

# CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

**KNOWLEDGE OF PRIMARY CARE NURSES OF CUTANEOUS LESIONS RELATED TO DEPENDENCE: MULTICENTRIC STUDY**

**Autores:**  Rebeca Garrido-García <sup>(1)</sup>,  Francisco Pedro García-Fernández <sup>(2)</sup>,  Pablo García-Molina <sup>(3)</sup>,  César Rodríguez-Núñez <sup>(4)</sup>.

(1) RN, PhD Candidate. Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño.

(2) RN, PhD. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.

(3) RN, PhD. Departamento de Enfermería, Universidad de Valencia. Grupo Enfermero Investigación en Cuidados (INCLIVA).

(4) RN, PhD Candidate. Supervisor Unidad de Medicina Intensiva del Hospital de Txagorritxu.

**Contacto:** [rebe\\_garri@hotmail.com](mailto:rebe_garri@hotmail.com)

Fecha de recepción: 10/02/2020  
Fecha de aceptación: 20/02/2020

Garrido-García R, García-Fernández FP, García-Molina P, Rodríguez-Núñez C. Conocimiento de las enfermeras de atención primaria de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: estudio multicéntrico. *Enferm Dermatol*. 2020; 14(39): 44-50. DOI: 10.5281/zenodo.3739791

## RESUMEN:

**Objetivo:** Determinar el grado de conocimiento que presentan las enfermeras de Atención Primaria conforme a la nueva clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia y valorar la necesidad de una formación específica sobre este marco y en qué aspectos.

**Métodos:** Diseño: Estudio observacional descriptivo de tipo transversal. Emplazamiento: Centros de salud urbanos de Atención Primaria de Osakidetza-Álava. Participantes: La población a estudio fue el personal de enfermería que trabaja en los centros de salud urbanos. Mediciones principales: mediante cuestionario auto-complimentado durante el mes de Mayo de 2015.

**Resultados:** Se obtuvo una tasa de respuesta del 76,8% (126 cuestionarios). La mayoría fueron mujeres (93,7%). La experiencia laboral fue de 23,1 años de media. El grado de conocimiento fue de nivel medio (64,6%), destacando el bajo conocimiento en la identificación de las lesiones y obteniendo mejores resultados en las preguntas de carácter definitorio y de mecanismo de producción.

**Conclusiones:** El grado de conocimiento que se obtuvo en la población estudiada fue medio-bajo. Se estima necesaria una formación específica sobre este nuevo marco teórico haciendo especial hincapié en la identificación de las lesiones.

**Palabras clave:** Úlceras por presión, Lesiones relacionadas con la dependencia, Conocimiento, Enfermería.

## ABSTRACT:

**Objective:** To determine the degree of knowledge presented by Primary Care nurses according to the new classification-categorization of dependency-related injuries and assess the need for specific training on this framework and in what aspects.

**Methods:** Design: cross-sectional descriptive observational study. Location: Urban Health Centers of Primary Care of Osakidetza-Álava. Participants: The study population was the nursing staff working in the urban health centers. Main measurements: through a self-completed questionnaire during the month of May 2015.

**Results:** Results: A response rate of 76.8% was obtained (126 questionnaires). Most were women (93.7%). The work experience was 23.1 years on average. The degree of knowledge was medium level (64.6%), highlighting the low knowledge in the identification lesion and obtaining better results in the questions of a defining nature and the mechanism of production.

**Conclusions:** The degree of knowledge that was obtained in the studied population was medium low. It is considered necessary to provide specific training on this new theoretical framework, with special emphasis on the identification of injuries

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

**Keywords:** Pressure ulcer, Injuries related to the dependence, Knowledge, Nursing.

### INTRODUCCIÓN:

La definición de lesiones por presión (LPP) ha pasado por numerosos cambios a lo largo de la historia. Partiendo de la primera definición por John Shea<sup>(1)</sup> en el año 1975 que nos decía que las LPP eran “cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente”, hemos ido evolucionando hacia una definición desarrollada a partir del modelo teórico creado por García-Fernández et al<sup>(2)</sup>, donde se pone el foco en su relación con las situaciones de dependencia. De esta manera una LPP es “una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”<sup>(2)</sup>.

Este modelo teórico de las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD)<sup>(3)</sup> establece 5 categorías de LPP bajo el nombre de “LPP y cizalla o combinación de ambas”, en vez de 4 como hasta ahora según lo establecido por la EPUAP<sup>(4)</sup>. El modelo profundiza en la denominada “lesión de los tejidos profundos”, no como categoría adicional, si no como una categoría más, que debe de formar parte de la categorización de estas.

En la nueva categorización, no se aprecian grandes diferencias frente a las categorías establecidas por la NPUAP<sup>(4)</sup>, excepto que incluye la lesión de los tejidos profundos englobando las dos categorías adicionales que estaban establecidas en EE.UU. bajo el nombre de “lesión inclasificable: pérdida total del espesor de la piel o los tejidos profundos” y “sospecha de lesión en los tejidos profundos”.

Otra de estas diferencias reside en que, la nueva categorización insiste en la diferenciación etiológica de las lesiones y en no caer en el error de confundir la presión y cizalla o combinación de ambas con otro tipo de lesiones. Para ello el modelo de García-Fernández et al, clasifica 3 tipos de LRD: lesiones cutáneas asociadas a la humedad; lesiones por roce/fricción; lesiones mixtas y combinadas.

Las LPP se producen por una compresión tisular entre dos planos duros, entre el hueso (plano interno del paciente) y entre la superficie de la cama, sillón o dispositivos terapéuticos<sup>(5)</sup> (plano externo al paciente). A

esto se pueden unir fuerzas tangenciales (fuerzas de cizalla) que pueden actuar de forma cortante o desgarradora, provocando lesiones en los planos profundos<sup>(6)</sup>.

A nivel nacional e internacional la magnitud de aparición de las LPP en las personas dependientes es muy elevada y supone un gran coste económico para el sistema de salud<sup>(7,8)</sup>. Pero sobre todo, afecta a las personas y a su ámbito familiar. Quienes las padecen sufren un gran impacto psicológico. Impacta en su autoestima y su imagen corporal y necesitan en algunos casos, tratamiento psiquiátrico<sup>(9)</sup>. Se produce una restricción en las actividades de la vida diaria<sup>(10)</sup> y por tanto en su vida social y familiar, ya que la restricción física derivada les afecta de tal manera que puede producir aislamiento y un aumento de la dependencia<sup>(9)</sup>.

Las LPP son un importante indicador de calidad de los cuidados enfermeros. Representan un tema de interés para los profesionales enfermeros en su práctica diaria, sobretudo en Atención Primaria (AP). Es en este nivel de atención donde los profesionales enfermeros se enfrentan al objetivo de diagnosticarlas, prevenirlas y tratarlas.

El nivel de cuidados de prevención y tratamiento que las enfermeras de AP ofertan a los pacientes con o sin LPP, dependen en gran medida de la difusión del conocimiento basado en las últimas evidencias científicas y la aplicación de éste en la práctica clínica<sup>(11)</sup>. A pesar de ello, existen pocos estudios relacionados con el grado de conocimientos de las enfermeras en relación con este tipo de lesiones. Entre ellos, Pieper y Mott<sup>(12)</sup>, mostraron que las enfermeras de dos hospitales alemanes poseían un conocimiento insuficiente sobre LPP, y Panagiotopoulou y Kerr<sup>(13)</sup> cuantificaron que el nivel promedio de conocimiento de las enfermeras de un hospital militar de Grecia en relación con las medidas preventivas de LPP, no superaba el 50% de respuesta acertadas. Se puede observar que, a pesar de los resultados de las anteriores investigaciones descritas *-que apoyan el uso de directrices basadas en la evidencia-*, los estudios muestran que éstas con frecuencia no se aplican, y el hacer de las enfermeras a menudo se basa en la intuición, la experiencia o el hábito.

Ante la importancia de evaluar el grado de conocimiento de las enfermeras de AP para aplicar los cuidados basados en las mejores recomendaciones sobre la detección, prevención y tratamiento de LRD, nuestro equipo de investigación diseñó un estudio para comprobar este conocimiento entre las enfermeras del departamento de salud de AP de Osakidetza-Álava.

Los objetivos de este trabajo fueron:

- Determinar el grado de conocimientos sobre la valoración e identificación de las LRD de las enfermeras de AP, en centros de salud urbanos de Osakidetza en Álava.

Identificar y analizar las áreas de implementación de formación según el nivel de conocimientos demostrados por las enfermeras de AP que trabajan en los centros de salud urbanos de Osakidetza en Álava.

## **METODOLOGÍA:**

Diseño: Estudio Observacional descriptivo de tipo transversal.

Población: Profesionales enfermeras/os que trabajaban en alguno de los 17 centros de salud de AP del área urbana del departamento de salud de Osakidetza-Álava.

Muestra: Se calculó el tamaño de la muestra a partir de la participación de 20 enfermeras seleccionadas por conveniencia, tras realizar un estudio piloto. Con el grado de conocimientos identificado en el estudio piloto, se procedió al cálculo definitivo del tamaño de la muestra.

Tamaño de la muestra: Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, y asumiendo que el nivel de conocimiento detectado en la prueba piloto fue del 54%, y que el tamaño total de la población de enfermeras de Araba era de 236, fue necesario incluir 146 participantes en el estudio.

Criterios de inclusión y exclusión:

- Se incluyeron a las enfermeras en activo incluyendo al personal eventual que pueda estar sustituyendo.
- Se excluyeron a las enfermeras que no desempeñaron labor asistencial (supervisión) y a las enfermeras que trabajaban en el departamento de salud escolar.
- Se excluyeron a los centros de salud con una participación inferior al 50%.

Variables del estudio: Se recogieron variables socio-demográficas de persona, tiempo y lugar: edad en años cumplidos; sexo; año de finalización de estudios; y centro de salud.

Para la valoración del grado de conocimiento, las preguntas del cuestionario se clasificaron en 4 apartados: características definitorias, mecanismo de producción, clasificación-categorización e identificación de las lesiones.

Método e instrumentos para la recogida de datos: Con el permiso de la Dirección de Enfermería de Comarca Araba, se contactó con todas las responsables de enfermería de los centros de AP por vía telefónica, explicando las intenciones del estudio y concertando una entrevista personal para la entrega de los cuestionarios en persona. Uno de los investigadores se encargó de llevar los cuestionarios a los centros participantes entre el 20 de Abril de 2015 hasta el 20 de Mayo de 2015. En cada centro de salud se entregó un sobre que contenía los cuestionarios. Los cuestionarios permanecieron en los centros de salud conservados por la enfermera responsable al menos 10 días, para asegurar que los participantes pudieran completarlos. Tras este periodo, los cuestionarios fueron recogidos en sobres custodiados por la investigadora principal.

Cuestionario: Se desarrolló una encuesta voluntaria y anónima para que fuese realizada por parte del personal de enfermería de AP de Osakidetza-Álava. En primer lugar se elaboró una versión inicial de la encuesta, la misma se envió, vía email, a tres revisores expertos en la clasificación-categorización de las LRD y miembros del Comité Director del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), para que determinasen la pertinencia y claridad de las preguntas de dicha encuesta. Cada pregunta del cuestionario fue evaluada por los expertos con una escala Likert de 1 a 4 (desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo").

Con la respuesta de los evaluadores se procedió a elaborar la última versión (**ANEXO 1**) del cuestionario que contó con 10 ítems, donde había 2 preguntas sobre características definitorias, 2 sobre mecanismo de producción, 2 sobre clasificación-categorización y 4 sobre identificación. Esta versión fue utilizada en el estudio piloto con 20 enfermeras para analizar su facilidad de uso, claridad y dificultad con algún ítem.

Análisis de los datos: el análisis de los datos ha sido de carácter descriptivo de tipo univariante y bivariante. Se ha efectuado un análisis descriptivo de cada una de las variables en estudio y se han calculado las medidas de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para el contraste de hipótesis se

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

ha utilizado la prueba de Chi cuadrado de Pearson con las variables cualitativas y se han realizado pruebas no paramétricas (U-Mann-Wihtney y Krusstal Wallis) en las variables cuantitativas, según procedía tras comprobar que no seguían criterios de normalidad al realizar el contraste de normalidad mediante la prueba de Kolmorow-Smirnov. En todos los casos se ha trabajado con un nivel de confianza del 95% por lo que se ha estimado significativo un valor  $p < 0,05$ .

Aspectos éticos: Se requirió permiso a la Dirección de Enfermería. Tras su aprobación se solicitó la participación y la colaboración voluntaria en el estudio del personal enfermero de dichos centros. Se aseguró el anonimato de los participantes y para ello se contó con datos disociados, no pudiendo identificar a las enfermeras, respetando la ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

### RESULTADOS:

La evaluación previa de los expertos en cuanto al contenido del cuestionario mostró un buen acuerdo respecto a su pertinencia (X: 3,41; DE: 0,44) y claridad (X: 3,33; DE: 0,46). Solo las preguntas 9 y 15 tuvieron una puntuación inferior a 3 puntos.

En el análisis descriptivo de la muestra se obtuvo una tasa de respuesta del 76.83% (126 cuestionarios) habiéndose repartido un total de 164 cuestionarios en 17 CS (Tabla 1).

Centros de Salud	Tasa de respuestas%
CS. 1	66,6%
CS. 2	100%
CS. 3	90,0%
CS. 4	90,9%
CS. 5	84,2%
CS. 6	100%
CS. 7	77,7%
CS. 8	100%
CS. 9	88,8%
CS. 10	81,8%
CS. 11	75,0%
CS. 12	77,7%
CS. 13	50,0%
CS. 14	77,7%
CS. 15	50,0%
CS. 16	0,00%
CS. 17	50,0%

Tabla 1: Tasa de respuesta por centro de salud.

Tras contabilizar los cuestionarios, se excluyó del estudio el CS Olaguibel (CS. 16) por no aportar ninguno.

De todos los profesionales que participaron en el estudio, 118 (93,7%) eran mujeres y el resto hombres. La media de edad fue de  $45,15 \pm 11,99$  años, con un rango de [23-62 años]. La media de experiencia laboral fue de  $23,14 \pm 12,44$  años con un rango de [1-42 años] y la media del índice de conocimiento fue de  $64,68\% \pm 16,18$ , con un rango comprendido entre [20-100%].

Respecto al grado de conocimiento demostrado por las enfermeras/os participantes, en el **gráfico 1** se muestra el porcentaje global de aciertos según el nº de pregunta.

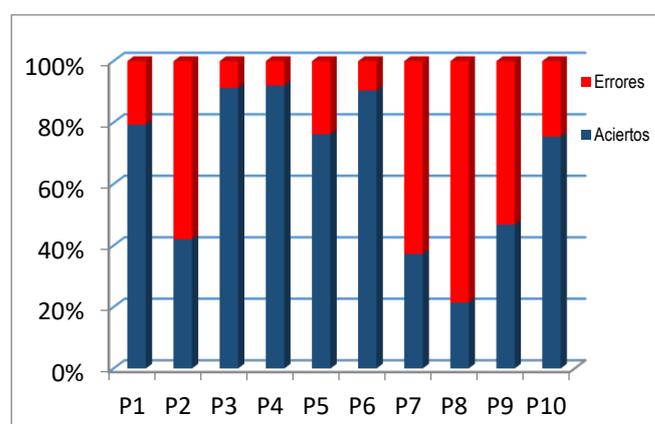


Gráfico 1: Porcentaje de aciertos del cuestionario.

Como podemos observar en el gráfico, las preguntas 1, 3, 4 y 6, las cuales se corresponden con preguntas del tipo: características definitorias, mecanismos de producción y clasificación-categorización, son las que obtuvieron mayor frecuencia y % de respuestas correctas por encima de N: 100 y con porcentajes por entorno o superiores al 80%.

El porcentaje más bajo de respuestas correctas lo encontramos en la pregunta 2, que se correspondía con las características definitorias de LESCAH, y en las preguntas 7, 8 y 9 que se corresponden con preguntas de identificación. Puede consultarse todas ellas en el **Anexo 1**.

La media del índice de conocimiento (IC) según el sexo de los participantes fue de  $65,08 \pm 15,99$ , y en hombres de  $58,75 \pm 18,85$ , con unos rangos promedio de 64,08 y 54,94 respectivamente, no existiendo diferencias significativas ( $p=0,49$ ).

Mediante la prueba de Krustal-Wallis se calculó el rango promedio del IC por centro. En la tabla 2 se muestra el rango promedio de cada uno de ellos.

CENTRO DE SALUD	Nº DE ENFERMERAS	RANGO PROMEDIO
CS. 1	4	66,25
CS. 2	12	58,79
CS. 3	9	71,44
CS. 4	9	64,39
CS. 5	16	55,69
CS. 6	3	102,17
CS. 7	7	58,57
CS. 8	10	56,00
CS. 9	8	84,88
CS. 10	9	70,89
CS. 11	6	63,75
CS. 12	7	59,29
CS. 13	5	66,30
CS. 14	7	45,57
CS. 15	11	68,14
CS. 16	0	0,00
CS. 17	3	42,00
<b>Total</b>	<b>126</b>	

**Tabla 2:** Rango del índice de conocimientos (IC) por centro.

A priori existen diferencias en los rangos promedio del IC por centros, pero estos no fueron significativos. Mediante estos resultados, se estimó un valor  $p=0,69$ , no significativo.

Se analizó la correlación entre la edad y el IC y se observó que había una relación inversa ( $r$ ) de Pearson= $-0,25$ ,  $p<0,05$ ). A menor edad, mayor índice de conocimiento.

Así mismo, se calculó también la correlación entre el año de finalización de estudios (expresado en tiempo de experiencia) y el IC observándose también una relación inversa ( $r$ ) de Pearson= $-0,23$ ,  $p<0,01$ ). A menos tiempo de experiencia, mayor índice de conocimiento.

## DISCUSIÓN:

Debido a problemas de tiempo para la realización del estudio, se repartieron las encuestas sólo para los centros de salud urbanos, distribuyendo un total de 196.

La tasa de respuesta de los cuestionarios fue muy alta. En esto puede haber influido que el equipo de investigación se trasladó centro por centro, para hablar con los responsables de enfermería de cada uno y explicarles el proyecto de forma breve pero concisa y la importancia del mismo.

El perfil de los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en los centros urbanos de AP de la Comarca de Araba fue el de una enfermera (sexo

predominante), mayoritariamente de mediana edad, aunque también hubo participación de gente joven, y con una media de 23 años de experiencia.

El Índice de Conocimiento (IC) medio se situó en el 64,68%. Los cuestionarios evaluaron unos conocimientos sobre un marco teórico nuevo en aquel momento, con conceptos diferentes y muy novedosos. Sin duda, esto puede deberse a que las evidencias generadas suelen tardar tiempo en conocerse e incorporarse a la práctica, ya que los profesionales de enfermería no suelen recurrir a la bibliografía de investigación, sino a la experiencia propia o de compañeros y a la rutina, hecho que puede haber influido en los resultados del estudio.

Este resultado del IC también puede ser debido a la posible falta de formación continuada en LRD en aquel momento ya que, se trataba de un marco teórico que contaba con menos de un año en la literatura en ese momento.

Las preguntas sobre las características definitorias, mecanismos de producción y clasificación-categorización, son las que mayores porcentajes de aciertos han obtenido. Puede ser debido a la realización de alguno de los cursos de formación continuada que se realizan cada año sobre UPP, destinados al personal de los centros de salud de la comarca, y también, a que los profesionales que hayan finalizado sus estudios de grado en los últimos años, así como, haber recibido más formación específica sobre LPP y otras lesiones.

En el caso de la pregunta 2, que destaca por su baja tasa de aciertos, nos encontrábamos ante una cuestión de características definitorias, pero centrado en las lesiones asociadas a la humedad, y hasta que no salió publicado este marco teórico, no existía clasificación alguna en España, aunque sí el concepto definitorio.

En el caso de las preguntas de 7, 8 y 9; que se corresponden con preguntas de identificación de lesiones, se obtienen los peores resultados del cuestionario; puede ser debido a que todas ellas englobasen conceptos nuevos como la fricción, lesiones asociadas a la humedad o lesiones combinadas, las cuales son muy difíciles de diferenciar en ocasiones unas de otras y es complicado interpretar qué tipo de factores se han combinado, como por ejemplo: humedad-presión. Siendo uno de los puntos fuertes de este marco teórico sobre LRD y algo a lo que todavía gran parte del personal no está acostumbrado a diagnosticar y a tratar.

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Los contenidos de formación en LRD deberían hacer especial hincapié sobre la identificación de estas lesiones: qué tipo de lesiones son, con qué fuerzas pueden estar relacionadas, en qué estadio se encuentran y cómo diagnosticar lesiones combinadas.

En la relación existente entre el IC y el centro, como ya comentamos en el apartado de resultados, el valor ( $p$ ) no es significativo. Sí que es cierto que existen diferencias por centro, pero al haber centros con tan poco número de cuestionarios no son valorables, quizá sí lo hubiesen sido con un tamaño muestral mayor.

Podemos ver también que a menor edad existe un mayor IC, esto puede ser debido a que se hayan ido adaptando los planes de estudio de las titulaciones a las novedades que van surgiendo con respecto a este tipo de lesiones, incorporando nuevos conocimientos que van surgiendo en base a las evidencias científicas actuales.

El tiempo de experiencia relacionado con el IC nos dice que a menos tiempo trabajado, es decir cuanto más tarde se han finalizado los estudios, el nivel de conocimientos ha sido mayor, las razones de estos resultados pueden deberse también a lo anterior ya comentado.

Comparando este estudio con otros realizados anteriormente, que medían también grado de conocimiento del personal de enfermería, confirmaron la falta de conocimiento en este caso sobre prevención de las LPP. Como es el caso de Pieper y Mott<sup>(12)</sup> y Papatogiotopoulou y Kerr<sup>(13)</sup>. Comparándolo con el estudio de Zamora J.<sup>(14)</sup>, que en su caso estudió el grado de conocimiento y la aplicación en la asistencia a pacientes de las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre prevención y tratamiento de UPP. Observamos un grado de conocimiento del 70% parecido al de este estudio que ha sido del 64,68%. En el estudio "*Cuidado de las úlceras por presión en España: las enfermeras y la práctica clínica*"<sup>(11)</sup> se estimó un grado de conocimiento con cifras parecidas al estudio de Zamora J. y algo más elevadas que en nuestro estudio.

Finalmente, podemos concluir que:

- En los centros de Atención Primaria urbanos de Álava existe un déficit de conocimientos en la diferenciación de las Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia según el último marco teórico.

- La identificación de las Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en general y la identificación de las lesiones asociadas a la humedad obtuvieron resultados mejorables.
- Es necesario potenciar el nivel de conocimientos de las enfermeras respecto a la identificación de estas lesiones.

### CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran la ausencia de cualquier conflicto de interés.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Shea JD. Pressure sores: classification and management. Clin orthopaedics related research. 1975;(112):89-100.
2. García-Fernández FP, Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. J Nurs Scholar. 2014; 46(1), 28-38.
3. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie de Documentos Técnicos de GNEAUPP nº II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014
4. Haesler, E. National pressure ulcer advisory panel, european pressure ulcer advisory panel and pan pacific pressure injury alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline. Usa: NPUAP; 2014. p. 27-8.
5. Soldevilla Agreda JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. 4ª ed. Madrid: Masson; 1998.
6. Coleman S, Nixon J, Keen J, Wilson L, McGinnis E, Dealey C, et al. A new pressure ulcer conceptual framework. Journal of Advanced Nursing. 2014; 70(10), 2222-34. doi: 10.1111/jan.12405
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007, 18(4), 43-52.
8. Dealey C, Posnett J, Walker A. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. J Wound Care. 2012;21(6):261-2, 64, 66.
9. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J. European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2009;57(7):1175-83.
10. Mota Dalete, Ribeiro Milainy Barbosa. Calidad de vida en portadores de lesión medular con úlceras por presión. Enferm Glob. 2016; 15(42): 13-21.
11. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, López-Medina IM, López-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. J Adv Nurs. 2007, 58 (4), 327-38.
12. Pieper B, Mott M. Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. Adv Wound Care. 1995, 8(3):34-48.
13. Panagiotopoulou K, Kerr SM. Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice. J Adv Nurs. 2002, 40(3):285-96.
14. Zamora-Sánchez JJ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Gerokomos. 2006; 17(2): 100-10.

## ANEXO 1

### ENCUESTA A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA CLASIFICACIÓN-CATEGORIZACIÓN DE LAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

Sexo: ..... Edad: ..... Año de finalización de estudios:.....

Centro de salud: .....

#### 1. Cuando las lesiones de presión se combinan con las fuerzas de cizalla:

- Se presentan como lesiones redondeadas u ovaladas.
- Las lesiones suelen presentarse como forma irregular.
- Se caracterizan por la presencia de doble eritema y están desplazadas entre 30-45° sobre la perpendicular a las prominencias óseas.
- B y C son correctas.

#### 2. La lesión por humedad se presenta como:

- Enrojecimiento y maceración de la piel sobre zonas muy expuestas a la humedad.
- Eritema no blanqueable con aspecto brillante.
- Inflamación de la piel, sola o con maceración o erosiones situadas sobre zonas muy expuestas a la humedad.
- Todas son falsas.

#### 3. La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI):

- Es la más típica y frecuente de las lesiones por humedad.
- Es producida por el sudor en zonas de pliegues cutáneos.
- Se suele localizar en la zona perineal y genital y su origen está en el contacto de la orina y heces con la piel.
- A y C son ciertas.

#### 4. Las lesiones por humedad son producidas por:

- Orina y heces.
- Exudados de heridas, efluentes de estomas o fistulas.
- Sudor, saliva o moco.
- Todas son correctas.

#### 5. Sobre la Categoría II de Úlceras por presión y Cizalla: Úlcera de espesor parcial es cierto que:

- Hay una pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una úlcera abierta.
- Existe una pérdida completa del tejido dérmico.
- Es poco profunda con un lecho de la herida normalmente rojo-rojado y sin la presencia de esfacelos.
- A y C son correctas.

#### 6. La piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea se corresponde con que categoría de úlceras por presión y cizalla:

- Categoría II.
- Categoría I.
- Categoría III.
- Lesión de tejidos profundos.



#### 7. Esta imagen se corresponde con:

- Lesión por humedad: Categoría 1A.
- Lesión por humedad: Categoría 1B.
- UPP o Cizalla: Categoría I.
- Ninguna es correcta.

#### 8. ¿Con qué se corresponde esta imagen?



- UPP y Cizalla: Categoría III.
- Lesión por humedad: Categoría 2B.
- Lesión por fricción de Categoría III.
- Ninguna es correcta.

#### 9. Esta imagen se corresponde con:



- Lesión combinada humedad-presión.
- Lesión combinada presión-fricción.
- Lesión multicausal.
- Lesión combinada humedad-fricción.

#### 10. ¿Con qué identificarías esta imagen?



- Lesión combinada humedad-fricción.
- Lesión combinada humedad-presión.
- Lesión multicausal.
- Lesión combinada presión-fricción.

**Nota:** Las imágenes que aparecen en el cuestionario han sido reproducidas con permiso de los autores (no se permite su reproducción con otros fines). Fuente: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie de Documentos Técnicos de GNEAUPP nº II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.