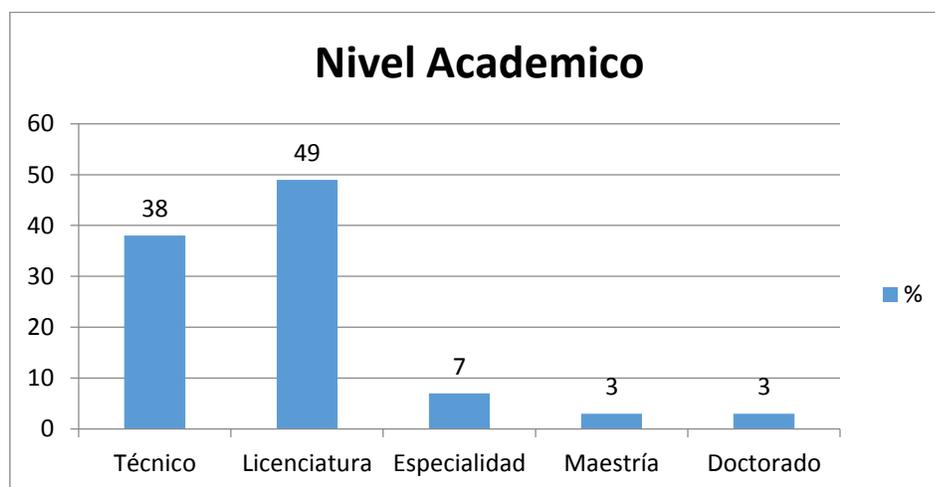
Nivel académico

Correspondiente al nivel académico se obtuvo que a nivel licenciatura obtuvo 49%, Técnico 38%, Especialidad 7%, Maestría 3% y Doctorado 3%.

Tabla 4
Nivel académico

Nivel Académico	Fo	%
Técnico	69	38
Licenciatura	87	49
Especialidad	12	7
Maestría	8	3
Doctorado	6	3
Total	176	100

Grafica 4
Nivel Académico



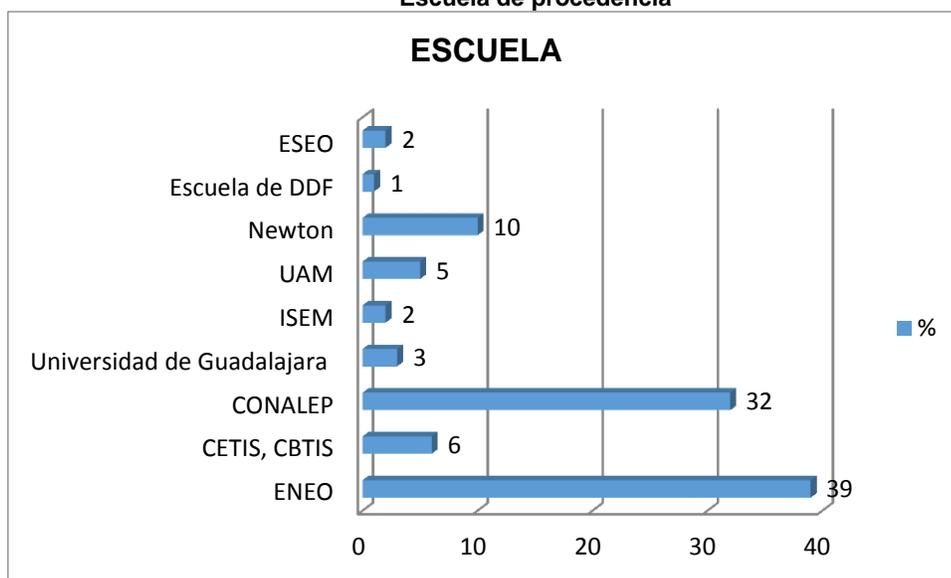
Escuela de procedencia

Referente a la escuela de procedencia los resultados fueron captados como los refirieron los profesionales de enfermería encontrando que Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) 39%, CONALEP 32%, Escuela Particular (Instituto Roosevelt, Universidad de Guadalajara) 10%, CETIS, CBTIS 6%, Escuela de Enfermería UAM (5%), UNIVERSIDAD FORÁNEA (3%),Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia ESEO (2 %), Escuela de Instituto de Salud del Estado de México ISEM (2%), Escuela de enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (DDF) (1).

Tabla 5
Escuela de procedencia

Escuela	Fo	%
ENEO	68	39
CETIS, CBTIS	11	6
CONALEP	57	32
FORÁNEA	6	3
ISEM	3	2
UAM	8	5
PARTICULAR	18	10
Escuela de DDF	1	1
ESEO	4	2
Total	176	100

Grafico 5
Escuela de procedencia



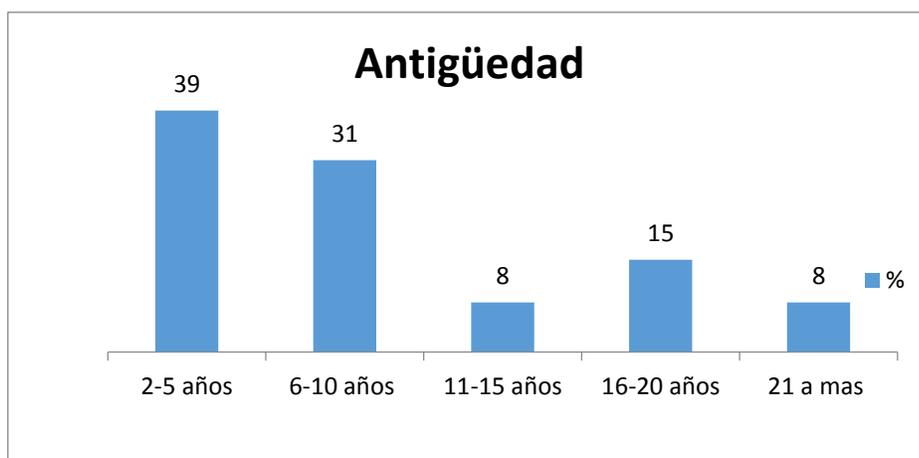
Antigüedad

En cuanto a la antigüedad se establecieron rangos en el cual predominó el rango-2-5 años (39%), 6-10 años (31%), 11-15 años (8%), 16-20 años (15%), más de 21 años (8%).

Tabla 6
Antigüedad

Antigüedad	Fo	%
2-5 años	68	39
6-10 años	54	31
11-15 años	14	8
16-20 años	26	15
21-+años	14	8

Grafica 6
Antigüedad



Capacitación

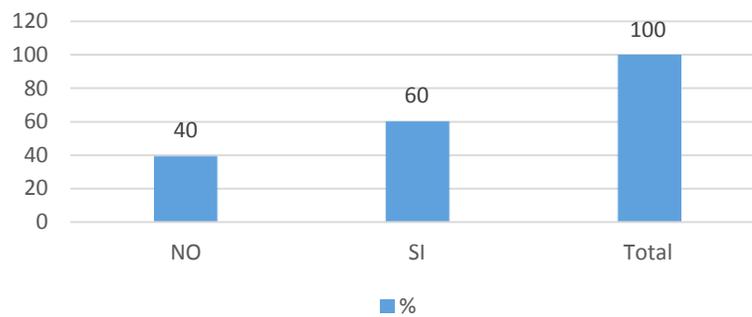
Referente a si ha obtenido capacitación la frecuencia fue Si con (60%), No (40%).

Tabla 7
Capacitación

Capacitación	Fo	%
NO	70	39.8
SI	106	60.2
Total	176	100.0

Grafico 7
Capacitación

Capacitación



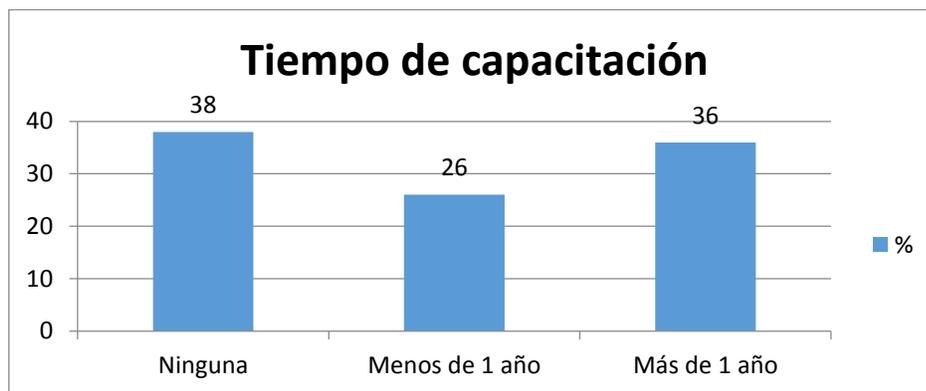
Tiempo de capacitación

Con respecto a el tiempo en que se realizó la capacitación el que predomino fue de más de un año con 36.4%, ninguna con 38.1%, menos de 1 año fue de 25.6%.

Tabla 8
Tiempo de capacitación

Tiempo de capacitación	Fo	%
Ninguna	67	38
MENOS DE 1 año	45	26
Más de 1 año	64	36

Grafico 8
Tiempo de capacitación



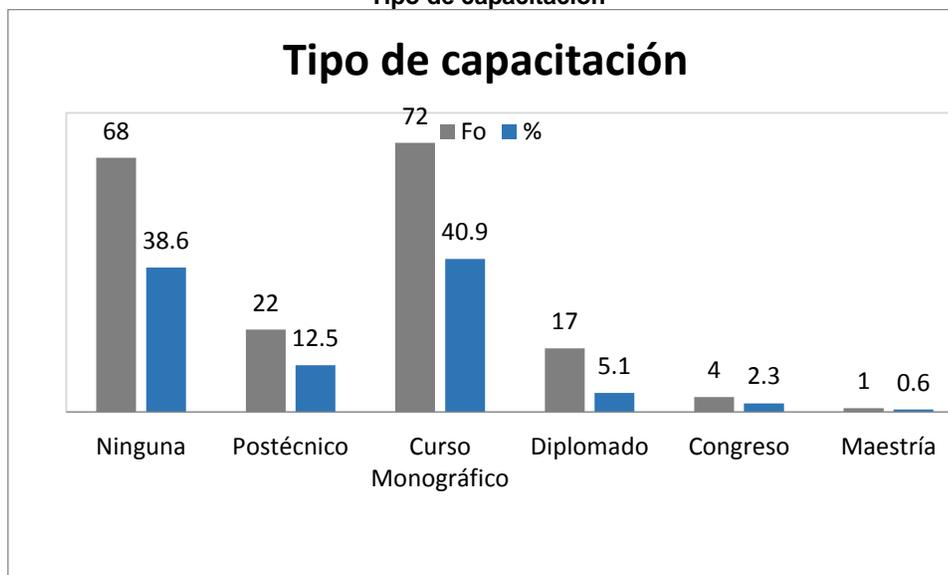
Tipo de Capacitación

Referente al tipo de capacitación el porcentaje que predominó fue de curso monográfico 40.7%, ninguna 38.6%, postécnico 12.5%, sesiones semanales 4%, congreso 2.3%, diplomado 1.1%, maestría 1 (.6%).

Tabla 9
Tipo de capacitación

Tipo de capacitación	Fo	%
Ninguna	68	38.6
Postécnico	22	12.5
Curso Monográfico	72	40.9
Diplomado	17	5.1
Congreso	4	2.3
Maestría	1	0.6

Grafica 9
Tipo de capacitación



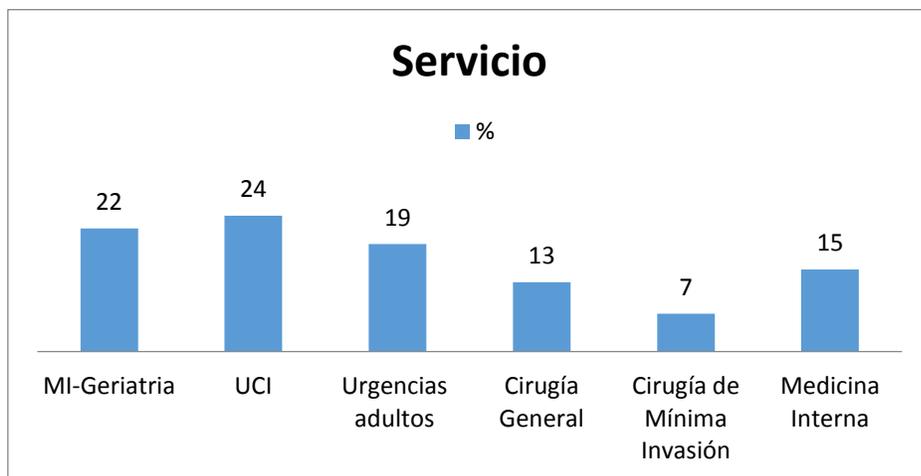
Servicio

Referente al tipo servicio el porcentaje que predominó fue de UCI 24%, Medicina Interna Geriatría 22%, Urgencias Adultos 19%, Medicina Interna –Cardiología 15%, Cirugía general 13%, Cirugía de Mínima Invasión 7%.

Tabla 10
Servicio

Servicio	Fo	%
Medicina Interna -Geriatría	39	22
UCI	43	24
Urgencias Adultos	34	19
Cirugía General	22	13
Cirugía de Mínima Invasión	12	7
Medicina Interna - Cardiología	26	15

Grafica 10
Servicio



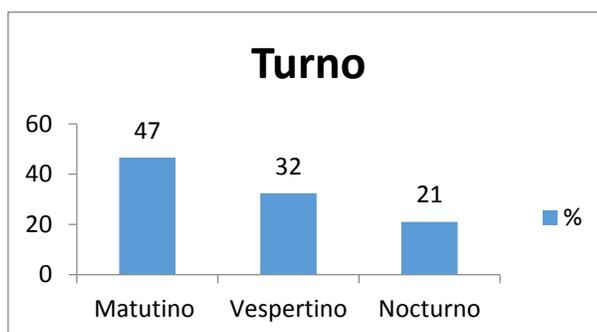
Turno

Referente al turno el porcentaje que predomino fue de matutino 47%, vespertino 32, Nocturno 21%.

Tabla 11
Turno

Turno	Fo	%
Matutino	82	47
Vespertino	57	32
Nocturno	37	21
Total	176	100

Grafica 11
Turno



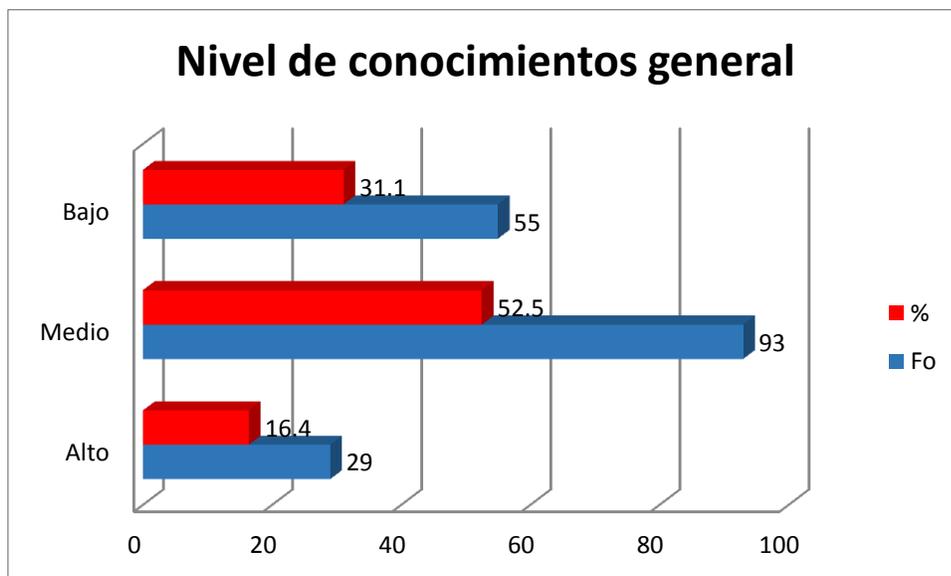
Nivel de conocimientos general

El nivel de conocimientos en general muestra que 31% presento un nivel de conocimientos bajo, ubicando al 51% de los profesionales de enfermería en nivel medio, y solo el 16% en nivel Alto.

Tabla 12
Nivel de conocimientos

Nivel de conocimientos general	Frecuencia	Porcentaje
Alto	29	16.4
Medio	93	52.5
Bajo	55	31.1

Gráfica 12
Nivel de Conocimientos



NIVEL DE CONOCIMIENTO POR EDAD

Es importante destacar que al analizar el nivel de conocimientos por edades obtenemos la siguiente información, en los grupos de edad 21-30 años 4 de 4% tienen un conocimiento alto , medio 22.6% es decir el 37.3% solo el 10% tiene un nivel.

El grupo de años 21-30 el 2.3% de ellos tiene un nivel alto .Se observa una relación de conocimientos con edad, los grupos de mayores de 28 años obtuvieron un mayor puntaje 40.1%.

Tabla 14

Nivel de conocimientos generales relacionado con la edad del profesional de enfermería.

Grupos de edad en años	N	Nivel de conocimiento						Total
		Alto		Medio		Bajo		
		Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	
21-30	66	4	2.3	40	22.6	22	12.4%	37.3%
31-40	71	17	9.6%	36	20.3	18	10.2%	40.1%
41-50	29	5	2.8%	13	7.3	11	6.2%	16.4%
51-60	11	3	1.7%	4	2.3%	4	2.3%	6.2%
Total	176	29	16.4%	93	52.5%	31.1%	55	176= 100.0%

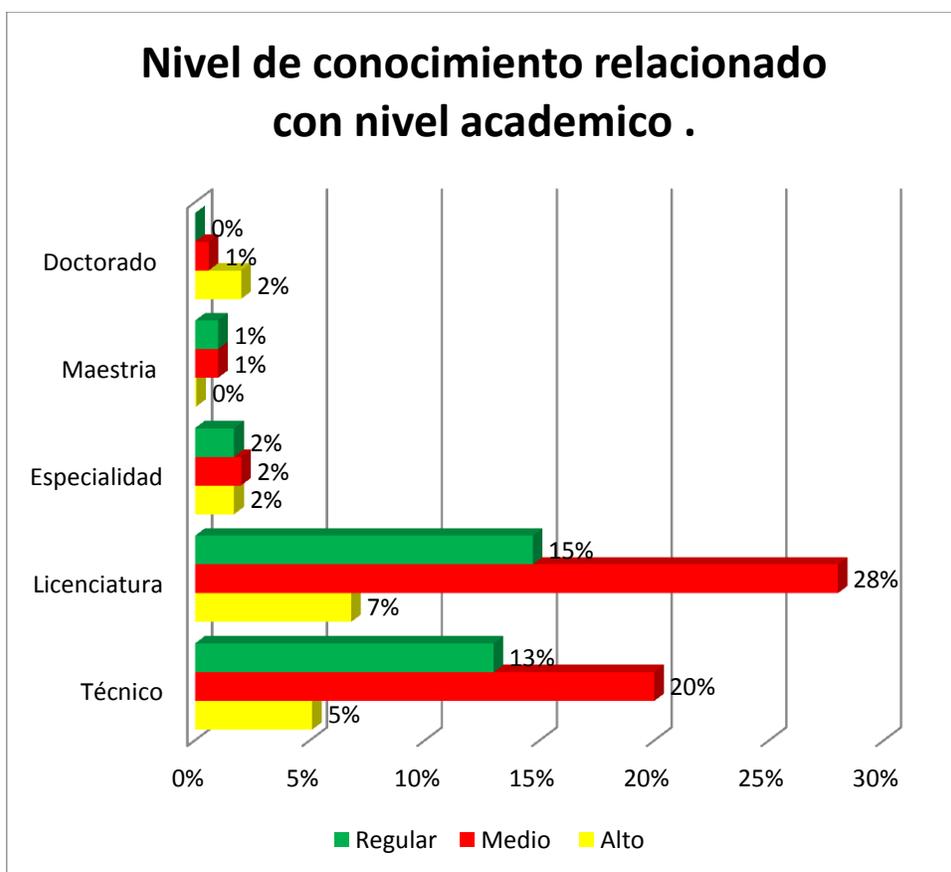
$\chi^2 = p < .005$

Nivel de conocimientos general en relación a la escolaridad del profesional de enfermería

En la siguiente tabla el análisis de datos del nivel de conocimientos por escolaridad nos permite mostrar puntajes muy similares en los niveles alto, medio y bajo por lo que podemos deducir que no existe significancia entre la edad y el nivel de conocimientos.

Tabla 15

Nivel de conocimientos en relación a la escolaridad del profesional de enfermería



$\chi^2 = p < .005$

NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADO CON SEXO

El nivel de conocimientos en relación al sexo del profesional de enfermería nos muestra que en el grupo de los hombres existe un equilibrio de porcentajes pues en los tres subgrupos de conocimiento obtuvieron un puntaje del 13 %; en el caso de las mujeres se encuentran con un 3.4% nivel alto.

Tabla 16
Nivel de conocimientos general en relación al sexo del profesional de enfermería

Sexo	Nivel de conocimiento						Total	
	Fo.	Alto %	Fo	Medio %	Fo.	Bajo %		Fo.
Masculino	23	13.0%	30	16.9%	17	9.6%	70	39.5%
Femenino	6	3.4%	63	35.6%	38	21.5%	107	60.5%
Total	29	16.4%	93	93	52.5%	55	177	100.0%

$$X^2 = p < .005$$

Nivel de conocimientos general en relación al tiempo en que se realizó la última capacitación en años del profesional de enfermería.

En la siguiente tabla podemos encontrar que el nivel de conocimientos con respecto a hace cuánto tiempo recibieron la capacitación, se dividió en tres grupos que obtuvieron puntajes similares, sin embargo el grupo que destacó es el de menos de un año con el

9 % tiene un nivel alto de conocimientos y 13% con nivel medio, el de más de un año 5.1% y nivel medio 13.6%

Tabla 17
Nivel de conocimientos general en relación al tiempo en que se realizó la última capacitación en años del profesional de enfermería.

Tiempo en que se realizó la última capacitación en años	Nivel de conocimiento							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	F _o	%	F _o	%	F _o	%	F _o	%
Ninguna	4	2.3%	46	26.0 %	18	10.2%	68	38.4%
Menos de 1 año	16	9.0%	23	13.0%	6	3.4%	45	25.4%
Un año	9	5.1%	24	13.6%	31	17.5%	64	36.2%
Total	29	16.4%	93	52.5%	55	31.1%	177	100.0%

$\chi^2 = p < .005$

NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON LOS TURNOS

Al asociar el nivel de conocimientos con los turnos que se muestran en la tabla 18 tenemos que el 2.3% de los que pertenecen a la velada cuentan con un conocimiento alto; los del turno vespertino 4% y el turno matutino 10.2% obtiene mejores resultados en su puntaje de conocimientos.

Tabla 18
Nivel de conocimientos general en relación al turno

Turno	Nivel de conocimiento							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	f ₀	%	f ₀	%	f ₀	%	f ₀	%
Matutino	18	10.2%	43	24.3%	21	11.9	82	46.3
Vespertino	7	4.0%	32	18.1%	19	10.7%	58	32.8%
Velada	4	2.3%	18	10.2%	15	8.5%	37	20.9%
Total	29	16.4%	93	52.5%	55	31.1%	177	100.0%

$\chi^2 = p.005$

Nivel de conocimientos con el servicio

Al comparar el nivel de conocimientos con el servicio que se muestran en la tabla 19 tenemos que el 1.7% de los que pertenecen a medicina interna cuentan con un conocimiento alto coincidiendo con cirugía general; en el grupo de los que pertenecen a la UCI 7.9%, de urgencias adultos 1.1% coincidiendo con el servicio de cirugía de mínima invasión y finalmente medicina interna obtuvo 2.8%.

Tabla 19
Nivel de conocimientos general en relación al servicio

Servicio	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto F ₀	%	Medio F ₀	%	Bajo F ₀	%	F ₀	%
Medicina Interna -Geriatría	3	1.7	24	13.6	12	6.8	39	22
UCI	14	7.9	20	11.3	9	5.1	43	24.3
Urgencias Adultos	2	1.1	20	11.3	12	6.8	34	19.2
Cirugía General	3	1.7	13	7.3	6	3.4	22	12.4
Cirugía de Mínima Invasión	2	1.1	5	2.8	5	2.8	12	6.8
Medicina Interna –Cardiología	5	2.8	11	6.2	11	6.2	27	15.3
Total	29	16.4	93	52.5	55	31.1	177	100

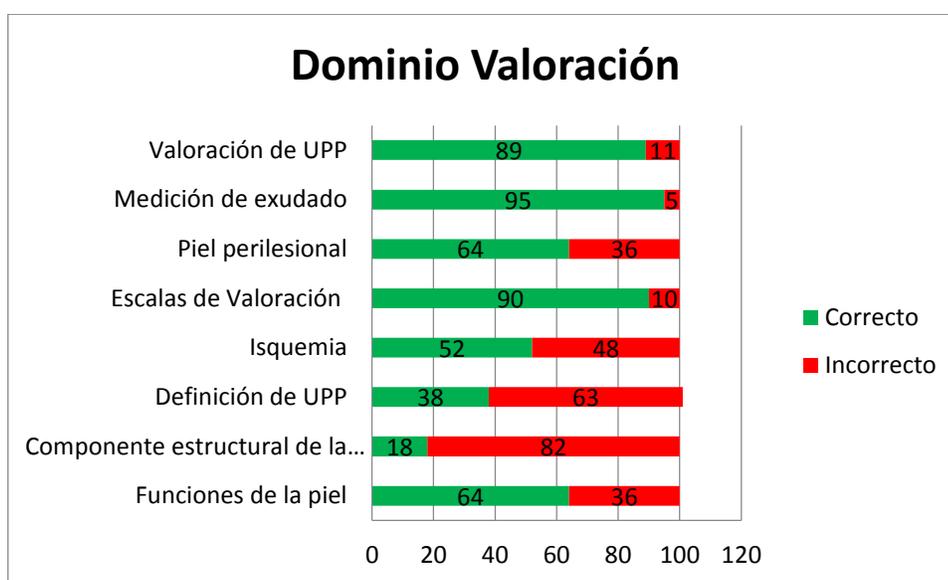
$X^2=p.005$

Dominio valoración

En el siguiente cuadro se puede observar cada ítem correspondiente al dominio de valoración donde se puede observar el porcentaje de correcto e incorrecto.

	Funciones de la piel	Componente estructural de la piel	Definición UPP	Isquemia	Escalas de valoración UPP	Piel perilesional	Medición de exudado	Valoración de UPP	Condición clínica	UPP Heridas estériles	Braden
Correcto	64	18	38	52	90	64	95	89	85	91	90
Incorrecto	36	82	63	48	10	36	5	11	15	9	10

Grafico 12
Dominio Valoración



Se aprecia que el 82% de los profesionales de enfermería desconoce los componentes estructurales de la piel lo cual indica el desconocimiento del profesional de enfermería: así como el concepto de UPP (63 %) y la influencia de la isquemia sobre las UPP (48%).

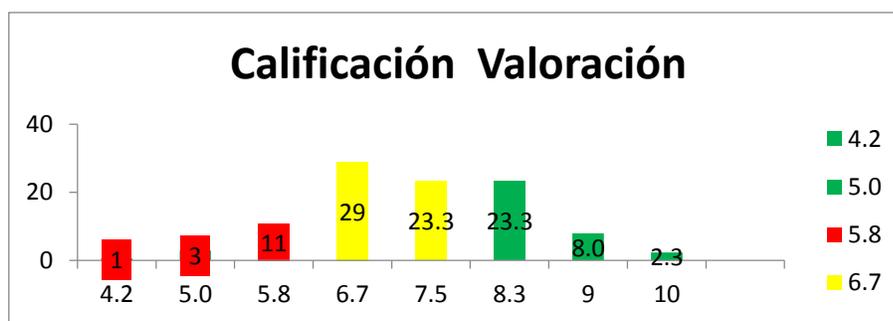
Calificación valoración

Referente a calificación valoración se puede observar que 15 % obtuvieron calificación insuficiente y 52 % obtuvieron calificación regular y 33 % obtuvieron calificación aprobatoria.

Cuadro 13
Calificación Valoración

Calificación Valoración	%
4	1
5.0	3
5.8	11
6.7	29
7.5	23.3
8.3	23.3
9	8.0
10	2.3

Grafica 13
Calificación Valoración



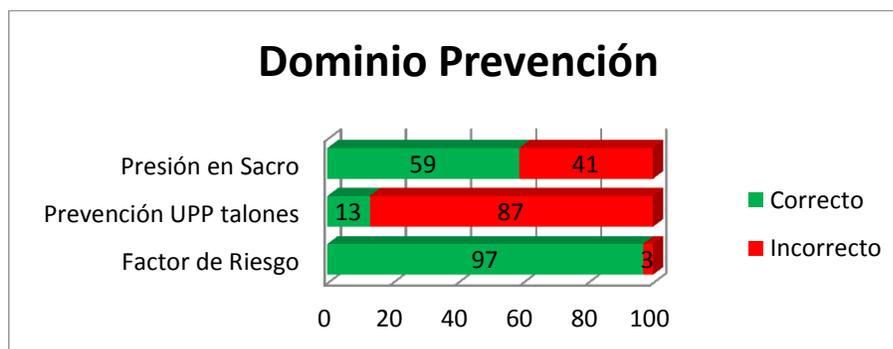
En la siguiente tabla se pueden observar las calificaciones que se obtuvieron en el instrumento de valoración donde se puede observar que 15% obtuvieron calificación que oscila entre 4.2% y 5.8 también se observa que 33% obtuvieron calificación de 8.3 a 10 ,se puede apreciar que el mayor porcentaje de la muestra obtuvo calificación regular que abarca de 6.7 a 7.5 .La valoración es un elemento imprescindible para tomar decisiones de cuidado ante las UPP ya sea preventivas o correctivas ,e incluso referenciar a otro profesional más especializado.

Dominio Prevención

En la siguiente tabla se pueden observar los aciertos de los ítems correspondientes a prevención.

	Factor de Riesgo	Prevención UPP talones	Presión en Sacro
Correcto	97	13	59
Incorrecto	3	87	41

Grafica no 14
Prevención



Con respecto a prevención se observó que a pesar de conocer las medidas de prevención de UPP, se observa que respecto a la zona de talones aún se conciben ideas equivocadas acerca de las mismas obteniendo 87% incorrecto y 41% con respecto a presión de sacro.

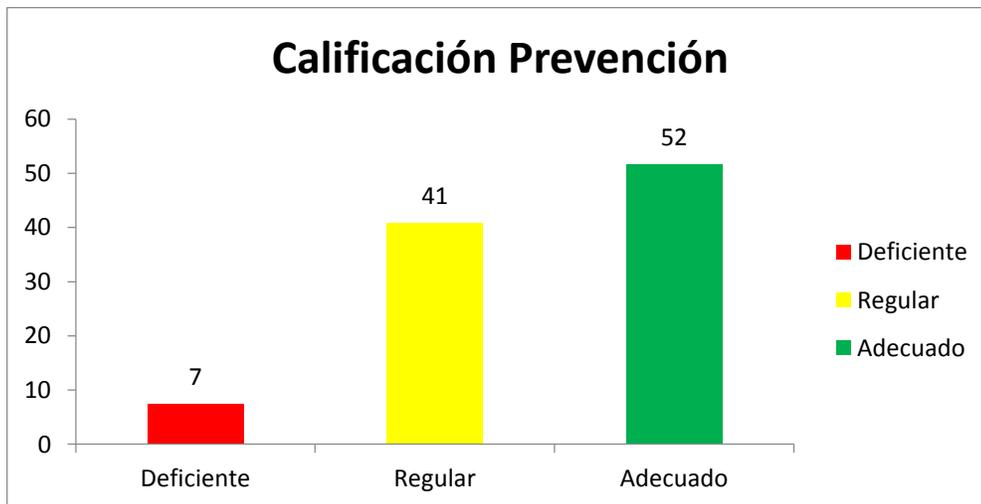
Calificación prevención con respecto a nivel de conocimiento

En la siguiente grafica con respecto a prevención asociada a nivel de conocimiento se pudo obtener que se obtuvo 51.7% adecuado, con 41.7% regular, y 7.4% deficiente.

Tabla 15
Calificación prevención

Calificación	Fo	%
Deficiente	16	7.4
Regular	72	40.9
Adecuado	91	51.7
Total	176	100.0

Grafica 15
Prevención



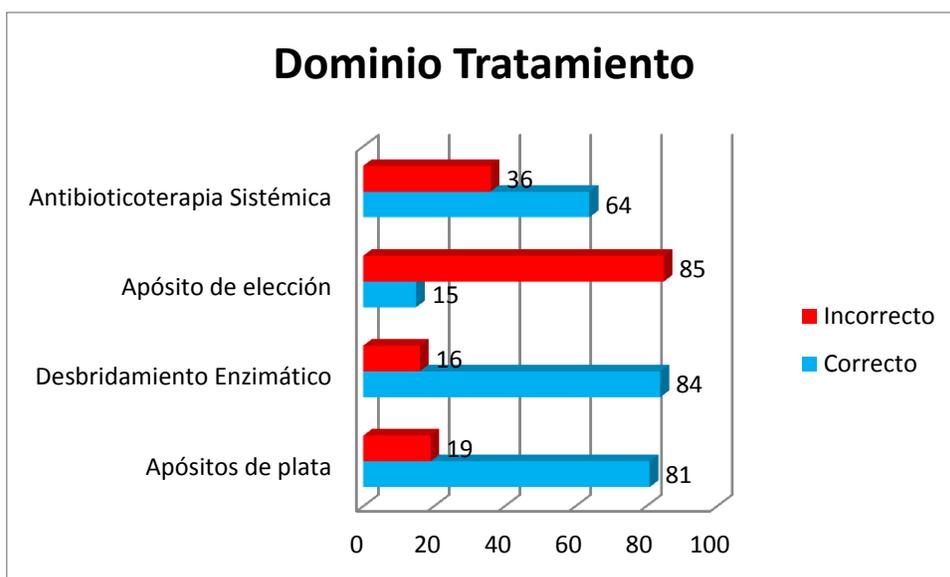
Tratamiento

En la siguiente tabla se pueden apreciar los ítems referentes a tratamiento y los aciertos referentes al nivel de conocimiento.

Tabla no 16
Dominio Tratamiento

	Alginatos	Apósitos de plata	Desbridamiento Quirúrgico	Desbridamiento Enzimático	Antisépticos	Apósito de elección	Apósito de gasa	Antibioticoterapia Sistémica
Correcto	70	81	90	84	49	15	73	64
Incorrecto	30	19	10	16	51	85	27	36

Grafico 16
Dominio tratamiento



Conceptos a capacitar

	Apósito de elección	Antiséptico	Antibióticos	UPP talones	Presión en sacro	Componente estructural	Definición de upp	Isquemia	Funciones de piel
Correcto	15	49	64	13	59	18	37	52	64
Incorrecto	85	51	36	87	41	82	63	48	36

Grafica 17
Conceptos a capacitar

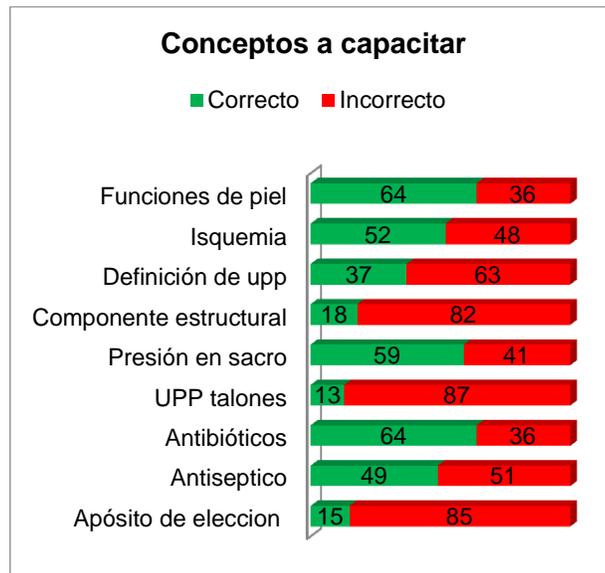
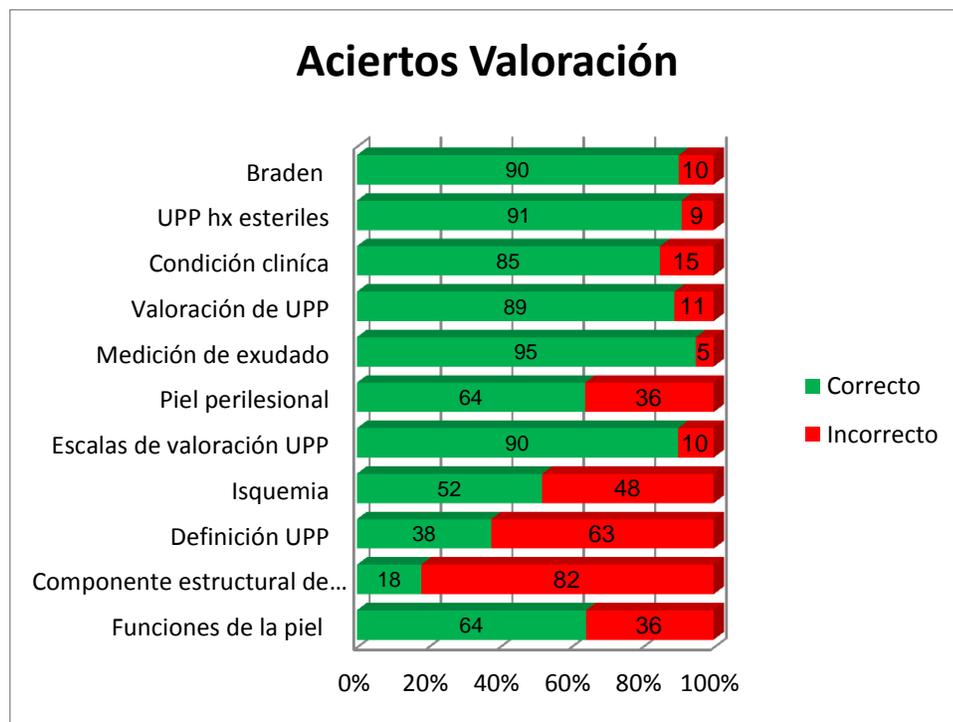


Tabla 18
Aciertos Dominio Valoración

Referente al dominio de valoración se obtuvo que 90% conocen la escala Braden ,95% conocen la medición de las UPP, 90% asocian la función de las escalas de valoración de UPP

	Funciones de la piel	Componente estructural de la piel	Definición UPP	Isquemia	Escalas de valoración UPP	Piel perilesional	Medición de exudado	Valoración de UPP	Condición clínica	UPP hx estériles	Braden
Correcto	64	18	38	52	90	64	95	89	85	91	90
Incorrecto	36	82	63	48	10	36	5	11	15	9	10

Grafico 18
Aciertos Dominio valoración



En el siguiente grafico se pueden observar los ítems con respecto al dominio valoración y en los que los profesionales de enfermería presentaron mayor desconocimiento.

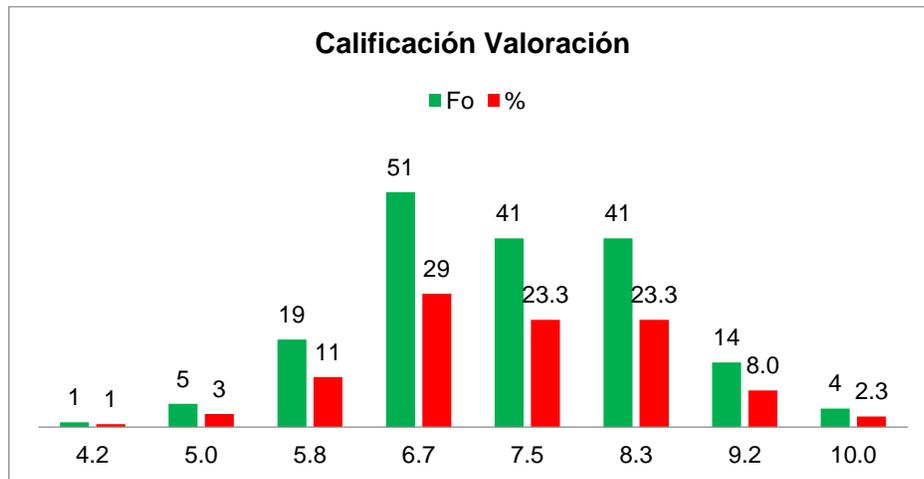
Dominio Valoración

En el siguiente cuadro se puede observar la calificación con respecto al dominio valoración

Tabla 19
Calificación Valoración

Calificación Valoración	%
4	1
5.0	3
5.8	11
6.7	29
7.5	23.3
8.3	23.3
9.2	8.0
10	2.3

Gráfico 19
Calificación Valoración



Aciertos prevención

En la siguiente tabla acerca de aciertos de prevención con respecto al nivel de conocimiento se obtuvo que 40.91% se ubican en moderado y 51.7% en Adecuado, Bajo 5.68% y Muy bajo 1.75%.

Tabla 20
Aciertos prevención

Aciertos prevención	Fo	%
Muy bajo	3	1.7
Bajo	10	5.68
Moderado	72	40.91
Adecuado	91	51.7
total	176	100

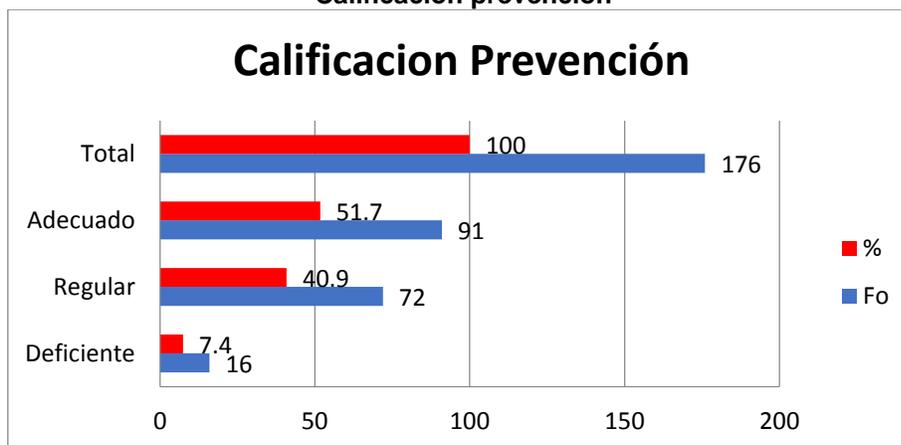
Calificación prevención

En la siguiente tabla se puede observar que 51.7% obtuvieron calificación de 10.

Cuadro 21
Calificación prevención

Calificación Prevención	Fo	%
0	3	1.7
3.3	10	5.68
6.6	72	40.91
10	91	51.7
total	176	100

Grafica 21
Calificación prevención



Aciertos clasificación

En la siguiente tabla se puede observar al número de aciertos con respecto al número de aciertos.

Tabla 22
Aciertos Clasificación

Aciertos Clasificación	Fo	%
1	1	0.57
3	1	0.57
4	2	1.14
5	8	4.55
6	29	16.48
7	16	9.09
8	13	7.39
9	34	19.32
10	9	5.11
11	13	7.39
12	14	7.95
13	4	2.27
14	21	11.93
15	5	2.84
16	3	1.7
17	3	1.7
Total	176	100

Aciertos tratamiento

En la siguiente tabla se puede observar el número de aciertos obtenidos por dominio tratamiento.

Tabla 23
Aciertos tratamiento

Aciertos tratamiento	Fo	%
4	4	2.27
5	16	9.09
6	14	7.95
7	60	34.09
8	24	13.64
9	38	21.59
10	20	11.36
Total	176	100

Calificación tratamiento

En la siguiente tabla se puede observar la calificación con respecto al tratamiento.

Tabla 24
Calificación Tratamiento

Calificación Tratamiento	Fo	%
4	4	2.27
5	16	9.09
6	14	7.95
7	60	34.09
8	24	13.64
9	38	21.59
10	20	11.36
Total	176	100

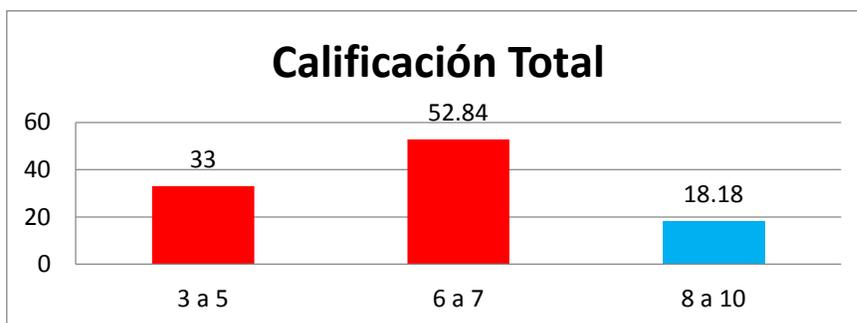
Calificación total

En la siguiente tabla con respecto a calificación total se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 25
Calificación Total

Calificación Total	Fo	%
3.4	1	0.57
4.1	1	0.57
4.390244	1	0.57
4.634146	5	2.84
4.878049	3	1.7
5.121951	5	2.84
5.365854	5	2.84
5.609756	7	3.98
5.853659	36	14.77
6.097561	18	10.23
6.341464	11	6.25
6.585366	22	12.5
6.829268	9	5.11
7.073171	9	5.11
7.317073	8	4.55
7.560976	11	6.25
7.804878	5	2.84
8.04878	5	2.84
8.292683	2	1.14
8.536586	11	6.25
8.780488	4	2.27
9.02439	4	2.27
9.756098	1	0.57
10	2	1.14
Total	176	100

Grafico 25
Calificación Total



Con respecto a calificación total se realizó el siguiente gráfico donde se agruparon las calificaciones ubicando a 52.84% en una calificación total de 6 a 7 y solo 18% con calificación de 8 a 10.

Variable	Observados	Media	Desviación Standar	Mínimo	Máxima
Aciertos Valoración	176	7.90	1.29	5	11
Aciertos Prevención	176	2.43	.680	0	3
Aciertos Clasificación	176	9.48	3.26	1	17
Aciertos Tratamiento	176	7.58	1.53	4	10
Aciertos totales	176	27.39	4.90	14	41

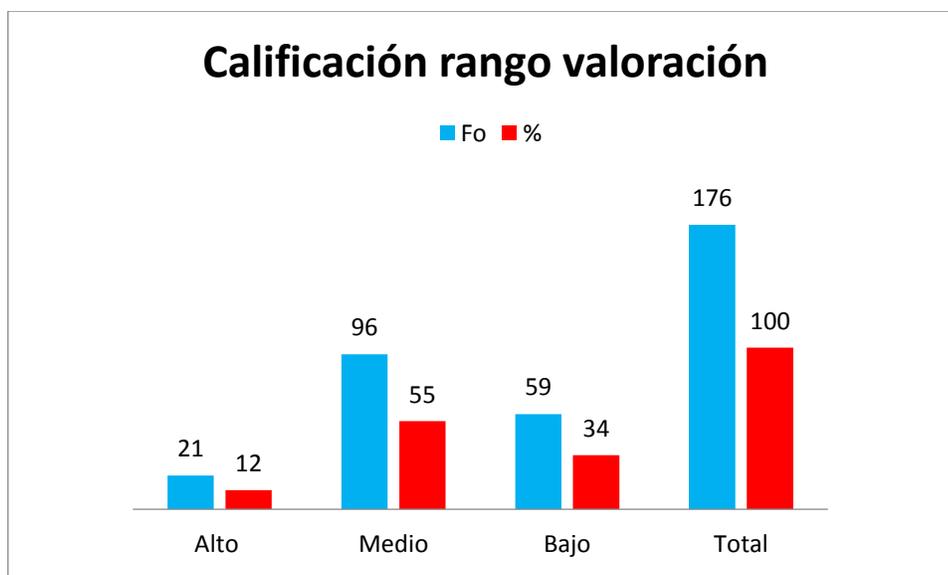
Calificación de valoración con respecto a Nivel de conocimientos

En la siguiente tabla se puede observar la calificación de valoración con respecto al nivel de conocimiento.

Tabla 26
Calificación de valoración con respecto a Nivel de conocimientos

Cal rango Valoración	Fo	%
Alto	21	11.93
Medio	96	54.55
Bajo	59	33.52
Total	176	100

Grafico 26
Calificación de valoración con respecto a Nivel de conocimientos



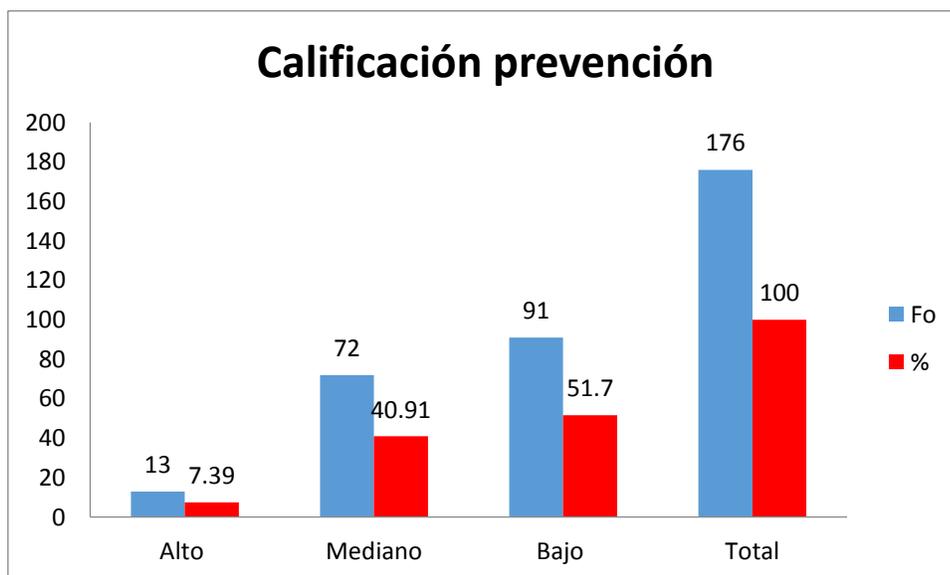
Calificación de prevención con respecto a Nivel de conocimientos

En la siguiente tabla se puede observar la calificación de prevención correspondiente al nivel de conocimientos.

Tabla 27
Calificación de prevención con respecto a Nivel de conocimientos

Calificación Prevención	Fo	%
Alto	13	7.39
Mediano	72	40.91
Bajo	91	51.7
Total	176	100

Grafico 27
Calificación de prevención con respecto a Nivel de conocimientos



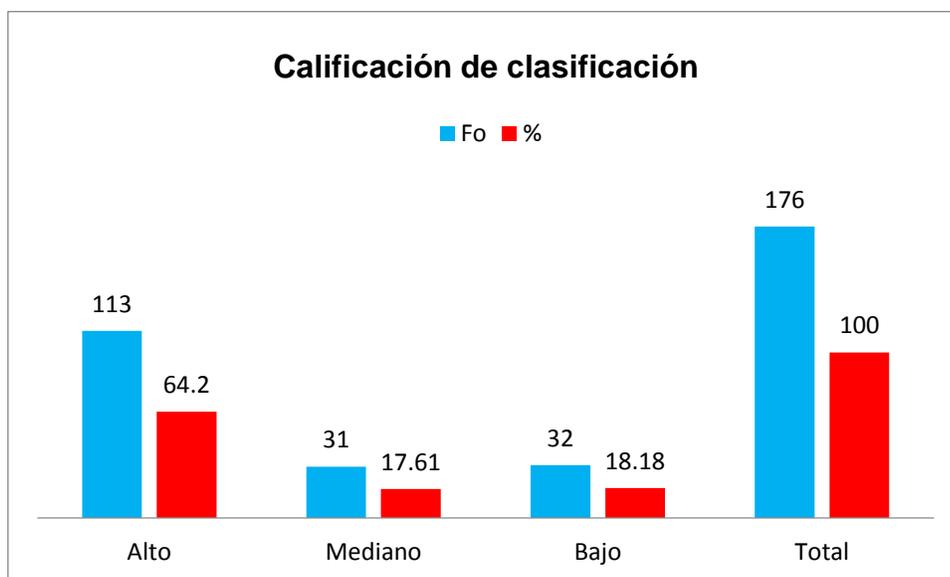
Calificación de clasificación con respecto al Nivel de conocimiento

En la siguiente tabla se puede observar la calificación de clasificación correspondiente al nivel de conocimientos.

Tabla 28
Calificación de clasificación con respecto al Nivel de conocimiento

Calificación clasificación	Fo	%
Alto	113	64.2
Mediano	31	17.61
Bajo	32	18.18
Total	176	100

Grafico 28
Calificación de clasificación con respecto al Nivel de conocimiento



ANÁLISIS INFERENCIAL

PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL

FORMULAMOS LAS HIPOTESIS ESTADÍSTICAS

H1 -Considerando que existen estudios nacionales e internacionales sobre conocimientos acerca de valoración, prevención, clasificación y tratamiento de UPP, en pacientes adultos suponemos que el conocimiento será mayor en el personal de enfermería con nivel académico más alto, así mismo, suponemos que las variables servicio, edad, turno, tiempo de la última actualización en la temática serán factores influyentes en el nivel de conocimiento.

H0- El conocimiento será menor en el personal de enfermería con nivel académico más alto, así mismo, suponemos que las variables servicio, edad, turno, tiempo de la última actualización en la temática serán factores influyentes en el nivel de conocimiento.

Considerando que existen estudios nacionales e internacionales sobre conocimientos acerca de valoración, prevención, clasificación y tratamiento de UPP, en pacientes adultos suponemos que el conocimiento será mayor en el personal de enfermería con nivel académico más alto, así mismo, suponemos que las variables servicio, edad, turno, tiempo de la última actualización en la temática serán factores influyentes en el nivel de conocimiento.

Tras correr Chi cuadrada como prueba de hipótesis y contando con una significancia <0.005 rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa es decir que la edad, turno, tiempo de la última actualización en la temática serán factores influyentes en el nivel de conocimiento.

INTERPRETACIÓN

Como el valor de significancia (valor crítico observado) $0.000 < 0.005$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa es decir -Considerando que existen estudios nacionales e internacionales sobre conocimientos acerca de valoración, prevención y tratamiento de UPP, en pacientes adultos suponemos que el conocimiento será mayor en el personal de enfermería con nivel académico más alto, así mismo, suponemos que las variables servicio, edad, turno, tiempo de la última actualización en la temática serán factores influyentes en el nivel de conocimiento.

4. DISCUSIÓN

El conocimiento es una aproximación de la situación en la que se encuentra la enfermería en nuestro ámbito y, de esta manera, se puede establecer, primero, el punto de partida y, después, diseñar estrategias correctoras es interesante asociado con la existencia de factores profesionales o de formación que puedan influir en el nivel de conocimiento y en su puesta en práctica todo ello para ubicar los cuidados que ejecutamos a nuestros usuarios.

A modo de síntesis, los distintos estudios nacionales e internacionales hacen referencia al conocimiento de enfermeras acerca de las úlceras por presión, en su mayor parte están realizadas en hospitalización y exploran los aspectos relacionados con prevención y tratamiento. En general, de sus resultados podemos deducir que, salvo excepciones, el conocimiento se encuentra por debajo de los niveles aceptables, siendo por tanto, mejorable.

En cuanto a los resultados obtenidos en el presente estudio concuerda con el estudio de Zamora ⁶⁸ donde se obtuvo que el grado de conocimientos de las intervenciones es bajo, y que la práctica de las intervenciones conocidas es muy inferior a su conocimiento.

Acuerda con Hinojosa –Caballero ⁶⁷ donde los profesionales acertaron un 73 % en las cuestiones sobre prevención y un 69% en las referentes al tratamiento sin embargo en el presente estudio se ubicó el nivel de conocimiento en 51.7% en y con respecto a Tratamiento solo 38%, por lo tanto podemos decir que las medidas de prevención son más identificadas que las de tratamiento aunque siguen predominando practicas no recomendadas en el dominio prevención.

A su vez Pancorbo ¹⁷ también refiere que se conocen más las medidas de prevención sin embargo distan de ser las ideales, si realizamos la misma búsqueda que planteamos en el apartado de prevención, obtenemos que tan sólo dos intervenciones

(clasificar las UPP en estadios o grados y seleccionar el tipo de apósito según el estado de las UPP) son entendidas como pertinentes por más del 75% de las enfermeras y auxiliares.

La asociación de categoría laboral y nivel de conocimiento Miyazaki ⁴ mostro que tanto el conocimiento de los enfermeros fue insuficiente para que el conocimiento sea considerado adecuado, se esperaba que los participantes acertasen 90% o más de los ítems de la prueba, los datos presentados revelaron que ambas categorías de profesionales presentan déficits de conocimiento en algunas áreas referentes al tema.

No se han encontrado diferencias significativas en el grado de conocimiento atribuibles a la experiencia profesional. Sí aparece cierta disparidad a la hora de llevar a la práctica algunas intervenciones en relación al tipo de formación recibida previamente sin embargo coincide con Pancorbo et al acerca de la formación específica mejora el índice de conocimientos. ⁹

Coincide con Wilkes ⁶⁸ con respecto que a pesar de la frecuencia de utilización de las directrices recomendadas en la práctica asistencial el profesional de enfermería realiza medidas de conocimiento pero puestas en práctica del mismo.

Con respecto a los años de experiencia coincide con Quesada ⁶⁷ y Restrepo ¹³ acerca de úlceras por presión que disminuye con los años de profesión, así como con el tiempo de servicio, con correlación estadísticamente significativa en ambos, y comprueba que la formación tiene un efecto positivo para mejorar los conocimientos de las enfermeras sobre las recomendaciones basadas en evidencias de prevención y tratamiento de úlceras por presión. ^{29,30} Aún se observa una separación entre lo académico y lo clínico; esta separación viene dada sobre todo por la actitud del profesional, la falta de recursos y apoyo que impiden que la investigación se utilice para tomar decisiones en la práctica clínica

Sin embargo coincide significativamente con aquellos que habían asistido a alguna conferencia o leído algún artículo sobre el asunto en el año anterior y la necesidad de

reforzar en algunas áreas que necesitan de mayor enfoque en las actividades de educación continuada con los profesionales.

Este estudio apoya para tomar medidas oportunas, sobre todo en un hospital y en la función asistencial, en tanto es necesario que los futuros profesionales de enfermería adquieran conocimientos sólidos y adecuados en el manejo de las UPP, de manera que dichas competencias sean aplicadas durante el desarrollo de sus actividades clínicas y se vean reflejadas en la calidad del cuidado que se brinda a los usuarios hospitalizados.

58

Referente a la prevención de úlceras por presión en talones se coincide con García et al ⁹, que realizó un estudio para determinar el grado de conocimiento sobre prevención y tratamiento de úlceras por presión donde el grado de conocimiento global era alto. Y las recomendaciones eran utilizadas en la práctica con menor frecuencia parece ser que aún falta asociar conocimiento –práctica.

Al realizar la asociación entre un alto nivel de educación / capacitación experiencia y mejores puntajes de conocimiento sugieren la importancia de implementar un sistema integral y enfoque dirigido a elevar el conocimiento de enfermería en UPP prevención y gestión. ¹⁸

4.2. CONCLUSIONES

Se concluyó que existe un consenso de los estudios que indican que el conocimiento no es suficiente para cambiar la práctica clínica, ha sido comúnmente asumido que la falta de conocimientos, actitudes negativas o habilidades son las principales barreras a la práctica basada en la evidencia a nivel del profesional de la salud individual. ¹⁸

En cuanto a las recomendaciones se sugiere la elaboración de comités curriculares, revisión en el plan de estudios para instaurar conceptos de heridas en los alumnos y mejorar el perfil de egreso en los profesionales de enfermería, también se solicita grupos de cuidado intensivo para mejorar el proceso a los gestores de la institución se

solicita la instauración y ejecución de una hoja de monitorización de diseño propio observación de integración del estado de la piel.

Sin embargo Anguera et al y Roca ⁵¹ et al en España respaldan la importancia del conocimiento y la disminución de la incidencia y sugiere realizar intervención educativa con respecto a la formación de los profesionales en cuanto a la aplicación de medidas preventivas estandarizadas esto con el fin de incrementar el área de oportunidad identificada en la fase de habilidades, partiendo de los conceptos que presentaron mayor deficiencia pre test, post test y re test para dar continuidad desde nuevos conocimientos e hipótesis a verificar en nuevos estudios.

Al respecto Romero de San Pío ⁷⁰, muestra resultados de baja significativa de las tasas de incidencia a los cuatro meses de introducir medidas estandarizadas de prevención y mejora asistencial.

Como estrategia se considera que los datos serán recogidos diariamente en la hoja de enfermería, se implementara un comité de UPP los cuales se valoraran en caso de presentarse una UPP, realizando un seguimiento de UPP durante el periodo de riesgo desde el ingreso hasta la aparición de la primera UPP.

Para verificar la categoría de la UPP se contara con la opinión de enfermeras certificadas con maestría en heridas y en caso de duda se solicitara la opinión de una tercera para establecer el diagnostico final.

Este estudio fundamenta el porqué de la importancia de la educación para favorecer el cuidado y por consiguiente desempeñar una práctica profesional científica y fundamentada.

En cuanto a las recomendaciones para mejorar el proceso a los gestores de la institución se solicita la implementación de una hoja de monitorización de diseño propio observación de integración del estado de la piel.

Los datos serán recogidos diariamente en la hoja de enfermería, se implementará un comité de UPP los cuales valorarán en caso de presentarse una UPP, realizando un seguimiento de UPP durante el periodo de riesgo desde el ingreso hasta la aparición de la primera UPP.

Para verificar la categoría de la UPP se contará con la opinión de enfermeras certificadas con maestría en heridas y en caso de duda se solicitará la opinión de una tercera para establecer el diagnóstico final.

4.3. PERSPECTIVAS

Las posibles aplicaciones de los hallazgos y las propuestas para mejorar las limitaciones del estudio, es mejorar el cuidado en úlceras por presión y heridas por ser un referente para el abordaje diagnóstico y la unificación de conocimiento en el hospital, es una contribución para la generación del conocimiento partiendo de los ítems revisados y conceptos.

Sirve de referente para futuras investigaciones dentro del Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado, considerando contener el examen de las actitudes de las enfermeras hacia la prevención de las úlceras que puede ayudar a explicar el desempeño en el cuidado de las medidas preventivas en general, las pautas de prevención, la reducción de la cantidad y el tiempo de la presión.

4.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Con respecto a limitaciones del estudio se encuentra que falta mayor sensibilización al profesional de enfermería y mayor apertura a la investigación, conjuntamente se debe mostrar mayor disponibilidad a realizar investigación y a participar en las investigaciones.

Se observó que aunque está aceptado que la declaración de eventos adversos es un indicador clave de calidad y seguridad, algunos autores destacan la limitación que

representa la subnotificación o infranotificación de los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes.

Sin embargo existen factores que impiden dicha implementación escasez de personal, tiempos de enfermería ajustados, inadecuada prioridad a las UPP, déficit de medios políticas educacionales de salud, con la provisión de recursos humanos y materiales en función de estudios correctamente diseñados o, tal vez, con la motivación de los profesionales implicados.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torra-Bou Joan Enric, Verdú-Soriano José, Sarabia-Lavín Raquel, Paras-Bravo Paula, Soldevilla-Ágreda J. Javier, García-Fernández Francisco P. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. Gerokomos [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Abr 16]; 27 (4): 161-167. Disponible en: <https://bit.ly/2qB3VGQ>
2. Rogenski NMB, Kurcgant P Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención Rev. Latino-Am. Enfermagem (Internet) mar.-abr. 2012; 20 (2):[07 pantallas]. Disponible en: <https://bit.ly/1tiFbm5>
- 3.- Toffoletto MC, Ruiz X R Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería Rev Esc Enferm USP 2013; 47(5):1099-07 Disponible en: <https://bit.ly/1mdurRX>
- 4.-Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Nov - Dec. 2010 [acceso en: 24-10-16]; 18(6): [09 pantallas]. Disponible en <http://bit.ly/1WB3icn>
- 5.- Alcántara B. MA, Contreras Colín AH et al La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia Disponible en: <https://bit.ly/2oXRdlx>
- 6.- Tzuc-Guardia A., Vega-Morales E., Collí-Novelo L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Ene 17]; 12(4): 204-211. Disponible en: <http://bit.ly/2bRjB58>

7. - Hernández-Valles JH, Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG, Vázquez-Arreola L. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Access 04162018]; Available in: <https://bit.ly/2lrFxrq>
- 8.- Secretaria de Salud .La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 2a edición .México, CDMX; 2015: (Biblioteca Mexicana del Conocimiento).
- 9.-Vela-Anaya G, Magnitud del Evento Adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013; 21(01): 3-8 Disponible en: <https://bit.ly/1OKbjY5>
10. INEGI. “Estadísticas de mortalidad 2012. Consulta interactiva de datos México Disponible en: <http://bit.ly/2bNOpB7>
11. CONAPO. Proyecciones de la población en México ,2010-2050 Disponible en: <https://bit.ly/1mW4NgG>
- 12.- Bitácora de ingresos del servicio de Urgencias del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos Enero 2018
13. - RNAO-Registered Nurses “Association of Ontario –Toronto Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería como enfocar el futuro de la enfermería Valoración del riesgo y prevención de las UPP suplemento 2011 RNAO-Registered Nurses “Association of Ontario –Toronto Ontario Disponible en: <http://bit.ly/2dM7OjR>
- 14.- Prieto-Guerrero MM, García S.A M , Villar Rojas AE, et ál. Impacto de una intervención multifactorial para prevenir úlceras por presión en atención especializada Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 14, Nº. 4, 2011, Disponible en: <https://bit.ly/1VNLLMX>
- 15.-Restrepo MJC, Tirado OAF, Velásquez VSM, Velásquez GKY, Conocimientos relacionados con el manejo de úlceras por presión que tienen los estudiantes de enfermería de una universidad de Medellín, Colombia Gerokomos. 2015; 26(2):68-72 Available from: <http://bit.ly/2etEYst>
- 16.- Duque-Ruelas P, Romero-Quechol G, Martínez-Olivares M. Competencias de enfermería para prevenir úlceras por presión México Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(3):163-9 Disponible en: <https://bit.ly/2H4KsJL>
- 17.-Pancorbo -Hidalgo P.L., García Fernández F. P., Rodríguez Torres Mª Carmen, Torres García Macarena, López Medina Isabel Mª. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. Gerokomos [Internet]. 2007 Dic [citado 2017 Ene 27]; 18(4): 30-38. Disponible en: <http://bit.ly/2kzeGch>

- 18.-Pancorbo-Hidalgo, P.L.; García-Fernández, F.P.; Soldevilla-Agreda, J.J.; Martínez-Cuervo, F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: Uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas GEROKOMOS 2008; 19 (2): 84-98 disponible en: <http://bit.ly/2kgjPjs>
- 19.-INEGI. "Estadísticas de mortalidad 2012. Consulta interactiva de datos México Disponible en: <http://bit.ly/2bNOpB7>
20. - Donabedian A. In search of home. *Findings* 2000; 15 (2):25.
21. - Donabedian A. Evaluating physician competence. *Bull World Health Organ*, 2000; 78(6):857-860.
22. - Frenk J. Perspectives. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6):857.
23. - Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q*, 1966; 44:166-206.
24. - Citation Classic de la semana. *Current Contents. Soc Behav Sci* 1983;15(6):18.
25. - Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Vol. II.
26. - Donabedian A. Response. *Baxter American Foundation Health Services Research Prize*, 1986. Documento no publicado. Disponible en:
- 27.- Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. Disponible en:
- 28.-Cepeda Torres, M, Piñero Martín, ML. Calidad asistencial en la atención al paciente hospitalizado y su influencia en la satisfacción del usuario. *Telos [Internet]*. 2005; 7(1):21-36. Disponible en: <https://bit.ly/2JVMU36>
- 29.-. World Health Organization (WHO). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo [Internet]. Geneva; 2009 [citado 2012 Ju 28]. Disponible en: <https://bit.ly/2vdrZFa>
30. - World Health Organization. *World alliance for patient safety: forward program*. Geneva: WHO Press; 2004
31. -Castañeda H, Garza H, González S, Pineda Z, Acevedo P, Aguilera P, Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2013; XIX (2): 77-88

- 32.- Toffoletto MC , Ramírez Ruiz X Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería* Rev Esc Enferm USP 2013; 47(5):1099-07 Disponible en: <https://bit.ly/1mdurRX>
- 33.- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud.. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Seguridad del paciente ENEAS 2005 Disponible en: <https://bit.ly/2vOafIF>
- 34.- Informes, estudios e investigación 2010 ministerio de sanidad, política social e igualdad .Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica España. Disponible en: <https://bit.ly/2kndrfR>
- 35.- Informes, estudios e investigación 2010 ministerio de sanidad, política social e igualdad .Estudio APEAS Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud .España .Disponible en: <https://bit.ly/1jP4ff8>
- 36.-National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide Available from: <https://bit.ly/2nxz13>
- 37.-García- Fernández, F. P., Soldevilla-Agreda, JJ.; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú-Soriano, J; et al Clasificación y categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie de documentos técnicos GNEAUPP no 11 Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de UPP y heridas Crónicas .Logroño 2014 Disponible en: <http://bit.ly/2jDxPp2>
- 38.-OMS/OPS. Tópicos de enfermería. La enfermería en las américas. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
39. - Norton D, McLaren R, Exton –Smith AN. An investigation of geriatric Nursing problems in hospital: Norton plus Pressure Ulcer Scale. London, England Edinburg; Churchill, Livingstone: 1975:225 Disponible en: <https://bit.ly/2KYDqo0>
- 40.- Hibbs P. Pressure sores: a system of prevention. Nursing Mirror 1982; 4: 25-9. Disponible en: <http://bit.ly/2kp7Xy3>
- 41.-Stanford Childrens Health .Anatomía de la piel Disponible en: <https://bit.ly/2wFCjH3>
- 42.-Contreras R.J. Abordaje y Manejo de las heridas 2013 impreso en México editores intersistemas Disponible en: <https://bit.ly/2HbRSe4>
- 43.- Pancorbo-Hidalgo P.L, García-Fernández F.P., Torra i Bou Joan-Enric, Soldevilla-Agreda J., et al Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4. ° Estudio Nacional de Prevalencia Gerokomos. 2014; 25(4):162--70 <http://bit.ly/2baMB83>
- 44.-OMS-Organización Mundial de la Salud. Temas de salud-Enfermería México; año paginas Disponible en: <http://bit.ly/1DGaUf3>

- 45.-CENETEC. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC Prevención, Diagnóstico y Manejo de las úlceras por presión en el Adulto Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-104-08, México: Secretaria de Salud; 2009 Disponible en: <http://bit.ly/2j6EM2H>
- 46.-Secretaria de Salud .Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-104-08 Prevención, Diagnóstico y Manejo de las úlceras por presión en el Adulto disponible en: <http://bit.ly/2j6EM2H>
- 50.- Suárez AA. Evaluación del uso de la Guía de Práctica Clínica “Prevención y Tratamiento de úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas” en un hospital valenciano .Enfermería dermatológica 2012; (17) Disponible en: <http://bit.ly/2j1bRjJ>
- 51.- A. Roca-Biosca, M.C. Velasco-Guillén, L. Rubio-Rico, N. García-Grau, L. Anguera-Saperas úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo Enferm Intensiva. 2012; 23(4):155---163 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.06.001>
- 52.-Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan- feb. 2011 [acceso en: 260117]; 19(1):[08 pantallas]. Disponible en: <http://bit.ly/2k6UUnX>
53. -Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras Por Presión y heridas crónicas [Sede Web]. Instrumento para la monitorización de la evolución de una úlcera por presión. Logroño: GNEAUPP; [acceso 16 Enero 2016]. Doc. nº 7: Monitorización. Disponible en: <http://bit.ly/2rmA30S>
- 54.-Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. Nurs Res 1998 Disponible en: <http://bit.ly/2jBNAgT>
55. - Bergstrom N, Braden B. A Prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly J Am Geriatric Soc Vol 140(8):747-758, 1992 Disponible en: <http://bit.ly/2jBKXLp>
56. - Waterlow J. Pressures sores a risk assessment card.Nurs Times 1985; 81; 49-55. Disponible en: <https://bit.ly/2ldYnxz>
- 57.-Jiménez Chunga ER, Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre las úlceras por presión antes y después de una capacitación. Instituto Nacional de enfermedades Neoplásicas (tesis Maestría). Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2014 Disponible en: <https://bit.ly/2L0nkKB>
- 58.- Gerencia de atención integrada de Albacete Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas .Disponible en: <http://bit.ly/2jkHQa2>

- 59.-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento III. Directrices Tratamiento de las úlceras por Presión [Internet]. Logroño: GNEAUPP; 2003 [citado 27 Ago 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/2k9Jz6s>
- 60.- Zambrano, MA, Suárez Londoño, L. Biofilms bacterianos: sus implicaciones en salud y enfermedad. Universitas Odontológica [Internet]. 2006;25 (57):19-25. Disponible en: <https://bit.ly/2qKg50f>
- 61.- Soldevilla Agreda J. Javier, Navarro Rodríguez Sonia. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2006 Dic [citado 2018 Abr 19]; 17(4): 203-224. Disponible en: <https://bit.ly/2qHwflq>
62. - Hulsenboom M, Gerrie J J W Bours, Ruud JG Halfens El conocimiento de la prevención de úlceras por presión: una estudio comparativo transversal entre las enfermeras BMC Nursing, 2007; 2(6): 20-2 Disponible en: <http://bit.ly/2js8Rlu>
- 63.-Gerencia de atención integrada de Albacete Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas .Disponible en: <http://bit.ly/2jkHQa2>
- 64.-DOF.02092013 .Norma Oficial Mexicana NOM -019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2HKmPDK>
- 65.-OMS-Organización Mundial de la Salud. Temas de salud-Enfermería México; año paginas Disponible en: <http://bit.ly/1DGaUf3>
- 66-Zamora S JJ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Gerokomos [Internet]. 2006 Jun [citado 2018 Mayo 13]; 17(2): 51-61. Disponible en: <https://bit.ly/2jQsDQB>
- 67.-Hinojosa-Caballero Dolores. Conocimiento de los profesionales de urgencias sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Mayo 13]; 23(4): 178-184. Disponible en: <https://bit.ly/2IBzEmg>
- 68.-Hernández Ortiz JA. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos? Gerokomos [Internet]. 2009 Sep [citado 2018 Mayo 13]; 20(3): 132-140. Disponible en: <https://bit.ly/1PjuWag>

- 69.-Quesada Ramos C y García Díez R. Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas Enferm Intensiva. 2008; 19(1):23-34 [internet]. [Acceso en: 12-05-18]; 18(6):[09 pantallas] Disponible en: <https://bit.ly/2lhZ6CQ>
- 70.- Romero de San Pío MJ, Álvarez Prado C, Fernández Ordoñez B, González Fernández A, Rodríguez Madrid O, Valdés Fernández MT, et al. Disminución de la incidencia de úlceras por presión en sacro y talones en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Metas Enferm mar 2017; 20(2): 25-31. Disponible en: <https://bit.ly/2Gdz88S>
- 71.-Secretaria de Salud. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería .Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente México 2006 Disponible en: <http://bit.ly/2jSicC0>
72. INEGI. "Estadísticas de mortalidad 2012. Consulta interactiva de datos México Disponible en: <http://bit.ly/2bNOpB7>
73. CONAPO. Proyecciones de la población en México ,2010-2050 Disponible en: <https://bit.ly/1mW4NgG>
- 74.- Muñoz RA, Ballesteros ÚMV. Comisión de curas Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas Disponible en: <https://bit.ly/2Hu6bdn>
75. - Hulsenboom M, Gerrie J J W Bours, Ruud JG Halfens El conocimiento de la prevención de úlceras por presión: una estudio comparativo transversal entre las enfermeras BMC Nursing, 2007; 2(6): 20-2 Disponible en: <http://bit.ly/2js8Rlu>
- 76.- Moreno-Piña JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, et al. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm Clin. 2007; 17 (4):186-97 Disponible en: <http://bit.ly/2j7QXQd>
- 77.-Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validez predictiva de la escala de Braden para el riesgo de desarrollo de úlcera por presión, en pacientes críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan- feb. 2011 [acceso en: 260117]; 19(1):[08 pantallas]. Disponible en: <http://bit.ly/2k6UUnX>
- 78.- Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MVO, Silva M J. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. Acta Paul Enferm. 2012; 25(n. esp1):7-12. Disponible en: <http://bit.ly/2iniOYf>
79. -Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras Por Presión y heridas crónicas [Sede Web]. Instrumento para la monitorización de la evolución de una úlcera por presión. Logroño: GNEAUPP; [acceso 16 Enero 2016]. Doc. nº 7: Monitorización. Disponible en: <http://bit.ly/2rmA30S>

80.- Gerencia de atención integrada de Albacete Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas .Disponible en: <http://bit.ly/2jkHQa2>

81.- Tomé Ortega M.J Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización. Enfermería Dermatológica. 2010; 4, (9), (enero-abril), págs. 35-41 Disponible en:

82.-Cepeda Torres, M, Piñero Martín, ML. Calidad asistencial en la atención al paciente hospitalizado y su influencia en la satisfacción del usuario. Telos [Internet]. 2005; 7(1):21-36. Disponible en: <https://bit.ly/2JVMU36>

83. -Castañeda H, Garza H, González S, Pineda Z, Acevedo P, Aguilera P, Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Ciencia y Enfermería. 2013; XIX (2): 77-88

84.- Toffoletto MC , Ramírez Ruiz X Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería* Rev Esc Enferm USP 2013; 47(5):1099-07 Disponible en: <https://bit.ly/1mdurRX>

85.- OMS/OPS. Tópicos de enfermería. La enfermería en las américas. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

86.-DOF.02092013 .Norma Oficial Mexicana NOM -019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2HKmPDK>

87-Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 5a ed. México: McGraw-Hill/ Interamericana editores; 2010. 613 p. Disponible en: <https://bit.ly/2IFpEs4>

88.-Secretaria de Salud .Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; en el título 2o, capítulo 1, artículos 13, 16. <http://bit.ly/1SBpqPT>

89.- Simonetti V.,Comparcini D.Flacco M.E, Di Giovanni P. Nursing students 'knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidence .based guidelines :A multicenter cross-sectional study / Nurse Education Today 2015; (35): 573-579 Available from: <http://bit.ly/2dNqyV8>

90- Gunningberg , L. Martensson, G ., Mamhidir ,A, G., Florin ,J., Muntlin Atlin et al Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden 2013; Available from: <http://bit.ly/2eNDoz1>

91.- Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer International Journal of Caring Sciences 2016; 9 (2) :677 Available from: <http://bit.ly/2kxwtgI>

- 92.- Meesterberends, M., Halfens, R., Lohrmann, C., de Wit, R., Pressure Ulcer Guideline development and dissemination in Europe. J.Clin.Nurs 2010; (19), 1495-1503 Available from: <http://bit.ly/2f8Qwld>
- 93.-. Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Lars Wallin Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update Squires et al. Implementation Science 2011, 6:1 Available from <http://bit.ly/2kep1cW>
94. -Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MVO, Silva MJ. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. Acta Paul Enferm. 2012; 25(n. esp1):7-12. Disponible en: <http://bit.ly/2iniOYf>
- 95.-Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabián-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, et al. Point prevalence of pressure ulcers in three second level hospitals in Mexico. Int Wound J. 2012. doi:10.1111/iwj.12013 <http://bit.ly/2es2N2S>
96. Hegarty M. -The Cognitive Science of Visual-Spatial Displays: Implications for Design / Topics in Cognitive Science 3 (2011) Disponible en: <http://bit.ly/2m8PYNw>
97. -Hegarty M. Canham, MS.; Fabricant, Sara I. Thinking about the weather: How display salience and knowledge affect performance in a graphic inference task. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 2010; 36(1):37-53 Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0017683>
- 98- Conselleria de Sanitat Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat © de la presente edición: Generalitat, 2012 Disponible en:
- 99.-. Llabata P, Carmonada JV, Royo F, Escrivá R. Valoración del conocimiento de enfermería sobre las escalas de úlceras Por Presión (UPP). Enferm Integral [revista en internet]. 2005 [citado 14 Febrero 2016]; 72: 28-33. Disponible en: <http://bit.ly/2rrDPbh>
- 100.-Torres CY., Pérez PAE., Álvarez-González CR, de la Fe Díaz .A., et al .Protocolo de actuación en la rehabilitación de la úlcera por presión. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2014; 6(1) TRABAJO ORIGINAL Centro de Restauración Neurológica (CIREN). Playa. La Habana. Cuba- Disponible en: <http://bit.ly/2jiNHNX>



Folio _____

Conocimiento de enfermería acerca de prevención, valoración, clasificación y tratamiento de úlceras por presión

Objetivo: Evaluar el conocimiento del personal de enfermería de un hospital de tercer nivel respecto a la valoración, prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión (UPP).

La información será confidencial y para uso exclusivamente académico.

Instrucciones: En esta primera parte del instrumento conteste lo que se le solicita con una X.

Datos generales de las enfermeras

1.-Edad: _____

2.-Sexo: Masculino () Femenino ()

3.-Categoría laboral: Auxiliar de enfermería () Enfermera general ()
Especialista () Jefe de Servicio. ()

4.-Nivel de formación académica:

Técnico () Licenciatura () Especialidad () Maestría ()

5.-Escuela de procedencia: UNAM () IPN () CONALEP () UAM ()
CETIS ()

Particular u otra especifique: _____

6.-Antigüedad laboral en la institución: _____

7.- ¿Ha recibido capacitación en heridas y estomas? Sí () No ()

8.-Mencione si fue: Diplomado () Congreso () Seminario ()

Monográfico () Otro, especifique _____

9.- ¿Cuánto tiempo ha transcurrido de la última actualización en heridas y estomas?

Datos del servicio

10.-Turno Matutino () Vespertino () Velada A () Velada B () Velada Mixta ()

11.-Servicio	5to. Piso –Medicina interna-Geriatría ()
4to. Piso-Cirugía General ()	3er. Piso.-Medicina interna-Geriatría ()
Cirugía mínima invasión ()	UCEA-Unidad de Cuidados Especializados Adultos ()
Urgencias adultos ()	

SECCIÓN II. NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Instrucciones: De los enunciados que se presentan a continuación, señale con una “X” la respuesta que considere correcta. Asegúrese de contestar todas las preguntas y de generar sólo una respuesta para cada una de ellas.

1.- ¿Cuáles son las funciones de la piel? - ANATOMÍA DE PIEL-Valoración

Barrera, sensibilidad, termorregulación, control hemodinámico, secreción, excreción, función inmunológica, síntesis de vitamina D

Inmunológica, Barrera, sensibilidad, termorregulación, control hemodinámico, secreción, excreción, y síntesis de vitamina E

Barrera, sensibilidad, termorregulación, control hemodinámico, y síntesis de vitamina D y E

2.- ¿Cuál es el mayor componente estructural de la piel?- ANATOMÍA DE PIEL-Valoración

a. Epidermis

b. Estrato córneo

c. Dermis

3.- ¿Cómo se definen las UPP?-Valoración

Áreas de necrosis

Lesión de origen isquémico en piel debida a la cizalla y la presión

Lesiones de origen isquémico que se sitúan en prominencias óseas debido a presión constante

4.- ¿Cómo se le llama al proceso de degeneración de un tejido por muerte de sus células debido a una falta de suministro oxígeno? Valoración

Isquemia

Necrosis

Hipoxia

5.- ¿Por qué es importante el uso de las escalas para la valoración de riesgo de UPP? Valoración

a. Reducen el costo de la prevención

b. Reducen la incidencia y no sustituyen el juicio clínico

c. Son un indicador de calidad

6. -¿En qué tipo de UPP es indispensable la valoración nutricional? **Valoración**

UPP estadio I

UPP estadio III

En todos los tipos de UPP

7.- ¿Cuál de los siguientes es el principal factor de riesgo relacionado con la aparición de las UPP? **Prevención**

a. Alteración de la eliminación

b. Movilidad y piel seca

c. Inmovilidad y humedad

8.- ¿A que hace referencia la piel perilesional? **Valoración**

a. El tejido que se encuentra a 5 cm alrededor de la UPP

b. Piel alrededor de la herida

c. El tejido que se encuentra a 3.0 cm alrededor de la UPP principal

9.- ¿Cómo se mide la cantidad de exudado en las UPP? **Clasificación**

Por cm³ en el apósito

Por aproximación

Por hisopo

10.- ¿Cuál de las siguientes acciones deben seguirse para la **Prevención** de las UPP en talones?

a. La evaluación sistemática de la piel de los talones una vez por semana en todos los pacientes y un cojín que eleve los talones.

b. La inspección de la piel cada 2 a 3 horas en pacientes sentados en silla

c. La evaluación sistemática de la piel de los talones mínimo una vez al día, en pacientes con elevación, y aditamentos para redistribución de presión.

11. ¿Cómo puede reducirse la magnitud de presión en la región del sacro al estar sentada una persona? **Prevención**

a. **Utilizando presión alterna con un amortiguador de aire**

b. Usando un cojín de espuma en forma de rosquilla

c. Utilizando un cojín de gel

12.- ¿Cuándo están indicados los alginatos? **Tratamiento**

Heridas con exudado moderado a abundante

Heridas de espesor parcial y completo

Tejidos donantes

13.- ¿Cuál es la principal ventaja de los apósitos de plata? [Tratamiento](#)

Inhiben el crecimiento del agente patógeno

La acción antimicrobiana dura más de 7 días

Rehidratan el lecho de la herida y reducen el dolor.

14.- ¿Cuándo está indicado el desbridamiento quirúrgico de las UPP? [Tratamiento](#)

- a. **En tejido necrosis y esfacelo, con técnica estéril y por un experto**
- b. En todas las UPP
- c. En UPP 1er grado, cualquier lugar, cualquier tejido y por cualquier profesional de enfermería

15.- ¿En qué consiste el desbridamiento enzimático? [Tratamiento](#)

Aplicación de apósitos sintéticos concebidos en el principio de cura húmeda

Técnica que se realiza por abrasión mecánica mediante fuerzas de rozamiento

Uso de enzimas, no tóxicos y no irritantes, para eliminar tejido muerto de una herida sin destruir el tejido normal.

II.-INSTRUCCIONES: Lea las siguientes aseveraciones y marque con una X la **letra “F”** si considera que son falsas o **“V”** si considera que son verdaderas

F	V	Los antisépticos deben usarse de manera rutinaria para disminuir la lesión y como medida de tratamiento para prevenir la infección. Tratamiento
F	V	El apósito de elección de las UPP es aquel que prevenga la maceración de la piel perilesional sin desecar el lecho de la herida dependiendo de la fase de PLH (control de exudado). Tratamiento
F	V	La utilización de apósitos de gasa contribuye a la disminución del dolor y debe prevalecer su uso. Tratamiento
F	V	Son parte de la valoración de las UPP el tipo de tejido existente en el lecho ulceral, existencia de tunelizaciones o fístulas y estadio. valoración
F	V	A todos los pacientes que llegan de su domicilio con UPP deben iniciarles antibioticoterapia sistémica. tratamiento
F	V	La condición clínica del paciente es lo más importante para la elección del procedimiento para el manejo de las UPP. valoración
F	V	En el caso de una UPP con cavidad, está debe ser totalmente cubierta con apósitos hidrocoloides. tratamiento
F	V	Para proteger la piel perilesional de la humedad el uso de cremas y/o películas están contraindicados. tratamiento

F	V	Las UPP son heridas estériles. Valoración
F	V	Según escala Braden los factores de riesgo para el desarrollo de la UPP son: inmovilidad, incontinencia, nutrición inadecuada y alteración del nivel de conciencia. Valoración

LE PIDO POR FAVOR REVISE QUE NO QUEDEN PREGUNTAS SIN RESPUESTA

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Le recuerdo que toda información es confidencial y en caso de que usted desee conocer su resultado éste le puede ser entregado en caso de que lo solicite



Introducción / Objetivos.

Programa de Maestría en enfermería Hospital regional Licenciado Adolfo López Mateos

El Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en coordinación con el Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realiza una cordial invitación para contar con su participación en el estudio de forma voluntaria. ⁷⁴

Su participación es valiosa e irremplazable, su colaboración durante la evaluación es necesaria.

Este es un proyecto que requiere, valorar el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería de un hospital general respecto a las lesiones y úlceras por presión por medio de un cuestionario breve que consta de 3 apartados y 41 preguntas. Si desea participar, se le explicaran brevemente, los objetivos y la finalidad del estudio.

Descripción del propósito global que se espera lograr durante el período total definido para la ejecución del proyecto, el cual debe ser desglosado en la presentación de los objetivos

Procedimientos: Si usted desea participar en el estudio se le asignara inicialmente un número de folio y posteriormente se le realizara un cuestionario, en el primer apartado se le preguntaran datos sociodemográficos, posteriormente reactivos acerca de prevención, clasificación, tratamiento de las úlceras por presión y anatomía de la piel.

Posteriormente se le brindara instrumento con conocimientos específicos proporcionados por el investigador ante cualquier duda le daremos explicación oportuna y clara. Por lo anterior solicitamos a usted su autorización.

Posibles riesgos y molestias este estudio no corre ningún riesgo ya que los cuestionarios no requieren la realización de pruebas adicionales a las ya establecidas en su tratamiento.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio no implica dinero en ningún sentido que usted reciba ni que usted aporte solamente ayudara a que el tratamiento de las úlceras por presión se conozca mejor y en un futuro se pueda llevar un mejor cuidado de los pacientes.

Participación o retiro. la participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted acepta a ingresar al estudio, los resultados serán procesados y después analizados. U/d no necesita retirarse del estudio pero si desea hacerlo no se limitara su decisión.

Privacidad y confidencialidad. El equipo de investigadores de la Coordinación de Enfermería del Hospital Regional del Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado resguardará la información. Nadie más sabrá de la información que usted proporcione durante su participación en el estudio, a menos que usted así lo desee. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias no se dará la misma información que pudiera revelar su identidad será protegida y ocultada.

Personal para dudas y aclaraciones si tiene dudas o aclaraciones acerca del estudio puede comunicarse con **L.E.O Mirella Castillo Sánchez** quien es el investigador responsable del estudio adscrito al servicio de Urgencias del ISSSTE- H.R.L.A.L.M.

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación. Si usted tiene dudas o preguntas sobre sus derechos al participar en este estudio puede comunicarse al Comité de Ética del instituto.

Declaración del consentimiento informado

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del participante	fecha
---------------------------------	-------

Nombre y firma del encargado de obtener consentimiento informado

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas las preguntas. Creo que él /ella entiende la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma de los testigos

Mi firma como testigo certifica que él/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia de forma voluntaria.

