




GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

PTE 2692

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Ocurrencia de LPP con relación a los cuidados preventivos brindados por el personal de enfermería según antigüedad en la profesión y actualización en el tema en pacientes adultos mayores de un efector público de la ciudad de Rosario, Santa Fe

Asignatura: Taller de Investigación

Docente: Mg. Nores, Rosana Inés

Autora: Bertuzzi, Candela

Directora: Lic. Vallejos, Romina

Rosario, 2 de octubre de 2024

Resumen y palabras clave

Las lesiones por presión son un importante problema sanitario y un grave problema de salud que afecta a gran parte de la población durante la estancia hospitalaria, como efecto secundario a la patología inicial. Los adultos mayores son más propensos a contraerlas por múltiples factores. El personal de enfermería no es ajeno a esta problemática y tiene el deber junto con otros profesionales sanitarios de evitar su ocurrencia, mediante la prevención, identificación de signos de alarma, aplicación de tratamiento oportuno y seguimiento. El presente proyecto tiene como objetivo general determinar la ocurrencia de LPP en relación a los cuidados preventivos brindados por el personal de enfermería según antigüedad en la profesión y actualización sobre lesiones por presión. Su abordaje será cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población en estudio estará conformada por todos/as los/as enfermeros/as asistenciales que trabajen en las salas de clínica médica y todos/as los/as pacientes internados con riesgo bajo de contraer LPP de las salas de clínica médica. Para la recolección de datos se utilizará la técnica de observación, y se aplicará al personal de enfermería a través de un instrumento estructurado de tipo check list realizado por la tesista. Los datos de la variable “ocurrencia de LPP” serán tomados de la historia clínica del paciente. Se aplicará el tipo de estadística descriptiva, se utilizará la frecuencia relativa y absoluta, y los datos se presentarán en histogramas y gráficos circulares.

Palabras clave: enfermería, cuidados preventivos, ocurrencia de lesiones por presión, antigüedad, actualización.

ÍNDICE GENERAL

Resumen y palabras clave	1
Introducción	3
Justificación	8
Planteamiento del problema	9
Hipótesis y objetivos	9
Marco teórico	11
Material y Métodos	27
Tipo de estudio o diseño	27
Sitio o contexto de la investigación	27
Población y muestra	30
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	31
Procedimiento de recolección de datos	33
Consideraciones éticas	35
Plan de análisis	35
Cronograma de actividades y plan de trabajo	38
Referencias Bibliográficas	40
Anexo I	45
Aval institucional	45
Anexo II	46
Operacionalización de las variables	46
Instrumento de recolección de datos	49
Consentimiento informado	52

Introducción

Las Lesiones por Presión (LPP) tienen como origen la isquemia en la piel y tejido subyacente. Son causadas por la presión prolongada y constante sobre un plano duro independiente de la posición, generalmente la relación con una prominencia ósea, producida por presión, fricción, cizallamiento, o una combinación de estos factores, que generan inflamación y anoxia tisular en el sitio afectado. La resultante es la progresión de la lesión en diferentes estadios culminando en necrosis y ulceración por muerte tisular.

Los factores de riesgo más frecuentes para el desarrollo de las LPP se pueden clasificar en extrínsecos como los ya mencionados anteriormente, sumándole a estos la humedad de la piel, y los intrínsecos como lo son la edad, enfermedades asociadas, estado nutricional, movilidad y medicación. (Putruele et al., Manual de prevención y tratamiento de lesiones por presión, 2022)

Según la OMS, la prevalencia de las LPP a nivel mundial oscila entre el 5 y 12%, siendo en América el 7,2% y a nivel nacional es del 22,55% en personal adultas internadas. Aproximadamente hasta el 95% de las LPP son evitables, por lo que es de gran importancia su prevención, antes que centrarse en el tratamiento de las úlceras ya instaladas. (Patiño O. y otros, 2020)

El Primer Estudio de Prevalencia de UPP en Argentina, Etchenique y otros (2019) determinó que el porcentaje de pacientes con al menos una UPP que se ha producido en los servicios nosocomiales desde el ingreso es del 48,30% de los pacientes.

El término “úlceras por presión” (UPP) fue reemplazado por “lesión por presión” (LPP) para describir con mayor precisión las LPP. A partir de esto, los proveedores sanitarios se han visto alentados a centrarse en la prevención. Esta terminología se considera una etiqueta más precisa, ya que algunas presentaciones de los fenómenos no son úlceras abiertas, sin embargo, todos pueden clasificarse como lesión tisular. Las lesiones se pueden prevenir normalmente, por ejemplo, las caídas, pero las úlceras suelen ser parte de un proceso patológico más amplio, como lo son úlceras venosas o úlceras en pie diabético. (Arriagada Tirado y otros, 2022)

Las LPP se caracterizan por su multicausalidad, y se las relaciona directamente con la calidad de cuidado asistencial, es por ello por lo que enfermería tiene un rol fundamental y se le asigna gran responsabilidad ante la prevención de esta problemática.

Cabe mencionar que el desarrollo de las LPP no es sólo responsabilidad de Enfermería, sino que se requiere la implicación de todo el equipo de salud. A nivel institucional se debe trabajar de manera multidisciplinar incluyendo así a profesionales que también intervienen en el cuidado de las personas, como lo son médicos, nutricionistas, kinesiólogos. Esto permitirá brindar una atención y tratamiento integral, ya que si bien la prevención es liderada por el personal de enfermería porque es quien brinda cuidado directo, es imprescindible la colaboración y trabajo de todo un equipo.

Un artículo de investigación acerca de los factores de riesgo asociados a UPP desde la perspectiva de enfermería, de Ecuador, con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, realizado sobre la población personal de enfermería de un hospital básico, demostró que los factores de riesgo son el problema de raíz de las LPP, destacando como los principales la falta de utilización de escala de valoración de riesgo de LPP, falta de cuidados de la piel con cambios posturales y la edad, puesto que el 46% pertenecen al rango de 65 años en adelante (Feijóo-Bermeo y otros, 2023).

Esta determinación también es coincidente con otro artículo de investigación con un enfoque documental, que consta de seis etapas y luego organiza los datos en 7 temáticas finales. En la temática 1 concluye que 35 unidades de literatura describieron que el sexo masculino es prevalente a desarrollar LPP, y el 70% de ellas se presentaron en edad avanzada, mayor a 70 años. Así mismo, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes, hipertensión arterial, hipotensión y enfermedades vasculares.

Teniendo conocimiento de algunos de los factores de riesgo recién mencionados y considerando como uno de ellos la ausencia de utilización de una escala de valoración de riesgo de LPP, es primordial que enfermería realice una valoración inicial del paciente ni bien ingresa al servicio de internación, para poder identificar a las personas con riesgo e implementar estrategias de prevención.

Continuando con el reciente artículo, en la temática 3 establece que la literatura registra la Escala de Braden como la más utilizada a nivel mundial por su efectividad de 77,1% en la predicción de LPP, con una fiabilidad entre 95 y 99%. Luego menciona la de Norton como la segunda más empleada con el 18,1% y por último la Escala de Waterlow con un 4,8%. La aplicación de la Escala de Braden es una herramienta útil para orientar el juicio clínico del personal de enfermería, sin embargo, su eficacia depende de las habilidades de quien la implementa y la correcta interpretación de estas, con el fin de planear y ejecutar intervenciones eficaces (Montañez y otros, 2021).

Otro artículo científico que partió del objetivo de caracterizar las lesiones de piel en una institución de salud en Bogotá, mediante un enfoque cuantitativo y un tipo de estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de describir las características de las LPP que ocurren como evento adverso al cuidado clínico, utilizó también para su estudio la Escala de Braden por ser la más precisa, aunque en la investigación se constata falta de concordancia entre el bajo nivel de riesgo y la ocurrencia de LPP, ya que el 68% de los casos clasificados con riesgo bajo durante la valoración, presentaron una LPP durante la estancia hospitalaria, y plantea que esto supone la concentración de esfuerzos para el entrenamiento en el uso de la escala y en la socialización del protocolo de prevención sobre este tipo de lesiones (Ruth Alexandra et al., 2022).

Feijoó-Bermeo y otros (2023) en su artículo de investigación utilizaron como instrumento de medición una encuesta de 24 preguntas cerradas de opción múltiple, sobre la población personal de enfermería, y demostró que el 12% del personal de enfermería no emplea un protocolo o escala para determinar el riesgo de aparición de LPP.

Es de suma importancia que enfermería cuente con una escala protocolar para determinar el riesgo de LPP, y a partir de allí proyectar estrategias y realizar un plan de cuidados de enfermería adaptando las medidas preventivas al nivel de riesgo del paciente. Por tanto, las actividades de enfermería deben ser planeadas, ejecutadas y evaluadas por el propio profesional de la enfermería, quien cuenta con el conocimiento científico y práctico de dichas actividades, puesto que si lo delega en otras personas como auxiliares de enfermería podría aumentar la aparición de LPP.

La literatura del artículo "Cuidados de enfermería para prevenir las UPP durante la estancia hospitalaria" también revela alguna de las limitaciones para la prevención de LPP siendo una de ellas la falta de educación, donde se identifica que los enfermeros cuentan con un conocimiento superior al de los auxiliares de enfermería, pero se evidenció que el 41,8% presenta así mismo, vacíos en cuanto a la prevención de LPP ya que solo el 35% de ellos recibe capacitación sobre su prevención. Los estudios revelan que las fallas en la educación frente a la prevención de LPP, la escasa aplicación de intervenciones basadas en la evidencia junto con la falta de aplicación de protocolos y programas de prevención estandarizados, reflejan una ejecución errónea de los cuidados. Esto manifiesta la necesidad de la actualización de los conocimientos, competencias, habilidades y actitudes de los profesionales (Montañez y otros, 2021).

Es importante aclarar que la capacitación sobre prevención del personal de enfermería no asegura que las intervenciones sean llevadas a cabo, por lo tanto, el interés y la autonomía de los profesionales tienen un rol fundamental, considerando la experiencia adquirida durante los años ejercidos y los cuidados preventivos ya aplicados en la práctica con otros pacientes, como un facilitador en la autonomía y desempeño del enfermero para lograr una disminución en la incidencia de LPP. Teniendo en cuenta lo recién mencionado, resulta de interés la antigüedad en la profesión del personal enfermero en esta temática, para la aproximación a una prevención asegurada.

Un artículo sobre los cuidados de enfermería en la prevención de LPP en adultos mayores del servicio de medicina interna de un hospital local, Chiclayo realizado en 2019, realizó una investigación cualitativa con muestreo no probabilístico por conveniencia, donde los sujetos de estudio fueron 24, de los cuales 12 eran enfermeras y 12 familiares de pacientes adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada, la guía fue diseñada por las investigadoras y posteriormente validada. Se pudo recabar que, en cuanto a los cuidados descritos por la enfermera, se realizan como principales los cambios de posición, el cuidado de la piel y las medidas de apoyo. En cuanto al control y manejo de presión, las medidas están orientadas solo a disminuir el efecto, no a erradicarlo (Cienfuegos Da Silva & Saavedra Covarrubia, 2020).

Otro estudio realizado sobre la población enfermera, descriptivo con abordaje cuantitativo de corte transversal, realizado en 2021 cuyo objetivo fue determinar el conocimiento del equipo de enfermería en prevención de LPP en un hospital de Bogotá, evidenció un adecuado nivel de conocimientos de 98 profesionales, sobre prevención de LPP, con un índice global de 80,6% de conocimiento, donde predominaba con el 71,3% la experiencia laboral menor a 10 años. Si bien existe un alto nivel de conocimiento, la problemática continúa estando presente, a raíz de esto es importante destacar que también se evaluó el índice global de desconocimiento y el resultado fue del 4,5%, es decir que fue bajo, pero lo suficiente para determinar la aparición de lesiones de piel en pacientes sometidos a un proceso de hospitalización. Además, se detalla que el desconocimiento estuvo relacionado con cuidados básicos de la piel como la valoración, uso de dispositivos de la presión, protección de la piel, cambios de posición y reposición del paciente. Cuidados que además de básicos son primordiales y fundamentales en la prevención de las lesiones. Por lo tanto, se puede concluir en que, si bien los enfermeros tienen conocimiento ya que se constató que su nivel es adecuado, la problemática continúa

estando presente porque esos conocimientos teóricos ya adquiridos no son aplicados en la práctica. Esta investigación a su vez demuestra que el nivel de conocimiento no es un indicador de calidad de atención (Matiz-Vera & González-Consuegra, 2022).

La Comisión Nacional Asesora Permanente De Enfermería (CNAPE) elaboró un documento de consenso sobre Calidad y Seguridad del paciente en el marco de los cuidados progresivos y humanizados, donde argumenta que "la calidad y seguridad del paciente, comprende cuidados progresivos y humanizados, en un trabajo conjunto con todo el equipo de salud. Enfermería cumple un rol importante en su atención directa con las personas, familias y comunidad lo que conlleva el desarrollo de estrategias que impacten sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los cuidados brindados, junto al monitoreo constante de los mismos y su mejora continua" (Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería, 2023)

Teniendo en cuenta lo expuesto, y que la problemática de las LPP es un tema conocido y tratado desde hace décadas que aún no se logra exterminar, se puede sintetizar que la principal manera de disminuir la incidencia de las LPP es mediante la prevención, brindando con ella los cuidados pertinentes, y es aquí donde enfermería toma un rol central, ya que los cuidados que brinde van a ser fundamentales para que este efecto adverso del proceso de internación no ocurra. Por ello, la atención deberá ser óptima y esto se podrá valorar a través de los cuidados específicos según la necesidad individual de cada paciente, por lo tanto, resulta necesario aplicar un protocolo de estandarización de cuidados, donde estos sean específicos según el nivel de riesgo de cada paciente luego de haber aplicado sobre los mismos la escala de valoración de riesgo.

Se debe tener presente que, frente a una población de adultos mayores, generalmente anteceden uno o más factores de riesgo intrínsecos. Pese a que en este estudio se aplicarán algunos criterios de inclusión y exclusión con respecto a estos factores, el centro estará en los factores de riesgo extrínsecos, es decir, los posiblemente prevenibles por el personal de enfermería. Es aquí donde se podrá valorar con mayor claridad y donde se evidenciará la atención de enfermería y así poder determinar con más precisión la calidad de atención que brindan.

Debido a que los pacientes con antecedentes de riesgo intrínsecos tienden a lesionarse igual más allá de los esfuerzos aplicados por enfermería sobre los cuidados preventivos, se hará hincapié en los pacientes con riesgo bajo, es decir, pacientes que no cuentan con antecedentes relevantes de riesgo. Sin embargo, se debe tener presente que, si bien son pacientes auto válidos, que se movilizan y tienen un riesgo bajo de contraer

LPP, no dejan de estar cursando una internación, donde requieren de cuidados de enfermería durante su estadía, ya que pasan la mayor parte del tiempo en cama. La presencia de lesión por presión en estos pacientes al final de su estadía será evidencia de una insuficiente calidad de atención por parte del personal de enfermería, o una deficiencia en cuanto a los cuidados aplicados y educación.

Justificación

A pesar de que las lesiones por presión son un tema trillado ya que están presentes desde la antigüedad y durante todos los períodos históricos, aún siguen siendo un gran problema que afecta a muchas personas en múltiples situaciones. La presencia de estas lesiones, indica un incumplimiento u omisión del propio sistema, ya que el equipo de salud debe trabajar en conjunto sobre cada paciente, considerando diversos factores para evitar su aparición.

Por el contrario, las consecuencias producen un impacto significativo tanto para la institución, como para el paciente. Una vez instalada la lesión, la internación del paciente se prolonga, lo que conlleva un costo imprevisto extra donde se requieren insumos materiales para su tratamiento y curación, disponibilidad de recursos como colchones anti-escaras y otros dispositivos clínicos, accesibilidad a quirófano y disposición de un equipo para realizar una escarectomía, sumado a esto el tiempo que demanda ya que se trata de una intervención sucia, que implica la posterior descontaminación del sitio. Pero primordialmente, el padecimiento y los riesgos a los que se somete el paciente que la contrae. Este escenario también perjudica a otros pacientes que requieren una cama de internación y no la consiguen debido a la extensa ocupación por dicha problemática.

El propósito del presente proyecto de investigación será aportar información actualizada a la institución sobre la problemática de lesiones por presión, con el fin de intensificar los cuidados preventivos en pacientes internados en el servicio de clínica médica de un hospital público de la ciudad de Rosario, ya que generalmente se asocia al cuidado a la lesión por presión ya instalada. La información se brindará con el fin de contribuir a la toma de decisiones acerca de desarrollar estrategias dirigidas a mejorar la atención tomando medidas preventivas asertivas, para así disminuir la incidencia de lesiones por presión, como también poder verificar cuestiones faltantes y deficientes en la atención.

Planteamiento del problema

Se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre la ocurrencia de LPP en relación a los cuidados preventivos brindados por el personal de enfermería según antigüedad en la profesión y actualización en el tema, en un efector público de la ciudad de Rosario, Santa Fe, durante los meses de junio y julio del año 2025?

Hipótesis y objetivos

Así mismo, se plantea como hipótesis central de trabajo que, pese a una valoración completa, si los cuidados se aplican de forma incompleta, se incrementa de igual manera la ocurrencia de LPP.

Además, se formulan otras hipótesis como:

- A menor antigüedad en la profesión y ausencia de actualización en el tema del personal de enfermería, mayor será la ocurrencia de lesiones por presión.
- Con una valoración aplicada de forma incompleta, y cuidados preventivos aplicados de forma completa, la ocurrencia de lesiones por presión igual se incrementará.
- A mayor actualización sobre LPP, la valoración se aplicará de forma completa.
- A mayor antigüedad en la profesión, los cuidados se aplicarán de forma incompleta.

Como objetivo general se expone, determinar la ocurrencia de LPP en relación a los cuidados preventivos brindados por el personal de enfermería según antigüedad en la profesión y actualización en el tema, en un efector público de la ciudad de Rosario, Santa Fe, durante los meses de junio y Julio del año 2025.

De dicho objetivo general, derivan los siguientes objetivos específicos:

- caracterizar al personal de enfermería según actualización en el tema y antigüedad en la profesión,

- determinar la aplicación de cuidados preventivos sobre LPP por el personal de enfermería considerando la valoración y los cuidados, identificar la ocurrencia o no de LPP,
- comprobar si la ocurrencia de LPP tiene relación con la aplicación de cuidados preventivos sobre LPP,
- indicar si la actualización en el tema del personal de enfermería influye en la aplicación de los cuidados preventivos sobre LPP,
- evaluar si la antigüedad en la profesión del personal de enfermería se relaciona con la aplicación completa de los cuidados preventivos sobre LPP.
- determinar si la aplicación incompleta de los cuidados tiene relación con la ocurrencia de LPP, demostrar si la aplicación incompleta de la valoración influye en la ocurrencia de LPP.
- Demostrar la importancia de la relación entre valoración y cuidados.

Marco teórico

Este marco teórico se fundamenta mayormente en referencias conceptuales provenientes de otros lugares debido a que son escasos los estudios y teorías de la región. De la diversidad de bibliografía que se explora, se identifica que las entidades que han investigado en profundidad y se han ido actualizando sobre la temática aportando información relevante son: el Panel Asesor Nacional sobre Lesiones por Presión de los Estados Unidos (NPIAP), el Panel Asesor Europeo sobre Úlceras por Presión (EPUAP), el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y la Alianza Pan-Pacífico sobre Lesiones por Presión (PPPIA). Por lo tanto, se toman como referencia considerando que es una problemática con impacto a nivel mundial, los cuidados preventivos son de carácter universal y no difieren de un contexto a otro.

Una úlcera por presión es una lesión de la piel que se desarrolla cuando se bloquea el suministro de sangre a un área del cuerpo porque hay una presión excesiva y prolongada sobre la misma. En consecuencia, se produce isquemia, la piel en esa área comienza a morir, pudiendo afectar todas las capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis) lo que resulta en un área abierta como una úlcera en la piel. En fases avanzadas suele afectar también músculos, articulaciones y tejido óseo. Estas áreas en la piel pueden llamarse úlceras de decúbito, llagas por presión, úlceras por presión o lesiones por presión. (American Cancer Society, 2020).

La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (2017) define úlcera por presión como: “lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o por presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él o contrapuestos del mismo paciente”.

La piel puede soportar altas presiones, pero por pequeños periodos de tiempo. La presión constante predispone la aparición de lesiones por presión en mayor grado que la intensidad. La presión normal en el espacio venoso capilar es de 16 mmHg y en el espacio arterial es 32 mmHg. Una presión por encima de 20 mmHg durante un tiempo prolongado, desencadena un proceso isquémico originando muerte celular, creando alteraciones en la membrana tisular y liberación de sustancias vasoactivas. Es importante conocer que una presión de 70 mmHg durante dos horas genera lesión y recostarse en un colchón provoca una presión de 150 mmHg. (Putruele y otros, 2022)

Durante el año 2016, nuevos hallazgos de investigación exigieron actualizar las definiciones de estadificación del NPUAP (Panel Asesor Nacional sobre Úlceras por Presión) con el fin de obtener definiciones refinadas. A partir de esto, se implementó un nuevo sistema de estadificación NPIAP (Panel Asesor Nacional sobre Lesiones por Presión) y se redefinió el término “úlceras por presión” a “lesión por presión”. A partir de numerosos debates y discusiones, se determinó que el término “úlceras” no describe con precisión la presentación física de una lesión por presión de “etapa I” o una lesión por presión de tejido profundo. Además, los pequeños cambios en las lesiones relacionadas con la presión comienzan en el tejido antes de que los cambios sean visibles al examen físico. Una úlcera no puede estar presente sin una lesión, pero una lesión si puede estar presente sin una úlcera. (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2017)

En esta investigación se utilizará el término “lesión por presión” ya que se centra en la prevención y en pacientes con riesgo bajo, por lo tanto, en caso de que la integridad de la piel se vea afectada, será en una etapa inicial que coincide y se identifica más con el termino lesión, que con el termino úlcera.

Sin embargo, la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (2017), en el Primer Consenso de Úlceras por Presión, optó por utilizar el término Úlceras por Presión (UPP), expresando que hace referencia al mecanismo fisiopatogénico de mayor relevancia como lo es la presión.

Como se ha mencionado anteriormente, las lesiones por presión se generan ante la presión prolongada y constante sobre un plano duro, pero además es fundamental precisar que es un fenómeno multicausal y por lo tanto se presentan ante un conjunto o sumatoria de factores, los cuales varían y pueden ser tanto intrínsecos como extrínsecos.

Los factores intrínsecos están relacionados a la condición física del paciente, y son muy difíciles de cambiar, por su parte los factores extrínsecos se vinculan al ambiente del paciente y determinan la magnitud, extensión y tipo de fuerzas que trabajan a nivel de la superficie cutánea, así como las propiedades mecánicas de las capas superiores de la piel.

Sánchez Lorente (2008) los clasifica:

- Factores intrínsecos: edad, trastornos en el aporte de oxígeno, medicación como tratamiento con sedantes o inmunosupresores,

alteraciones nutricionales como desnutrición, deshidratación u obesidad, trastornos neurológicos, espasticidad y contracturas articulares.

➤ Factores extrínsecos: incontinencia urinaria o fecal, malos cuidados por falta de higiene, inadecuadas condiciones de humedad y temperatura en la estancia, superficies de apoyo no adecuadas, dispositivos terapéuticos no adecuados, imposibilidad de cambios posturales, presión, fricción o cizalla.

El envejecimiento conlleva a nivel cutáneo una serie de cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento. Con la edad, en la epidermis se reduce el recambio celular de los queratinocitos motivo por el cual la cicatrización de las heridas es más lenta, así como la producción de Vitamina D, que a su vez puede aumentar el riesgo de desarrollar infecciones. La reducción de células de Langerhans estimadas en un 40% se relaciona con la falta de respuesta inmunitaria a nivel de la piel lo que se traduce en un probable aumento de patologías víricas o infecciosas. En la membrana basal se produce una disminución de la adhesión de la epidermis-dermis y un posible aumento de la aparición de ampollas.

El grosor de la dermis desciende en casi un 20% como consecuencia de la edad, traduciéndose en una piel fina y traslucida, a su vez, las fibras de elastina aumentan de grosor y se fragmentan, disminuyendo el colágeno y los fibroblastos con una reducción de la fuerza de tensión y de la elasticidad, facilitando las heridas tipo laceración. También se produce un descenso de la vascularización sanguínea y un adelgazamiento de las paredes vasculares, lo que dificulta la cicatrización de heridas y facilita la aparición frecuente de hematomas.

La atrofia de la dermis produce una disminución de sensibilidad y aumento del umbral de dolor. Todos estos cambios descritos recientemente suelen ser, además, la causa de la piel seca y aspecto curtido. (Quintanilla Martínez, 2010)

Maza Moscoso y otros (2020) señalan que un consumo adecuado de nutrientes resulta extremadamente importante para la regulación de todas las fases que influyen en la cicatrización de heridas, así como la capacidad del cuerpo para poder favorecer la cicatrización de una manera adecuada. Dichos nutrientes son necesarios para la síntesis de ácidos nucleicos (ARN y ADN), proteínas y otros factores involucrados en la maduración y diferenciación tisular.

El déficit nutricional interviene en la cicatrización de las lesiones por presión y en la aparición de complicaciones locales como la infección, provocando un

retraso o incluso la imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones, además de favorecer la aparición de otras nuevas. El déficit proteico, calórico, de zinc y vitaminas A y C, se asocian con el desarrollo de lesiones por presión. En estos pacientes hay un aumento de los requerimientos proteicos y vitamínicos. Por otro lado, la falta de hidratación de la piel favorece la formación de arrugas con generación de fuerzas tangenciales. (Sánchez Lorente, 2008)

Tanto la obesidad como la diabetes desencadenan trastornos en el proceso de cicatrización, dificultándolo. La obesidad provoca hipoperfusión e isquemia en el tejido adiposo subcutáneo, impidiendo la infiltración de células inmunes en la región de la lesión, causando dehiscencia de esta por incremento de tensión en los bordes de la lesión e invasión de bacterias residentes. Por su parte, la diabetes mellitus ocasiona déficit en la quimiotaxis de los neutrófilos y en las funciones fagocíticas y microbicidas, aumentando el riesgo de infecciones. La infiltración celular, junto con la deficiente activación de los macrófagos, la reducción en la secreción de factor de necrosis tumoral alfa e interleucina y el descenso en la funcionalidad de leucocitos, generan un impacto negativo en la cicatrización de heridas. La aterosclerosis, los eventos cerebrovasculares, la falla cardíaca congestiva, la enfermedad cardiovascular periférica y otras alteraciones cardiovasculares generan disminución en el gasto cardíaco condicionando hipotensión, descenso de la perfusión sanguínea e isquemia periférica. (Maza Moscoso y otros, 2020)

Existen diversos medicamentos que pueden aumentar el riesgo de desarrollo de lesiones por presión. Las drogas vasoconstrictoras como la noradrenalina disminuyen la perfusión tisular, enlenteciendo el proceso de regeneración tisular. Esto también ocurre como consecuencia de los esteroides, que además aumentan la fragilidad cutánea. Los simpaticomiméticos también pueden generar una disminución de la perfusión tisular periférica y del aporte de oxígeno, elemento básico para mantener el trofismo y la vitalidad de la dermis. Los sedantes e hipnóticos fomentan la inmovilidad, así como también los fármacos para tratamiento de dolor crónico. Los fármacos citotóxicos afectan al sistema inmunitario, indispensable para detectar el daño y activar el proceso reparativo. (Wounds Internacional, 2018)

Las personas que padecen trastornos neurológicos como ACV, esclerosis múltiples, enfermedad de párkinson, demencia en fases avanzadas, están más predispuestas a contraer LPP ya que estas patologías se caracterizan por generar inmovilidad y disminuir la sensibilidad.

Con respecto a los factores de riesgo extrínsecos, la incontinencia, ya sea urinaria, fecal o mixta produce humedad, alterando la barrera cutánea, los ácidos grasos protectores de la piel y la flora bacteriana. La piel se vuelve más vulnerable a ulcerarse como consecuencia de la maceración. Esto desencadena en un incremento de la colonización de gérmenes sobre el sitio afectado y resulta un microclima propiciador para las lesiones por presión. Por otra parte, la sequedad extrema, característica del adulto mayor origina laceraciones debido a la ausencia de elasticidad de la piel que pueden desencadenar nuevas lesiones por presión.

La presión, como factor de riesgo vinculado al ambiente del paciente, es la fuerza primaria que favorece la formación de úlceras. Esta fuerza es directa y actúa de forma perpendicular a la piel, causando compresión tisular entre dos planos duros, uno del paciente, es decir su plano esquelético y prominencias óseas, y el plano externo como puede ser la cama, sillas o sondas. Si se aplican durante un tiempo prolongado presiones superiores a la presión capilar, esto puede desencadenar en necrosis tisular, debido al proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes.

El tiempo y la intensidad de la fuerza ejercida son dos variables elementales del origen de la isquemia. La tracción o cizallamiento, es otro factor de riesgo que se produce cuando el hueso se desplaza en sentido contrario a la piel, es decir, cuando dos superficies se deslizan una sobre la otra, provocando fuerzas paralelas, donde la prominencia ósea se mueve a través del tejido, pero la piel se mantiene en su lugar. Esto provoca la ruptura del tejido blando subyacente y de los vasos, causando hematomas. Por último, la fricción es la fuerza tangencial que actúa en forma paralela a la piel. Se produce cuando una superficie se desplaza sobre otra, normalmente por el roce de sábanas o de cualquier superficie áspera, provocando desgaste de la piel con ruptura epidérmica. Este roce genera un trauma que deriva en inflamación con eritema y ampollas. (Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, 2017)

Para valorar el riesgo que tiene un paciente de sufrir lesiones por presión, además del juicio clínico, se utilizan escalas de valoración de riesgo. Las EVRUPP (Escala de Valoración de Riesgo de Úlceras Por Presión) son instrumentos estandarizados que permiten valorar objetivamente al paciente y establecer una puntuación en base a una serie de parámetros. Su aplicación mejorará la calidad de atención ya que permitirá brindar cuidados específicos según la necesidad de cada paciente.

Pancorbo Hidalgo y otros (2009) define una EVRUPP como “un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo”.

La primera escala de valoración de riesgo de desarrollar UPP fue desarrollada en 1962, durante una investigación sobre pacientes geriátricos, por Doreen Norton junto con McLaren y Exton Smith. A partir de esta han derivado diversas escalas como EMINA, Cubbin-Jackson, Waterlow, entre otras. En 1985 surge la escala de BRADEN, como intento de dar respuesta a limitaciones que presentaba la escala de NORTON.

Esta escala fue desarrollada por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, en Estados Unidos, con la realización de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios. Desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual relacionando y ordenando los conocimientos existentes sobre úlceras por presión, que les permitió definir las bases de la escala.

Existen ciertos criterios exigibles para que una EVRUPP sea óptima. Los requisitos mínimos necesarios para evaluar y validar una escala son:

- Alta sensibilidad: definida como la habilidad de una prueba o escala para identificar correctamente a los pacientes que tienen la enfermedad o condición entre todos los de riesgo.
 - Alta especificidad: definida como la habilidad de la prueba o escala para identificar correctamente a los pacientes que no tienen la enfermedad o condición entre los que no son de riesgo.
 - Buen valor predictivo: tanto positivo, entendido como cuántos de los pacientes con úlcera han sido catalogados de riesgo entre el total que la desarrollan, como negativo, entendido como cuántos pacientes sin úlcera han sido catalogados sin riesgo entre el total de los que no la han desarrollado.
 - Ser fácil de usar.
 - Que presente criterios claros y definidos que eviten al máximo la variabilidad entre Inter observadores.
 - Aplicable en los diferentes contextos asistenciales.

La escala de Braden es la más utilizada en Estados Unidos, esta consta de 6 parámetros de riesgo, centrados en los 2 principales factores etiológicos en el desarrollo de las UPP:

1. Intensidad y duración de la presión.
2. Tolerancia del tejido a la presión.

La percepción, la movilidad y la actividad se centran en situaciones clínicas que predisponen al paciente a una presión intensa y prolongada. La humedad, la nutrición y la fricción/deslizamiento se asocian a situaciones clínicas que alteran la tolerancia de un tejido a la presión. Esta escala se ha validado en numerosos estudios.

A cada uno de estos 6 parámetros se otorgan entre 1 y 4 puntos:

- Percepción sensorial.
- Exposición de la piel a la humedad.
- Actividad física.
- Movilidad.
- Nutrición.
- Roce y peligro de lesiones (Fricción y cizallamiento).

Obteniendo como resultado:

- Riesgo Bajo: 16 puntos o más.
- Riesgo Moderado: 13 - 15 puntos.
- Riesgo Alto: menos de 12 puntos.

(Salusplay, 2024)

Roldán Valenzuela y otros (2023) indican que la valoración de riesgo debería aplicarse inmediatamente al ingreso del paciente, y luego cada 48 horas, pero la frecuencia además dependerá de las modificaciones producidas en el estado general del paciente. Si el paciente no tiene riesgo, se debe reevaluar semanalmente. Además, recomiendan que, a pesar de determinar un riesgo bajo, deberán considerarse como de riesgo, ya que es preferible aplicar medidas preventivas a un paciente con riesgo bajo o sin riesgo, a que contraiga una úlcera.

Diversas entidades científicas concuerdan en que la prevención es la mejor estrategia para abordar la problemática de las lesiones por presión. Por ello, las prácticas más eficientes para evitar su presencia van dirigidas a la prevención.

La Organización Mundial de la Salud (1988) definió prevención en salud como “aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” (Vignolo y otros, 2011)

Putruele y otros (2022) define los cuidados preventivos como: “el método más eficiente para el abordaje inicial de la lesión por presión, ya que la mejor estrategia frente al problema de las LPP es prevenir su aparición. La detección y el tratamiento precoz aceleran la recuperación y disminuyen las complicaciones”.

La Guía Internacional desarrollada por el Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, el Panel Asesor Nacional de Lesiones por Presión y la Alianza Pan pacífica de Lesiones por Presión (2019, págs. 85-91) realiza las siguientes recomendaciones:

La limpieza de la piel no debe ser excesiva ya que fomenta la sequedad de esta debido al deterioro del factor humectante natural de la piel y la función de barrera. La frecuencia de la limpieza debe ser individualizada. Al lavar, secar y aplicar un producto de barrera, se deben evitar masajes o frotamientos vigorosos que puedan lesionar la piel debido a la fricción. También es de suma importancia que la piel se encuentre seca luego de la limpieza, especialmente en los pliegues. Para evitar daños por fricción durante el secado, recomienda seleccionar telas o toallas suaves. Si bien el daño cutáneo por humedad no indica presencia de una lesión por presión, su ocurrencia puede fomentar el riesgo de lesiones por presión.

Con respecto a los limpiadores de la piel, recomienda evitar el uso de jabón alcalino, ya que puede producir sequedad, eritema e irritación. Esto se debe a la interacción entre las proteínas y lípidos de la piel, que su pH es ligeramente ácido a neutro (entre 4.0 y 7.0) con los jabones de pH alto. El limpiador debe contener pH equilibrado (5.5).

Se debe utilizar apósitos profilácticos para proteger la piel de las personas con riesgo de lesiones por presión. Así mismo se deben continuar implementando otras medidas como reposicionamiento regular y superficies de apoyo, se deberá continuar evaluando la piel bajo el vendaje profiláctico al menos una vez al día para poder evaluar la efectividad de este cuidado preventivo.

En base a la ropa de cama, recomienda utilizar telas similares a la seda, ya que reducen el estrés de cizallamiento, minimizan la irritación de la piel y se secan rápidamente, en comparación con una tela de algodón o mezcla de algodón.

Ante la presencia de incontinencia, junto con una limpieza rápida, se deben utilizar productos para la incontinencia de alta absorbencia ya que reducen la duración de la exposición de la piel a los irritantes químicos de la orina y heces.

En cuanto a la prevención de lesiones por presión relacionadas con dispositivos, estas son el resultado del uso de dispositivos diseñados y aplicados con fines diagnósticos o terapéuticos. "Relacionadas con dispositivos" se refiere a las lesiones por presión que surgen de los dispositivos, pero también incluye lesiones por presión que surgen de artículos regulares o dispositivos no médicos, por ejemplo, cubiertos, bolígrafos, teléfonos móviles, el desorden de la cama, muebles o equipos que pueden haber aplicado presión inadvertidamente sobre la piel de la persona, pudiendo provocar lesiones por presión cuando permanecen en contacto con la piel y los tejidos. La lesión por presión resultante generalmente se ajusta a la forma del dispositivo. Algunas fuentes de lesiones por presión relacionadas con el dispositivo incluyen: dispositivos respiratorios como mascarillas, aparatos ortopédicos como collarines cervicales, dispositivos de recolección urinaria o fecal como catéteres urinarios permanentes o dispositivos de contención fecal, sondas nasogástricas y de alimentación, drenajes quirúrgicos, tubos torácicos, catéteres venosos centrales o de diálisis, manguitos de presión arterial, sujeciones.

Este fenómeno se da debido a la exposición prolongada a cargas mecánicas, provocando un desajuste entre el dispositivo que es rígido y la piel que es suave. Por lo tanto, la sensibilidad alterada, la humedad debajo del dispositivo, mala perfusión, tolerancia tisular alterada, estado nutricional deficiente, edema, mala posición y dispositivo mal ajustado o utilizado incorrectamente aumentan el riesgo de lesión.

También es importante el diseño, la forma y el tamaño de los dispositivos médicos, resultando

Es fundamental revisar y seleccionar los dispositivos médicos teniendo en cuenta la capacidad del dispositivo para minimizar el daño tisular, el tamaño y forma correcta del dispositivo para el individuo, y la posibilidad de aplicar y asegurar el dispositivo correctamente. Se debe reducir y redistribuir la presión en la interfaz piel-dispositivo rotando o reposicionando regularmente el dispositivo médico o al individuo, proporcionar apoyo físico a los dispositivos médicos para minimizar la presión y el cizallamiento, y retirar los dispositivos médicos tan pronto como sea médicamente posible.

Con respecto a los cambios posturales y movilización temprana, el reposicionamiento o cambio postural implica un cambio en la posición de la persona acostada o sentada que se realiza a intervalos regulares, con el propósito de aliviar o redistribuir la presión y mejorar la comodidad. Por otra parte, la movilización consiste en ayudar o animar a una persona a moverse o cambiar a una nueva posición. Las lesiones por presión no pueden formarse sin carga, o presión, sobre el tejido. Los períodos prolongados de estar acostado o sentado en una parte particular del cuerpo y la falta de redistribución de la presión sobre la superficie corporal pueden resultar en una deformación sostenida de los tejidos blandos y, en última instancia, en daño tisular. El reposicionamiento para la redistribución de la presión debe realizarse con regularidad, los pacientes que se reposicionan de manera independiente en un plazo de 4 horas no tienen riesgo de experimentar lesiones por presión. Las personas de alto riesgo con mala tolerancia a los tejidos requieren un volteo más frecuente.

La evaluación frecuente de la condición de la piel del individuo facilita la identificación oportuna de los primeros signos de daño por presión y, como tal, su tolerancia al régimen de reposicionamiento. Se debe asegurar que el auto reposicionamiento sea efectivo para descargar adecuadamente las prominencias óseas, y si la reposición la realiza el enfermero, se deben verificar todos los puntos de presión, para asegurar de que la presión se haya descargado adecuadamente de acuerdo con los objetivos de reposicionamiento, es decir, que los puntos de presión estén recibiendo el alivio que el reposicionamiento tiene como objetivo proporcionar. (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, Panel Asesor Nacional de Lesiones por Presión y Alianza Panpacífica de Lesiones por Presión, 2019)

Dentro de los cuidados preventivos, además de la aplicación de cuidados específicos, se debe aplicar la valoración.

La Guía Internacional de Prevención y tratamiento de lesiones por presión (2019, pág. 73) afirma que: “El cuidado preventivo de la piel requiere una evaluación exhaustiva y una planificación del cuidado. La evaluación de la piel y los tejidos blandos es un componente clave de la prevención”.

Rubio Cevilla, J. C (2016) define la valoración como: “un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente y de las respuestas humanas, a través de diferentes fuentes”

La evaluación visual del eritema es el primer componente de toda inspección cutánea. El eritema es el enrojecimiento de la piel y se clasifica como blanqueable o no blanqueable.

El eritema blanqueable se caracteriza por enrojecimiento visible de la piel que al aplicarse una ligera presión se vuelve blanco y al aliviar la presión se enrojece.

El eritema no blanqueable es un enrojecimiento visible de la piel que persiste con la aplicación de presión, esto nos indica un daño estructural en el lecho capilar o microcirculación. Su presencia es una indicación para una lesión por presión de Categoría/Etapa I.

Otro componente fundamental en la valoración de la piel es la evaluación de la temperatura de la piel y los tejidos blandos, ya que el calor localizado, el edema y el cambio en la consistencia del tejido en relación con el tejido circundante son signos de advertencia para el desarrollo de lesiones por presión.

Las técnicas más utilizadas para evaluar la temperatura y la turgencia de la piel y los tejidos blandos son la inspección, el tacto y la palpación. Los cambios de temperatura de la piel sobre las áreas de inflamación pueden presentarse como más calientes que la piel y el tejido circundantes y sobre las áreas de isquemia pueden presentarse como más fríos que la piel y el tejido circundantes.

Además, se debe evaluar el edema y el cambio en la consistencia del tejido en relación con los tejidos circundantes durante la valoración, utilizando también la inspección y la palpación. El cambio en el SEM (*Sub-Epidermal Moisture*) también conocido como humedad subepidérmica es un marcador de inflamación y daño tisular.

La inflamación, que se desencadena por presión prolongada, cizallamiento, deformación tisular e isquemia, produce un incremento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos, provocando la fuga de fluido de los vasos al espacio extracelular, que se acumula como edema localizado, lo que se conoce como humedad subepidérmica (SEM) y es un signo temprano de daños en los tejidos que puede culminar en lesión por presión. (Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, Panel Asesor Nacional de Lesiones por Presión y Alianza Panpacífica de Lesiones por Presión, 2019)

Es importante precisar que tanto la valoración como los cuidados deben aplicarse de forma conjunta. Valorar, pero no aplicar los cuidados, o cuidar sin aplicar una valoración previa, culmina en una aplicación de cuidados preventivos incompleta y por ende deficiente. Valorar y cuidar deben ir de la mano.

Las lesiones por presión se clasifican a través de los sistemas de estadificación que describen el grado de lesión tisular y la apariencia física de esta lesión. La guía de consulta rápida de prevención y tratamiento de las lesiones por presión clasifica a las UPP de la siguiente manera:

Categoría I: Eritema no blanqueable. Se refiere a la piel intacta con presencia de enrojecimiento no blanqueable en una zona localizada. Indica la existencia de riesgo y suele ser difícil de identificar en personas con piel de tono oscuro ya que la palidez puede pasar desapercibida. En comparación con tejidos subyacentes, la zona puede encontrarse más caliente o fría, firme o suave y hasta dolorosa.

Categoría II: La dermis pierde parcialmente su espesor y se presenta como una úlcera abierta con poca profundidad, con un lecho rojo/rosado y sin necrosis. También se puede presentar como una flictena intacta, abierta o rota. Esta categoría no debe utilizarse para laceraciones o dermatitis.

Categoría III: Este estadio difiere del anterior ya que aquí la piel pierde totalmente su espesor, el tejido se pierde completamente y es posible visualizar la grasa subcutánea. Si bien puede haber presencia de esfacelos, cavitaciones y tunelizaciones no hay exposición de huesos, tendones o músculos. La profundidad depende de la localización anatómica de la úlcera.

Categoría IV: En esta categoría, al igual que la anterior la pérdida del tejido es total, pero aquí sí hay exposición de hueso, tendón o músculo y además puede haber presencia de esfacelos en el interior de la herida. Como en la categoría III, la profundidad de la úlcera también depende de su localización anatómica.

No estadiable: Se refiere a una profundidad desconocida donde no se puede determinar la categoría o estadio de la herida hasta no retirar los suficientes esfacelos, que están acompañados de pérdida total del espesor de los tejidos.

Sospecha de lesión tejidos profundos – profundidad desconocida. Hace referencia a la presencia de color púrpura, marrón o ampolla llena de sangre en un área localizada, debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por presión o cizalla. La herida puede evolucionar rápidamente exponiendo capas adicionales de tejido y convirtiéndose luego en una escara. (Panel Asesor Nacional sobre Úlceras por Presión de los Estados Unidos, Panel Asesor Europeo sobre Úlceras por Presión, Alianza Pan-Pacífico sobre Lesiones por Presión, 2014)

En función a la variable en estudio “ocurrencia de LPP” y ya desarrollados los distintos estadios en los que se puede presentar y evolucionar, es necesario destacar

la importancia de su estudio debido a que, de existir una lesión por presión, se genera un impacto negativo tanto para la persona afectada como para la institución. A nivel económico, se debe contar con gastos no previstos, recursos de salud y disponibilidad de camas. Por otra parte, se produce un impacto psicológico y en la calidad de vida del paciente y su familia, ya que la progresión de la lesión puede derivar en complicaciones como infección, necrosis, sepsis y muerte.

Queda en evidencia que las lesiones por presión constituyen un gran problema en el ámbito sanitario y a nivel mundial. En varias situaciones surgen como lesiones agregadas a la patología inicial u original, postergando y deteriorando las posibilidades de recuperación de los pacientes. Si bien la etiología es multifactorial y específica en cada individuo como se ha detallado anteriormente, su aparición además suele estar atribuida a enfermería.

La Organización Mundial de la Salud considera las lesiones por presión un indicador de la calidad asistencial, es decir un indicador de la calidad de los cuidados ofertados, tanto a los pacientes que las presentan como a los que corren riesgo de presentarlas: personas mayores y encamados. (Moreno-Pina y otros, 2007)

Según Duarte Figueroa y otros (2023) en enfermería las lesiones por presión son un indicador de fallas en la calidad del cuidado, puesto que la responsabilidad por parte del personal en muchos casos no es cumplida.

Si bien el aporte de enfermería es imprescindible y sus cuidados son fundamentales para la prevención de la aparición de lesiones por presión, se requiere también la participación de otras disciplinas. Sin embargo, suele ser enfermería a quien se le atribuye la principal responsabilidad en este aspecto, al ser quien se encuentra en contacto continuo con el paciente, y al realizar las intervenciones más “visibles”.

Contemplando esto, sí se considera fundamental la actualización en la temática por parte de enfermería, ya que, si bien no es el único responsable de la causa de las lesiones por presión, es quien brinda el cuidado directo y tiene el deber ético, moral y profesional de contar con los conocimientos adecuados para abordar esta problemática, pero fundamentalmente, prevenirla. Un profesional que ha obtenido su título de grado varios años atrás posiblemente ha sido capacitado para realizar determinadas prácticas con recursos que en su momento han sido pertinentes, pero que actualmente con el avance de la ciencia no se recomiendan utilizar.

La segunda edición del código de ética para el equipo de salud, en el Art. 38 del Capítulo 3 establece: “Para obtener un nivel adecuado formativo que permita

ofrecer la mejor calidad de atención médica de todos sus actos los miembros del Equipo de Salud deberán mantener una capacitación continua que les permita estar actualizados de los cambios científicos y tecnológicos que se producen en todas las áreas de su competencia”. (Asociación Médica Argentina, 2012)

El código de ética para las enfermeras, declara que las enfermeras y los estudiantes de enfermería deben trabajar activamente en la ampliación del conocimiento profesional actual, basado en la evidencia, sobre el que se sustenta la práctica informada por la evidencia, también deben perseguir el desarrollo profesional propio mediante la lectura y el estudio, requerir y participar la formación continua para potenciar el conocimiento y las habilidades, y por último poner en marcha la formación continua (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

Copeland (1970, pág. 326) declara: La sociedad necesita y exige servicios de enfermería en grado cada vez mayor y con más urgencia; por otra parte, los nuevos conocimientos pertinentes a la naturaleza de las funciones de esta profesión van ampliándose sin cesar, por lo que la preparación recibida ayer, o incluso hoy, no bastará para desempeñar las funciones del futuro.

En base a lo recientemente expuesto, es necesario expresar que la tendencia actual de enfermería responde a una teoría constructivista, donde las enfermeras son críticas y analíticas en su ejercicio profesional, el aprendizaje que se obtiene es significativo y se va construyendo a partir de la propia experiencia. Contrariamente del conductismo, que se basa en una “enseñanza programada” con educación lineal donde el rol es pasivo y solo se repiten secuencias.

La actualización y formación son parte de un proceso de educación continua a la que el personal se somete con el objetivo de mejorar su desempeño profesional, permitiendo construir y reforzar el conocimiento y por consiguiente optimizar resultados en los pacientes. (Puntunet Bates & Domínguez Bautista, 2008) .

La responsabilidad principal de mantenerse al día acerca de los nuevos conocimientos técnicos y prácticos en la profesión incumbe a quienes la ejercen, pero además es deber de la institución en que el profesional presta servicio facilitar a los profesionales de salud información de actualidad y material de referencia. (Copeland, 1970)

El Ministerio de Salud (1991) en la Ley N.º 24.004, en su artículo 10 establece: “Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería: Mantener

la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación”.

El Ministerio de Salud (2024) define la educación permanente en salud como: “una estrategia sistemática y global que contribuye al mejoramiento del desempeño de los equipos de salud a partir de la actualización de conocimientos o de competencias técnicas específicas”.

El autor Oguisso Taka, citado por (Ríos, 2018) muestra concordancia con estos autores, y sostiene que:

En la formación académica, el futuro profesional de Enfermería recibe conocimientos y desarrolla habilidades que deben prepararlo para prestar cuidados generales enfermeros, de forma eficiente, segura y educación adicional. Sin embargo, no podemos pretender que esa preparación sea eficiente y adecuada para los 10, 20 o más años de ejercicio profesional que siguen a la terminación de los estudios formales. La experiencia demuestra que el contenido inicial de carrera de Enfermería es rápidamente superado en la medida del progreso de las ciencias en salud y en Enfermería.

Mencionada la experiencia, Barco Díaz y otros, (2017) concluyen:

No obstante, lo importante que resultan los años de experiencia, estos deben ir acompañados de una actualización sistemática de los conocimientos. Para una adecuada gestión del cuidado, es necesario que los profesionales de enfermería se encuentren actualizados en el conocimiento del contexto, la calidad del cuidado y los procedimientos.

La experiencia en la práctica profesional se consigue en base a diversos factores, pero uno de ellos y en los que interesa hacer hincapié es en la antigüedad ejerciendo dicha profesión.

Benner, citado por Raile Alligood & Marriner Tomey (2011) afirma que:

➤ La experiencia se desarrolla a partir de suposiciones que son probadas y superadas en base a situaciones reales de la práctica y, además, que el conocimiento se incrementa y optimiza con el transcurso del tiempo, donde cada profesional va elaborando sus propios conocimientos prácticos.

➤ El juicio clínico y las prácticas de cuidado requieren una atención específica para cada paciente a lo largo del tiempo, considerando los cambios y lo que se ha aprendido. En esta visión del juicio clínico, se unen el conocimiento práctico y la acción experta

➤ A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico.

➤ Las enfermeras aprenden a ser flexibles y a reajustar prioridades, pero este aprendizaje es parte de un proceso.

En su estudio donde busca “describir las características de la actuación enfermera en diferentes etapas de la adquisición de habilidades”, se logra comprobar que la habilidad para implicarse con los pacientes y las familias se aprende con el tiempo y la experiencia. Además, cuando un enfermero tiene mucha experiencia y se siente muy cómoda con habilidades muy técnicas, es satisfactorio tanto para el como para el paciente y familiares. También se evidencia que un enfermero con antigüedad y años de experiencia es capaz de identificar una situación de costumbre que influye negativamente en el paciente, y puede lograr revertirlo a partir de la modificación de ciertas prácticas. Esto requiere un alto nivel de habilidad que no puede desarrollarse hasta que el enfermero se siente competente y con confianza en las habilidades técnicas de los cuidados.

Swanson (1993), citado por Wojnar (2011, pág. 746) difiere de esta teoría, y afirma que independientemente de los años de experiencia que tenga un enfermero, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales creado por la actitud propia de la enfermera, ya sea principiante o con experiencia. Como así también su comprensión y conocimiento, los mensajes verbales y no verbales transmitidos al paciente, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

Por lo tanto, el estudio de la variable antigüedad en la profesión, también se considera relevante en esta investigación.

Material y Métodos

Tipo de estudio o diseño

El enfoque de esta investigación será Cuantitativo. Según Hernández Sampieri y otros, (2014) , este enfoque tiene como fin contrastar y comprobar la existencia de una teoría previamente formulada, donde se buscan los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos.

El diseño será no experimental, observacional, ya que los fenómenos se observan tal como se dan en su contexto natural, no se genera ninguna situación.

El alcance del estudio será descriptivo, de corte transversal y prospectivo. Pineda y otros, (1994) definen a los estudios descriptivos como: “aquellos que están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno”.

Además, se trata de un estudio prospectivo ya que se registra la información según van ocurriendo los fenómenos; y transversal debido a que los datos se recolectan en un solo momento, en un tiempo único. La aplicación del instrumento es en una vez. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Sitio o contexto de la investigación

Se confeccionó una guía de convalidación de sitio (primer control de validez interna) para asegurar que la institución elegida es adecuada para llevar a cabo la investigación. Esta se realizó de manera presencial a una de las jefas de este servicio.

El sitio seleccionado para llevar a cabo la investigación es el policlínico PAMI II ubicado en calle Olive 1159 en la zona Norte de la ciudad de Rosario, Santa Fe. PAMI es la obra social más grande de Latinoamérica, funciona como dependencia del Ministerio de Salud de la Nación, donde acompañan a 5 millones de jubilados y pensionados, y su objetivo es brindar asistencia médica integral a las personas mayores.

En él se cuenta con un cuerpo de profesionales altamente entrenados en gerontología y abordaje interdisciplinario para la adultez mayor. Además, cuenta con

un Departamento de Docencia y un Comité Interdisciplinario de Docencia e Investigación cuyos objetivos son incentivar, coordinar, organizar y supervisar actividades orientadas a la educación profesional continua. Se dictan cursos, charlas, conferencias, seminarios y talleres con disertantes de la Institución u otros invitados.

En cuanto a la estructura asistencial del policlínico, se encuentra conformada por: Guardia Médica, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Unidad Coronaria, Unidad de Terapia Intensiva y una amplia gama de consultorios de Especialidades Médicas. El gabinete está compuesto por un Departamento Médico preparado para atención de urgencias, internación, quirúrgica y ambulatoria. Una de las problemáticas más frecuentes dentro de estos servicios, es la aparición de lesiones en la piel que presentan los pacientes durante el transcurso de su internación. Es importante destacar que el envejecimiento conlleva a nivel cutáneo una serie de cambios fisiológicos normales en esta población, inherentes al proceso de envejecimiento y como consecuencia de este, se produce una atrofia del tejido subcutáneo. En este sentido, es prioritario el cuidado asistencial que recibe el paciente, y se debe trabajar de manera conjunta y profesionalmente en la prevención, detección y cuidados de la piel.

Estos servicios cuentan con un protocolo vigente, desde el año 2021 realizado por las autoridades de la institución donde se registran actividades sobre cuidados preventivos para lesiones por presión, pero solo hacen hincapié en cuidados en relación a la presión. En este protocolo, se menciona la escala de valoración de riesgo de LPP, la cual permite evaluar el nivel de riesgo del paciente al momento del ingreso, indistintamente de como pueda evolucionar y de su diagnóstico de internación.

Para conocer cuál es el promedio de pacientes con nivel de riesgo bajo que se internan, la autora del proyecto consultó personalmente en el sector de estadísticas del policlínico, pero este no cuenta con relevamiento sobre estas características, ya que los datos se concentran en motivos de ingreso, días de estada, giro cama.

A raíz de esta carencia de datos, la autora de este proyecto que forma parte del contexto ya que desarrolla su tarea como enfermera asistencial, tomó esta información del Report de Enfermería, identificando 68 pacientes internados de riesgo bajo, durante el mes de junio.

Los servicios de clínica médica cuentan con una dotación total de 93 enfermeros, de los cuales 58 realizan sus actividades de lunes a viernes y 35 los sábados, domingos y feriados. De este total, 36 son Licenciados y 57 enfermeros profesionales.

Las salas de clínica médica del policlínico son 4, con un total de 74 camas que normalmente suelen estar completamente ocupadas.

Habitualmente a cada enfermero se le asignan entre 5 y 6 pacientes. La distribución está establecida por el jefe del servicio, actualizándola a diario, de manera rotativa.

El enfermero se encarga de brindar una atención integral, ya que, si bien se realizan todas las indicaciones médicas específicas para cada paciente en particular en relación a su tratamiento, se van satisfaciendo las necesidades referidas por los pacientes y cubriendo la demanda ni bien se va presentando.

Así también aplicando cuidados o determinadas medidas según la observación de enfermería durante ciertas actividades como lo son el control de signos vitales, la asistencia durante la ingesta, la valoración de la integridad de la piel y las limitaciones del paciente ante la colaboración, dolores durante el proceso de higiene y/o acondicionamiento de la unidad y colocación de chata o papagayo según la necesidad del paciente. También se realiza la administración de medicación, la observación y constatación de la permeabilidad y funcionamiento de los accesos venosos periféricos o centrales, sondajes, drenajes y otros dispositivos.

Enfermería trabaja también en la educación al familiar/acompañante del paciente internado, que suele presentar dudas, inquietudes y miedos. Además de la asistencia al alta, el recibimiento de nuevos ingresos al servicio, la preparación prequirúrgica y post.

Los cuidados que se aplican generalmente son: la colocación del colchón anti escaras y control de su funcionamiento, colocación de sabanas limpias y estiradas, recambio de sabanas ante presencia de humedad o suciedad como por ejemplo migas, recambio de pañales con higiene perineal según necesidad y una vez por turno, colocación de apósitos en zonas con eritemas para evitar presión directa o sobreelevación de miembros, colocación de protecciones talaes, aplicación de silicona en spray y cremas humectantes, curación de úlceras/escaras y rotación de decúbito y educación al cambio de posición en pacientes con movilidad.

Los servicios de clínica médica cuentan con una hoja de ingreso en donde se valora la piel y mucosas del paciente, su color, la presencia de lesiones, edemas, la movilidad, si deambula o no deambula, su estado de conciencia, nivel de comunicación, si posee sonda vesical, alergias, antecedentes tanto quirúrgicos como crónicos, y estado de higiene.

Además, cuenta con una hoja de acciones de enfermería y evolución de pacientes, donde el enfermero puede describir todo lo observado y realizado durante la guardia. A su vez, al costado de este espacio, hay una lista de acciones que se deben ser tildadas si fueron realizadas, e incluye: acondicionamiento de la sala y/o unidad, cambio de decúbito, colocación de colchón anti escara y control, higiene perineal con o sin cambio de pañal, curación de escara o úlceras, control de micción y deposición, control de alimentación por sonda nasogástrica. Debajo también hay un pequeño espacio con renglones para agregar otras acciones que hayan sido realizadas y que no estén en la lista. Esta hoja no posee un apartado sobre valoración, o sobre cuidados preventivos más específicos.

Si bien parece ser que las condiciones están dadas para que la institución funcione de manera óptima y los cuidados preventivos se apliquen de manera completa logrando eliminar la ocurrencia de lesiones por presión, las lesiones continúan estando presentes. La institución cuenta con el personal suficiente, con una dinámica de trabajo organizada y estructurada, con presencia de protocolo y disponibilidad de recursos tanto materiales como tecnológicos, pero estas aún persisten.

La autora del proyecto realizó una entrevista informal con diferentes enfermeros de los servicios de clínica médica, con el fin de indagar acerca del fenómeno de lesiones por presión, considerando que quien cuenta con la información real generalmente no es la autoridad, sino quienes están en contacto continuo con el paciente. Esto se realizó con el fin de demostrar que, a pesar de que no haya datos estadísticos o resultados de una investigación realizada, no es una observación única de la autora. Estos colegas, manifestaron identificar también esta problemática y avalan lo que la investigadora plantea.

Población y muestra

La investigación contará con dos poblaciones:

- Población 1: Personal de enfermería (93)
- Población 2: Pacientes internados de riesgo bajo (68)

La población en estudio estará conformada por todos/as los/as enfermeros/as asistenciales que trabajen en las salas de clínica médica y todos/as los/as pacientes internados con riesgo bajo de contraer LPP de las salas de clínica médica (en el período de un mes). Se tomará la población total.

La primera unidad de análisis estará conformada por cada uno de los enfermeros del policlínico PAMI II que brindan tarea asistencial en los servicios de clínica médica excluyendo a los que cuenten con una antigüedad menor a 6 meses en la profesión y aquellos que solo cubran ocasionalmente guardias en el servicio.

La segunda unidad de análisis estará conformada por cada uno de los pacientes internados con riesgo bajo de contraer LPP en los servicios de clínica médica del policlínico PAMI II durante los meses de junio y julio del año 2025 y que al momento de la recolección de datos presenten un mínimo de 5 días de internación en adelante cuya edad oscile entre los 60 y 85 años.

Considerando aplicar con minuciosidad el segundo control de validez externa en función a esta población se considerará excluir a:

- Pacientes que puntúen por sobre riesgo bajo.
- Pacientes con enfermedades autoinmunes como diabetes, lupus, VIH.
- Pacientes que se encuentren en condición de neutropénicos, deshidratados o malnutridos.
- Pacientes con laboratorio alterado en cuanto a la albumina, glucosa, función renal, marcadores inflamatorios, recuento de leucocitos y de neutrófilos.

Con respecto a los criterios de exclusión planteados para ambas poblaciones se consideró el de regresión: Seleccionando participantes que tengan puntuaciones extremas en la variable medida (casos extremos) y que no se mida su valor real.

Validez externa: Los resultados obtenidos solo podrán ser generalizables para la población en estudio, no podrá generalizarse a otros servicios del policlínico, ni a pacientes con otros niveles de riesgo.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La observación será utilizada como técnica de recolección de datos para medir las variables “cuidados preventivos sobre LPP”, “ocurrencia de LPP” y “actualización sobre lesiones por presión”. La primera será a través de un instrumento estructurado de tipo check list realizado por la tesista, basado en los cuidados preventivos publicados por el Ministerio de Salud de la República Argentina, (Putruele y otros, 2022)

aquí, define los cuidados preventivos como el método más eficiente para el abordaje inicial de la lesión por presión, ya que la mejor estrategia frente al problema de las LPP es prevenir su aparición; la detección y el tratamiento precoz aceleran la recuperación y disminuyen las complicaciones. El check list consta de 24 ítems a evaluar, distribuidos en 2 dimensiones que son la valoración y el cuidado, y 5 subdimensiones como lo son la valoración de piel y tejidos, los cuidados preventivos de la piel, cambios posturales y movilización temprana, prevención de lesiones por presión relacionadas con dispositivos clínicos y acondicionamiento de la unidad. Aquí se observará y se tildará cada uno de los ítems SÍ (si se realiza) NO (si no se realiza). Las respuestas se codificarán de la siguiente manera: “sí se aplica” = 1 punto, “no se aplica” = 0 puntos. (ver anexo II)

Con respecto a la antigüedad en la profesión se completará el dato numérico en la misma lista de cotejo.

Será una observación participante. La observación participante implica que el responsable de recolectar los datos se involucre directamente con la actividad objeto de la investigación, lo que puede variar desde la integración total al grupo o ser parte de éste durante un periodo. La observación se realiza desde el interior del grupo, por lo que el que la realiza debe ser parte de este y someterse a sus normas. (Pineda y otros, 1994). Si bien las unidades de análisis podrían llegar a modificar su comportamiento ante la presencia y observación, inicialmente la investigadora no especificará lo que observará, pero brindará como dato certero que se realizará una investigación de enfermería sobre los servicios de Clínica Médica y el adulto mayor. Por lo tanto, el participante podrá estar concentrado en diversos aspectos, pero no sabrá puntualmente qué es lo que se está observando.

Para la variable “ocurrencia de LPP” se utilizará como instrumento una lista de cotejo, en la cual se tildará si la lesión por presión ocurre o no ocurre.

Por último, para la variable “actualización sobre lesiones por presión” se recolectará esta información a través de registros de departamento de enfermería. Para ambas variables la observación será no participante, ya que se recogerá la información desde afuera, sin intervenir para nada en el fenómeno en estudio.

La observación, según Hernández Sampieri y otros, (2014) es el registro sistémico, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, mediante un conjunto de categorías y subcategorías.

Las ventajas de la observación son que se pueden obtener datos independientemente de la voluntad de las personas y que se describen los hechos de

manera objetiva, sin intermediarios. Además, que representa un bajo costo monetario y material para el investigador.

Por otro lado, las desventajas de la observación son que se corre el riesgo de sesgar lo observado, obteniendo conclusiones erróneas, debido a la modificación del comportamiento del participante por sentirse observado. También, se pueden emplear juicios erróneos al no vincular de manera adecuada los indicadores con la realidad y las variables difíciles de observar pueden causar confusión.

Procedimiento de recolección de datos

La autora del proyecto se encargará de la recolección de datos, junto con 2 colaboradores. Para el relevamiento de los datos se considerará que se de en el contexto habitual, y se realizará con la dotación completa. En primer lugar, se recogerán los datos de las variables “cuidados preventivos brindados”, “antigüedad en la profesión” y “actualización sobre lesiones por presión”. La investigadora al momento de la observación tendrá en mano el instrumento de medición de la variable “cuidados preventivos sobre LPP” con el dato ya completado sobre la variable “actualización sobre lesiones por presión” previamente recolectado de registros brindados por departamento de enfermería, e irá rellenando en la parte superior del check list la antigüedad de cada uno según lo referido en función a quien está observando en ese momento.

En cuanto a la variable cuidados preventivos brindados se procederá a completar el check list según lo que se observa. Los datos de la cuarta variable “ocurrencia de LPP” serán recolectados en otra instancia, al momento del alta del paciente, y se tomará de su historia clínica.

Con respecto al adiestramiento a los colaboradores (cuarto control de validez interna), estos serán integrantes del personal de enfermería de otros servicios del Policlínico, por lo tanto, no será necesario adiestrarlos ya que también son profesionales. Se les explicará acerca de la técnica en sí misma de la recolección de datos, es decir, el momento en el cual relevar datos y tomar registro, cómo utilizar el instrumento y lo que se debe observar detalladamente.

Los datos no serán recolectados desde el primer momento, se establecerá junto a los colaboradores un punto, es decir, a partir del tercer paciente atendido. Los investigadores simularán estar tomando registro de todos los pacientes a los que se le está brindando cuidado, pero solo lo harán con los de bajo riesgo.

Al momento de la recolección de datos la autora del proyecto tendrá impreso el horario con los nombres de todos los enfermeros a observar, e irá tachando a quien haya observado por día. Esto servirá para llevar un registro ordenado de quien ya fue observado y quien aún falta, pero manteniendo el anonimato.

El tiempo estimado son 45 minutos por cada enfermero a observar, se realizará 2 días a la semana durante 3 horas, a lo largo de dos meses. A cada observador se le asignarán 31 enfermeros a evaluar, los horarios serán organizados previamente entre los investigadores, y se pautará también con el jefe del servicio. Se calculan 24 horas aproximadamente de observación por mes, por cada observador.

Amenazas y controles

- Administración de pruebas: que la aplicación de una prueba o instrumento de medición influya sobre la respuesta de los individuos al momento de recolectar el dato.

Control: para esto se realizará la prueba piloto sobre una muestra diferente a la de la recolección definitiva de datos.

- Instrumentación: que las pruebas o instrumentos aplicados a los distintos grupos que participan en el experimento no sean equivalentes.

Control: Para esto se especificará el tipo de instrumento y como se utilizará, además se probará mediante la prueba piloto y se adiestrará a los colaboradores explicando los datos a recolectar detalladamente.

- Inestabilidad del instrumento: Poca o nula confiabilidad del instrumento.

Control: Debido a que el instrumento es diseñado por la autora del proyecto y no se utiliza uno ya validado, se realizará su control de validez interna, que implica una prueba piloto con el objetivo de identificar algunos ítems o aspectos que pudieran resultar poco claros al momento de su aplicación. También nos permitirá minimizar sesgos potenciales en los resultados a causa de inconvenientes que puedan surgir durante la aplicación de los instrumentos y recolección de los datos.

El instrumento creado por la autora se sometió a una prueba piloto (tercer control de validez interna), con el fin de corroborar la confiabilidad y validez del instrumento. Se aplicó a 5 enfermeros con similares características a las unidades de análisis, pero en otro servicio del Policlínico.

Durante su aplicación, se pudo detectar que el tiempo de observación por enfermero oscila desde 30 a 60 minutos, según los cuidados que se aplican a cada paciente en particular, por lo tanto, se estima que el tiempo aproximado es de 45 minutos por enfermero a observar. Los ítems resultaron claros y fáciles de identificar en el instrumento al observar el cuidado, además de su practicidad ya que solo se debe tildar la columna correspondiente y continuar con la observación.

Consideraciones éticas

Beneficencia: Partiendo de que el diseño del presente estudio tiene un alcance descriptivo, no se podrán ofrecer beneficios directos o inmediatos para ninguna de las dos poblaciones. Como beneficio a futuro o largo plazo, para la población 1 será generar conocimiento, poniendo en discusión la temática sobre lesiones por presión, logrando replantear cuestiones que aporten los resultados. Y con respecto a la población 2, esta se podrá ver beneficiada por el conocimiento que se generó a través de estos resultados.

Justicia: Se asegurará que la selección de los participantes se realice de manera equitativa, sin poner en riesgo a un grupo para beneficiar al otro. Se brindará un trato justo con el objetivo de evitar situaciones de desigualdad, además, en todo momento se preservará la intimidad de los sujetos de estudio.

Autonomía: Se detallará toda la información de manera completa y clara en el consentimiento informado, asegurando la comprensión de los participantes. También se respetará su posibilidad de elegir y decidir su participación, como así también la libertad de retirarse del proyecto cuando lo desee.

Plan de análisis

El tipo de estadística que se aplicará es el de tipo descriptiva, ya que se busca reunir la información y comunicarla, se describirán y sintetizarán los datos y la situación. Se intenta demostrar si los enfermeros que aplican una valoración completa, pero no así los cuidados, aumentan la ocurrencia de LPP. Pineda y otros, (1994) plantea que este tipo de estadística se utiliza cuando se desea organizar la información para una presentación más clara. Teniendo en cuenta los objetivos específicos, inicialmente se llevará a cabo un tipo de análisis univariado. Luego, en función al resto de los objetivos específicos el tipo de análisis será bivariado, ya que hay presencia de relación entre dos

variables, donde se cruzarán las variables “actualización en el tema” y “antigüedad en la profesión”, también “ocurrencia de LPP” con “cuidados preventivos sobre LPP”, “actualización en el tema” se cruzará con “cuidados preventivos sobre LPP” y por último la variable “antigüedad en la profesión” con “cuidados preventivos sobre LPP”

La variable “cuidados preventivos sobre LPP” se reconstruirá en:

Sí se aplican – No se aplican.

Para calcular la puntuación, se sumará 1 punto por cada respuesta “sí se aplica”. Los ítems cuya respuesta es “no se aplica” se puntúan con 0 puntos.

La puntuación máxima que se puede obtener es 22 puntos. A partir de la puntuación se pueden calcular los siguientes índices:

- Índice de no aplicación de cuidados preventivos de LPP = 21 o menos cuidados aplicados.
- Índice de aplicación de cuidados preventivos de LPP = 22 cuidados aplicados.

Las subdimensiones y dimensiones se reconstruirán en:

Aplica de forma completa - Aplica de forma incompleta

Para calcular la puntuación, se contarán los ítems de cada una de las subdimensiones de manera individual, cada ítem valdrá 1 punto, el total indicará que la subdimensión está aplicada de forma completa y uno o varios ítems menores al total indicaran que la subdimensión esta aplicada de manera incompleta.

Subdimensión 1. 1:

3 puntos: Completa

2 – 0 puntos: Incompleta

Subdimensión 2.1:

4 puntos: Completa

3 – 0 puntos: Incompleta

Subdimensión 2.2:

8 puntos: Completa

7 – 0 puntos: Incompleta

Subdimensión 2.3:

5 puntos Completa

4 – 0 puntos: Incompleta

Subdimensión 2.4:

2 puntos: Completa

1 – 0 puntos: Incompleta

SUBDIMENSIONES	Puntos	APLICA DE FORMA COMPLETA	APLICA DE FORMA INCOMPLETA
Subdimensión 1. 1: <i>Valoración de piel y tejidos</i>			
Subdimensión 2.1: <i>Cuidados preventivos de la piel</i>			
Subdimensión 2.2: <i>Cambios posturales y movilización temprana</i>			
Subdimensión 2.3: <i>Prevención de lesiones por presión relacionada con dispositivos clínicos</i>			
Subdimensión 2.4: <i>Acondicionamiento de la unidad</i>			

Luego se sumará 1 punto por cada subdimensión correspondientes a cada dimensión, y el total nos indicará la aplicación completa de la dimensión en cuestión y la no aplicación de una o más subdimensiones nos indicará la aplicación incompleta de la dimensión.

DIMENSIÓN 1: está compuesta por 1 subdimensión, por lo tanto:

1 punto: APLICACIÓN COMPLETA DE LA SUBDIMENSION 1

0 punto: APLICACIÓN INCOMPLETA DE LA SUBDIMENSION 1

DIMENSIÓN 2: está compuesta por 4 subdimensiones, por lo tanto:

4 puntos: APLICACIÓN COMPLETA DE LA DIMENSION 2

3 – 0 puntos: APLICACIÓN INCOMPLETA DE LA DIMENSION 2

DIMENSIONES	Puntos	APLICA DE COMPLETA	APLICA DE FORMA INCOMPLETA
DIMENSION 1: <i>Valoración</i>			
DIMENSION 2: <i>Cuidados</i>			

El programa estadístico que se utilizará para realizar el proceso de tabulación y codificación será inicialmente Excel, allí se cargará la matriz de datos y posteriormente se enviará a un profesional estadístico para su análisis mediante el software Epi Info.

Para las variables planteadas en el proyecto, se utilizará la frecuencia relativa y absoluta, ya que se realizará una descripción de ese contexto de resultado.

En cuanto a la variable “antigüedad en la profesión” se recolectará el dato según lo refiera el encuestado y se separarán en distintos intervalos según la antigüedad: menor a 1 año, de 1-5 años, de 6-10 años, de 11-15 años, de 16-20 años, más de 20 años. Para luego aplicar las pruebas estadísticas de frecuencia relativa y absoluta. Estos datos serán representados mediante un histograma.

Para el análisis de la variable “actualización en el tema”, “cuidados preventivos sobre LPP” y “ocurrencia de LPP”, se codificarán los valores de respuesta de la siguiente manera:

Actualización en el tema: Se actualiza = 2, No se actualiza = 1.

Cuidados preventivos sobre LPP: sí se aplica = 1, no se aplica = 0.

Ocurrencia de LPP: Ocurre= 1, No ocurre= 0.

Se recolectarán los datos de cada una de estas variables para aplicar pruebas estadísticas de frecuencia relativa y absoluta, y luego se representarán mediante gráficos circulares.

Cronograma de actividades y plan de trabajo

Actividades	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Prueba piloto y recolección de datos						
Procesamiento y tabulación de datos						
Análisis de los datos						
Elaboración de los resultados						
Conclusiones						
Redacción de informe final						
Difusión de los resultados						

Referencias Bibliográficas

- Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. (2017). *Primer Consenso de Úlceras por Presión - PriCUPP*. Acad. Fortunato Benaim, Acad. Jorge Neira.
- American Cancer Society. (1 de Febrero de 2020). *American Cancer Society*. Cancer.org: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/piel-cabello-unas/ulceras-por-presion.html>
- Arriagada Tirado, B., Araya Santander, P., Chaparro Gutiérrez, J., Gómez Banda, C., Leyton, J., Molina- Chailán, P., . . . Méndez Celis, P. (2022). *Prevención de lesiones por presión en pacientes críticos adultos*. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva: <https://medicina-intensiva.cl/site/docs/CONSENSO2022.pdf>
- Asociación Médica Argentina. (2012). *Código de Ética para el Equipo de Salud*.
- Barba Monjón, M., Barberán García, C., Mariano, B. M., Manzanero López, E., Mata Baena, C., Pinto Serra, H., . . . Segovia Gómez, T. (2012). *Ulceras.net*. <https://ulceras.net/recursos.php?clase=2&tipo=1>
- Barco Díaz, V., Ramírez Martínez, M., & Álvarez, Z. d. (2017). La superación continua de enfermería y su contribución al desempeño de excelencia . *Revista Cubana de Enfermería*, pág. 106. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf12117.pdf>
- Cienfuegos Da Silva, K. P., & Saavedra Covarrubia, M. E. (2020). Cuidado de enfermería en la prevención de úlceras por presión en adultos mayores del servicio de medicina interna de un hospital local, Chiclayo 2019. *ACC CIETNA Para el Cuidado de la Salud*, 7((2)), 14-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.35383/cietna.v7i2.375>
- Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería. (2023). *Calidad y Seguridad del paciente en cuidados progresivos y humanizados*. Ministerio de Salud Argentina: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/calidad-y-seguridad-del-paciente-en-el-marco-de-los-cuidados-progresivos-y-humanizados>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código de Ética del CIE para las enfermeras*.
- Copeland, M. E. (1970). *La educación continua en enfermería de salud pública*.
- Duarte Figueroa, M. F., Pinzón Niño, B. S., Quiñones Quiroga, Y. P., & Torres Romero, C. A. (07 de 11 de 2023). *Universidad Cooperativa de Colombia*.

- Etchenique, S., Gugliara Cance, A., Aznar, Á., Lascano, H., Arce, W., Benavídez, L., . . . Juarez, L. (2019). *HELCOS*. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n1/1134-928X-geroko-31-01-41.pdf>
- Feijó-Bermeo, D. M., Armijos-Tenorio, P. A., & Requelme-Jaramillo, M. J. (2023). Factores de riesgo asociados a úlceras por presión: desde la perspectiva de enfermería. *Polo del conocimiento*, 8(8), 1123-1143. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i8>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Matiz-Vera, G. D., & González-Consuegra, R. V. (Diciembre de 2022). Conocimientos del equipo de enfermería en prevención de lesiones por presión en un hospital de Bogotá. *Gerokomos*, 33((4)), :256-262. <https://doi.org/https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v33n4/1134-928X-geroko-33-04-256.pdf>
- Maza Moscoso, C. P., Osuna-Padilla, I. A., & Maldonado Valadez, P. P. (2020). Manejo nutricional del paciente con úlceras por presión: una revisión de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo (RNCM)*, 4((1)), 56–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.35454/rncm.v4n1.162>
- Ministerio de Salud. (28 de 10 de 1991). *Argentina.gob.ar*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403/texto>
- Ministerio de Salud. (2024). *Argentina.gob.ar*. Educación Permanente en Salud: <https://www.argentina.gob.ar/salud/capacitaciones/educacion-permanente-salud>
- Montañez, C., Alexandra, R., Lancheros Umbarila, D. S., Trespalcio Roza, J. L., Bonilla Pinzón, L. C., Leal Tuta, M. F., & Moreno Ramirez, V. (2021). Cuidados de enfermería para prevenir las úlceras por presión durante la estancia hospitalaria. *Fucsalud*, 33((2)), 124-135. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1311>
- Moreno-Pina, P. J., Richart-Martinez, M., Guirao-Goris, J. A., & Duarte-Climents, G. (2007). *Academia*.

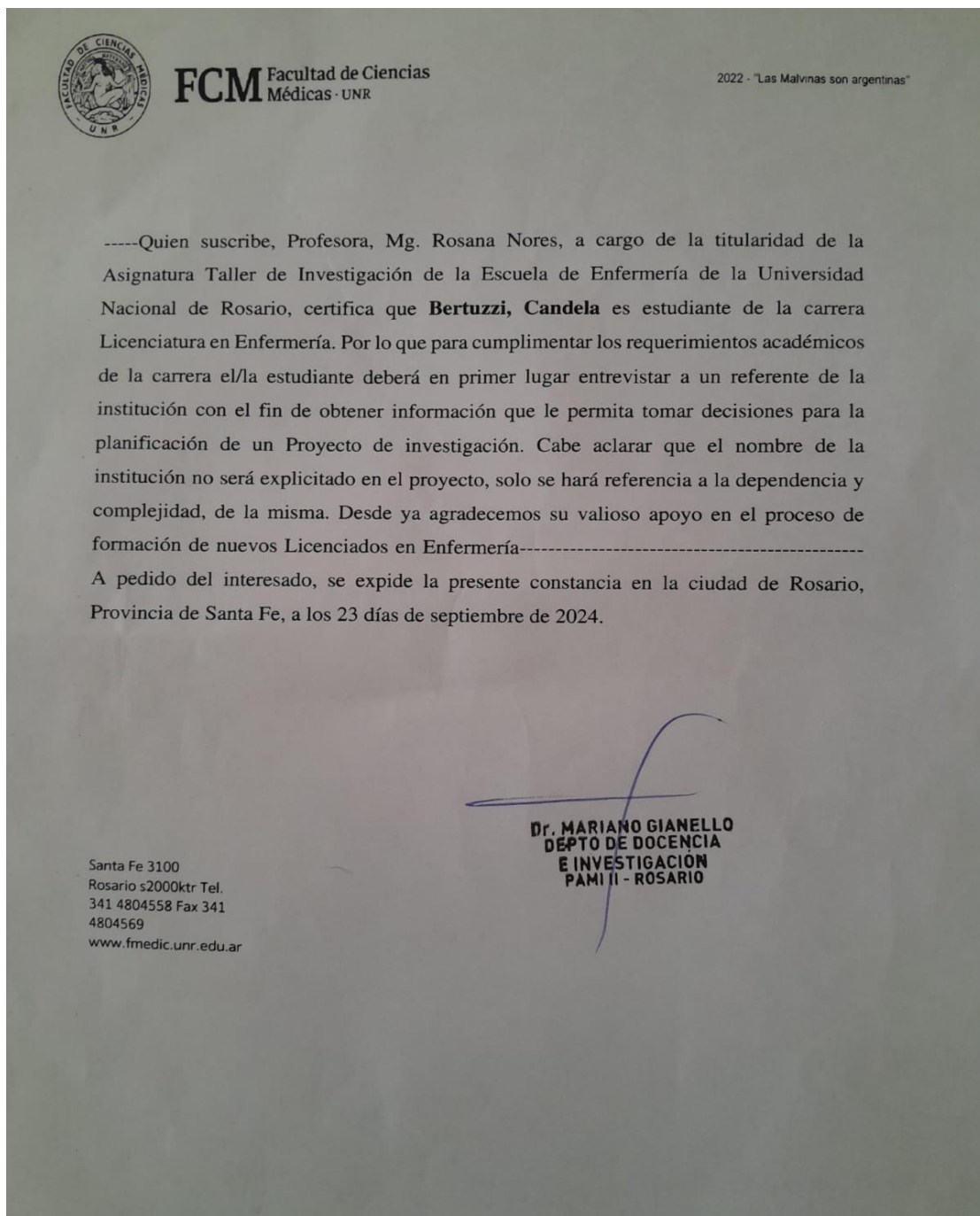
https://www.academia.edu/7392854/An%C3%A1lisis_de_las_escalas_de_valoraci%C3%B3n_del_riesgo_de_desarrollar_una_%C3%BAlcera_por_presi%C3%B3n

- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (24 de Enero de 2017). *National Pressure Injury Advisory Panel*. npiap.com: https://cdn.ymaws.com/npuap.site-ym.com/resource/resmgr/position_statements/npuap-position-statement-on-.pdf
- Pancorbo Hidalgo, P. L., Garcia Fernandez, F. P., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco Garcia, C. (2009). *Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión*. DOCUMENTO TÉCNICO GNEAUPP N° XI: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/19_pdf.pdf
- Panel Asesor Europeo de Úlceras por Presión, Panel Asesor Nacional de Lesiones por Presión y Alianza Panpacífica de Lesiones por Presión. (2019). *Prevención y tratamiento de úlceras/lesiones por presión: Guía de práctica clínica*. GNEAUPP: <https://gneaupp.info/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-injuriesclinical-practice-guideline/>
- Panel Asesor Nacional sobre Úlceras por Presión de los Estados Unidos, Panel Asesor Europeo sobre Úlceras por Presión, Alianza Pan-Pacífico sobre Lesiones por Presión. (2014). *GNEAUPP*. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida.: <https://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-guia-de-consulta-rapida-epuap-mpuap-ppia/>
- Patiño O., O. J., Aguilar, H. A., & Belatti, A. L. (2020). Actualización en la prevención de las úlceras por presión. *Revista Argentina de Quemaduras*, 30(2). <https://doi.org/https://raq.fundacionbenaim.org.ar/actualizacion-en-la-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/#:~:text=Para%20la%20OMS%20la%20incidencia,entre%20un%205%2D12%25>.
- Pineda, E. B., de Alvarado, E. L., & de Canales, F. H. (1994). *Metodología de la Investigación*. Organización Panamericana de la Salud.
- Puntunet Bates, M., & Domínguez Bautista, A. (2008). La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. págs. 115-117. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083g.pdf>

- Putruele, S., Quiroga, C., & Saenz Valiente, A. (2022). *Manual de Prevención y Tratamiento de Lesiones por Presión*. Buenos Aires, Argentina.
- Putruele, S., Quiroga, C., & Saenz Valiente, A. (2022). *Manual de prevención y tratamiento de lesiones por presión*.
- Quintanilla Martínez, M. (2010). *Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeríatricos*. Monsa Prayma.
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier España, S.L.
- Ríos, N. B. (2018). *Trovare Repositorio Institucional*. Factores personales, profesionales y motivacionales de los enfermeros que influyen en la participación de actividades de educación continua en una institución de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisyt/20220318141352/tesis-rios-norma.pdf>
- Roldán Valenzuela, A., Martos Medina, D., Conde Montero, E., Lloret Luna, P., Sánchez Rodríguez, J. M., Torres de Castro, O. G., . . . Carmona Vera, M. Á. (2023). *ulceras.net*. Úlceras por presión: Escalas: <https://ulceras.net/monografico/111/99/ulceras-por-presion-escalas.html>
- Rubio Sevilla, J. C. (2016). *Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/62838d32acd71_69_02.pdf
- Ruth Alexandra, C.-M., Ángela María, A.-T., Jenny Yasmin, S.-P., Margarita, P.-P., & Melany Yailyn, G.-R. (2022). Caracterización de lesiones de piel en una institución de salud. *Revista Ciencia y Cuidado. Scientific Journal of Nursing*, 19((2)), 50-60. <https://doi.org/https://doi.org/10.22463/17949831.3213>
- Salusplay. (2024). *Salusplay*. www.salusplay.com: <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-8-escalas-de-valoracion-upp>
- Sánchez Lorente, M. M. (2008). *Guía de Práctica Clínica de Enfermería*. Generalitat. Conselleria de Sanitat. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_425.pdf

- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int*, 33((1)), 11-14.
<https://doi.org/http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Wojnar, D. M. (2011). Teoría de los cuidados. En M. Raile Alligood, & A. Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (pág. 746). Elsevier España, S.L.
- Wounds Internacional. (2018). *Prevención y tratamiento de los desgarros de piel en la piel del adulto mayor*. Wounds Internacional:
<https://woundsinternational.com/es/uncategorized-es/recomendaciones-de-mejores-practicas-para-prevencion-y-tratamiento-de-los-desgarros-de-piel-en-la-piel-del-adulto-mayor/>

Anexo I



Aval institucional

Anexo II

Operacionalización de las variables

Variable 1: Cuidados preventivos sobre LPP (Cualitativa, compleja, independiente, nominal)

Definición conceptual: Los cuidados preventivos sobre LPP se definen como: “el método más eficiente para el abordaje inicial de la lesión por presión, ya que la mejor estrategia frente al problema de las LPP es prevenir su aparición. La detección y el tratamiento precoz aceleran la recuperación y disminuyen las complicaciones” (Putruele y otros, 2022)

Dimensión 1: Valoración

Subdimensión 1.1: Valoración de la piel y los tejidos

Indicadores:

- Inspeccionar la piel del paciente para identificar la presencia de eritemas.
- Valorar la temperatura de la piel y los tejidos blandos.
- Valorar la presencia de edemas y los cambios en la consistencia de los tejidos en comparación con los tejidos circundantes.

Dimensión 2: Cuidados

Subdimensión 2.1: Cuidados preventivos de la piel

Indicadores:

- Mantener la piel limpia y adecuadamente hidratada.
- Limpiar la piel inmediatamente luego de un episodio de incontinencia.
- Evitar utilizar jabones y detergentes alcalinos.
- Proteger la piel de la humedad con un producto de barrera.
- Valoración de exposición a la humedad (cambio de pañal, sus ajustes, ropa de cama)

Subdimensión 2.2: Cambios posturales y movilización temprana

Indicadores:

- Determinar la frecuencia de cambios posturales para cada persona, teniendo en cuenta su nivel de actividad, su movilidad y su capacidad para cambiar de posición sin ayuda.
- Determinar la frecuencia de cambios posturales para cada persona, teniendo en cuenta la tolerancia de la piel y los tejidos, el estado de salud general, los objetivos generales del tratamiento, la comodidad y el dolor.

- Implementar estrategias de recordatorios de cambios posturales para promover la adhesión a los planes de cambios posturales e insistir con su cumplimiento.
- Utilizar la posición de decúbito lateral a 30° mejor que la posición de decúbito lateral a 90° a la hora de posicionar al paciente.
- Mantener la cabecera de la cama lo más baja posible.
- Fomentar la sedestación fuera de la cama, en un sillón adecuado o silla de ruedas durante cortos periodos de tiempo.
- Enseñar y animar a las personas que pasan largos periodos de tiempo sentadas a realizar maniobras de alivio de la presión.

Subdimensión 2.3: Prevención de lesiones por presión relacionadas con dispositivos clínicos

- Revisar y seleccionar los dispositivos clínicos teniendo en cuenta el tamaño y forma correcto del dispositivo para la persona, que se pueda aplicar de forma correcta el dispositivo según las indicaciones del fabricante, que se pueda fijar correctamente.
- Supervisar con regularidad la tensión de las fijaciones de los dispositivos clínicos, y cuando sea posible pedirle a la persona que haga una autoevaluación de su comodidad.
- Valorar la piel debajo y alrededor de los dispositivos clínicos, para detectar lesiones relacionadas con la presión.
- Utilizar apósitos preventivos por debajo de los dispositivos clínicos para reducir el riesgo de presentar lesiones por presión relacionadas con dispositivos clínicos.
- Reducir y/o redistribuir la presión en la interfaz de contacto entre la piel y el dispositivo, rotando y cambiando con regularidad la posición del dispositivo, poner un apoyo físico a los dispositivos clínicos para minimizar la presión y el cizallamiento, retirar los dispositivos clínicos en cuanto sea posible.

Subdimensión 2.4: Acondicionamiento de la unidad

- Colocar colchón anti-escaras para proteger las zonas más sensibles
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama, mantenerlas limpias, secas y estiradas, sin arrugas y sin objetos extraños (restos de comida o migas)

Variable 2: Actualización sobre lesiones por presión

(Cualitativa, simple, independiente, nominal)

Indicadores:

✓ Se actualiza

✓ No se actualiza

Variable 3: Antigüedad en la profesión

(Cuantitativa, simple, independiente, de razón)

Indicador:

✓ Será la antigüedad en años según refiera el enfermero

Variable 4: Ocurrencia de LPP

(Cualitativa, simple, dependiente, nominal)

Esta información se recolectará mediante una valoración y observación.

Indicadores:

- Ocurre

- No ocurre

Instrumento de recolección de datos

CHECK LIST PARA EVALUAR LOS CUIDADOS PREVENTIVOS BRINDADOS SOBRE LPP.

Actualización en el tema: Antigüedad en la profesión:

DIMENSIONES	ITEMS	SI	NO
Dimensión 1:	Valoración		
Dimensión 1.1: <i>Valoración de piel y tejidos</i>	<i>Inspeccionar la piel del paciente para identificar la presencia de eritemas</i>		
	<i>Valorar la temperatura de la piel y los tejidos blandos</i>		
	<i>Valorar la presencia de edemas y los cambios en la consistencia de los tejidos en comparación con los tejidos circundantes</i>		
Dimensión 2:	Cuidados		
Dimensión 2.1: <i>Cuidados preventivos de la piel</i>	<i>Mantener la piel limpia y adecuadamente hidratada</i>		
	<i>Limpia la piel inmediatamente luego de un episodio de incontinencia</i>		
	<i>Evitar utilizar jabones y detergentes alcalinos</i>		
	<i>Proteger la piel de la humedad con un producto de barrera</i>		
	<i>Valoración de exposición a la humedad (cambio de pañal, sus ajustes, ropa de cama)</i>		
Dimensión 2.2: <i>Cambios posturales y movilización temprana</i>	<i>Determinar la frecuencia de cambios posturales para cada persona, teniendo en cuenta su nivel de actividad, su movilidad y su capacidad para cambiar de posición sin ayuda</i>		
	<i>Determinar la frecuencia de cambios posturales para cada persona, teniendo en cuenta la tolerancia de la piel y los tejidos, el estado de salud general, los objetivos generales del tratamiento, la comodidad y el dolor</i>		
	<i>Implementar estrategias de recordatorios de cambios posturales para promover la adhesión a los planes de cambios posturales e insistir con su cumplimiento</i>		
	<i>Utilizar la posición de decúbito lateral a 30° mejor que la posición de decúbito lateral a 90° a la hora de posicionar al paciente</i>		
	<i>Mantener la cabecera de la cama lo más baja posible</i>		
	<i>Fomentar la sedestación fuera de la cama, en un sillón adecuado o silla de ruedas durante cortos períodos de tiempo</i>		
	<i>Enseñar y animar a las personas que pasan largos períodos de tiempo sentadas a realizar maniobras de alivio de la presión</i>		
Dimensión 2.3: <i>Prevención de lesiones por presión relacionadas con dispositivos clínicos</i>	<i>Revisar y seleccionar los dispositivos clínicos teniendo en cuenta el tamaño y forma correcto del dispositivo para la persona, que se pueda aplicar de forma correcta el dispositivo según las indicaciones del fabricante, que se pueda fijar correctamente</i>		
	<i>Supervisar con regularidad la tensión de las fijaciones de los dispositivos clínicos, y cuando sea posible pedirle a la persona que haga una autoevaluación de su comodidad</i>		
	<i>Valorar la piel debajo y alrededor de los dispositivos clínicos, para detectar lesiones relacionadas con la presión</i>		
	<i>Utilizar apósitos preventivos por debajo de los dispositivos clínicos para reducir el riesgo de presentar lesiones por presión relacionadas con dispositivos clínicos</i>		
	<i>Reducir y/o redistribuir la presión en la interfaz de contacto entre la piel y el dispositivo, rotando y cambiando con regularidad la posición del dispositivo, poner un apoyo físico a los dispositivos clínicos para minimizar la presión y el cizallamiento, retirar los dispositivos clínicos en cuanto sea posible</i>		

Subdimensión 2.4: Acondicionamiento de la unidad	<i>Colocar y controlar funcionamiento de colchones anti escara para proteger las zonas más sensibles</i>		
	<i>Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama, mantenerlas limpias, secas y estiradas, sin arrugas y sin objetos extraños (restos de comida o migas</i>		

LISTA DE COTEJO SOBRE OCURRENCIA DE LPP

Ocurrencia de LPP	
Ocurre	<input type="checkbox"/>
No ocurre	<input type="checkbox"/>

Consentimiento informado

Consentimiento informado población 1

Yo.....DNI...
..... declaro que he sido informado/a e invitado/a por la Enf. Bertuzzi Candela, estudiante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario a participar en el proyecto de investigación denominado “Ocurrencia de LPP con relación a los cuidados preventivos brindados por el personal de enfermería según antigüedad en la profesión y actualización en el tema, en pacientes adultos mayores”. Entiendo que este estudio tiene como objetivo determinar la ocurrencia de LPP en relación con los cuidados preventivos brindados por el personal de enfermería según antigüedad en la profesión y nivel de formación. Me han explicado que la información registrada será anónima, que mi participación es absolutamente voluntaria y soy libre de retractarme en el momento que así lo desee, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Además, he sido informado acerca de que no se ofrecerá ningún beneficio y en cuanto a riesgos, entiendo que no hay ya que los resultados serán confidenciales para el investigador, no se compartirán con las autoridades y mi trabajo no se verá afectado ya que no se evaluará la calidad profesional. Certifico, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí, en su integridad.

Número de teléfono o contacto:

Fecha:

Nombre, apellido y firma del participante

Fecha:

Nombre, apellido y firma del investigador

Consentimiento informado población 2

Yo acepto participar de manera anónima y voluntaria en la investigación realizada por la Enf. Bertuzzi Candela, estudiante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, en el proyecto denominado "Ocurrencia de LPP con relación a los cuidados preventivos brindados por el personal de enfermería según antigüedad en la profesión y actualización en el tema, en pacientes adultos mayores". Declaro haber sido informado acerca de los objetivos de la investigación, se me ha explicado que no obtendré beneficio alguno como así tampoco riesgos, ni daños físicos. A fin de que conste, firmo la presente el día del mes de del año 2025

Firma del participante

Firma del investigador

Número de teléfono o contacto: _____