

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias  
SocioSanitarias*

Curso Académico 2015-2016

## CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA IV DE ASTURIAS

*NURSING KNOWLEDGE ON PREVENTION AND  
TREATMENT OF PRESSURE ON ULCERS HEALTH  
CENTERS OF ASTURIAS AREA IV*

Realizado por: Estefanía Salmerón Suárez

Dirigido por: Mercedes López Aguado

En Asturias, a 8 de Septiembre de 2016

**INDICE**

<b>Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>4</b>
Introducción .....	4
Objetivo general .....	22
Objetivos específicos .....	23
<b>Metodología .....</b>	<b>23</b>
Diseño.....	23
Ámbito .....	23
Recogida de datos .....	25
Análisis estadístico .....	30
Limitaciones del estudio .....	30
Consideraciones éticas .....	31
Cronología .....	31
Resultados .....	31
Discusión .....	43
<b>Bibliografía .....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo I .....</b>	<b>54</b>

## RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión constituyen un importante problema de salud que afecta a múltiples ámbitos del sistema sanitario. Estas heridas son un indicador de calidad en relación directa con los cuidados de enfermería. Así se plantea un estudio descriptivo, con el objetivo de determinar el estado actual del conocimiento y la utilización de éste, que poseen los profesionales de enfermería de los centros de salud del área IV de Asturias, sobre medidas de prevención y tratamiento de úlceras por presión basadas en la evidencia.

Material y métodos: Se diseñó un estudio transversal mediante cuestionarios auto-cumplimentados por los profesionales de enfermería trabajadores de atención primaria de los centros de salud del área IV de Asturias.

Resultados y conclusiones: El grado de conocimientos de las recomendaciones sobre prevención y tratamiento de las úlceras es bajo, destacando el bajo conocimiento de las intervenciones desaconsejadas por las guías de práctica clínica, y la diferencia entre el conocimiento y el uso de estas recomendaciones.

## SUMMARY

Introduction: Pressure ulcers are a major health problem that affects many areas of the health system. These wounds are a quality indicator directly related to nursing care. Thus a descriptive study is planned, in order to determine the current state of knowledge and use of this who have nurses of health centers Area IV of Asturias, on prevention and treatment of pressure ulcers based on evidence. Methods: A cross-sectional study was designed using self-completed by nurses primary care workers in health centers Area IV of Asturias questionnaires. Results and conclusions: The degree of knowledge of the recommendations on prevention and treatment of ulcers is low, highlighting the low awareness of interventions deprecated clinical practice guidelines, and the difference between knowledge and use of these recommendations.

## MARCO TEÓRICO

### \*Introducción

Desde las civilizaciones antiguas, las heridas han supuesto un problema importante para la humanidad. Estos métodos de cura se fueron perfeccionando con la práctica y el paso del tiempo. Uno de los primeros documentos en el que se habla de las heridas y de cómo curarlas, es un documento médico de la dinastía XVII de Egipto, se trata del papiro de Edwin Smith, en este documento se habla de tratamientos de heridas de guerra y descripciones anatómicas. En las antiguas civilizaciones, las heridas se curaban con apósitos de barro, sustancias oleosas, resinas, miel, raíces o plantas. Hipócrates, en la antigua Grecia, trataba las heridas con vino, cera de abejas, roble y aceite. Pero el desarrollo del concepto moderno de cura de heridas se da inicialmente gracias a George Winter en 1962 y posteriormente fue estudiado por Field FK en 1994. (Barbas Monjo, Barberá & Domínguez, 2014).

Durante toda la historia del hombre, se ha intentado aportar conocimiento y dar explicación a los procesos que determinan que se genere una herida y a la cura de la misma, ya sea este tratamiento por una evolución tórpida de una herida quirúrgica, por un comportamiento traumático o bien por falta de conocimientos para determinar si una herida se está produciendo por falta de movimiento, por falta de circulación sanguínea o por un aumento de la presión que se genera en los tejidos blandos. (Barbas Monjo et al. 2014). En la primera mitad del S.XX, diferentes autores empezaron a destacar científicamente el papel de la presión en la etiopatogenia de las úlceras por presión. En 1958, Kosiak destacó la importancia de la presión y el tiempo de exposición de las estructuras a esta presión, Kosiak observó y determinó un importante suceso, vio que las altas presiones mantenidas sobre un plano duro, como puede ser una prominencia ósea, provocan necrosis tisular en poco tiempo, en cambio las bajas presiones necesitan un tiempo mayor para producir esta lesión en el tejido. (Blanco López, 2003).

De esta manera, cuando se produce isquemia local en un tejido, aumenta la permeabilidad capilar, dando lugar a una vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular. Así se produce un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo, este eritema cutáneo es el primer signo visible de la formación de una úlcera por presión. Éste es reversible si al retirar la presión, el eritema desaparece en 30 minutos, ya que se reestablece la perfusión de los tejidos. Si no

desaparece la presión, se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceraciones. (Fernández Bono, 2011). Sin embargo la presión no es el único factor en la producción de la úlcera, ya que influye también la fricción y el cizallamiento o la combinación de las mismas. De esta manera, la afectación de los tejidos puede llegar tanto a la dermis y a la epidermis como al tejido subcutáneo y al músculo, pudiendo llegar incluso, en los casos más graves, a las articulaciones y los huesos. A continuación, se definen los elementos citados que influyen en la formación de la úlcera:

- Se entiende presión como una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.
- Fricción entendido como una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres.
- Cizallamiento, visto como la combinación de efectos de la presión y fricción, son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra. (Martínez López, Ponce Martínez, 2011).

Existen una serie de factores que sitúan a una persona, en riesgo de desarrollar una úlcera, estos son:

- Factores extrínsecos, son los que se relacionan con el entorno del paciente, en el más amplio sentido de la palabra. Pueden ser factores de naturaleza física, como la temperatura o la humedad que se encuentra en el área de contacto del paciente y la superficie de apoyo o como la naturaleza de esta superficie (blanda, dura...). Entre estos factores, no encontramos también con los cuidados de enfermería, tales como el alivio de la presión, el tratamiento general del paciente...
- Factores intrínsecos, son aquellos que se relacionan con la condición física del paciente. Estos son los más difíciles de cambiar. Dentro de este grupo nos encontramos con la edad, el género, el deterioro de la movilidad, el estado nutricional... (NANDA, 2015-2017).
- También existen otras situaciones de salud que ponen al individuo en situación de vulnerabilidad ante este problema, entre ellas se encuentran la anemia por hipoxia tisular, la hipotensión, la insuficiencia cardiaca, alteración vascular, diabetes, deshidratación, caquexia... (Fernández Bono, 2011).

Se puede afirmar que la etiología de las úlceras por presión debe considerarse siempre multifactorial, destacando dos elementos clave: las fuerzas de presión, fricción o cizalla por un lado y la disminución de la tolerancia de los tejidos a estas fuerzas por otro. (Fernández Bono, 2011)

Para poder clasificar e identificar de manera correcta las úlceras por presión, se diferencian según el grado de afectación de la piel y los tejidos en:

- Estadío I. Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta con un eritema cutáneo que no palidece al presionar. Es importante tener en cuenta que en pieles oscuras las úlceras en Estadío I pueden pasar desapercibidas ya que puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- Estadío II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadío III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
- Estadío IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). Tanto en este estadío como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. (GNEAUPP, 2015).

Además, se deben clasificar a las úlceras en función de otros parámetros unificados, de manera que permitan una fácil comunicación entre los profesionales y así el seguimiento se hace más sencillo: (Fernández Bono, 2011)

- Localización de la lesión
- Dimensiones
- Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos.
- Tipo de tejido presente en el lecho de la lesión
- Estado de la piel perilesional
- Secreción de la úlcera
- Dolor

- Signos clínicos de infección local
- Fiebre
- Evolución de la lesión

Dentro del programa informático con el que se trabaja en Atención Primaria en Asturias, existe un protocolo para el registro de las curas que se realizan de las úlceras por presión. En este protocolo, de fácil acceso, se cuenta con un tapiz que permite realizar un registro cómodo de todos estos ítems, minimizando así los fallos de registro por olvido, y permitiendo de esta manera, una valoración integral, fácil y rápida del estado de la úlcera y su evolución.

De esta manera, se puede ver que las úlceras cutáneas crónicas suponen un importante problema de salud que afecta a todos los ámbitos del sistema sanitario. (Díaz Martínez, López Donaire, Molina Mercado, Peláez Panadero, Torrez Aguilar & Pancorbo Hidalgo, 2009).

La incidencia de las úlceras por presión varía ampliamente según la literatura consultada. Las tasas de incidencia publicadas tienen oscilaciones de entre 0.4 y 38% para hospitales de agudos y 2,2 y 23.9% para hospitales de larga estancia y crónicos. (Moris de la Tassa, 2008).

En España, el primer Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras pro presión fue realizado en el año 2001. Determinó la prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en un 8,34% de los pacientes que recibían atención domiciliaria; del 8,81% en pacientes ingresados en hospitales y del 7,6% en pacientes atendidos en centros sociosanitarios. (Torra, Soldevilla, Rueda López & Verdú Soriano, 2003).

El segundo Estudio Nacional de Prevalencia cuenta con datos de 2005. En este trabajo se puede ver que datos para la incidencia de úlceras por presión en atención domiciliaria fue de un 9.11%, mientras que en hospitales el dato obtenido fue un 8.91% y en centros sociosanitarios se registró un 10.9%. (Soldevilla, Torra, Verdú Soriano, Martínez Cuervo, López Casanova, Rueda López & Mayan Santos, 2006)

En el Estudio Nacional de Prevalencia del año 2009, los datos obtenidos revelaron que la presencia de úlceras por presión en atención primaria era del 5.89%, un 7.2% para hospitales y 6.39% en centros sociosanitarios. (Soldevilla, Torra, Verdú & López, 2009).

Otra fuente de interés es sin duda el Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, realizado por la GNEAUPP en 2013, arroja una prevalencia en Atención Primaria del 8.51% para los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria, un 7.87% para las unidades de hospitalización y un 13.41% en los centros sociosanitarios. (GNEAUPP, 2013).

Se ve una clara variabilidad en cuanto a los datos de prevalencia de úlceras por presión, pero se pueden observar aumentos con el paso del tiempo, en los porcentajes ya elevados de por sí. En el Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión del Principado de Asturias se afirma que el objetivo a conseguir es no superar tasas del 2%. (Morís de la Tassa, 2008). No se puede dejar de tener en cuenta un importante dato que se da en el entorno socio-sanitario, que es el infra-registro de los casos de úlceras pro presión. (GNAUPP, 2015)

Habitualmente las UPP afectan a personas mayores de 65 años con movilidad reducida, ya que se ha constatado que la inmovilidad es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de las mencionadas lesiones. (Cañada Dorado, Pérez Rivas, Jiménez Gómez & Bayón Cabeza, 2012). La GNAUPP, en su guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las úlceras por presión en adultos, publicada en 2015, afirmó que las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable que se puede presentar en cualquier paciente con movilidad reducida. Se debe tener en cuenta que Asturias en 2014 la población mayor de 55 años suponía un 10.9% de la población total. (Sadey, 2015).

Estas lesiones suponen grave problema de salud, pasando a ser un lastre importante, tanto por su incidencia y prevalencia elevadas como por sus enormes repercusiones. (Rycroft Malone, 2001). Este tipo de heridas repercuten de forma importante en la economía sanitaria, incrementando sustancialmente los costes derivados de su tratamiento, debido a los recursos empleados para su cuidado, que son tanto materiales como de personal y de tiempo.

En un estudio realizado por Soldevilla Agreda et al. en 2007 se demostró que el coste de tratamiento de una úlcera por presión aumenta sustancialmente en razón directa con la severidad de la úlcera, de este modo cuando nos centramos en datos de pacientes tratados en atención primaria observamos que, se va de los 108 euros que costaría una úlcera de



Grado I, a los 2868 euros que costaría una de grado IV. Este coste aumenta debido a un mayor tiempo de tratamiento y a una mayor incidencia de complicaciones. El coste total de tratamiento de las úlceras por presión en España en un año es aproximadamente de 461 millones de euros, lo que supone cerca de un 5% del gasto sanitario anual. De este total, un 15% corresponde a apósitos y materiales y el 19% es para el tiempo de enfermería. En la siguiente tabla se puede ver el coste medio del tratamiento de una úlcera por paciente y por nivel asistencial. (Soldevilla Agreda, Torra i Bou, Posnett, Verdú Soriano, San Miguel & Mayan Santos. 2007).

Tabla 1. Coste medio del tratamiento de una upp por paciente y nivel asistencial principal

	ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITAL	CENTRO SOCIOSANITARIO
Estadío I	108	24	43
Estadío II	220	136	1767
Estadío III	655	2309	3282
Estadío IV	2.868	6802	4935

También se ve afectado el personal sanitario, siendo los profesionales de enfermería los que reciben una mayor carga de trabajo ante la cura reiterada en el tiempo de una úlcera por presión, se ve aumentada la frecuentación a la consulta de enfermería del paciente que debuta con una úlcera, aumenta sustancialmente el tiempo medio de consulta que se dedica a una correcta técnica de cura y sin duda la dedicación a la misma. Pero resulta fácil ver que el paciente es el que se lleva la peor parte, ya que se ve aumentada su morbilidad (Rycroft Malone, 2001), (Díaz de Durana, Ayllon Garrido & Latorre García, 2008) y en muchos casos, las úlceras agravan el pronóstico de distintas patologías, lo que conlleva un retraso en la recuperación funcional de los pacientes. Además las complicaciones son frecuentes, suponiendo dolor y/o infección y pudiendo prolongar la estancia en el hospital o aumentando sustancialmente las visitas a su centro de salud. Sin lugar a dudas, se puede afirmar que las úlceras por presión afectan a la calidad de vida de los pacientes. Además, también para los familiares supone un aumento de la carga, ya que a menudo requiere convertirse en cuidadores principales, lo que conlleva una carga física y psicológica importante (Cañada Dorado et al., 2012), (Moris de la Tassa, 2008).

De esta manera, la seguridad de los pacientes se ve afectada, y la preocupación por mejorarla se refleja en las iniciativas de diferentes organizaciones que desarrollan

estrategias para paliar este mal, entre las que destacan, sin duda, la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la creación de “La alianza mundial para la seguridad del paciente”, La Estrategia SERGAS o el plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (Prieto Martín, Pesado Cartelle, Delgado Fernández, 2013).

La prevención es la herramienta fundamental para disminuir la incidencia de las úlceras por presión. (Díaz de Durana et al., 2008). El 95% de las UPP en el paciente de riesgo podrían evitarse, por lo que su aparición constituye un indicador de mala calidad. (Cañada Dorado et al., 2012). Las úlceras por presión son un indicador de calidad, tanto de los cuidados enfermeros, como de la atención sanitaria en general. Para lograr esta calidad es necesario realizar unos cuidados de enfermería adecuados, articulando un programa global e integrado de prevención, en el que un abordaje global de las úlceras por presión se vuelve imprescindible. Para esto, es necesaria una implicación de todos los agentes que intervienen en el cuidado de las personas en riesgo de padecer este tipo de heridas crónicas. (GNEAUPP, 2015). Parece lógico pensar que una política enfocada a la detección de pacientes en riesgo, la prevención y el tratamiento basado en evidencias científicas, es menos costosa y más ética, que otra basada en la curación de las lesiones ya establecidas. (Moris de la Tassa, 2008), (Restrepo Medrano, Tirado Otalvaro, Velásquez Vergara & Velásquez García, 2013).

Los servicios de salud buscan una constante calidad en el cuidado, para lo cual es imprescindible la calidad que brindan los profesionales de enfermería. Para lograr esta excelencia, es muy importante el tratamiento adecuado de la piel, llendo desde la prevención, al tratamiento de las úlceras crónicas. Las instituciones sanitarias han tratado de disminuir la variabilidad de la práctica clínica en torno a la atención y el cuidado de este tipo de pacientes, buscando llevar a cabo tratamiento basados en la mayor evidencia científica disponible. (Restrepo Medrano et al., 2013).

La investigación enfermera es joven aun, es en el ámbito internacional, en el año 1952, cuando empieza a publicarse la primera revista de investigación enfermera, la Nursing Research. En España, la primera publicación de artículos enfermeros sobre reflexiones e investigaciones, es en el año 1978. Actualmente la investigación enfermera está en desarrollo, en los últimos tiempos ha habido un aumento considerable de investigaciones en el campo de la enfermería, pero aún queda mucho camino por andar. Es muy importante

partir de la idea que la investigación es imprescindible en toda disciplina. Crecer en conocimientos con fundamentación científica, ayuda a mejorar la práctica profesional, en beneficio de la sociedad a la cual se sirve. La investigación también es esencial porque profesionalmente, se requieren respuestas sobre problemas sociales complejos. Y finalmente no podemos obviar el ámbito de la gestión en el cual la investigación se vuelve necesaria en tanto en cuanto a la necesidad de información contrastada sobre el coste-beneficio de la actividad profesional. (Ramíó Cofre, 2005)

Como profesionales de enfermería, deberíamos cuestionarnos nuestro trabajo diario, tratando de basar nuestra práctica cotidiana en las evidencias científicas que nos encaminen hacia una buena praxis. La incorporación de evidencias científicas a la práctica diaria se comenzó a realizar con Florence Nightingale. Ella fue la primera en observar la importancia de conocer el resultado de cada intervención para poder planificar unos cuidados más efectivos. Para ello trató de ir incorporando las evidencias científicas a la praxis diaria, de manera que la toma de decisiones se basase en un compendio entre la experiencia, la intuición y las evidencias científicas. De esta manera se legitima la enfermería como profesión, gracias a ella, comenzó la profesionalización de la enfermería. (Rumbo Prieto, 2015).

Se estima que un alto porcentaje de decisiones clínicas no tienen un fundamento científico sólido y sólo el 20% de la práctica médica se basa en actos de rigurosa efectividad. Se cree que esto es debido a que parte del proceso de análisis se realiza de forma inconsciente: la rutina de las tareas diarias, lleva con frecuencia, a que el profesional recurra a soluciones conocidas frente a problemas relativamente similares; siendo natural que se sienta cierto apego a lo aprendido en las etapas de formación y se confíe en esos conocimientos. En la inercia de la consulta tendemos a realizar lo conocido, la repetición de tareas conocidas frente a la aplicación de nuevos conocimientos. En ocasiones, estamos más preocupados por observar y copiar lo que hacen otros compañeros, que en formarse en si es una práctica o no correcta; ante las dudas o la no resolución de problemas, se suele consultar antes a algún compañero o en su defecto a un libro de texto, generalmente antiguo y desfasado, combinándose con la búsqueda en internet en fuentes no necesariamente fiables. (Boucourt, 2003).

En el libro "Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios", escrito en 1972 por Archie L. Cochrane, destaca y llama la atención sobre la no utilización de los resultados de la investigación en la práctica clínica y critica abiertamente al personal

médico por tomar decisiones sin tener en cuenta las conclusiones de la investigación. (Fernández Bono, 2011).

El desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia, ha revolucionado el mundo sanitario. Su aplicación se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes. El término evidencia se emplea para referirse a la evidencia científica o a la evidencia aportada por la investigación. Evidencia es algo que se comprueba y demuestra, de manera que tengamos pruebas científicas obtenidas a través de la investigación con una base de criterios metodológicos rigurosos. (Icart, 1999).

El concepto de la práctica basada en la evidencia comienza con el colectivo médico, pero rápidamente se extiende a los demás profesionales sanitarios. Fue en los años 90 la primera vez que se empezó a utilizar el término "Medicina Basada en la Evidencia", y fue en la Facultad de Medicina de la McMaster University de Ontario (Canadá). En esta universidad, comenzaron basando programas de enseñanza, en una nueva estrategia de aprender y practicar la medicina que ya llevaba desarrollándose durante una década en este centro, era una manera de registrar y constatar la práctica diaria. Esta brillante idea, dotó a la profesión de una base firme y de una realidad. Fue la revista American College of Physicians la que empezó a publicar esta idea. Así, la Práctica Basada en la Evidencia, comporta integrar la mejor evidencia externa, obtenida a partir de la búsqueda sistemática, con la habilidad de la práctica asistencial, teniendo siempre en cuenta la elección del paciente y los recursos disponibles. Es una manera de trasladar a la práctica diaria y las decisiones clínicas habituales, los conocimientos derivados y comprobados a través de la ciencia. (Fernández Bono, 2011).

Se encuentran referencias claves y concretas en el campo de la enfermería en 2002, con la celebración en Granada de la "Primera Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia". Aquí se aporta una nueva definición que completa la visión positivista de las definiciones anteriores. Un método de trabajo consciente y explícito, desde el punto de vista del pensamiento de las enfermeras. Se ofrece un punto de vista del modelo desde el ámbito positivista, de síntesis de la literatura científica de la Medicina Basada en la Evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico. (Fernández Bono, 2011).

De esta manera los cuidados de enfermería implican que las actuaciones y la toma de decisiones se realicen teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible pero siempre teniendo en cuenta la experiencia del profesional y la opinión del paciente. Debemos tener en cuenta que el objetivo final siempre ha de ser el de mejorar y mantener la atención del ciudadano, su calidad de vida y su satisfacción. En definitiva con el objetivo general de mejorar la salud de la población. (Grupo de trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón, 2009).

Para basar nuestros cuidados en la evidencia, aumentando así la calidad de los mismos y reduciendo la prevalencia, la mejor herramienta de la que disponemos en la actualidad son las guías de práctica clínica (Quesada Ramos & García Díez, 2008). Podemos definir las Guías de Práctica Clínica como: “un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes”. (GNEAUPP, 2015).

Las guías de práctica clínica aportan:

- Recomendaciones sobre cómo actuar en una circunstancia clínica determinada.
- Están realizadas de forma sistemática: su elaboración sigue una serie de pasos determinados, están basadas en un análisis exhaustivo de la literatura científica, con una metodología que nos garantiza unos resultados rigurosos y fiables, tratando de evitar sesgos en las recomendaciones propuestas.
- Están dirigidas a profesionales sanitarios y a usuarios con el objeto de ayudar en la toma de decisiones relacionados con un problema clínico claramente especificado. (Fernández Bono, 2011).

Gracias a esta importante herramienta, parece lógico pensar que el proceso enfermero en el abordaje de la integridad cutánea y tisular haya ido evolucionando hacia una mayor incorporación del conocimiento científico, mayor capacidad evaluadora y transparencia. (Rumbo Prieto, 2015). El llevar a cabo las recomendaciones que encontramos en las guías clínicas, nos permite unificar criterios y reducir tanto los costes de una práctica no adecuada, como la incidencia y prevalencia de las UPP. Gracias a las guías podemos reducir la incertidumbre clínica ya que sabemos que basamos nuestros cuidados en las mejores evidencias científicas disponibles. (Hernández Ortiz, 2009), (European Pressure Ulcer, 2009), (Avilés & Sánchez, 2012).

Diferentes instituciones han elaborado manuales y guías de práctica clínica sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión a lo largo de la historia. (Documentos GNEAUPP, 2009), (Hernández Ortiz, 2009). Desde la primera guía de prevención de úlceras por presión que se presentó en el año 1992 en EE.UU. (Pancorbo Hidalgo, García Fernández, Rodríguez Torres, Torres García & López Medina, 2007) se han publicado múltiples documentos que homogeneizan los abordajes terapéuticos y realizan un compendio de lo que la investigación nos proporciona. Entre estos manuales cabe señalar, por su importancia, los elaborados por la Agency for Health care Quality and Research (AHQR) de Norteamérica o los que nos proporciona el grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión (GNEAUPP). (Pancorbo Hidalgo et al., 2007). Sin duda el GNEAUPP son un referente a nivel nacional en cuanto al cuidado de úlceras por presión se refiere.

En el Principado de Asturias, existe el Protocolo para la Detección y Prevención de Úlceras por Presión. Se trata de un documento editado por la Consejería de salud y servicios sanitarios del Gobierno del principado de Asturias y promovido por la Dirección General de Calidad e Innovación en servicios sanitarios. En esta guía de fácil acceso a través de cualquier explorador de internet, encontramos una completa información sobre la prevención de las úlceras por presión. Nos facilita una serie de elementos para prevenir dichas lesiones y unos ítems que nos ayudan con el manejo diario de las mismas. En esta guía se incluyen las últimas recomendaciones basadas en la evidencia sobre úlceras por presión. (Morís de la Tassa, 2008).

Concretamente, dentro del área IV de salud del Principado de Asturias, encontramos un documento de "Normalización del tratamiento de Úlceras por Presión". Este documento se creó tras observar las múltiples opciones de tratamiento y la disparidad en las curas. El objetivo fue el de unificar criterios para realizar las curas de las úlceras. También se pretendía que los profesionales tuvieran información veraz y de confianza a la que el acceso fuera sencillo y rápido. De esta manera, los profesionales contamos con una referencia fiable y actualizada sobre prevención y tratamiento de úlceras. Para llevar a cabo esta guía, se formó un grupo de expertos en el manejo de las úlceras por presión, se logró gracias a la coordinación de la Consejería de Sanidad y Servicio de Salud del Principado de Asturias (SEPSA). El acceso a esta guía es fácil y rápido a través de la intranet. Para facilitar el acceso a la información en un golpe de vista, se cuenta también con un póster con dos capítulos principales, la prevención y el tratamiento. (Grupo Tratamiento de úlceras por

presión, 2012).

Pero el hecho de que las guías clínicas se publiquen y los resultados se divulguen, no implica ni garantiza por sí mismo que los profesionales conozcan los cuidados, y menos aún que éstas recomendaciones se incorporen a su práctica diaria (García Fernández et al., 2002). Por lo que es importante que los sistemas sanitarios y la administración dispongan de estrategias de actualización de conocimientos y difusión de nuevas evidencias, integradas dentro de la práctica asistencial. De manera que estas estrategias ayuden a motivar en la actualización de los conocimientos, que fomenten el interés por los avances científicos disponibles, en definitiva, que acerquen a los profesionales, de manera fácil y cómoda las evidencias científicas obtenidas a través de la investigación. (Suárez Alonso, 2012).

El problema que existe a la hora de implementar las recomendaciones que encontramos en las guías de práctica clínica de enfermería es fácilmente reconocido por los profesionales sanitarios. Para que las evidencias obtenidas gracias a la investigación sanitaria se apliquen en la práctica, se deben asumir cambios en las conductas por parte de los profesionales, y para que los resultados de las investigaciones persistan a lo largo del tiempo, estos cambios se han de mantener en estado dinámico, con una renovación constante. (Rumbo Prieto, 2015). Resulta sencillo ver cómo estos cambios son difíciles de llevar a cabo, parece fácil pensar que existen sectores, dentro de este grupo de profesionales que tengan más reticencias a llevar a cabo estos cambios. Estas reflexiones me llevan a realizarme múltiples preguntas, que van desde plantearme si yo misma y mis profesionales más cercanos, realizamos una adecuada práctica clínica basada en la evidencia, si conocemos cuáles son las recomendaciones más adecuadas para la curación de las úlceras y por supuesto si tenemos claro aquellas que no debemos realizar, y si aplicamos estos conocimientos en nuestro día a día o bien si curamos en base a creencias y experiencias o qué tipo de profesional se mantiene más actualizado. Considero realmente interesante conocer qué factores influyen en todo ello.

La práctica clínica actual se caracteriza por presentar un extraordinario dinamismo y complejidad, lo que determina, de manera inevitable, continuos cambios, nuevas tendencias y actualizaciones constantes. Esto lleva a un aumento de la tecnificación y complejidad interna de los procesos. Aquí merece especial atención a tener en cuenta el principio de autonomía del paciente, afortunadamente cada vez más en auge, el papel creciente de lo social en la actividad asistencial y la influencia de la tecnología sobre la clínica,

sumándosele el vertiginoso desarrollo y el uso de las redes de comunicación y la información, elementos que adquieren más importancia si cabe en el ámbito de la atención primaria. (Fernández Bono, 2011).

Teniendo en cuenta todo lo anterior mencionado, me lleva a realizarme múltiples preguntas. En los últimos tiempos vemos un gran aumento de la producción científica y de los medios a través de los cuales podemos acceder a ella. Resulta muy complicado seleccionar y aplicar en la práctica diaria las evidencias más sólidas procedentes de la mejor investigación clínico-epidemiológica y más si le sumamos la gran carga asistencial a la que en muchas ocasiones nos vemos sometidos, lo cual reduce el tiempo para la selección de la correcta información y la toma de decisiones. De esta manera me planteo, entre otros, si yo y compañeros de trabajo más cercanos realizamos una adecuada práctica basada en la evidencia, si conocemos las recomendaciones adecuadas para la curación de las úlceras y si aplicamos estos conocimientos obtenidos de alguna guía o protocolo o si curamos en base a creencias y experiencias o qué tipo de profesional se mantiene más actualizado, qué factores influyen en ello.

Tras revisar la literatura existente encontramos que hay diferentes estudios que valoran los conocimientos sobre úlceras por presión entre los profesionales de enfermería. Entre ellos, a nivel nacional, destacan los trabajos realizados por Zamora Sánchez (Zamora Sánchez, 2006), Esperón Guimil (Esperón-Güimil & Vázquez-Vizoso, 2004), la revisión de la literatura realizada por Pancorbo Hidalgo en 2007 (Pancorbo Hidalgo et al., 2007) o el trabajo realizado en Andalucía por García Fernández (García Fernández, Pancorbo Hidalgo, López Medina & López Ortega, 2002) entre otros.

En Bélgica en el año 2012, Demarre et al. realizaron un estudio que valoraba los conocimientos y actitudes de las enfermeras y auxiliares de enfermería sobre úlceras por presión. Se llegó a la conclusión de que el conocimiento que tenían era bajo. (Demarré, Vanderwee, Defloor, Verhaeghe, Schoonhoven & Beeckman, 2012)

En Suecia, Kallman y Suserud , en el año 2009, realizaron un estudio centrado en los centros de salud y los hospitales, en él pudieron ver que los distintos grupos de enfermeras tenían un aceptable nivel de conocimientos generales sobre úlceras por presión, este dato se da tanto en el ámbito de la prevención como en el del tratamiento de las úlceras por presión. (Källman & Suserud, 2009).



En 2013, Gunningberg y Mårtensson realizan un estudio con el objetivo de describir el conocimiento de las enfermeras sobre la prevención de las UPP. Los resultados obtenidos fueron un deficiente nivel de conocimientos, tanto en medidas de prevención como de tratamiento de las úlceras por presión. (Gunningberg, Mårtensson, Mamhidir, Florin, Muntlin Athlin & Bååth, 2013)

En Sao Paulo, en el año 2009, Yuri Miyazaki et al. estudiaron el conocimiento de las enfermeras y auxiliares de un hospital de esta ciudad. Se observó que ambas categorías profesionales mostraban un déficit de conocimientos en alguna de las áreas estudiadas. La puntuación media de las enfermeras fue de 79,4%, existiendo una amplia diferencia entre los distintos ítems. Encontramos la puntuación más alta en un 90% y la más baja con un 30% (Miyazaki, Camiri, Dos Santos, 2010).

En el ámbito nacional, encontramos varios estudios con interesantes resultados, como el realizado en 2002 por García Fernández en los centros de salud de Andalucía. En la investigación se incluyeron a 163 profesionales de 36 centros de salud. Los resultados obtuvieron un índice de conocimientos sobre recomendaciones de UPP de un 80.9% y un 75.9% en el índice de práctica asistencial. De esta manera se puede observar que el índice de conocimientos es ligeramente superior al de la puesta en práctica de estas recomendaciones. (García Fernández et al., 2002).

Pancorbo Hidalgo, junto con otros colaboradores, realizó en 2007 una revisión sistemática de la literatura donde se incluyeron todos los artículos publicados entre 1996 y 2005, que hicieran referencia tanto a conocimientos, habilidades o aptitudes de las enfermeras relacionadas con la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión (en esta revisión se incluyeron un total de 18 artículos). Las conclusiones muestran que existe una gran variabilidad en los resultados de los diferentes estudios. El índice de conocimientos de los profesionales sanitarios tiene una puntuación media de un 70% en un rango entre un 54% y un 81%. Se pudo observar que se obtiene una menor puntuación en los temas relacionados con el tratamiento que con la prevención. Se pueden observar relaciones interesantes, como que la formación específica mejora los índices de conocimientos. Otro dato interesante obtenido a partir de esta revisión es el hecho de que se puede generalizar que a más experiencia, más conocimiento. Sin embargo, este dato empeora a partir de los 20 años de experiencia. (Pancorbo Hidalgo et al., 2007).

En el estudio publicado en el año 2009 por Hernández Ortiz, llevado a cabo en el

Complejo Hospitalario de Jaén, analiza los conocimientos y grado de utilización de las recomendaciones, relacionadas con tratamiento y prevención de úlceras por presión, en 410 profesionales, en este estudio se incluyeron tanto profesionales de enfermería como de auxiliar. La experiencia profesional de los participantes en este estudio es elevada, de esta manera vemos que un 47.5% de los participantes, hace más de 20 años que acabó los estudios. La mayor parte recibieron formación específica en úlceras por presión, suponiendo un 87.4% del total. El Complejo Hospitalario de Jaén obtiene un nivel de alto de conocimientos y al igual que en la revisión sistemática, anteriormente señalada. Este nivel de conocimientos es mayor en el área de prevención que en el área de tratamiento. Se observa una clara diferencia entre el conocimiento que se dice tener y la puesta en práctica del mismo en el momento de atender a los pacientes. Las intervenciones menos conocidas son aquellas identificadas como desaconsejadas o contraindicadas. (Hernández Ortiz, 2009).

Quesada Ramos y García Díez en un estudio realizado en el País Vasco a enfermeras de diferentes unidades de cuidados intensivos, obtiene que el conocimiento general de las recomendaciones de prevención y tratamiento de úlceras por presión dista de ser el ideal. Se obtuvo una puntuación media en las medidas de prevención de 65.3, y en las de tratamiento de 56.0. De esta manera se puede afirmar que las enfermeras participantes conocen mejor las intervenciones de prevención que las de tratamiento. En este estudio se observó una correlación negativa entre los años de experiencia profesional y los conocimientos sobre recomendaciones de prevención de úlceras por presión. (Quesada Ramos et al., 2008).

En un hospital de agudos de Cataluña, Zamora Sánchez, analizó el conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. La población de este hospital es una población joven ya que las  $\frac{3}{4}$  partes de la muestra observando que el grado de conocimientos sobre estas recomendaciones, se situaba en un 70%. Llama la atención que sólo el 40% de los participantes en este estudio, reconozcan como erróneas, recomendaciones claramente desaconsejadas en las guías de práctica clínica (Zamora Sánchez, 2006).

La mayor parte de los estudios revisados, valoran el conocimiento enfermero en el ámbito hospitalario y tan sólo unos pocos, están hechos tomando como población de estudio a enfermeras de centro de salud. Los profesionales de enfermería de atención primaria tratan con las úlceras por presión de manera continuada en el tiempo, en gran parte de

ocasiones, desde su formación hasta la total curación, pasando por todas las fases de la herida. Tienen que manejar tanto la atención domiciliaria como la coordinación de cuidados con los pacientes o los familiares de éstos. Es necesario una visión integral del paciente, que valore tanto el ámbito de la alimentación, como de la higiene postural o el ejercicio físico entre otros. La atención primaria es considerada un elemento clave para la prevención y el posterior tratamiento de éstas heridas, y los profesionales de enfermería, como un sector clave que ha de estar plenamente formado en un tema tan importante como este. (Pancorbo Hidalgo et al., 2007).

Teniendo en cuenta éstos antecedentes, nos planteamos llevar a cabo este estudio, con el objetivo de conocer el estado actual del conocimiento y la implementación de medidas de prevención y tratamiento de UPP en los profesionales de enfermería los centros de salud del área IV de Asturias.

Los servicios sanitarios de la zona del concejo de Oviedo están organizados y gestionados para garantizar una cobertura universal e igual para todos los ciudadanos de manera que tengamos un acceso equitativo a los servicios y una atención de la salud integral, dando carácter preferente a la promoción de la salud y las actividades educativas y preventivas. Los servicios sanitarios de este municipio están condicionados por la capacidad económica de la región, que obliga a situar la racionalización de los recursos como uno de los ejes fundamentales del sistema.

La población del municipio de Oviedo, al igual que del resto de los municipios asturianos, se caracteriza por presentar un evidente y acusado envejecimiento de sus miembros, consecuencia en parte a una reducción de la población más joven como consecuencia de un bajo índice de natalidad. Esta estructura demográfica implica de manera insalvable, una demanda cada vez mayor de prestación de servicios sanitarios, que redundará a su vez en un incremento del gasto sanitario. (Ayuntamiento de Oviedo, 2015). (SADEY, 2015).

El modelo de atención primaria del Principado de Asturias se caracteriza por:

- Integración del personal en el Equipo de Atención Primaria (EAP).
- Una organización territorial de los servicios.
- Unas estructuras físicas donde realizar las actividades de este nivel:

- Centro de salud
- Consultorio periférico, se trata de un dispositivo sanitario dependiente de un Centro de salud, que permite mejorar la accesibilidad física al centro, en aquellas zonas básicas donde las características tanto demográficas como de comunicaciones, aconsejan su disposición.
- Consultorio Local, estructura básica de atención en Zonas Especiales de Salud (ZES), denominadas así por sus especiales características de demografía especialmente envejecida, núcleos de población rurales, pequeños y dispersos y comunicaciones difíciles que aconsejan una aproximación diferenciada de la prestación de servicios.
- Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP), dispositivos en los que se puede localizar al personal, tanto médico como de enfermería, que está de guardia de Atención Primaria durante las 24 horas del día. (Ayuntamiento de Oviedo, 2015).

La ordenación sanitaria territorial del Principado se estructura en ocho áreas sanitarias establecidas por el Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias, modificado por el Decreto 87/2001, de 2 de agosto, de las cuales el Área Sanitaria IV es la correspondiente al municipio de Oviedo. De manera que las áreas sanitarias del Principado de Asturias quedarían divididas de la siguiente forma:

Imagen: Mapa Sanitario actual del Principado de Asturias



El área IV consta de una población total de 314573, con una densidad de 145.08

habitantes/km<sup>2</sup> y un índice de dependencia de 44.86. En esta área la frecuentación para los profesionales de enfermería es de 3.23 y el porcentaje de población atendida de un 48.21% (SADEY, 2015), (SESPA, 2012).

Dispone de un total de 18 zonas básicas de salud y 4 zonas especiales de salud. Reguladas gracias al Decreto 80/2006, de 6 de septiembre, de sexta modificación del Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias y se dictan las normas para su puesta en práctica. La séptima modificación del mapa sanitario por Decreto 9/2007, de 31 de enero, afecta a las zonas básicas de salud. De tal manera que quedarían distribuidas de la siguiente forma:

1. Zona Básica de Salud Centro-Noroeste: Centro de salud de La Lila.
2. Zona Básica de Salud Centro-Sur: Centro de salud de Paulino Prieto.
3. Zona Básica de Salud La Argañosa-San Claudio-Las Regueras: Centro de salud de La Ería de Buenavista, Consultorios periféricos de San Claudio y Santullano de las Regueras.
4. Zona Básica de Salud El Cristo-Trubia: Centro de salud de El Cristo, Consultorios Periféricos de Trubia y las Caldas.
5. Zona Básica de Salud El Otero-Olloniego-Tudela Veguín: Centro de salud de Otero, Consultorios periféricos de Olloniego, Tudela-Veguín y La Manjoya.
6. Zona Básica de Salud Ventanielles-Colloto: Centro de salud de Ventanielles, Consultorio periférico de Colloto.
7. Zona Básica de Salud Teatinos: Centro de salud de Teatinos.
8. Zona Básica de Salud Pumarín: Centro de salud de Pumarín.
9. Zona Básica de Salud Llanera: Centro de salud de Posada de Llanera, Consultorios periféricos de Villabona, Arlós y Lugo de Llanera.
10. Zona Básica de Salud Noreña: Centro de salud de Noreña, Consultorios periféricos de El Berrón.
11. Zona Básica de Salud Siero-Sariego: Centro de Salud Pola de Siero, Consultorios periféricos de Sariego, Lieres, Carbayín Alto, Carbayín Bajo y Valdesoto.
12. Zona Básica de Salud Bimenes: Consultorios periféricos de Bimenes, Santa Eulalia de Cabranes y Ceceda.
13. Zona Básica de Salud Salas: Centro de salud de Salas, Consultorios periféricos Cornellana, La Espina y Malleza.
14. Zona Básica de Salud Grado: Centro de salud de Grado, Consultorios

periféricos Grullós, San Román de Candamo, Bayo, Sama de Grado, Villabre y Yernes.

15. Zona Básica de Salud Vallobín: Centro de salud de Vallobin, Consultorio periférico de Las Campas.
16. Zona Básica de Salud Naranco: Centro de salud del Naranco.
17. Zona Básica de Salud La Corredoria-Villapérez: Centro de salud La Corredoria.
18. Zona Básica de Salud La Fresneda: Centro de salud de la Fresneda.
19. Zona Especial de salud de Belmonte: Consultorio local Belmonte
20. Zona Especial de salud de Proaza: Consultorios locales de Proaza, Bárzana de Quirós y San Martín de Teverga.
21. Zona Especial de salud de Somiedo: Consultorios Locales de La Riera y Pola de Somiedo.
22. Zona Especial de salud de Morcín-Sto. Adriano: Consultorios Locales de La Vega de Riosa, Santa Eulalia de Morcín, La Foz de Morcín y Soto de Ribera de Arriba. (AsturSalud, 2016)

Gracias a la información obtenida en este estudio, se podría establecer un punto de partida para investigaciones futuras y de esta manera ayudar a la concienciación de los profesionales sanitarios sobre la importancia de basar el trabajo y las decisiones clínicas diarias en la mejor evidencia científica disponible. De esta manera se fomentarían tanto la implementación y difusión, como el uso de las Guías de Práctica Clínica.

El presente trabajo, podría suponer un punto de partida que ayudaría a guiar hacia donde deben de ir destinados los recursos, de esta manera, puede ser necesario fomentar el conocimiento y la difusión de las guías de práctica clínica, o facilitar el acceso a las mismas, o bien puede ser pertinente destinar recursos a favorecer y fomentar la implementación de medidas conocidas y facilitar de alguna forma, que medidas desaconsejadas por las guías de práctica clínica dejen de utilizarse.

### **\*Objetivo General**

Determinar el estado actual del conocimiento y la utilización de éste, que poseen los profesionales de enfermería de los centros de salud del área IV de Asturias, sobre medidas de prevención y tratamiento de úlceras por presión basadas en la evidencia.

**\*Objetivos Específicos.**

Identificar los factores profesionales que se relacionan o que pueden influir en los conocimientos y la puesta en práctica, de las medidas de prevención y tratamiento de UPP basadas en la evidencia.

Identificar qué factores personales se relacionan o influyen en los conocimientos y la puesta en práctica, de las medidas de prevención y tratamiento de las úlceras por presión basadas en la evidencia.

**METODOLOGÍA****\*Diseño**

Para llevar a cabo el estudio se ha utilizado una metodología de tipo descriptiva, observacional y transversal.

**\*Ámbito**

El ámbito en el que se ha decidido centrar la presente investigación ha sido en el de la atención primaria. Este campo posee características muy diferenciadas con las de la atención especializada. La atención primaria, es y debería de ser el primer escalón a través del cual los pacientes acceden a la atención sanitaria. Una de las características principales que ha hecho que el estudio se centre únicamente en éste campo, ha sido la atención continuada de los cuidados, tan necesaria e importante en el tratamiento de las úlceras por presión. En el hospital se trata la herida en un número limitado de ocasiones, en cambio en el día a día de una consulta de atención primaria se trata con gran cantidad de úlceras de manera continuada en el tiempo, viendo la evolución de la herida, la mejoría o empeoramiento con los diferentes tratamientos... de esta manera, se objetiva fácilmente la cronicación de las úlceras por presión, es sencillo encontrarse con casos en los que el paciente acude a la consulta de enfermería varias veces por semana durante años. Así, en atención primaria se realiza un seguimiento continuado de la herida, desde su formación hasta su total curación.

Una estrecha relación profesional-paciente se lleva a cabo de manera inevitable, y de esta forma, la valoración integral del paciente, tan necesaria para el tratamiento de su herida crónica, se realiza casi sin querer. Se vuelve inminentemente necesario valorar múltiples ámbitos de la vida del paciente, como la alimentación, los hábitos higiénico dietéticos, los medios con los que cuenta cada persona...

Otro de los puntos clave que ha guiado el ámbito de estudio ha sido la autonomía existente en las consultas de enfermería, siendo la enfermera la que toma de manera principal las decisiones en cuanto al tratamiento, razón de más para estar continuamente actualizada sobre el tema.

Un punto a tener en cuenta es la atención domiciliaria. Este tipo de atención es exclusivo y específico de la atención primaria. Aquí vuelve a quedar paciente la valoración integral del paciente, fortalece la relación profesional-paciente y facilita la adaptación de tratamientos a las características concretas del paciente. De esta manera, debemos adaptar el tratamiento a las condiciones de vida del paciente, coordinando con él y en muchas ocasiones con su cuidador, los distintos cuidados de la zona afectada.

#### **\*Población de estudio**

En el presente estudio se seleccionó a los profesionales de enfermería de los centros de salud del área sanitaria IV de Asturias. En un primer lugar se realizó un contacto con los servicios de gerencia del área sanitaria seleccionada y con la unidad docente. Gracias a ellos se tuvo acceso a los correos electrónicos de los profesionales de enfermería que trabajaban en los distintos centros de salud del área. Se contactó con estos profesionales a través de los correos electrónicos personales asignados a cada profesional enfermero. Se seleccionaron los profesionales de enfermería por ser los que más contacto directo y continuado en el tiempo tienen con la cura de las úlceras. En el campo de la cura de heridas, los profesionales de enfermería deben tomar decisiones de tratamiento valorando las distintas opciones terapéuticas disponibles, en base a la evolución de las heridas y de las preferencias del paciente.

Para la obtención de la muestra se ha observado como en muchos de los estudios revisados se incluían a auxiliares de enfermería y en ocasiones también a alumnos. En el presente estudio se ha tomado la decisión de no incluir a los auxiliares de enfermería debido



a su escaso contacto con las úlceras por presión en los centros de salud. También se ha decidido no incluir a los alumnos de enfermería debido a la posibilidad de la baja formación en úlceras o la baja experiencia en su cuidado.

- Criterios de inclusión:

- Diplomados universitarios de enfermería/Grado en enfermería.
- Encontrarse en activo en el momento de realización del estudio.
- Estar trabajando en atención primaria.

- Criterios de exclusión:

- Enfermeras que trabajen equipos de urgencias o atención continuada como el SUAP o el SAC, debido a la falta de continuidad en los tratamientos.
- Enfermeras que trabajen en Cuidados Paliativos, ya que el tipo de úlceras cambia, así como el tratamiento y la expectativa de curación se reduce notablemente.

### **\*Recogida de datos**

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario auto-cumplimentado con opciones de respuestas cerradas, que se pasó a los componentes de la muestra indicada. El procedimiento tanto de la recogida de datos como del análisis estadístico y de la redacción del presente documento, lo realizó un único investigador. Con el fin de llegar a un mayor número de profesionales y de centros, los cuestionarios fueron enviados por correo electrónico. El acceso a estos correos fue gracias a los servicios de gerencia y a la unidad docente del área. En el correo se explicó el fin de la investigación y se les solicitó su colaboración para cumplimentar los cuestionarios. Igualmente, se les agradeció su tiempo y se informó de la posibilidad de una retroalimentación tanto para resolver dudas como para conocer los resultados de la investigación.

El cuestionario planteado, es fruto de la revisión de los trabajos llevados a cabo previamente, que indagan en el campo a tratar. Una vez analizada la literatura existente al respecto, nos encontramos con que existen estudios previos, pero como ya se ha citado previamente, la mayor parte están centrados en el ámbito hospitalario y no en el de la

atención primaria. En el caso de que la valoración se realice en atención primaria, en gran número de ocasiones, se incluye con la especializada, siendo campos bien diferenciados. En la mayor parte de trabajos previos, los autores indagan en las medidas de conocimiento, pero no tanto en las de puesta en práctica de los conocimientos.

Existen tres antecedentes bien claros que sí relacionan las medidas de conocimiento con su puesta en práctica en la praxis diaria. Estos estudios son: el realizado por Zamora Sánchez (Zamora Sánchez, 2006), el llevado a cabo por García Fernández (García Fernández et al., 2002) y el de Hernández Ortiz (Hernández Ortiz, 2009). En el caso de García Fernández, no valida el cuestionario y Hernández Ortiz, utiliza el mismo cuestionario que validó previamente Zamora Sánchez.

El cuestionario utilizado para este estudio se basa en los utilizados en estos estudios previos, pero modificado para poder adaptarlo al campo de la atención primaria, con las peculiaridades ya citadas de este sector, como por ejemplo la atención domiciliaria. Así, en el cuestionario se incluyen 14 intervenciones de prevención y tratamiento, tanto recomendadas como desaconsejadas por el GNAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión). La selección se llevó a cabo teniendo en cuenta y utilizando como base los cuestionarios de los estudios previos. Otro requisito para la selección de las intervenciones fue su nivel de evidencia.

Así pues, el cuestionario quedaría de la siguiente forma:

- Texto informativo de las pretensiones del estudio y los objetivos del mismo. Informando de la confidencialidad de los datos recogidos y explicando la forma más correcta de rellenar el cuestionario.
- Variables del estudio
  - a) Datos profesionales.
    1. Sexo: (femenino/masculino)
    2. Años (a incluir en alguno de los siguientes grupos)
      - a. Menos de 30
      - b. Entre 31 y 40
      - c. Entre 41 y 50
      - d. Entre 51 y 60

- e. Más de 60
3. Experiencia profesional (años desde que finalizó los estudios) A incluir en:
    - a. Menos de 5
    - b. Entre 6 y 10
    - c. Entre 11 y 20
    - d. Entre 21 y 30
    - e. Mas de 31
  4. Años de experiencia profesional en Atención primaria:
    - a. Menos de 2
    - a. Entre 3 y 5
    - b. Entre 6 y 10
    - c. Entre 11 y 20
    - d. Más de 21
  5. Tipo de formación específica recibida en UPP.
    - a. Másteres. NO/ SI (en los últimos 5 años/en los últimos 10 años)
    - b. Cursos. SI /NO (en los últimos 5 años/ en los últimos 10 años) Duración (menos de 5 h/entre 5 y 10/más de 10)
    - c. Participación en proyectos de investigación sobre UPP. SI/NO (en los últimos 5 años/en los últimos 10 años)
- Cuestionario propiamente dicho, sobre conocimientos e implementación de las medidas tanto aconsejadas como desaconsejadas de prevención y tratamiento de UPP (Anexo 1).

Los profesionales que cumplimentaron el cuestionario señalaron si la intervención era o no la adecuada según sus conocimientos y, para ello, las opciones de respuesta se dispusieron a través de una escala tipo Likert, con respuestas posibles de: si, en parte, no, ns/nc. De la misma manera, para indicar si la intervención la usaban en la práctica diaria, las opciones fueron: siempre, a veces o nunca.

Dentro del cuestionario se recogen recomendaciones de prevención y recomendaciones de tratamiento de úlceras por presión en adultos. De las cuales 8 son medidas aconsejadas y 6 son medidas desaconsejadas por las guías de práctica clínica. Se consideró que entre la multitud de recomendaciones se seleccionarían aquellas que fueran especialmente relevantes en el contexto de la atención primaria y cuyo nivel de evidencia fuera considerable. Además se adecuó la redacción de la recomendación a un lenguaje más

coloquial con el fin de llegar más a los participantes en el cuestionario y de hacerlo más cercano. De manera que las recomendaciones seleccionadas, en base a la adecuación al contexto y a su nivel de evidencia, serían las siguientes:

- Valorar el riesgo de padecer úlcera por presión mediante escalas validadas tipo Norton o Braden y anotar resultados: esta recomendación tiene una evidencia Alta según la Guía Valenciana.
- Evaluar el estado nutricional general del paciente con úlceras: Tiene una evidencia tipo A. Según AWMA.
- Usar productos tópicos para el tratamiento de la piel perilesional, ácidos grasos hiperoxigenados para hidratar o cremas de barrera para proteger de la humedad: Tiene un nivel de evidencia B según AWMA.
- No realizar masajes en prominencias óseas: Tiene un nivel de evidencia Alto. Según la Guía Valenciana.
- Usar almohadas u otros dispositivos de alivio de la presión local en aquellas zonas comprometidas por la elevada presión: Nivel de evidencia Alta. Según la Guía Valenciana.
- Utilizar un sistema de clasificación de las úlceras por presión en grados: Nivel de evidencia alto. Según la Guía Valenciana.
- Anotar en los registros la valoración de la evolución de la úlcera: Nivel de evidencia B. Según AWMA.
- No usar antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas: Nivel de evidencia B. Según AWMA.
- No aplicar una presión de lavado que lesione el tejido sano: Nivel de evidencia B. Según AWMA.
- Realizar los cultivos bacterianos mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evite la recogida de exudados mediante frotis con torunda: Nivel de evidencia B. Según AWMA.
- Utilizar apósitos y productos para realizar Cura en Ambiente Húmedo (CAH), ya que se ha demostrado que existe una mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (cura con gasas), además de ser más costo-efectivo y gestionar mejor el exudado: Nivel de evidencia A. Según AWMA.
- Seleccione el método de desbridamiento más apropiado para el paciente, de manera que se utilice el desbridamiento cortante ante escaras gruesas o muy

exudativas y nunca en placas necróticas, pacientes con isquemia, miembros distales, pacientes con alto riesgo de sangrado... : Nivel de evidencia B. Según AWMA.

Las recomendaciones han sido seleccionadas del documento “Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión en adultos” realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas en 2015. Los niveles de evidencia usados para las recomendaciones son los dados por AWMA y la Guía Valenciana y corresponderían a esta clasificación:

- AWMA:
  - Nivel de Evidencia A: Evidencia excelente. Se puede confiar en la fuerza de la evidencia para guiar la práctica.
  - Nivel de Evidencia B: Buena evidencia. Se puede confiar en la fuerza de la evidencia para guiar la práctica.
  - Nivel de Evidencia C: Alguna evidencia. Proporciona cierto apoyo para la recomendación.
  
- Guía Valenciana:
  - Nivel de Evidencia Alta: Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado obtenido.
  - Nivel de Evidencia Moderada: Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
  - Nivel de Evidencia Baja: Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.

### **\*Análisis estadístico**

Para poder llevar a cabo el análisis, los datos han sido codificados y trasladados a una base de datos del programa SPSS, gracias al cual se realizó el análisis.

El análisis llevado a cabo será de tipo descriptivo, expresado como medidas de frecuencia, medidas de centralización a través de la media y medidas de dispersión a través de desviaciones estándar.

Para valorar la posible relación entre las diferentes variables, como por ejemplo los factores profesionales y los conocimientos o la puesta en práctica de las medidas de prevención y tratamiento de UPP se realizó a través de la prueba estadística de chi cuadrado, tratando llegar a un nivel de significación de  $p < 0,05$ , con un intervalo de confianza del 95%.

### **\*Limitaciones del estudio**

Como posibles limitaciones del estudio, se ha identificado la posibilidad de sesgos debido a la deseabilidad social, es decir, que se dice que se hace o piensa aquello que se considera que es mayoritariamente aceptado.

Otra posible limitación observada, es la realización de los cuestionarios sin especial atención o interés. Los motivos de este desinterés podrían ser la falta de tiempo o la duda de la utilidad.

Resulta sencillo pensar que los profesionales que responden a los cuestionarios pueden coincidir fácilmente, con aquellos más motivados o implicados. Estos profesionales, son a menudo, los más preparados. García Fernández, en el año 2002, señaló una importante frase que no podemos dejar de tener en cuenta tras realizar esta reflexión, dijo que “no existe ninguna razón para asumir que la práctica obtenida en los cuestionarios difiere fuertemente de la práctica real”.

### **\*Consideraciones éticas**

Se considera que existe un consentimiento implícito cuando se ha cumplimentado el cuestionario. Dichos cuestionarios serán totalmente anónimos, el investigador, no conocerá en ningún caso qué profesional cumplimentó qué cuestionario concreto durante ninguna parte del análisis de datos.

La información obtenida se incluirá en una base de datos, de forma que en ningún supuesto se podrá identificar a las personas que han cumplimentado el cuestionario. El investigador, garantizará la seguridad de esta base de datos, que no podrá ser utilizada para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos.

El proyecto no tienen financiación, ni el investigador ni los participantes tienen ningún tipo de remuneración ni compensación material por la realización o la participación en el estudio.

### **\*Cronología**

El estudio se llevará a cabo desde diciembre de 2015 hasta Septiembre 2016.

- Diciembre de 2015-Marzo 2016: Redacción del texto y diseño del estudio.
- Marzo – Abril 2016: Trabajo de campo.
- Mayo - Septiembre 2016: Análisis de datos y redacción de resultados.

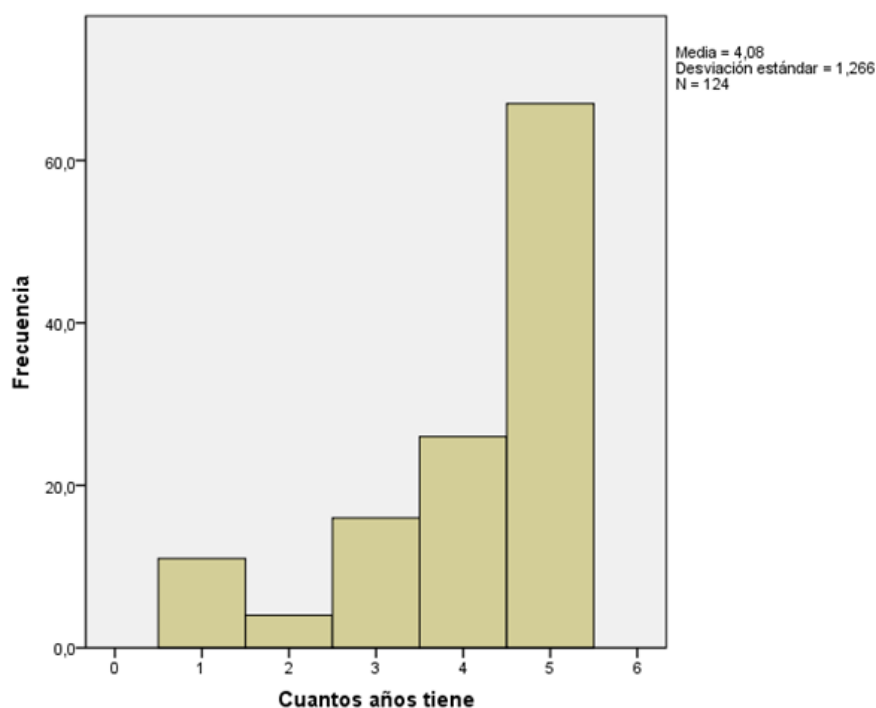
### **\*Resultados**

Se obtuvieron un total de 124 cuestionarios correctamente cumplimentados.

Entre los profesionales de enfermería que componen el área IV de Asturias, encontramos una mayoría clara de mujeres, llegando a suponer un total del 76% de la población total estudiada, frente al 23.2% que suponen los profesionales masculinos.

Cuando nos fijamos en la edad de los encuestados, vemos que existe una población envejecida, tenemos una mayoría de personas que tienen más de 61 años, llegando a ser más de la mitad de los encuestados, suponiendo un 53.6% del total.

Grafico 1. Edad de los profesionales participantes en el estudio



Atendiendo a los años que hace que los profesionales participantes terminaron los estudios, nos encontramos con que casi la mitad, un 41.6% concretamente, hace más de 31 años que terminó los estudios. En el gráfico que representa los años desde que finalizaron los estudios los participantes en el presente trabajo, podemos ver claramente que existe una amplia mayoría que terminó la carrera hace más de 21 años, llegando a suponer un 64% del total.

En cuanto a la experiencia laboral en atención primaria, nos encontramos que casi la mitad, un 46.7% lleva más de 6 años trabajando en el campo de la atención primaria. Los profesionales que llevan trabajando más de 21 años en los centros de salud, suponen tan solo un 4.8% del total.



Grafico 3: Años desde que los profesionales participantes finalizaron los estudios

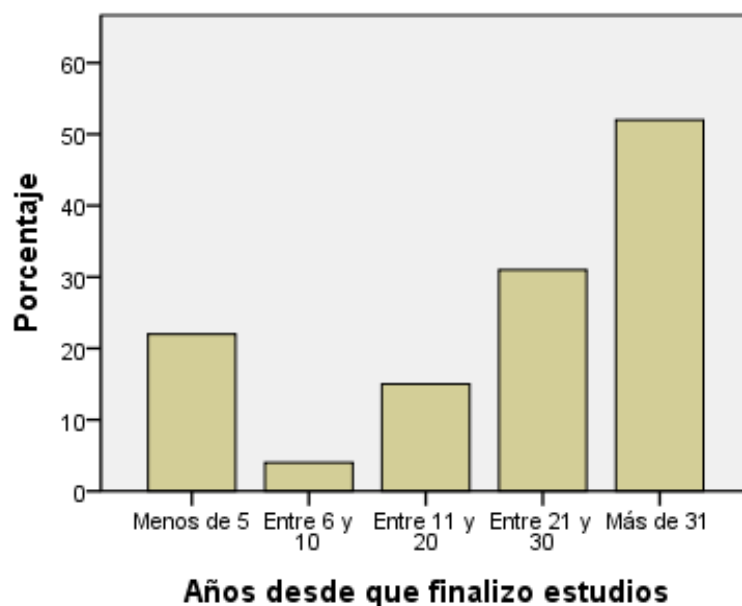
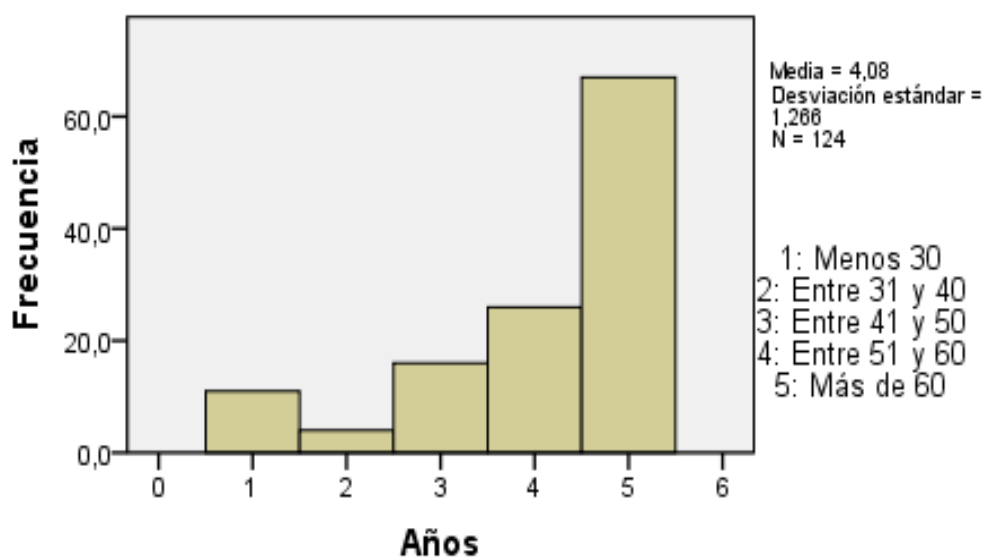


Grafico 4: Años de experiencia profesional en atención primaria

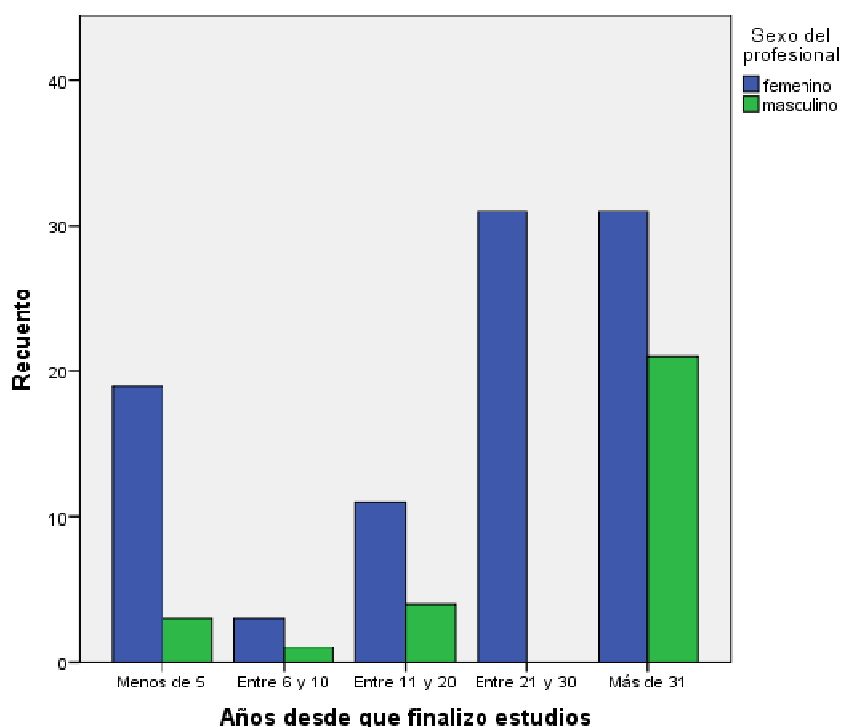


En cuanto a la formación específica en úlceras por presión nos encontramos con un porcentaje muy elevado de profesionales que afirman no haber realizado ni masters específicos en úlceras por presión, ni proyectos relacionados con el tema. De esta manera,

objetivamos que tan sólo un 2.4% ha realizado masteres al respecto y un 13.6% ha participado en proyectos relacionados con úlceras por presión. De los que sí han realizado proyectos relacionados con el tema en cuestión, un 9.6% ha sido en los últimos 5 años. La formación específica se recibió mayoritariamente a través de cursos, un 81.6% de los encuestados realizó algún curso específico en úlceras por presión.

En la siguiente tabla podemos ver la relación entre los años desde que finalizó los estudios y el sexo del profesional en cuestión. De esta manera podemos observar que existe una mayoría de profesionales femeninos que finalizaron los estudios de enfermería hace más de 21 años, suponiendo el 65.2% del total. En cuanto al porcentaje de hombres encontramos una mayoría clara que de profesionales que finalizaron los estudios hace más de 31 años, llegando a suponer un 72,4% de la población estudiada. Dentro de la población femenina, contamos con un no despreciable 20% que hace menos de 5 años que finalizó los estudios. Podemos ver que en ambos sexos encontramos un porcentaje bajo de profesionales que finalizaron sus estudios hace entre 6 y 10 años. Visualmente queda representado en el gráfico 5.

Gráfico 5. Relación entre años desde que finalizaron los estudios y el sexo del profesional



Si relacionamos la formación específica en úlceras por presión y los años que tienen estos profesionales, nos encontramos que hay 16 personas de más de 61 años que no ha realizado ningún curso específico en úlceras por presión. De esta manera, encontramos en ese rango de edad al mayor número de personas que declararon no haber realizado cursos específicos sobre úlceras, esto supone un 72,2% de los participantes que si han realizado cursos al respecto. En este mismo sector, tenemos a 43 profesionales santiarios que realizaron este tipo de formación en los últimos 10 años y tan solo 8 que la realizaron en los últimos 5 años, esto supone un 18,6% del total de personas que realizaron cursos sobre úlceras. En cambio, todos los participantes menores de 30 años declararon haber realizado formación específica al respecto. El 11,6% lo realizó en los últimos 5 años y el 10,2% en los últimos 10 años.

Tabla 3. Relación entre los años de los participantes y su formación en úlceras por presión.

Años			Formación cursos			Total
			No cursos	Curso últimos 5 años	Curso últimos 10 años	
Menos de 30	Recuento		0	5	6	11
	% dentro de Formación cursos		0.0%	11.6%	10,2%	8.9%
Entre 31 y 40	Recuento		1	3	0	4
	% dentro de Formación cursos		4.5%	7%	0,0%	3.2%
Entre 41 y 50	Recuento		4	11	1	16
	% dentro de Formación cursos		18.2%	25.6%	1,7%	12.9%
Entre 51 y 60	Recuento		1	16	9	26
	% dentro de Formación cursos		4.5%	37.2%	15,3%	21%

	Más de 61	Recuento	16	8	43	67
		% dentro de Formación cursos	72.7%	18.6%	7.9%	54.0%
Total		Recuento	22	43	59	124

Al fijarnos en la relación entre la formación en másteres y los años de los participantes en el presente estudio, vemos en primer lugar que la totalidad de los másteres realizados han sido en los últimos 5 años. En total 3 personas han realizado másteres específicos sobre úlceras por presión, dos de ellas tienen entre 32 y 40 años y la otra entre 41 y 50.

En cuanto a los proyectos relacionados con las úlceras, nos encontramos con que los que más declararon haber realizado proyectos fueron los menores de 30, donde 6 personas declararon haber participado proyectos en los últimos 5 años. El mayor porcentaje dentro de los que no realizaron proyectos al respecto, lo encontramos en los mayores de 61 años, suponiendo un 54,2% del total de los que no dieron formación de este tipo, pero sí encontramos 9 personas, dentro de este rango de edad, que realizaron proyectos al respecto, 4 en los últimos 5 años y 5 en los últimos 10.

Tabla 4. Años de los profesionales y formación específica en úlceras a través de proyectos.

			Formación proyectos		
			No proyecto	Proyecto últimos 5a	Proyecto últimos 10a
Edad	Menos de 30	Recuento	5	6	11
		% dentro de	4.7%	50%	8.9%

Formación proyecto				
Entre 31 y 40	Recuento	4	0	4
	% dentro de Formación proyecto	3.7%	0%	3.2%
Entre 41 y 50	Recuento	15	1	16
	% dentro de Formación proyecto	14%	8.3%	12.9%
Entre 51 y 60	Recuento	25	1	26
	% dentro de Formación proyecto	23.4%	8.3%	21%
Más de 61	Recuento	58	4	67
	% dentro de Formación proyecto	54.2%	33.3%	54%
Total	Recuento	107	12	124
	% dentro de Formación proyecto	100%	100%	100%

Al fijarnos en la relación en el sexo de las personas que han realizado formación específica en úlceras por presión a través de cursos nos encontramos con que un 59.1% de los participantes que no realizaron estos cursos específicos en úlceras por presión son hombres, en contraposición con el 40.9% que suponen las mujeres que no han realizado este tipo de formación específica. El 51.6% de las mujeres que han realizado cursos al respecto, lo hicieron dentro de los últimos 10 años. Los datos quedan representados a través de la tabla 5.

Tabla 5. Relación entre el sexo de los profesionales participantes y su formación específica úlceras por presión a través de cursos.

		Sexo del profesional					
		femenino			masculino		
		Recuento	% N	% N	Recuento	% N	% N
de fila	de columna		de fila	de columna			
Formación cursos	No curso	9	40.9%	9.5%	13	59.1%	44.8%
	Curso últimos 5 años	37	86%	38.9%	6	14%	20.7%
	Curso últimos 10 años	49	83.1%	51.6%	10	16.9%	34.5%

Si relacionamos la formación específica en úlceras por presión a través de másteres con el sexo de los profesionales participantes en el estudio, destaca el dato de que no hay hombres dentro del estudio que hayan declarado haber realizado másteres sobre úlceras. Dentro de las tres mujeres que han realizado másteres al respecto, las 3 lo han realizado en los últimos 5 años.

Tabla 6. Relación entre la formación a través de masteres y el sexo de los participantes.

		Sexo del profesional					
		Femenino			Masculino		
		Recuento	% N	% N	Recuento	% N	% N
de fila	de columna		de fila	de columna			
Formación máster	No Master	92	76%	96.8%	29	24%	100%
	Master últimos 5 años	3	100%	3.2%	0	0.0%	0.0%
	Master últimos 10 años	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%

En la relación entre el sexo y la formación a través de proyectos de investigación, podemos ver que un 74,8% de los participantes que no han realizado proyectos han sido mujeres, frente al 25.2% que suponen los hombres.

Tabla 7: Relación entre el sexo y la formación específica a través de proyectos

		Sexo del profesional					
		Femenino			Masculino		
		Recuento	% N de fila	% N de columna	Recuento	% N de fila	% N de columna
Formación proyecto	No Proyecto	80	74.8%	84.2%	27	25.2%	93.1%
	Proyecto últimos 5 años	10	83.3%	10.5%	2	16.7%	6.9%
	Proyecto últimos 10 años	5	100%	5.3%	0	0.0%	0.0%

El índice de conocimientos de las recomendaciones sobre medidas de prevención y tratamiento de úlceras por presión se encuentra en un 34.62%.

Nos encontramos con un 56.02% de respuestas bien contestadas en cuanto al conocimiento de las medidas aconsejadas en guías de úlceras por presión.

En cambio, en cuanto al uso de estas medidas aconsejadas por las guías, nos encontramos con un dato más bajo, ya que un 45.03% de las preguntas estaban bien contestadas. Podemos observar, al igual que pasaba en otros estudios revisados, como el porcentaje de lo que se dice saber es mayor que el del uso en la práctica diaria, de esta manera, cabe destacar que ocurría lo mismo en varios de los estudios revisados, como por ejemplo en el realizado por Hernández Ortiz en 2009.

Podemos ver los resultados de conocimientos y uso de las medidas aconsejadas por las guías de prevención y tratamiento de úlceras por presión en las siguientes tablas.

Tabla 8. Porcentaje de conocimientos de las medidas aconsejadas

CONOCIMIENTOS	Respuesta correcta	Respuesta error
Valorar riesgo mediante escala	40.3%	59.7%

Clasificar la UPP en grados	37.9%	62.1%
Valorar ingesta	55.6%	44.4%
Cultivo mediante Punción	17.7%	82.3%
Usar productos tópicos en piel enrojecida	87.1%	12.9%
Cura ambiente húmedo	62.9%	37.1%
Almohadas para reducir presión	91.1%	8.9%
Anotar en registros	55.6%	44.4%

Tabla 9. Porcentaje de uso de las medidas aconsejadas

USO	Respuesta correcta	Respuesta error
Valorar riesgo mediante escala	28.8%	71.8%
Clasificar la UPP en grados	31.5%	68.5%
Valorar ingesta	34.7%	65.3%
Cultivo mediante Punción	2.4%	97.6%
Usar productos tópicos en piel enrojecida	78.2%	21.8%
Cura ambiente húmedo	64.5%	35.5%
Almohadas para reducir presión	58.9%	41.1%
Anotar en registros	61.3%	38.7%



Destaca el bajo conocimiento de las intervenciones desaconsejadas por las guías de práctica clínica en comparación con las aconsejadas, encontrándose entre ellas las peores puntuaciones. Nos encontramos que tan solo el 18.68% de los encuestados contestaron bien a las medidas de prevención y tratamiento desaconsejadas por las guías. En este caso el porcentaje se repite en tanto en el de conocimiento como en el de uso de estas medidas. Estos dos datos, hacen que la media de conocimientos que tienen los profesionales de enfermería del área de salud estudiada, caiga de manera significativa, obteniendo un resultado que se encuentra lejos de ser el ideal, si bien es verdad que en la múltiple literatura revisada, encontramos varios datos que no distan demasiado del obtenido en la presente investigación.

En las siguientes tablas se pueden ver de manera detallada, los porcentajes tanto de conocimientos como de puesta en práctica de éstas medidas desaconsejadas por las guías de práctica clínica.

Tabla 10. Porcentaje de conocimientos de las medidas desaconsejadas

CONOCIMIENTOS	Respuesta correcta	Respuesta error
Usar siempre antisépticos	68.5%	31.5%
SF a chorro	1.6%	98.4%
Cultivo mediante torunda	8.9%	91.1%
Eliminar siempre restos necróticos con bisturí	24.2%	75.8%
Dar masaje en zonas enrojecidas	29.8%	70.2%
Cubrir UPP con apósito de gasa	17.7%	82.3%

Tabla 11. Porcentaje de uso de las medidas desaconsejadas por las guías

USO	Respuesta correcta	Respuesta error
Usar siempre antisépticos	41.1%	58.9%
SF a chorro	1.6%	98.4%
Cultivo mediante torunda	9.7%	90.3%
Eliminar siempre restos necróticos con bisturí	8.9%	91.1%
Dar masaje en zonas enrojecidas	29.8%	70.2%
Cubrir UPP con apósito de gasa	21%	79%

Desgranando los resultados obtenidos del análisis exhaustivo del cuestionario podemos observar interesantes datos como los que se detallan a continuación. La intervención más conocida por los profesionales del área IV de los centros de salud, es la de reducir la presión mediante almohadas, siendo conocida por un 91.1% de los encuestados, seguida de la recomendación de usar productos tópicos en la piel enrojecida, referenciada como conocida por un 87.1 de los profesionales sanitarios. Encontramos como la recomendación menos conocida o la que más dudas suscitó, la de usar suero fisiológico a chorro para limpiar el lecho de la herida, un 1.6% contestó de manera correcta a la pregunta identificando esta intervención como inadecuada. La segunda intervención menos conocida fue de la de recoger cultivo mediante torunda.

La recomendación aconsejada que menos se utiliza es con diferencia la de recoger los cultivos mediante punción, un 2.4% de los encuestados referenciaron realizar esta práctica de manera habitual. Un 41.1% de los profesionales sanitarios participantes en el estudio, declaró utilizar antisépticos de manera rutinaria para limpiar las úlceras. Cabe destacar y llama la atención, que intervenciones claramente desaconsejadas hoy en día en las guías de práctica clínica, se sigan utilizando y siga habiendo dudas sobre su idoneidad,

pero es justo decir que esto ocurre en gran cantidad de los estudios revisados, y así lo observa Pancorbo Hidalgo en la revisión bibliográfica que realiza.

### \* **Discusión**

Llegados a este punto merece la pena señalar, en lo que respecta a la metodología seleccionada, que el tipo de cuestionario elegido posee ciertas limitaciones que no podemos obviar, este tipo de metodología nos informa de los conocimientos y la práctica que los profesionales sanitarios participantes en el estudio declaran con la cumplimentación del cuestionario, que puede o no, coincidir con la realidad de la práctica diaria. Limitación ya señalada previamente.

Es fácil pensar que los profesionales que responden a los cuestionarios coinciden con los más motivados o implicados, de los que se puede deducir una mejor preparación. Sin embargo debemos tener en cuenta lo señalado por García Fernández en su estudio "no hay ninguna razón para asumir que la práctica obtenida en los cuestionarios difiere fuertemente de la práctica real".

El perfil general de los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en los centros de salud del área IV de Oviedo, es el de una mujer, mayor de 61 años, con un grado de experiencia en atención primaria no muy elevado, cuya formación principal sobre úlceras por presión ha sido a través de cursos. De esta manera vemos que un 76% de la muestra son mujeres, y que los mayores de 61 años suponen más de la mitad del total de los participantes, se trata por tanto de una población envejecida. Estos datos coinciden con los esperados y con lo revisado en la literatura consultada.

El alto grado de experiencia profesional en atención primaria no es demasiado elevado, nos encontramos con que poco más de la mitad (53.2%), lleva menos de 5 años trabajando en atención primaria, encontramos poblaciones con datos similares en cuanto al nivel de experiencia, en estudios como el realizado por Zamora Sánchez en 2006, pero discierne de trabajos como el realizado en 2009 por Hernández Ortiz, en el que contaban con una población cuya experiencia profesional en el 47.5% de los casos era de más de 20 años.

Los profesionales de enfermería entrevistados han recibido, de manera mayoritaria,

algún tipo de formación específica en úlceras por presión, destacando el bajo porcentaje de los participantes tanto en proyectos de investigación como en másteres. Existen múltiples trabajos que cuentan con datos similares en cuanto a haber recibido algún tipo de formación específica centrada en el campo de las úlceras, y mayoritariamente a través de cursos. Entre ellos se encuentran por ejemplo el estudio realizado por Hernández Ortiz, se encontraron datos similares en este ámbito, en el que la formación específica sobre el tema se recibió mayoritariamente a través de cursos, un 81.6% de los encuestados realizó algún curso específico en úlceras por presión.

En el análisis de los resultados obtenidos, vemos los profesionales de enfermería femeninos participantes en el estudio, hace bastantes años que finalizaron los estudios, más de la mitad, hace más de 21 años lo que supone un 65.2% del total, en contraposición, nos encontramos con un no despreciable 20% de participantes que hace menos de 5 años que finalizó los estudios. En la mayoría de los estudios revisados, encontramos datos similares por ejemplo, en el estudio de Hernández Ortiz, en el que casi la mitad de la muestra hacía más de 20 años que terminaron los estudios, o en el trabajo realizado por García Fernández en 2002.

En este estudio, los resultados obtenidos a cerca del nivel de conocimientos que tienen las enfermeras del área IV de Asturias, sobre medidas de prevención y tratamiento de úlceras por presión distan de ser los ideales. Si bien se encuentran entre el rango de puntuaciones observado en la revisión sistemática que realizó Panchorbo Hidalgo en 2007, no es un dato positivo. Encontramos datos no demasiado positivos sobre el nivel de conocimientos, en diferentes estudios como el realizado en Bélgica en 2012 por Derramé et al. en el que el conocimiento que tenían los profesionales participantes en el estudio fue considerado como bajo. Un año después, en 2013, Gunningberg y Martensson valoraron el conocimiento de las enfermeras obteniendo un nivel deficiente de conocimientos tanto en las medidas de prevención como en las de tratamiento de úlceras por presión. En el ámbito nacional, el estudio en el que vemos un nivel de conocimientos más parecido al obtenido gracias a esta investigación, es en el realizado por Quesada Ramos en el País Vasco, en este estudio se observó un índice de conocimientos de los profesionales sanitarios que describieron como distante el deseado.

Llegados a este punto, se hace necesario señalar, que el conocimiento de las intervenciones desaconsejadas es inferior al de las aconsejadas por las guías de práctica clínica, dato que coincide con la mayor parte de las investigaciones revisadas. En la múltiple

literatura revisada encontramos datos similares por ejemplo en Quesada Ramos, Zamora Sánchez o Hernández Ortiz.

Al igual que ocurre tanto con García Fernández, como con Hernández Ortiz y Zamora Sánchez entre otros, las diferencias entre el conocimiento de las intervenciones y su puesta en práctica es destacable. En el análisis de los datos obtenidos gracias a esta investigación, nos encontramos con intervenciones que destacan sobre las demás, como por ejemplo el bajo uso de los cultivos mediante punción, únicamente un 2.4% de los encuestados afirman realizarlo de manera habitual, sin embargo, un 17.7% de la muestra, identifica esta intervención como adecuada, dualidad que en principio no parece ni lógica ni justificada. Este hecho no ocurre sólo con esta intervención, ya que en su mayoría, se obtienen mejores resultados en cuanto a considerar las intervenciones como adecuadas, que en su uso posterior en la práctica diaria. Todo esto, podría explicarse si nos fijamos por ejemplo en causas socioeconómicas, organizacionales, de actitud, de conocimientos... o en el caso concreto de la realización de cultivos a través de punción, se puede justificar excusándonos en la falta de formación para la realización de una técnica específica o en la dificultad añadida que conlleva esta práctica, de enviar la muestra si trabajas en el turno de tarde. Pero esta "costumbre" de conocer determinada recomendación y no llevarla a la práctica no ocurre únicamente con esta recomendación ni únicamente en este estudio. No puedo sino coincidir con lo citado en varias de las investigaciones previamente mencionadas, donde se afirma que, como norma general, no practicamos lo que decimos saber, esto nos lleva a afirmar que lo obtenido en las investigaciones, no llega a nuestra práctica diaria. Aprovecho además para rescatar una frase que García Fernández apunta en su estudio: "sin la investigación, la ciencia de la enfermería no avanzaría, ya que no se crearía una base científica racional que permita ejecutar cambios adecuados para mejorar la práctica de la misma.

Una vez se profundiza y se reflexiona sobre el análisis de las intervenciones enfermeras mejor conocidas, podemos observar que son mayoritariamente, las que se relacionan con los cuidados "tradicionales" asociados a las úlceras por presión. Este es un dato que ya observó Pancorbo Hidalgo en 2007, gracias a la revisión sistemática que realizó sobre el tema en cuestión. De esta manera, se ve que intervenciones como realizar cultivos mediante punción, que puede considerarse como más novedosa, se encuentra entre las menos conocidas.

En esta profunda reflexión sobre los resultados obtenidos, se llega a la conclusión de

que una vez se han interiorizado determinados conocimientos, y se han asimilado como correctos, existe una importante dificultad para modificarlos en la práctica. Se llega a esta conclusión, tras observar que recomendaciones que, si bien es cierto que antes se catalogaban como recomendadas, hoy en día se desaconsejan enérgicamente, y sin embargo se continúan utilizando en la práctica diaria, destaca aquí el 70.2% de personas que contestaron de manera errónea sobre si era correcto dar masajes en zonas enrojecidas. No puede servir como consuelo, pero son múltiples los estudios que obtuvieron datos similares con esta recomendación, como por ejemplo el realizado en 2009 en Jaén, por Hernández Ortiz. En cuanto a la intervención concreta de dar masaje en zona enrojecida, merece la pena señalar que se trata de una intervención en la que existe un componente histórico tradicional a su práctica, y queda patente, que los resultados obtenidos al respecto, no se han incorporado a la práctica en la medida deseada. Los motivos por los que está desaconsejada es que el masaje en una zona enrojecida, y más aun si es sobre una prominencia ósea, puede ocasionar daños adicionales dañando el tejido y favoreciendo la úlcera.

Como ya se ha señalado con anterioridad, las intervenciones de tratamiento son peor conocidas que las de prevención. Estos datos pueden llevar a pensar que para la mayoría de enfermeras es más fácil prevenir una úlcera por presión que tratarla. De esta manera se ha podido observar, al igual que le pasó a Pancorbo Hidalgo en su revisión sistemática sobre el tema, que se siguen utilizando medidas de tratamiento desaconsejadas pro las Guías de Práctica Clínica desde hace más de una década, como es el usar antisépticos de manera rutinaria para limpiar la úlcera.

A la vista de los resultados obtenidos en el estudio, parece lógico pensar que los esfuerzos deberían ir encaminados o dirigidos a mejorar la difusión, pero sobre todo el uso de la investigación. La importancia de incorporar los resultados de las investigaciones en la práctica diaria es clave. Los esfuerzos se han de dar desde los distintos estamentos, tanto políticos como por parte de los profesionales, que debemos de tener clara la importancia y la veracidad de trabajar bajo recomendaciones con evidencia científica. Sin duda no es una tarea nada fácil pero sí muy necesaria.

## \*Bibliografía

AsturSalud, Portal de Salud del Principado de Asturias. (2016). Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad. Recuperado de: <https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=5206f6328ef53210VgnVCM10000097030a0aRCRD>.

Avilés MJ. & Sánchez MM., coordinadores; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. (2012). Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión o Riesgo de Padecerlas. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.

Ayuntamiento de Oviedo. (2015). Diagnóstico Integral. Documentos del ayuntamiento. <http://www.oviedo.es/documents/12103/e7acb913-a6e1-4eaf-9c09-8e19ec2a402d>

Barbas Monjo M.A., Barberá C. & Domínguez R. (2014). Valorar el conocimiento del personal de enfermería de la zona Noroeste de la Comunidad de Madrid sobre prevención y tratamiento de las úlceras de presión. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTrabajo+de+investigaci%C3%B3n+DIC.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGuadarrama&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861376022&ssbinary=true>

Blasco García C., Juan Jordan S. & Martínez Cuervo F. (1998) Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. *Gerokomos/Helcos*, 9 (2): 3-12.

Boucourt RL. (2003). Su excelencia: la medicina basada en la evidencia. ACIMED. ISSN 1024-9435, Vol. 11, No. 3, 2003 Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11\\_3\\_03/aci02303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_3_03/aci02303.htm).

- Cañada Dorado A., Pérez Rivas F.J., Jiménez Gómez C. & Bayón Cabeza M. (2012). Guía de cuidados y prevención de úlceras por presión. Madrid: Gerencia de atención primaria, Servicio madrileño de salud.
- Couillet D. & Michel J. (2001). Managing chronic wounds. Knowledge and practice of nurses. *Annales de dermatology et venerologie*;128:1195-2000.
- Demarré L., Vanderwee K., Defloor T., Verhaeghe S., Schoonhoven L. & Beeckman D. (2012). Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *J Clin Nurs*. 2012 May;21(9-10):1425-34.
- Díaz de Durana S., Ayllon Garrido N. & Latorre García K. (2008). Evolución de la incidencia de úlceras por presión tras la mejora de un protocolo de prevención en cuidados intensivos. *Gerokomos*, 19 (4): 207-212.
- Díaz Martínez J., López Donaire P., Molina Mercado P., Peláez Panadero M., Torrez Aguilar J.C. & Pancorbo Hidalgo P.L. (2009). Úlceras por presión en el postoperatorio de intervención quirúrgica de cadera o rodilla. *Gerokomos*, 20 (2): 84-91.
- Esperón-Güimil JA. & Vázquez-Vizoso F. (2004). Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. *Gerokomos*, 15:107-16.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- García Fernández F.P., Pancorbo Hidalgo P.L., López Medina I.M. & López Ortega J. (2002). Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en centros de salud de Andalucía. *Gerokomos*, 13 (4): 214-222.



Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). (2003). Directrices Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño: GNEAUPP.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). (2015). Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión en adultos. Logroño: GNEAUPP.

Grupo Tratamiento de úlceras por presión. (2012). Normalización del Tratamiento de Úlceras por Presión. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Dirección general de Innovación sanitaria y Servicio de salud del principado de Asturias. ISBN 13: 978-84-695-3607-0.

Grupo de trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón. (2009). Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, ISBN: 978-84-692-3000-8

Gunningberg L., Mårtensson G., Mamhidir AG., Florin J., Muntlin Athlin A. & Bååth C. (2013). Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. *Int Wound J.* Doi: 10.1111/iwj.12138.

Hernández Ortiz. (2009). Prevención y cuidados en úlceras por presión, ¿dónde estamos?. *Gerokomos*, 20 (3).

Icart MT. (1999). La evidencia científica: estrategia para la práctica enfermera. *ROL Enfermero*, 22 (3): 185-190.

Källman U. & Suserud BO. (2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment--a survey in a Swedish

healthcare setting. *Scand J Caring Sci.* Jun;23(2):334-41.

Martínez López, R., Ponce Martínez, D.E. (2011). Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, nº 24. Oct. ISSN 1695-6141

Miyazaki Y., Camiri L. & Dos Santos B. (2010). Knowledge on Pressure Ulcer Prevention Among Nursing Professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.18 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec.

Morís de la Tassa, J. (2008). Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias.

Pancorbo Hidalgo P.L., García Fernández F.P., Rodríguez Torres C., Torres García M. & López Medina I. (2007). Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. *Gerokomos*, 18 (4): 188-196.

Prieto Martín V., Pesado Cartelle JA., Delgado Fernández R. 2013. Grado de conocimiento de enfermería de atención primaria sobre la cura en ambiente húmedo y el uso de apósitos. *Enfermería Dermatológica*. Nº 20 17-19.

Quesada Ramos C. & García Díez R. (2008). Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. *Enfermería Intensiva*, 19:23-34. - vol.19 núm 01.

Ramió Cofre A. (2005). Valores y actitudes profesionales Estudio de la practica profesional enfermera en Catalunya. Tesis doctoral. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona.

- Ramos R., López P. & Verdú J. (2004). Conocimientos del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario. *Invest & Cuid*, 2(4): 14-9.
- Restrepo Medrano J.C., Tirado Ojalvaro A.F., Velásquez Vergara S.M. & Velásquez García K.Y., (2013) Conocimientos relacionados con el manejo de úlceras por presión que tienen los estudiantes de enfermería de una universidad de Medellín, Colombia. 2 *Gerokomos*, 2015;26(2):68-72.
- Rycroft Malone J. (2001). Clinical Practice Guidelines. Improving practice: improving care. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Recommendations 2001. London; Royal College of Nursing.
- Rumbo Prieto JM. (2015). Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica de enfermería sobre deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas crónicas. Tesis Doctoral. Universidad de A Coruña.
- Sadey. (2015). Datos básicos de Asturias 2015. Gobierno del principado de Asturias.
- SESPA. (2012). Memoria 2011, Servicio de salud del Principado de Asturias, Gobierno del Principado de Asturias.
- Soldevilla JJ., Torra JE., Verdú Soriano J. & López P. (2011). 3<sup>er</sup> Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*, 22(2):77-90.
- Soldevilla JJ., Torra i Bou JE., Verdú Soriano J., Martínez Cuervo F., López Casanova P., Rueda López J. & Mayan Santos JM. (2005). 2<sup>o</sup> estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*, 17(3): 154-172.

Soldevilla JJ., Torra JE., Posnett J., Verdú Soriano J., San Miguel L. & Mayan Santos JM. (2007). Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*, 18(4), 43-52. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es&tlng=es).

Suárez Alonso, A. (2012). Evaluación uso Guía de Práctica Clínica “Prevención y Tratamiento de úlceras por presión y otras Heridas Crónicas” en un hospital valenciano. *Enfermería dermatológica*. Nº 17. Sep-Dic 34-40

Torra i Bou JE., Soldevilla Agreda JJ., Rueda Lopez J. & Verdu Soriano J. (2001). 1er estudio nacional de prevalencia y tendencias de prevención de UPP en España. *Gerokomos*, 14 (1): 37-47.

Zamora Sánchez. (2006). Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 17 (2): 100-110

## **Anexo 1: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA IV DE ASTURIAS**

El cuestionario que se presenta a continuación, forma parte de un trabajo de investigación que pretende describir las medidas de prevención y tratamiento de UPP (úlceras por presión) basadas en la evidencia, que utilizan los profesionales de enfermería de atención primaria.

El cuestionario incluye 14 preguntas sobre intervenciones preventivas y de tratamiento de úlceras por presión (UPP). Para contestar a las preguntas marca con una "X" la respuesta que más se aproxime a su experiencia profesional. El cuestionario es anónimo y los datos obtenidos se analizarán de forma agrupada garantizando así la confidencialidad de los mismos.

Su participación es fundamental. Gracias por su tiempo.

### • **Datos Profesionales**

#### **1. Sexo: F/M**

#### **2. Años**

- Menos de 30 .....
- Entre 31 y 40 .....
- Entre 41 y 50 .....
- Entre 51 y 60 .....
- Más de 61.....

#### **3. Experiencia profesional (años desde que finalizó los estudios). A incluir en:**

- Menos de 5 .....
- Entre 6 y 10 .....
- Entre 11 y 20 .....
- Entre 21 y 30 .....
- Más de 31.....

#### **4. Años de experiencia profesional en Atención primaria:**

- Menos de 2 .....
- Entre 3 y 5 .....
- Entre 6 y 10 .....
- Entre 11 y 20 .....
- Más de 21.....

#### **5. Tipo de formación específica recibida en UPP**

- Másteres

- No .....
- Si .....  → En los últimos 5 años .....
- En los últimos 10 años.....

- Cursos

- No .....
- Si .....  → En los últimos 5 años .....
- En los últimos 10 años.....

- Proyectos de investigación sobre UPP

- No .....
- Si .....  → En los últimos 5 años .....
- En los últimos 10 años.....

• **Datos de prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP)**

**1. Valorar el riesgo de UPP mediante una escala.**

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre .....
- A veces .....
- Nunca .....

**2. Clasificar la UPP en estadios o grados.**

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre .....
- A veces .....
- Nunca .....

### 3. Valorar la ingesta de alimentos.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

### 4. Utilizar siempre antisépticos para limpiar la UPP.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

### 5. Limpiar la UPP con suero fisiológico a presión.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

## 6. Obtener muestra para cultivo mediante punción.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

## 7. Obtener muestra para cultivo siempre mediante torunda.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

## 8. Eliminar restos necróticos siempre mediante bisturí.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....



### 9. Dar masaje en zonas enrojecidas.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

### 10. Proteger con productos tópicos la piel enrojecida.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

### 11. Utilizar apósito de gasa para cubrir la úlcera.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

### 12. Cubrir la UPP con apósito húmedo (hidrocoloide, etc)

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....

- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

### 13. Utilizar almohadas para disminuir la presión local.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....

### 14. Anotar en los registros de enfermería el estado de la UPP.

¿Considera esta intervención adecuada?

- Si.....
- En parte.....
- No.....
- Ns/Nc.....

¿Utiliza esta intervención en la práctica habitual?

- Siempre.....
- A veces.....
- Nunca.....