

Dermatitis asociada a incontinencia: conocimientos de estudiantes de enfermería y enfermeras clínicas de Jaén

Incontinence-associated dermatitis: Knowledge of nursing students and clinical nurses in Jaen

Sara Chiquero Valenzuela¹
Alfonso J. Cruz Lendínez²
Francisco Pedro García Fernández³

1. Enfermera. Máster en Investigación e innovación en salud, cuidados y calidad de vida. Doctoranda por la Universidad de Jaén.
2. Enfermero. Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.
3. Enfermero. Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Experto en el Cuidado de Heridas Crónicas acreditado por el GNEAUPP. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

Correspondencia:

Sara Chiquero Valenzuela
Paseo de la Estación 51, 2.º B
23007 Jaén
Tel.: 633 28 02 13
Correo electrónico: sara_cv_91@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de enfermería y las enfermeras clínicas acerca de la dermatitis asociada a incontinencia.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado en la Universidad y el Complejo Hospitalario de Jaén en 2015. Población: estudiantes de enfermería de 3^{er} y 4^o curso y enfermeras clínicas. Se recogieron variables sociodemográficas y para conocer el nivel de conocimientos. El cuestionario autoadministrado constaba de 20 preguntas sobre los aspectos identificativos de esta lesión siguiendo el modelo teórico desarrollado por García-Fernández y cols. El acierto de las 20 preguntas se consideró un 100% de conocimientos. Fue evaluado por tres expertos nacionales en heridas crónicas para elaborar su versión final. Análisis de datos: secuencial univariante de tipo descriptivo de las variables de estudio y bivariante para el contraste de hipótesis utilizando la prueba paramétrica *t* de Student, ANOVA y el coeficiente Rho de Spearman para las variables cuantitativas tras comprobar los criterios de normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Cuando no se cumplieron los criterios de normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: El número de cuestionarios cumplimentados fue 224. La media del nivel de conocimientos fue de 72,08 con una desviación estándar de 11,39. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,006$) entre el nivel de conocimientos de los estudiantes de enfermería y las enfermeras clínicas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el resto de variables.

Conclusión: El nivel de conocimientos de los estudiantes de enfermería y las enfermeras clínicas acerca de la dermatitis asociada a incontinencia es medio-alto.

PALABRAS CLAVE: dermatitis asociada a incontinencia, úlceras por presión, lesiones cutáneas asociadas a la humedad, incontinencia, heridas crónicas.

ABSTRACT

Aim: To establish the level of knowledge of nursing students and clinical nurses about incontinence-associated dermatitis.

Methodology: A cross-sectional study at the University and the Hospital of Jaen in 2015. Population: nursing students from 3rd and 4th grade and clinical nurses. Sociodemographic variables and variables to measure the level of knowledge were collected. The self-administered questionnaire consisted of 20 questions about the identifying aspects of this wound following the theoretical model developed by García-Fernández et al. Three Spanish experts in chronic wounds evaluated the questionnaire. Data analysis: sequential univariate descriptive variables and bivariate study for hypothesis testing using the parametric test *t*-Student, ANOVA and Spearman Rho coefficient for quantitative variables after checking normality criteria by testing Kolmogorov-Smirnov. When normality criteria were not met they were used nonparametric tests. A confidence level of 95% was used.

Results: The number of completed questionnaires was 224. The average level of knowledge was 72.08 (standard deviation 11.39). Correct answer of 20 questions was considered 100% of knowledge. Statistically significant differences ($p < 0.006$) in the level of knowledge between nursing students and clinical nurses were found. No statistically significant differences for the other variables were found.

Conclusions: The level of knowledge of nursing students and clinical nurses about incontinence-associated dermatitis is medium-high.

KEYWORDS: incontinence-associated dermatitis, pressure ulcers, dermatitis, moisture-associated skin damage, incontinence, chronic wound.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis asociada a incontinencia (DAI) es un serio problema de salud cuya prevalencia en personas hospitalizadas se encuentra alrededor del 27% según un estudio realizado en EE.UU.¹. Se trata de la lesión más común de las denominadas lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH)² y se define como la irritación, inflamación y erosión de la capa más superficial de la piel que se produce debido a la exposición continuada a la humedad procedente de la orina y las heces localizada en la zona perineal o perigenital, glúteos y muslos³⁻⁵.

Con el exceso de humedad, la piel pierde su impermeabilidad y aparece una sobrehidratación que, junto con el aumento de pH, consecuencia del metabolismo de la orina, favorece el daño en la piel^{5,6}. Un inadecuado manejo de la incontinencia también incrementa ese riesgo⁷⁻¹¹. Además, al verse comprometida la integridad de la piel aumenta el riesgo de infección, de lesiones por fricción y de úlceras por presión (UPP)¹²⁻¹⁴. Los principales agentes etiológicos de la DAI son las heces líquidas o sueltas, la orina maloliente sugestiva de infección urinaria y la combinación de heces y orina procedentes de la incontinencia urinaria (IU) y/o incontinencia fecal (IF), según el nuevo marco teórico propuesto por Rodríguez Palma¹⁵.

Las personas que se encuentran en especial riesgo de desarrollar DAI son los ancianos debido a la considerable prevalencia de la IU en este grupo poblacional¹⁶ y a los cambios que se producen en la piel haciéndola más vulnerable (menor elasticidad y recuperación, disminución del grosor de la epidermis, disminución del manto ácido natural y del sudor, mayor fragilidad y permeabilidad)^{12,17,18}. Por otra parte, en el ámbito social y psicológico, las personas que la padecen se sienten avergonzadas, sufren dolor y malestar^{2,13,19,20}.

En 2005, el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), en una conferencia de consenso en EE.UU. encabezada por Tom Defloor, diferenció por primera vez las lesiones por humedad de las UPP, ya que hasta entonces habían sido consideradas como equivalentes²¹. En ella también se estableció el término con el que hoy conocemos esta lesión, siendo 5 años más tarde, en una segunda conferencia internacional de consenso²² con clínicos e investigadores de EE.UU., Reino Unido y Europa occidental, la confirmación de la buena aceptación y difusión del término DAI.

También el nuevo modelo teórico desarrollado por García Fernández y cols.²³ acerca a los clínicos en la correcta separación y diferenciación de diversas lesiones cuyo único factor común es la dependencia: UPP, LESCAH, lesiones por fricción, lesiones combinadas y lesiones multicausales. Sin embargo, la evidencia empírica recogida en la literatura especializada señala que, a pesar de las guías y directrices facilitadas por sociedades científicas y diferentes autores, existen problemas relacionados con la diferenciación entre los primeros estadios de las UPP y la DAI^{13,17,21,24,25}, siendo hoy en día un desafío tanto para expertos como para enfermeras clínicas y estudiantes^{6,26}.

Hay varias razones que contribuyen a esa confusión en la diferenciación de estas dos lesiones. La primera es la localización; la zona sacroglútea es una zona donde ambas lesiones suelen estar presentes^{17,27-29}. La segunda es la posibilidad de presentar simultáneamente ambas lesiones, por separado o combinadas. La tercera es que hasta hace pocos años, la terminología de todas las lesiones de esta zona se agrupaba en una categoría común de UPP^{24,25}. La cuarta se deriva de la consideración de la IU y/o IF como factor de riesgo de las UPP; de hecho, es difícil encontrar escalas para la valoración del riesgo de UPP que no contengan estos ítems, los cuales están incluidos en más del 95% de estas^{12,17,30,31}. La quinta es la propia dificultad que encuentran las enfermeras en la

identificación y diferenciación de la DAI frente a las UPP estudiada en diversas investigaciones^{6,13,25-27}.

Pero sabemos que la educación de las enfermeras mejora su capacidad de diferenciación entre ambas^{23,27,32,33} como demuestran diversos programas de aprendizaje como el denominado PUCLAS (*Pressure Ulcer Classification*), realizado en más de 1000 enfermeras de distintos países²⁶.

Por tanto, la mejor forma de prevenir y tratar cualquier lesión empieza por su correcta identificación. Como refiere Teresa Segovia, hay que conocer a qué tipo de lesión de la piel nos enfrentamos para poder ofrecer los mejores cuidados¹², por lo que la formación en el conocimiento de estas lesiones debería ser un objetivo para los profesionales y las instituciones, ya que ayudaría a mejorar las habilidades de clasificación y su posterior manejo.

La DAI sigue siendo una lesión bastante desconocida, por lo que no es extraño leer en la literatura que son frecuentemente confundidas, infravaloradas y, en la mayoría de las ocasiones, tratadas como UPP con una gran variabilidad clínica y, por consiguiente, con resultados deficientes, tanto en su abordaje preventivo como curativo, con afectación en la calidad de vida de las personas que las padecen, sin mencionar los costos evitables para los sistemas sanitarios².

OBJETIVOS

1. Determinar el nivel de conocimientos que tienen estudiantes de enfermería y enfermeras clínicas acerca de la DAI.
2. Establecer qué aspectos de la identificación de la DAI son los mejor y peor conocidos, y
3. Identificar si tanto estudiantes de enfermería como enfermeras clínicas son capaces de distinguir las características diferenciales entre la DAI y las UPP.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, utilizando un cuestionario autoadministrado, durante el curso académico 2014-2015. La población de estudio son estudiantes de 3º y 4º Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén (España) y enfermeras clínicas de unidades donde esta lesión de la piel es más prevalente en el Complejo Hospitalario de Jaén (España): cuidados intensivos, medicina interna, neumología, cirugía, traumatología y pluripatológicos.

El tamaño de la muestra se determinó tras la realización de un estudio piloto utilizando 40 cuestionarios: 20 cuestionarios de estudiantes (10 de 3º y 10 de 4º) y 20 de enfermeras clínicas, para establecer la proporción de respuestas correctas tanto en estudiantes como en enfermeras clínicas para poblaciones finitas. El total de la población accesible lo conformaban 326 estudiantes (163 de 3º y 163 de 4º) y 184 enfermeras clínicas de las unidades antes descritas (50 de las unidades de cuidados críticos, 52 de unidades médicas, 52 de unidades quirúrgicas y 30 de unidades de media estancia). Así, y para conseguir una precisión del 5,00% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95,00% bilateral, asumiendo que la proporción de preguntas correctas esperada es del 71,5% y sabiendo que el tamaño total de estudiantes y de enfermeras clínicas es de 510, se estimó un tamaño muestral de 194 cuestionarios, 122 de estudiantes (repartidos entre 3º y 4º curso como representación del 63% de la población accesible) y 72 de enfermeras clínicas (como el 37% restante de la población).

Los estudiantes fueron seleccionados en función de la disponibilidad de estos en clase y en destinos de prácticas mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia, y las enfermeras clínicas mediante un muestro no probabilístico estratificado proporcional entre las enfermeras clínicas de las unidades antes especificadas por ser las de mayor prevalencia de esta lesión.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario creado para tal fin, dada su inexistencia en este problema de salud. El cuestionario utilizado constaba de dos partes. La primera hace referencia a las variables sociodemográficas de los participantes e incluye:

- Variables comunes para ambos grupos: sexo y edad.
- Variables específicas para los estudiantes: curso académico, destinos en sus prácticas clínicas, vía de acceso a la universidad.
- Variables específicas para las enfermeras clínicas: experiencia profesional, formación específica en esta área, investigación o participación en esta área, servicio donde realiza su actividad asistencial.

La segunda parte del cuestionario estuvo compuesta por los ítems relativos a la identificación de la DAI siguiendo el modelo teórico desarrollado por García-Fernández y cols.¹⁷ y versó sobre la causa, la localización, la forma, la posibilidad de necrosis, la profundidad, los bordes y el color.

Para la elaboración de esta segunda parte del cuestionario se realizó una validación por un panel de tres expertos nacionales de heridas con la intención de mejorar su diseño y su contenido para reelaborar el cuestionario que finalmente se pasó.

El proceso de elaboración del cuestionario tuvo diferentes fases:

- Primera fase: tras el análisis de las características de la DAI, se redactó una batería de 53 preguntas de tipo verdadero o falso para ser autoadministradas y se realizó un primer cribado discutido entre los investigadores dejando 31 ítems.
- Segunda fase: se recopiló la opinión sobre la pertinencia y la claridad de las 31 preguntas seleccionadas para que fuesen clasificadas por tres expertos nacionales en una escala Likert del 1 (peor grado de pertinencia/claridad) al 4 (mejor grado). A continuación, se puso en común el juicio de los tres expertos nacionales por preguntas y se llevó a cabo un segundo cribado. En este, se eliminaron aquellas preguntas en las que al menos uno de los tres expertos calificó con una puntuación de 1 o 2 alguno de los dos aspectos que se estaban evaluando (pertinencia y claridad), descartándose 11 preguntas.
- Tercera fase: elaboración del cuestionario final con las 20 preguntas restantes, distribuyéndolas aleatoriamente para que no estuvieran ordenadas por aspectos de la identificación. Además, se le añadió la primera parte del cuestionario, constituida por las variables sociodemográficas en función de la población (estudiantes y enfermeras clínicas).

Se construyó un índice de conocimientos puntuando cada una de las preguntas acertadas con 5 puntos. Las preguntas falladas o no contestadas ni sumaban ni restaban. El valor máximo que podría obtenerse sería el de 100 y su interpretación sería 100% de conocimientos.

La recogida de datos en el caso de los estudiantes se efectuó durante las horas de docencia de estos en las aulas (estudiantes de 3^o) y en destinos específicos donde se encontraban realizando prácticas (estudiantes de 4^o). En el caso de las enfermeras clínicas se contó con el apoyo de la Unidad de Estrategia de Cuidados y con los su-

pervisores de las unidades del Complejo Hospitalario de Jaén que entregaron los cuestionarios a los profesionales y fueron recogidos a las 48 horas.

El análisis de los datos fue de carácter descriptivo de tipo univariante y bivariante. Se efectuó un análisis descriptivo para cada una de las variables del estudio y se calcularon las medidas de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Para el contraste de hipótesis se utilizaron pruebas paramétricas (*t* de Student, ANOVA) en las variables cuantitativas tras comprobar que sí seguían los criterios de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Cuando no se cumplieron los criterios de normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas (coeficiente Rho de Spearman, U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis).

En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%, por lo que se estimó significativo un valor de $p < 0,05$.

➤ RESULTADOS

Descripción de la muestra

El número total de cuestionarios cumplimentados fue de 224 (tasa de respuesta del 100%), de los cuales 142 (63,4%) eran estudiantes [74 (30,4%) de 3^o y 84 (33%) de 4^o]. La mayoría de las participantes del estudio eran mujeres 75% ($n = 168$). La edad media fue de 30,83 años, con una desviación estándar (DE) de 12,44 [rango 20-60] años.

La descripción por grupos se presenta en la tabla 1. La mayoría de las estudiantes eran mujeres, constituyendo los dos tercios de la muestra. La edad media fue de 23,25 años, DE = 5,70 [rango 20-50]. La principal vía de acceso al Grado en Enfermería fue la selectividad. Casi la totalidad han realizado prácticas clínicas por unidades médicas y más de la mitad por el resto de unidades, por lo que con mucha probabilidad han cuidado a pacientes con DAI.

La mayoría de las enfermeras clínicas eran mujeres (cuatro de cada cinco), con una edad media de 46,20 años, DE = 7,04 años [rango 26-60]. Tres de cada cuatro enfermeras de la muestra tenían una experiencia superior a 15 años. En cuanto a la formación sobre DAI, la mayoría afirmaron no haber tenido un aprendizaje en esta lesión. Ninguna de las enfermeras participantes señaló haber participado en ningún tipo de trabajo de investigación relacionado con las DAI. Las enfermeras clínicas que respondieron al cuestionario se distribuyen de forma proporcional entre el número de estas de cada unidad, excepto pluripatológicos que tuvo menor participación.

Nivel de conocimientos

El nivel de conocimientos global fue del 72,08%, DE = 11,39. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables sexo y nivel de conocimientos ($p > 0,05$).

Sí hubo diferencias significativas ($p = 0,006$) entre el nivel de conocimiento y la variable nivel de preparación (estudiante de 3^o, estudiante de 4^o o enfermera clínica). También hubo diferencias entre las variables edad y nivel de conocimiento ($p = 0,026$), donde se estableció una relación positiva, a mayor edad, mayor nivel de conocimientos, pero con una fuerza de asociación pequeña (Rho de Spearman = 0,153).

En la tabla 2 se muestran los valores comparados por grupos. En la muestra de estudiantes no hubo diferencias significativas ($p > 0,05$) entre el nivel de conocimientos y las diferentes variables (sexo, curso,

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Variable	Grupos	N	%
Estudiantes	Curso	3º	68	47,89%
		4º	74	52,11%
	Sexo	Mujeres	101	71,1%
		Hombres	41	28,9%
	Vía de acceso	Selectividad	108	76,1%
		Formación profesional	26	18,3%
		Mayores de 25 o 40	6	4,2%
	Destino de prácticas	Otra titulación	2	1,4%
		Atención primaria	80	56,3%
		Unidades médicas	135	95%
		Unidades quirúrgicas	84	59,1%
		Residencia	72	50,7%
	Enfermeras clínicas	Sexo	Mujeres	67
Hombres			15	18,3%
Experiencia		>20 años	48	58,5%
		15-20 años	23	28%
		10-15 años	7	8,5%
		5-10 años	1	1,2%
Formación específica sobre DAI		<2 años	2	2,4%
		No	65	79,3%
Investigación		Sí	17	20,7%
		No	82	100%
Unidad	Sí	0	0%	
	Cirugía	25	30,5%	
	UCI	18	22%	
	Traumatología	12	14,6%	
	Neumología	11	13,4%	
	Medicina Interna	9	11%	
Pluripatológicos	7	8,5%		

Fuente: elaboración propia.
DAI: dermatitis asociada a incontinencia; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Tabla 2. Comparación del nivel de conocimientos y las diferentes variables

	Variable	Grupos	Conocimientos (%) ^a	Valor de p
Global	Sexo	Mujeres	72,17 ± 11,38	0,70
		Hombres	71,79 ± 11,53	
Estudiantes	Nivel de preparación	Estudiante de 3º	68,92 ± 12,39	0,006 ^b
		Estudiante de 4º	71,84 ± 11,55	
		Enfermera clínica	75,12 ± 9,49	
Estudiantes	Curso	3º	68,92 ± 12,39	0,15
		4º	71,84 ± 11,55	
	Sexo	Mujeres	70,15 ± 12,31	0,79
		Hombres	70,73 ± 11,48	
Estudiantes	Vía de acceso	Selectividad	71,06 ± 11,48	0,28
		Formación profesional	70,00 ± 13,41	
		Mayores de 25 o 40	58,33 ± 12,11	
		Otra titulación	70,00 ± 14,14	
Estudiantes	Destino de prácticas	Atención primaria	71,69 ± 11,90	0,34
		Unidades médicas	70,33 ± 12,05	
		Unidades quirúrgicas	70,42 ± 11,69	
		Residencia	69,79 ± 11,42	
		Cuidados intensivos	69,77 ± 13,36	
Enfermeras clínicas	Experiencia profesional	Otros	68,75 ± 6,40	0,27
		>20 años	75,19 ± 9,60	
		15-20 años	73,48 ± 9,58	
		10-15 años	80,00 ± 8,66	
		5-10 años	60,00 ^c	
		<2 años	75,00 ^c	
Enfermeras clínicas	Formación específica	No	74,13 ± 9,54	0,73
		Sí	78,82 ± 9,06	
Enfermeras clínicas	Unidad	Cirugía	77,00 ± 9,01	0,21
		UCI	71,39 ± 10,95	
		Traumatología	78,33 ± 7,78	
		Neumología	70,45 ± 8,50	
		Medicina Interna	75,56 ± 8,81	
		Pluripatológicos	79,29 ± 8,86	

Fuente: elaboración propia.
^aEl porcentaje de conocimientos se expresa como media y desviación estándar.
^bPresenta significación estadística.
^cAl presentar solo un caso no se calcula la desviación típica. UCI: unidad de cuidados intensivos.

vía de acceso, destino de prácticas). Los estudiantes de 3º curso obtuvieron unos resultados ligeramente inferiores a los estudiantes de 4º curso, pero no son significativos. Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre las variables edad y nivel de conocimientos ($p = 0,021$), donde se estableció una relación negativa: a mayor edad, peor nivel de conocimientos ($R = -0,194$), pero con una fuerza de asociación pequeña.

En la muestra de enfermeras clínicas no hubo diferencias ($p > 0,05$) entre el nivel de conocimientos y el resto de variables (sexo, edad, experiencia profesional, formación específica, unidad). La relación entre edad y nivel conocimientos calculada mediante la correlación de Pearson tampoco tuvo significación ($p = 0,27$).

Análisis de los distintos aspectos estudiados

En la tabla 3 se presentan las preguntas con mayor y menor porcentaje de aciertos clasificadas por aspectos identificativos, siendo el ítem 8 el más acertado y el 7 el peor. En la figura 1 se desglosan estos ítems por grupos; se encuentran diferencias entre enfermeras y estudiantes especialmente en los ítems 6 y 11 a favor de las enfermeras y en los ítems 1 y 17 a favor de los estudiantes.

En la figura 1 se presentan las preguntas correctas por ítem de los grupos. En la figura 2 se recogen los ítems agrupados por aspectos. Las preguntas más acertadas están relacionadas con los aspectos “causa” y “localización”, mientras que los aspectos más fallados y por tanto peor

Tabla 3. Síntesis del nivel de conocimientos clasificados por aspectos de la identificación

Aspecto	Media	Aciertos (%)	Enunciado de la pregunta
Causa	84,8	92,4	8. Si la humedad y la presión o cizalla están presentes a la vez, la lesión puede ser una úlcera por presión o una lesión de dermatitis asociada a incontinencia o una lesión combinada de humedad y presión
		86,6	12. La única causa de dermatitis asociada a incontinencia es la incontinencia urinaria
		83,5	18. La dermatitis asociada a incontinencia puede ser debida a incontinencia fecal
		76,8	10. Debe haber presión y/o cizalla para que se desarrolle esta lesión
Localización	77,9	87,1	4. Una combinación de humedad y presión puede causar dermatitis asociada a incontinencia en pliegues cutáneos
		79,9	6. El enrojecimiento perianal/irritación es muy probable que sea una lesión de dermatitis asociada a incontinencia derivada de las heces
		78,5	19. Una lesión limitada al surco anal puede ser que sea una lesión derivada de dermatitis asociada a incontinencia
		66,1	2. La dermatitis asociada a incontinencia puede producirse sobre una prominencia ósea
Profundidad	75,7	91,5	14. Si se infecta puede aumentar su profundidad y extensión
		79,5	20. Se ve afectada la capa más superficial de la piel
		56,3	17. Puede confundirse el estadio II de una úlcera por presión con dermatitis asociada a incontinencia
Bordes	75	75	3. Si aparecen bordes dentados en estas lesiones se considera que la lesión ha estado en presencia de fricción
Color	63,6	41,4	7. Si el enrojecimiento es no blanqueante, lo más probable es que sea una úlcera por presión
		68,8	9. La piel rosa o blanca de alrededor de la lesión indica maceración por la humedad
		76,8	15. En piel oscura la lesión se puede ver de color azul y/o púrpura
		67,4	1. El enrojecimiento de la lesión se distribuye uniformemente
Necrosis	63,4	63,4	13. La lesión suele evolucionar negativamente y producir necrosis
Forma	57	71,9	16. Las lesiones de dermatitis asociadas a incontinencia tienen forma circular y regular
		56,7	5. La piel está edematosa
		42,4	11. Las lesiones que se producen son superficiales y difusas

Fuente: elaboración propia.

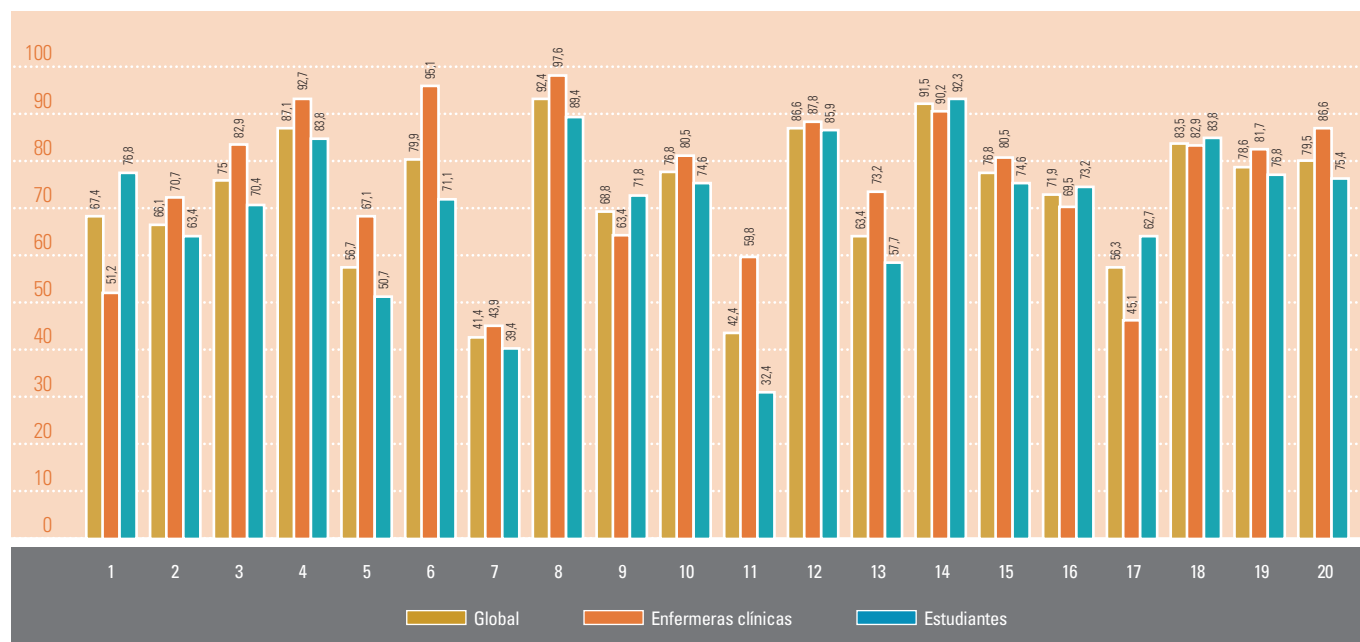


Figura 1. Preguntas correctas por ítem (global – enfermeras clínicas – estudiantes). Fuente: elaboración propia.

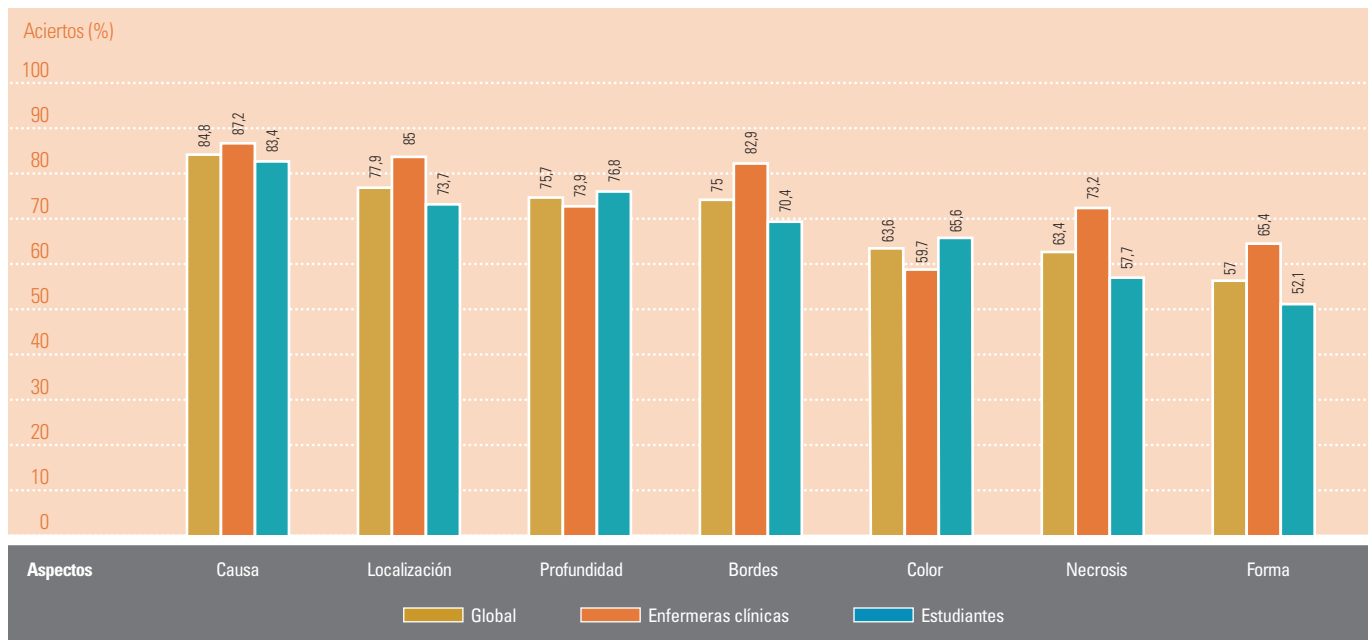


Figura 2. Preguntas correctas por aspecto (global – enfermeras clínicas – estudiantes). Fuente: elaboración propia.

conocidos por enfermeras clínicas y estudiantes son “forma”, “posibilidad de necrosis” y “color”. También podemos señalar que las preguntas más falladas en cualquier aspecto eran las más relacionadas con las UPP.

DISCUSIÓN

El perfil de la muestra es similar al de la profesión (mayoritariamente femenino). La vía de acceso a la universidad predominante fue la selectividad con más del 75% de los estudiantes. Las enfermeras clínicas de las unidades señaladas poseen una experiencia considerable; alrededor del 60% de estas tienen una trayectoria superior a 20 años.

Comentarios relativos al cuestionario

El primer resultado a destacar es que el nivel de conocimientos (72,08%) es medio-alto. A pesar de la escasa información y formación sobre la DAI, han sido capaces de deducir y contestar críticamente los ítems del cuestionario. También asumimos que, dada la voluntariedad del estudio, tanto los estudiantes como las enfermeras clínicas que respondieron al cuestionario fueron los más motivados y, por ello, posiblemente con una mejor preparación.

Según los resultados globales, la media en el nivel de conocimientos va en aumento a medida que se suma curso y experiencia. Las enfermeras clínicas obtienen las mejores puntuaciones en el cuestionario, lo que muestra que la madurez y la experiencia es un pilar fundamental.

Una cuestión que sorprende es que las preguntas menos acertadas por parte de las enfermeras clínicas sean las más relacionadas con la diferenciación con las UPP, con más de la mitad de errores, por lo que su distinción con la DAI parece ser dudosa ya que hacen referencia a las similitudes entre UPP y DAI, las cuales tienden a confundirse: preguntas 1, 7 y 17 (véase tabla 3). Asombra que otra de las preguntas más falladas sea la 9, ya que la maceración torna estas tonalidades en la zona perilesional de cualquier lesión en la que se produzca un exceso de humedad, y en este sentido, no es una característica única de la DAI. Por su parte,

los estudiantes fallan en una alta proporción las preguntas 7, 11 y 17, como les ocurre a las enfermeras clínicas. Difieren en las preguntas 2 y 5 (véase tabla 3). En esta población aparecen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos y la edad; obtienen peores resultados las personas de mayor edad debido quizá a no tener tan reciente el bagaje de estudio y capacidad crítica, o quizás también por mayores responsabilidades de otro tipo.

Una pregunta que se analiza individualmente y es de las más falladas en las dos poblaciones es la pregunta 11 (estudiantes, 32,4% de aciertos, y enfermeras clínicas, 59,8% de aciertos). Su falta de acierto hace dudar acerca de si conocen, comprenden y sabrían identificar esta lesión ya que, que se trate de un lesión superficial y difusa es prácticamente el mayor sello de identidad de la DAI (véase tabla 3).

En líneas generales, las preguntas más acertadas tanto por estudiantes como por enfermeras clínicas son prácticamente las mismas; la mayoría son las pertenecientes al aspecto “causa” y “localización”. Asumimos que el mayor acierto en estos dos aspectos puede que resida en la misma denominación de esta lesión, puesto que el término “dermatitis asociada a incontinencia” da bastantes referencias tanto de las posibles causas como de la localización. Los aspectos peor conocidos son la “forma”, “la posibilidad de necrosis” y el “color”. De nuevo, las preguntas menos acertadas de estos tres aspectos son las relacionadas con las UPP que no han sabido identificar.

Comentarios de otros aspectos

Ninguna de las enfermeras clínicas que cumplieron el cuestionario había participado ni realizado ningún trabajo de investigación sobre este tipo de lesiones. Quizá este hecho ponga de manifiesto lo que en tantas ocasiones se ha comentado en el mundo sanitario: la falta de relación, comunicación e incorporación entre investigación y práctica-variabilidad clínica. Como refiere García-Fernández³⁴, la investigación carecería de absoluto sentido si no se hacen válidas las investigaciones utilizando los hallazgos en la práctica diaria. Se debería apoyar la investigación desde el propio sistema sanitario y ahondar en las barreras que no permiten

la participación, la incorporación y la difusión de las nuevas evidencias y resultados de investigación en la práctica clínica. Debe ser la propia universidad el lugar donde se inicie la formación en materia de metodología de investigación y valoración crítica de los estudios ya que, de esta forma, los que un día serán los futuros profesionales tendrán mayor capacidad crítica y conocerán gran parte de los recursos disponibles. Con esta idea no se pretende que todas las enfermeras clínicas sean investigadoras, pero sí que tengan las herramientas y la capacidad para resolver cualquier duda que les surja en su práctica diaria con seguridad y tranquilidad de que lo que están adaptando es la mejor evidencia³⁵.

Como ponen de manifiesto Esperón y cols.³², la opinión de las enfermeras es prácticamente unánime sobre la existencia de variabilidad en la práctica clínica, llegando a enumerar hasta 202 razones, clasificadas en diez causas. El 65,5% de estas consideró que sí tenían formación específica en heridas y que la variabilidad estaba ligada a un déficit de formación. De esa variabilidad que las enfermeras manifestaban en el abordaje de cualquier tipo de herida crónica está muy presente la propia identificación y valoración de la lesión. Estos dos pasos dan la clave para conocer cuál podría ser el mejor abordaje y son el punto de partida que debe conocer, afianzar y dominar cualquier enfermera para poder garantizar la calidad de los cuidados a las personas que sufren estas lesiones. Este trabajo se ideó con esa intención, conocer cuáles son los puntos fuertes y los débiles, porque como se ha podido leer en la introducción, tradicionalmente las heridas en la zona glútea han sido tratadas como UPP a pesar de poderse tratar de lesiones diferentes con identidad propia^{12,17,21,24,27,29}.

Kottner y Hafelns¹³ examinaron la habilidad de las enfermeras en su práctica clínica para identificar lesiones debidas a la humedad. Las enfermeras eran entrenadas mediante presentaciones audiovisuales e instrucciones de manuales proporcionadas por la EPUAP. Una enfermera realizaba una valoración de la lesión en un determinado momento y más tarde, en un periodo entre unas pocas horas y un máximo de 3 días, esa misma lesión era valorada una segunda vez sin que las primeras enfermeras conocieran nada de esa segunda valoración. De un total de 339 valoraciones, las enfermeras coincidieron en el diagnóstico de lesión por humedad (sí/no) en 321 casos. En general, la proporción de acuerdo en la valoración de las lesiones por humedad fue alto y la falta de acuerdo y las imprecisiones podrían haber sido causadas por una insuficiente preparación y conocimiento, principalmente en la identificación de las lesiones por humedad. Aun así, no se pudieron determinar las razones particulares del desacuerdo. Este no es el único estudio que ha tratado de conocer el nivel de conocimientos y la habilidad de las enfermeras para identificar y clasificar lesiones en la zona glútea^{25,26,27,33}.

Una de las limitaciones de esta investigación es que el cuestionario, a pesar de haber contado con el juicio de expertos nacionales en heridas crónicas, no está validado y pudiera ser que las preguntas incluidas en el cuestionario no fuesen las mejores para medir el nivel de conocimientos relativo a la identificación de la DAI. Serían necesarios más estudios y la validación definitiva de este para poder dar completa validez y fiabilidad

a los resultados obtenidos. Se tomó la decisión de elaborar este cuestionario dada la inexistencia de uno que valorase el propósito de este estudio, ya que las escalas que pueden utilizarse para la DAI hacen referencia al eritema y a la valoración del riesgo: escala visual del eritema (EVE) y la escala de medida de la lesión perineal (PAT)^{2,6,12,17}. Por el contrario, sí hay una escala que mide el nivel de conocimientos y práctica de prevención y tratamiento de las UPP³⁶, desarrollada y validada por Pancorbo-Hidalgo y cols.³⁷, aparte de las numerosas escalas de valoración del riesgo (Norton, EK, Gosnell, Arnell, EMINA, Soldevilla, Braden, Waterlow, etc.)³¹.

Por otra parte, quizá la aportación más notable de este trabajo es la necesidad de seguir trabajando en el terreno de la identificación de esta lesión frente a otras, dado el vacío que existe en nuestro medio y la dificultad que presenta la correcta diferenciación de las lesiones de la piel.

Algunas ideas que mejorarían los conocimientos en los profesionales podrían ser:

- Facilitar que tanto los servicios de salud como las organizaciones profesionales nacionales e internacionales mejoren la difusión de las nuevas investigaciones y la incorporación de sus hallazgos a la práctica.
- Posibilitar y motivar una cultura de evidencia entre los profesionales para que sea desde ellos mismos desde donde parta la iniciativa de proporcionar unos cuidados de calidad.

CONCLUSIONES

- En general, el nivel de conocimientos de los estudiantes de enfermería y las enfermeras clínicas acerca de la DAI es medio-alto.
- Los aspectos mejor conocidos para la identificación de la DAI fueron la causa y la localización, y los peores, la forma, la posibilidad de necrosis y el color.
- La distinción entre UPP y DAI es compleja, y tanto estudiantes como enfermeras clínicas muestran peores resultados en las preguntas más relacionadas con las UPP ■

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no ha existido ningún conflicto de intereses en la realización de este trabajo.

Agradecimientos

Queremos agradecer a Dña. Estrella Perdomo Pérez, al Dr. Manuel Palma Rodríguez y a Dña. Teresa Segovia Gómez su participación como expertos. Sus opiniones fueron fundamentales en el diseño del cuestionario elaborado específicamente para este estudio. Y hacemos extensivo nuestro agradecimiento a todos y cada uno de los participantes del proyecto, porque con su colaboración han hecho posible que este trabajo saliera adelante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junkin J, Selekof JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(3):260-9.
2. Torra i Bou JE, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J, et al. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad: Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *Gerokomos.* 2013;24(2):92-6.
3. Gray M. Incontinence-related skin damage: essential knowledge. *Ostomy Wound Manage.* 2007;53(12):28-32.
4. Hellywood N, Holloway S. Risk factors for incontinence associated dermatitis: an evidence-based review. *Wounds UK.* 2014;10(4).
5. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Chimentão D, Coyer F, Domansky R, et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International.* 2015.
6. Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, et al. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012;39(1):61-74.
7. Beeckman D, Schoonhoven L, Verhaeghe S, Heyneman A, Defloor T. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs.* 2009;65(6):1141-54.
8. Fader M, Clarke O'Neill S, Cook D, Dean G, Brooks R, Cottenden A, et al. Management of night time urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *J Clin Nurs.* 2003;12(3):374-86.
9. Langemo D, Hanson D, Hunter S, Thompson P, Oh IE. Incontinence and incontinence-associated dermatitis. *Adv Skin Wound Care.* 2011;24(3):126-40; quiz 141-2.

10. Runeman B. Skin interaction with absorbent hygiene products. *Clin Dermatol*. 2008;26(1):45-51.
11. Zehrer CL, Newman DK, Grove GL, Lutz JB. Assessment of diaper-clogging potential of petrolatum moisture barriers. *Ostomy Wound Manage*. 2005;51(12):54-8.
12. Segovia-Gómez T, Bermejo Martínez M, García-Alamino JM. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenir las. *Gerokomos*. 2012;23(3):137-40.
13. Kottner J, Halfens R. Moisture lesions: interrater agreement and reliability. *J Clin Nurs*. 2010;19(5-6):716-20.
14. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. A systematic review and meta-analysis of incontinence associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Res Nurs Health*. 2014;37(3):204-18.
15. Rodríguez-Palma M. Revisión sistemática sobre los factores relacionados con la dermatitis asociada a la incontinencia. Propuesta de un nuevo modelo teórico [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante, 2015.
16. Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo M, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *Urod A*. 2010;23(1):52-66.
17. García Fernández F, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J, et al. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2006.
18. Allué Gracia M, Ballabriga Escuer M, Clerencia Sierra M, Gallego Domeque L, García Espot A, Moya Porté M. Heridas crónicas: Un abordaje integral. Huesca: Colegio Oficial de Enfermería de Huesca; 2012.
19. Bianchi J. Causes and strategies for moisture lesions. *Nurs Times*. 2012;108(5):20-2.
20. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence associated dermatitis: A consensus. *Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34(1):45-54.
21. Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M, et al. Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel—pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. *Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005;32(5):302-6.
22. Doughty D, Junkin J, Kurz P, Selekof J, Gray M, Fader M, et al. Incontinence-associated dermatitis consensus statements, evidence-based guidelines for prevention and treatment, and current challenges. *Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012;39(3):303-13.
23. García-Fernández FP, Agreda J, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence related lesions. *J Nurs Scholarsh* 2014;46(1):28-38.
24. Sampredo MAZ, Varela LC, Caro RT. Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. *Enfermería Global*. 2015;14(2):325-34.
25. Mahoney M, Rozenboom B, Doughty D, Smith H. Issues related to accurate classification of buttocks wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38(6):635-42.
26. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Paquay L, et al. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e3.
27. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Gunningberg L, Heyman H, et al. EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. *J Adv Nurs*. 2007;60(6):682-91.
28. Gibbon C. Moisture lesion or pressure ulcer? *J Community Nurs*. 2009 10;23(10):11.
29. Houwing RH, Arends JW, Dijk MR, Koopman E, Haalboom JR. Is the Distinction Between Superficial Pressure Ulcers and Moisture Lesions Justifiable? A Clinical Pathologic Study. *Skinmed*. 2007;6(3):113-7.
30. Waterlow J. Pressure sores: a risk assessment card. *Nurs Times*. 1985;81(48):49-55.
31. Pancorbo PL, García-Fernández FP, Soldevilla JJ, Blasco C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Logroño: GNEAUPP; 2009.
32. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez M, Antón Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García I, Soldevilla-Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos*. 2014;25(4):171-7.
33. Beeckman D, Schoonhoven L, Boucqué H, Van Maele G, Defloor T. Pressure ulcers: e-learning to improve classification by nurses and nursing students. *J Clin Nurs*. 2008;17(13):1697-707.
34. García Hernández FP. Evolución de la enfermería profesional en España. Del siglo XX al XXI. Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades 2001;10(32):23-7.
35. Ramos AJ, Fernández S. ¿Resulta útil la formación en Práctica Basada en Evidencia?. #3esalud - evidencia, eSalud e Innovación en salud y cuidados; Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, 2015.
36. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, López Medina IM, López Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *J Adv Nurs*. 2007;58(4):327-38.