

# PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS HOSPITALARIAS EN CUANTO A SU RESPONSABILIDAD ÉTICA Y LEGAL EN LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE PACIENTES A SU CARGO

The perception of hospital nurses in their ethical  
and legal implications in the development of  
pressure ulcers in patients in their care



**AUTORA: ENCARNA OLAVARRÍA BEVIDE**  
**DIRECTOR: JAIME ZABALA BLANCO**

Proyecto Fin de Máster: Gestión Integral e  
Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas

Junio 2013

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



*A mis hijos, Mario y Lucía, que estoicamente han  
sobrellevado mis ausencias y mis agobios en este año,  
tan duro para nosotros.*

*A Jaime, un tutor, simplemente excepcional.*



## ÍNDICE

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2. EXPERIENCIA DEL INVESTIGADOR Y DIRECTOR .....	8
3. RESUMEN.....	10
4. ABSTRACT .....	12
5. PALABRAS CLAVES .....	14
6. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN .	15
7. HIPÓTESIS .....	26
8. OBJETIVOS .....	27
9. METODOLOGÍA .....	28
A. PROPÓSITO DEL ESTUDIO .....	28
B. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	28
C. ÁMBITO DEL ESTUDIO.....	29
D. DURACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
E. POBLACIÓN A ESTUDIO.....	30
F. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	31
G. VARIABLES.....	31
H. TAMAÑO MUESTRAL .....	32
I. RECOGIDA DE DATOS.....	32
J. ANÁLISIS DE DATOS .....	36
K- LIMITACIONES.....	39
10. PLAN DE TRABAJO .....	41
A. PRELIMINARES ADMINISTRATIVOS .....	41

B. PRELIMINARES AL TRABAJO DE CAMPO.....	42
C. TRABAJO DE CAMPO.....	42
D. PROCESO ANALÍTICO .....	43
E. ELABORACIÓN DEFINITIVA Y CONCLUSIONES .....	43
11. ASPECTOS ÉTICOS.....	44
12. PLAN DE DIFUSIÓN .....	46
13. RECURSOS DISPONIBLES PARA REALIZAR EL PROYECTO.....	47
14. PRESUPUESTO SOLICITADO Y JUSTIFICACIÓN .....	48
15. BIBLIOGRAFÍA .....	51
16. ANEXOS.....	55

## 1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

- Percepción de los profesionales de enfermería hospitalarios (PEH) en cuanto a su responsabilidad ética y legal en la aparición de las úlceras por presión (UPP) de pacientes a su cargo.
- The perception of hospital nursing professionals (HNP) in their ethical and legal responsibility in the development of pressure ulcers (PU) in patients in their care.

## 2. EXPERIENCIA DEL INVESTIGADOR Y DIRECTOR

### **INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Encarna Olavarría Beivide

- Diplomada en Enfermería , Universidad de Cantabria, 1984/87
- Máster en Bioética, Universidad Complutense de Madrid, 2006/08
- Experto en Estomaterapia, Universidad Europea de Madrid, 2007/08
- Experiencia profesional:
  - Asistencial:
    - Enfermera asistencial en unidades de cirugía general y consultas especiales, 1987/97 (H. Cruz Roja de Torrelavega y Sierrallana)
    - Supervisora Unidad de Cirugía General, 1997/...
  - Docente:
    - Profesora asociada en prácticas E U Enfermería de la Universidad de Cantabria, curso 2012/13
    - Profesora colaboradora honorifica en la asignatura Ética y Legislación de la EU Enfermería de la Universidad de Cantabria, cursos 2011/12 y 2012/13
  - Investigadora: autora de diversas ponencias y comunicaciones científicas a Congresos Nacionales. Se detallan las más recientes (años 2012/13):
    - Comunicación: Estrategia formativa para impulsores de Guías de Buenas Prácticas. VIII Congreso Nacional de enfermería en ostomías, Tenerife, mayo 2013.
    - Ponencia: Manejo dietético-nutricional del paciente obeso con banda gástrica. VII Congreso de la Sociedad andaluza de nutrición clínica y dietética. Sevilla, marzo 2012
    - Comunicación: Gangrena sinérgica de Meleney en cara. II Congreso de la sociedad española de heridas. Madrid, febrero 2012

**DIRECTOR DE PROYECTO FIN DE MASTER:** Dr. Jaime Zabala Blanco

- Diplomado en Enfermería
- Especialista en Dirección de hospitales
- Máster en Bioética
- Licenciado en Antropología Social y Cultural
- Doctor por la Universidad de Cantabria

### 3. RESUMEN

La úlcera por presión (UPP) es una *lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado* (1). Se producen a diario en nuestros hospitales con una prevalencia media de 10,05% (2). Sin embargo autores como Palm Hibbs pusieron de manifiesto (3) que alrededor del 95% son evitables.

La formación académica en cuanto a la prevención y cuidado de las UPP de los estudiantes de enfermería de nuestro país es escasa, y los planes formativos de los centros de trabajo orientados a la actualización de conocimientos de los profesionales en materia de heridas es heterogénea y como norma general, de carácter voluntario.

Todo ello nos lleva a cuestionar la adecuada práctica profesional en la prevención de estas lesiones, además de abrir un campo a las posibles responsabilidades legales por mala praxis tanto desde el punto de vista de los conocimientos como de las intervenciones (u omisiones). Desde el análisis bioético, quedaría vulnerado uno de los principios de la ética de mínimos: el principio de no maleficencia como esencialmente la obligación de no hacer daño, y uno de los principios de la ética de máximos: la beneficencia, como obligación moral de obrar para beneficiar.

El objetivo general del estudio es identificar la percepción que los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en unidades de hospitalización tienen en cuanto a su responsabilidad ético-legal en la aparición de las UPP de pacientes a su cargo.

Relacionar la percepción de su propio conocimiento en cuanto a la prevención y cuidados de las UPP, con el de la legislación vigente y los aspectos éticos, en el ejercicio de su práctica profesional, nos permitirá establecer un punto de partida en una realidad percibida por los

profesionales de enfermería. La reflexividad como herramienta de análisis nos va a facilitar poder elaborar estrategias para la concienciación por parte de los profesionales y el desarrollo de prácticas basadas en la mejor evidencia disponible, encaminadas a la minimización de las lesiones.

Se trata de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico desde el paradigma interpretativo. La duración del estudio es de dos años (sujeto a prorrogar los tiempos, derivado de los hallazgos y la posible inclusión de nuevos informantes). Los participantes son profesionales de enfermería que prestan sus servicios en los diferentes hospitales de Cantabria (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Sierrallana y Hospital de Laredo). Se empleará como herramienta de recogida de datos la entrevista semiestructurada.

## 4. ABSTRACT

The pressure ulcer (PU) is a lesion located on the skin and/or underlying tissue usually over a bony prominence, as a consequence of pressure or pressure combined with shear. A number of other contributing and sometimes contradicting factors can be also associated with pressure sores: the importance of which has still not been explained (1). They occur on a daily basis in our hospitals at an average prevalence of 10.05% (2). However, writers such as Palm Hibbs revealed in their studies (3) that some 95% are preventable.

The academic training oriented to the prevention and care of pressure sores for nursing students in our country is limited while educational courses in the workplace, designed to update the knowledge of professionals specialized in the area of sores, are heterogeneous and commonly of a voluntary character.

All this leads us to question us the proper practice for the prevention of these lesions, as well as opening up a new field to potential legal responsibilities for malpractice, either through a lack of knowledge or via incorrect or missed procedures. In terms of bioethical analysis, one of the basic principles of ethics would be violated: the principle of non-maleficence behavior, understood as essentially being the obligation to cause no harm, and one of the maximum principles of ethics: beneficence, understood as a moral obligation to act in the common good.

The main objective of this study is to discover the perception of nursing professionals in hospitals in terms of their legal and ethical responsibility in the appearance of PU in patients under their care.

Relating the perception of their own knowledge with regards to the prevention and care of pressure sores to current legislation and ethical aspects, in course of professional practice, will allow us to establish a starting point in the reality perceived by nursing professionals. Reflexivity, as a tool for analysis, will offer us the opportunity to create strategies in order to raise awareness by professionals and the development of practices based on the best available evidence, designed to minimize lesions.

This is a qualitative study with a phenomenological approach from the interpretive paradigm. The duration of the study is two years (subject to extensions, depending on findings and the possible inclusion of new contributors). The participants are nurses who lend their services to the various hospitals of Cantabria (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Sierrallana and Hospital of Laredo). The information required will be collected during semi-structured interviews.

## 5. PALABRAS CLAVES

- Enfermera hospitalaria / hospital nurseries
- Bioética / Bioethics
- Legislación / Legislation
- Úlcera por presión / Pressure Ulcer
- Conocimiento / Knowledge
- Responsabilidad legal / Legal liability
- Mala praxis / Malpractice
- Investigación cualitativa / qualitative research

## 6. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión son lesiones en los tejidos de la piel que se vienen produciendo desde hace siglos en pacientes, como consecuencia de grandes periodos de encamamiento, exposiciones a la humedad, fricciones, inmovilidad, sin atender a clases sociales. No hay distinciones para este evento (4).

Se tienen referencias en escritos de la Biblia en los que se relatan las úlceras que padecieron los egipcios en la sexta plaga (Éxodo 9:8-12), que propició Moisés a su regreso a Egipto para liberar a Israel. Desde entonces a nuestros días, han sido miles las personas anónimas que han padecido el efecto de estas lesiones sin que ello produzca una sensibilización profunda al respecto, sin embargo la sociedad se paraliza cuando algún personaje famoso es víctima de una de ellas. Podemos recordar el caso del actor Christopher Reeve, que como consecuencia de su tetraplejía, sus tejidos sucumbieron a lo que algunos autores han dado en llamar la epidemia bajo las sábanas (5). Otros personajes históricos como Carlos I o Felipe II fueron también víctimas mortales de estas lesiones. Curiosamente no es hasta el S.XVI cuando un cirujano holandés (Fabricius Hildanus) se refiere de forma explícita respecto a su prevención.

Vemos pues, que el hecho de la aparición de úlceras no es una circunstancia novedosa de estos últimos años. Lo que si podemos afirmar es que, por diversas razones que iremos viendo, un evento que hasta hace no demasiados años quedaba circunscrito a la desgraciada complicación inevitable de una situación compleja (pacientes ancianos, estados terminales, inmovilizados severos, desnutridos) empieza a tomar peso específico en las instituciones sanitarias como un verdadero problema a nivel asistencial, social, económico y legal.

El estudio que aquí se plantea no es posible enmarcarlo desde una sola perspectiva dado que en el fenómeno que estudiamos confluyen diferentes dimensiones, y solo la conjunción de todas ellas facilitará la comprensión del problema y permitirá su abordaje.

Las estructuras a las que nos referimos son:

- Las UPP en nuestro país dentro de la perspectiva de su prevalencia/incidencia.
- La formación de los profesionales de enfermería.
- El marco jurídico.
- La cultura ética de la profesión de enfermería
- El concepto de responsabilidad como compromiso adquirido.

### **Las UPP en nuestro país dentro de la perspectiva de su prevalencia/incidencia**

Es necesario conocer la magnitud del problema que representa la aparición de UPP en nuestro entorno para poder después encararlo, tanto desde el punto de vista de la prevención como de la terapéutica y minimizar de esta manera las repercusiones y consecuencias que representan. A pesar de que como ya hemos dicho, las UPP no son algo nuevo, si es cierto que durante mucho tiempo se han ido acallando sus consecuencias sin la posibilidad de estimarlas y hacerlas visibles.

En los últimos años se ha producido una concienciación por parte de profesionales de la salud y de las instituciones en relación con la aparición de las lesiones. Es por ello que grupos de profesionales, se han ido constituyendo (GNEAUPP, 1994) con el afán de conocer el fenómeno en sí mismo, concienciar a la sociedad y colaborar en la discusión y la difusión del conocimiento científico, con el objetivo último de disminuir su prevalencia y su incidencia. En esta línea, en el año 2001 (6) se lleva a cabo el primer estudio nacional de prevalencia de UPP en nuestro país. Este primer estudio ha dado lugar a otros en los años 2005 (7) y 2009 (2). En la actualidad se están recogiendo datos para el 4º estudio del que aún no tenemos resultados. El 3er estudio (2), al que vamos a referirnos, puso de manifiesto que los resultados en España estaban en consonancia con los de otros países europeos similares socioeconómicamente, lo que nos permite hacernos una idea de que no estamos ante una

circunstancia limitada solamente a nuestro entorno. Algunos de los resultados obtenidos a nivel hospitalario se recogen en el diagrama 1.

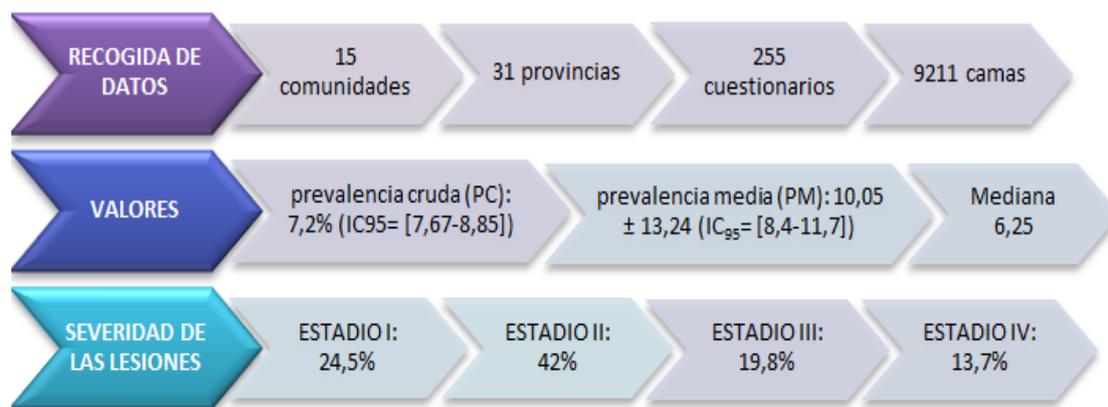


Diagrama 1: Resultados del 3er estudio nacional de prevalencia de UPP

Según el estudio, el 75,8% de los pacientes hospitalizados con UPP supera los 65 años. Todo ello nos da una idea de la realidad a la que nos enfrentamos, dada la potencia de la herramienta de análisis, lo que sin duda, ayudará a estudiar las causas, a establecer políticas sanitarias más eficientes y por supuesto, a reconocer y dar visibilidad a la existencia de estas lesiones. No podemos perder de vista el gasto que generan a la sanidad pública, en un tiempo en el que la crisis económica impone políticas cada vez más restrictivas, sabemos que el cuidado de las heridas representa el 5% del presupuesto sanitario (8). Además factores como el envejecimiento progresivo de la población y patologías crónicas como la obesidad, la diabetes... no hacen sino situarnos ante un horizonte que nos muestra un panorama cada vez más complejo si no somos capaces de implementar medidas que nos permitan minimizar este evento, máxime si como ya hemos mencionado, alrededor del 95% de estas lesiones se pueden evitar.

### La formación de los profesionales de enfermería

Los profesionales de enfermería en España derivan su formación de unos estudios reglados que en los últimos años han sufrido una transformación importante, no sólo a nivel de estructura sino también a nivel de contenido, debido en gran parte a la adhesión al Marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) (9).

Un estudio publicado en 2007 en el que se determinaba el grado conocimientos sobre prevención y tratamiento de UPP en personal de enfermería (10), concluyó con unos resultados aceptables que arrojaban un índice global de conocimiento del 70%. Al llegar al entorno de trabajo, muchos de estos profesionales se encuentran con barreras y problemas que dificultan el buen ejercicio de su profesión, por supuesto ajenas a lo que en realidad es la práctica enfermera, como los ratios enfermera/paciente deficientes, recursos materiales escasos, salarios bajos, malas condiciones de trabajo, rotación de turnos... lo que en ocasiones lleva al desánimo y la desmotivación.

La formación postgrado y la actualización de conocimientos son parte de la responsabilidad profesional. Nos corresponde por lo tanto saber cuáles son las mejores prácticas y aplicarlas en cada momento.

Si bien es cierto que muchos centros hospitalarios, integran en sus planes de formación, cursos de capacitación en cuidados de UPP tanto para auxiliares de enfermería (prevención) como para enfermeros (prevención y tratamiento) con el fin de disminuir, a través de la estrategia formativa, sus tasas de incidencia de estas lesiones. Será del todo insuficiente si paralelamente no se incorporan materiales e implantan protocolos de actuación actualizados basados en la mejor evidencia, además de establecer mecanismos que garanticen la aplicación de estos. En la cuestión que nos ocupa no solo vale con *saber*, sino que hay que *hacer y saber hacer*.

Algunos profesionales, en ocasiones, sustituyen esa práctica normatizada por su propia indicación, basada más en experiencias e intuiciones, que en las recomendaciones de la comunidad científica. Esto unido al "dejarse llevar" por la rutina del trabajo puede hacernos caer en esa máxima tan recurrente de hacer las cosas "*como toda la vida se hicieron*".

### **El marco jurídico.**

Si abordamos el marco legal en el que se desarrolla nuestra práctica enfermera relacionada con la aparición de las UPP, nos podremos dar cuenta que seguiremos "protegidos" mientras los usuarios y la sociedad en general sigan considerando estas lesiones como un mal menor e inevitables, dentro de una circunstancia más compleja, que incluso asumen como

“normal”, sin dar importancia a las consecuencias a las que pueden derivar (infecciones, amputaciones, muerte).

Sin embargo es un hecho que las cosas están cambiando en este aspecto y en países como EEUU e Inglaterra, profesionales de la salud, jueces y usuarios, empiezan a pronunciarse con rotundidad por un cambio de concepto tanto en cuanto de su previsibilidad como de su gravedad (11). Desde la normativa de nuestro país, podríamos decir que la aparición de UPP conculca una serie de derechos y de leyes claramente tipificados:

- La Declaración de Derechos de los Seres Humanos de 10 de diciembre de 1948 (*Art. 5: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”*).
- El Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (*Art. 3: “Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*).
- La Constitución (*A lo que se añade lo que dispone en el Art. 15: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. (...)”*).
- El código penal (*Art. 153: “El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien (...) se hallen sujetos a (...) guarda de hecho (...), será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica” y Art. 173: “El que infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años”*).

Con todo lo expuesto, podríamos decir que existe suficiente desarrollo legislativo, sin embargo aún queda mucho camino por recorrer aunque se están produciendo ya, de manera incipiente en nuestro país, sentencias condenatorias o absolutorias en las que las UPP son elementos protagonistas.

Estamos despertando del letargo y cada vez más se reclama de los servicios de salud responsabilidades en relación a:

- La existencia en los centros de protocolos de actuación para la prevención y tratamiento de la UPP (actualizados y basados en la mejor evidencia)
- La existencia en los centros de material adecuado para la prevención y tratamiento (superficies especiales de manejo de presión, apósitos, productos barrera...)
- La existencia en los centros de un sistema de registro normatizado (historia clínica, registro específico de UPP, escalas de riesgo...)
- La existencia de consentimientos informados específicos (desbridamiento cortante, limpieza quirúrgica...)
- La existencia de criterios para ingresos “por” UPP o altas “con” UPP.

Quedará a interpretación de los jueces tipificar los hechos de una u otra manera, con dolo o sin él, pero en cualquier caso nos corresponde a los profesionales obrar de acuerdo a la *lex artis*.

### **La cultura ética de la profesión de enfermería.**

La profesión de enfermería tal y como la entendemos en la actualidad no tiene un poso histórico como el de otras profesiones, séase la medicina o la judicatura. Nos hemos ido desarrollando como un servicio a la sociedad u oficio, conocido hasta hace unos años como enfermeras y practicantes. En el año 1944 se dicta la Ley de Bases (12) por la se organiza la representación de los profesionales sanitarios por parte de los Colegios, “*que agruparan oficial y obligatoriamente en su seno a cuantos ejerzan una profesión sanitaria*”. Entre los años 50 y 70, se acuñó el término A.T.S. (Ayudantes Técnicos Sanitarios) tras la creación de escuelas de formación, pero no es hasta 1977 cuando se crean las Escuelas Universitarias de Enfermería, donde se forman los profesionales con una titulación universitaria. Desde entonces hasta nuestros días siempre ha habido un denominador común, el cuidado, y son muchos los aspectos éticos en el acto de cuidar.

Cuando hablamos de la ética aplicada a las ciencias de la salud hablamos de bioética, ese término tan conocido por su recurrente uso al hablar de eutanasia, aborto... pero que en realidad impregna cada una de las decisiones que a diario toman los enfermeros, sin que ello represente una gran trascendencia mediática. Todos los seres humanos tenemos nuestro

propio código ético, nuestra ética personal, pero cuando se trata de llevar a cabo la actividad derivada del compromiso profesional, hablamos de una ética que se sitúa por encima de cualquier mínimo moral, más aun cuando los actos o actividades que ponemos en marcha son actos transitivos: acciones u omisiones cuyas consecuencias recaen en un tercero, el paciente (13). Es por ello que la toma de decisiones en lo relacionado con la actividad clínica precisó establecer unos principios básicos que garantizaran el respeto a los seres humanos y a sus valores. Beauchamp y Childress, en 1979 (14) formularon los que se conocen hoy como los cuatro principios básicos de la bioética:

- Autonomía, o el respeto a sus propias decisiones
- No maleficencia, o la obligación de no infringir daño
- Beneficencia, o la obligación de hacer el bien en relación a sus propios de valores
- Justicia, o aplicación de los principios de equidad

Ninguna decisión es aceptable por debajo de estas consideraciones. Sin embargo, muchos profesionales llevados por la “tecnociencia” o por el paternalismo trasnochado, argumentan por ejemplo, la no información en cuanto a llevar a cabo una actividad en aras a que seremos beneficentes, siendo esta una consideración del profesional sin saber si se corresponde con la del paciente. O decidimos por el paciente sin dar alternativas, privándole del uso de su propia autonomía. O, si como parece que los estudios demuestran que la mayoría de las UPP son evitables, vulneramos el principio de no maleficencia, cuando por acciones incorrectas u omisiones, nuestros pacientes desarrollan UPP.

La enfermería es una disciplina que se mueve entre lo técnico y lo humanístico. Cada una de nuestras decisiones debe ser ponderada, evaluada, consensuada con los pacientes, puesto que debemos actuar en base al respeto a los valores, con el fin último de ser buenos profesionales, profesionales excelentes.

### **El concepto de responsabilidad como compromiso adquirido**

El término responsabilidad proviene etimológicamente del latín a partir del supino *responsum* del verbo latino *respondere*, de ser considerado sujeto de una deuda u obligación.

La palabra en si misma implica connotaciones bien distintas en relación a qué tipo de colectivo profesional la enuncie, incluso al momento histórico en el que se utilice. La responsabilidad jurídica surge cuando el sujeto transgrede un deber de conducta señalado en una norma jurídica, que habitualmente procede del Estado, y es coercitiva. El efecto contradictorio de una persona con las normas jurídicas ocasiona una reacción por parte del Derecho (o la sociedad) contra el sujeto que viola dichas normas. La manifestación de dicha reacción por parte del derecho se presenta mediante sanciones impuestas por el Estado. El uso jurídico de la palabra deriva por influencia del inglés poco antes de la revolución francesa. El término habría aparecido en el Derecho Constitucional inglés. Sin embargo en la actualidad y en el ámbito que nos ocupa, responsabilidad es un término bien diferente y que a lo largo del tiempo ha sufrido cambios en el propio concepto. Es preciso entender como hemos llegado a él y cuales han sido algunos de los hechos históricos que han determinado el momento actual.

A principios del S. XIX surge en Francia el positivismo, corriente filosófica que afirma que el único conocimiento valido es el conocimiento científico. Todas las actividades, las filosóficas y las científicas deben efectuarse únicamente en el marco del análisis de los hechos reales verificados por la experiencia.

Esta corriente se desarrolla a lo largo de todo el S. XX en el que se dan dos importantes revoluciones tecnológicas:

1. La primera mitad del siglo corresponde a la revolución tecnológica de las ciencias físicas con tres grandes hitos: la fisión nuclear (1938), la bomba atómica (1945) y la bomba de hidrogeno (1952). Claves elementales del orden de la materia inorgánica

1. La segunda mitad constituye el desarrollo de las ciencias biológicas. El ADN recombinante y la clonación dieron con el orden de la materia orgánica, con las claves de la vida.

Esta posibilidad tangible de poner en jaque la vida de los seres humanos, provocaron una reacción contraria a la “bondad científica”, a denunciar esa neutralidad de la ciencia que en el anterior siglo había postulado el positivismo. Probablemente el primero en acuñar el término ética de la responsabilidad, fue Max Weber a comienzos del siglo XX, quien con un marcado sentido antipositivista, propuso una ética en la que se tuvieran en cuenta los principios y las consecuencias, con el fin de “*alcanzar decisiones razonables, ponderadas, prudentes o sabias*”(15). Heidegger en 1954, escribe un ensayo en el que en su primera página ya muestra su posicionamiento como detractor de este pensamiento (16).

En 1958, un grupo de científicos se reunieron en Gotinga para firmar un manifiesto, guiados por su conciencia y su compromiso con la humanidad, negándose a seguir una línea científica que condenaban por razones morales (Figura 1).

En un punto histórico donde la tecnología parecía ser la única y real fuente de conocimiento, otros científicos anclados en la idea del poder de la tecnología, consideraron que las decisiones políticas no podían ser independientes, sino que debían recibir

asesoramiento de los científicos (actuando estos como *eminencias grises*), a lo que la clase política reaccionó contraria a estos postulados. Fue entonces cuando los científicos emprendieron una segunda estrategia en la que atribuyeron a la ciencia responsabilidad, no a los estados ni a los gobiernos, sino a la humanidad. Max Born fue el físico que más avanzó

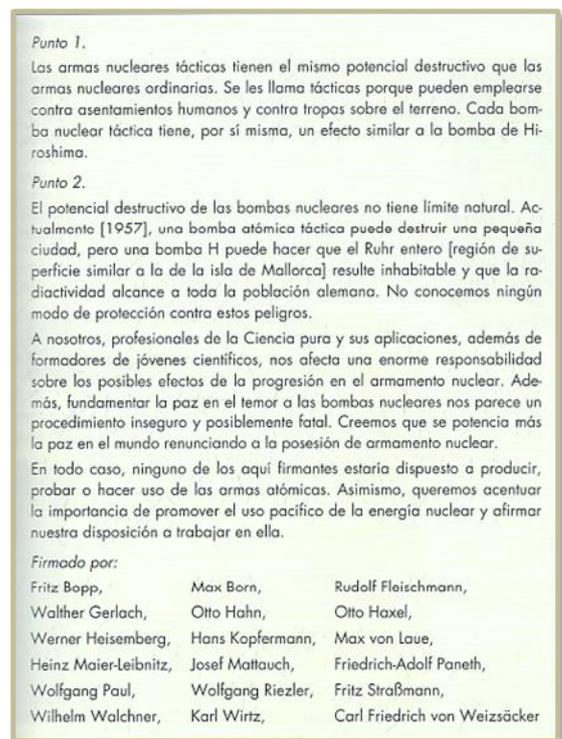


Figura 1: Texto del manifiesto de Gotinga entregado a la prensa

en este concepto de responsabilidad dándole un mayor contenido. Hans Jonas (filósofo) elabora en 1980, una nueva teoría de la responsabilidad, dotándola de contenido con una ética para la civilización tecnológica (17).

Las consecuencias y reacciones ante novedades o acontecimientos imprevistos producidas por estos avances tecnológico-científicos dieron lugar a dos tipos de reacciones extremas e inconscientes que ya describió en los años 20 Ernst Kretschmer, psiquiatra alemán:

- Reacción de sobrecogimiento: traducida en el miedo a que los científicos se confiaran el poder de “jugar a ser dioses” (metáfora de *playing god*).
- Reacción de sobresalto: traducida en el optimismo exacerbado a causa de las “posibilidades infinitas” que nos aportan los nuevos descubrimientos.

Entre ambas, surge un nuevo concepto que se dió en llamar reacción de prudencia que responde a una actitud racional y consciente, lo que mucho antes Aristóteles describió como la búsqueda del *término medio*: una vía intermedia más responsable.

Esta vía intermedia, más racional, más prudente, más ponderada, más *responsable* dará lugar a un movimiento que se originó en los años 70, en los que el bioquímico americano Van Rensselaer Potter acuña el neologismo Bioethics (*bios-ethos*). En la actualidad, como ética aplicada, el término se asocia de forma generalizada con los problemas con la vida humana: tanto en su inicio como en su final (manipulación genética, eutanasia, aborto...) sin embargo la palabra nace como consecuencia de una crítica reflexión a éticas pasadas (18) en la que los términos responsabilidad y prudencia, cobran un papel fundamental. Waddington (genetista británico) se muestra escéptico con las éticas pasadas en base a haber tratado de explicar la parte más racional de las personas sin atender a su parte más irracional. Él propone una ética acorde con los conocimientos que la humanidad tiene en un momento determinado, una conjunción del propio ser, sin escisiones ni anulaciones de sus partes: de lo *propiamente humano* del ser humano, su condición moral (razón) y de lo *impropiamente humano* del ser humano, su condición emocional (sentimientos).

A partir de entonces el término bioética ha ido desarrollándose abarcando todos los órdenes en los que la vida se ve implicada desde la llamada Macrobioética, promoviendo la reflexión acerca de las condiciones que hacen posible la vida y la forma de perpetuarse, y la Microbioética, que centra su atención en el ser humano concreto y abarca las ciencias de la salud. Se ha ido afinando la terminología, sin embargo en todos los ámbitos subyace la idea de responsabilidad como compromiso vital, ya sea el compromiso con las futuras generaciones, como el compromiso con el paciente al que debemos proveerle de los mejores cuidados. Las ciencias biológicas y la propia profesión de enfermería han ido evolucionando de tal forma, que es preciso que reflexionemos sobre cuáles son nuestras obligaciones y nuestras responsabilidades como virtudes indispensables para nuestra práctica profesional. Somos la consecuencia de nuestro pasado.

## 7. HIPÓTESIS

*¿Actualizamos nuestros conocimientos en materia legislativa?, ¿es nuestra formación adecuada para el puesto que ocupamos? ¿Respetamos los derechos fundamentales de los usuarios?...* Cualquier profesión al servicio de la sociedad precisa que los individuos que la componen realicen procesos de introspección y cuestionen su propio saber ser respecto al ejercicio de la misma. De esta manera, se autoevalúan y al tomar conciencia de sus propias exigencias hacen que se dignifique su colectivo profesional.

Aunque en realidad la hipótesis de trabajo se irá generando cuando sean recogidos los primeros datos, y concretando durante el proceso de investigación, partiremos de una hipótesis conceptual en la que las instituciones sanitarias, los profesionales de la salud e incluso la mayoría de los usuarios de los servicios sanitarios, consideran el fenómeno de la aparición de las UPP como un proceso banal y especialmente inevitable, por inherente a la edad avanzada, situaciones de terminalidad o inmovilidad del paciente.

Los profesionales de enfermería de los hospitales llevan a cabo cada día intervenciones orientadas a la prevención de las úlceras por presión, esto sin duda debería contribuir a minimizar la aparición de las lesiones. Sin embargo en ocasiones las actuaciones enfermeras son insuficientes o basadas más en la experiencia que en la evidencia y finalmente se produce la herida. Esto nos lleva a atribuir, como consecuencia directa de la aparición de las úlceras, a las propias circunstancias de los pacientes, sin cuestionar que quizás sean el efecto de una ineficaz valoración del riesgo, una inadecuada planificación de cuidados o una escasez de recursos.

Es preciso por lo tanto preguntarnos si: *¿las medidas preventivas llevadas a cabo son las adecuadas?, ¿son suficientes?, ¿solicitamos recursos a la institución cuando carecemos de ellos?, ¿registramos nuestros cuidados y los efectos de los mismos?, ¿hacemos un uso adecuado de los materiales?*

## 8. OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL:

Identificar la percepción que los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en unidades de hospitalización tienen en cuanto a su responsabilidad ético-legal en la aparición de las UPP de pacientes a su cargo.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Detectar la percepción del grado de conocimientos que los PEH tienen respecto a la prevención/incidencia de las UPP en el medio hospitalario
- Valorar el grado de conocimientos que los PEH tienen respecto a la legislación vigente y ética profesional en relación a la praxis clínica
- Aprender cuál es la conciencia de responsabilidad ético-legal que los PEH tienen en la aparición de UPP en los pacientes ingresados a su cargo

## 9. METODOLOGÍA

### A. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El estudio quiere ahondar en la percepción que los propios profesionales tienen de sus intervenciones en el campo de la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, tanto desde la perspectiva del conocimiento como de la responsabilidad profesional.

Esta responsabilidad, entendida como el compromiso asumido para tomar decisiones argumentadas tras un proceso de análisis, valoración de alternativas y ponderación de consecuencias. El ámbito legal enmarca nuestras actuaciones dentro del marco del pacto social, que regula de forma normativa lo aceptable y lo no aceptable, sin embargo, la conciencia de que cada una de nuestras decisiones ha de ir encaminada a ser la mejor de las posibles opciones, ocupa, en la ética de mínimos el nivel más alto (Figura 2), el más excelente, que es el mínimo profesional.



Figura 2: LA ETICA DE MINIMOS: DEL MINIMO MORAL A LA EXCELENCIA

### B. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se plantea un estudio de diseño cualitativo con enfoque fenomenológico desde el paradigma de la interpretación (hermenéutica). Partimos de la preconcepción hipotética de que las instituciones sanitarias, los profesionales de la salud e incluso la mayoría de los usuarios de los servicios sanitarios, consideran el fenómeno de la aparición de las UPP como un proceso banal y especialmente inevitable. A partir de las experiencias y percepciones de los participantes en relación a su interacción y experiencia con pacientes con riesgo de padecer UPP y a través de la interpretación de sus testimonios, llegaremos a la comunicación del significado y trascendencia de las experiencias.

### C. ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en la comunidad de Cantabria, en la que existen 4 áreas de salud (Imagen 1) que son atendidas por varios centros hospitalarios de los que se obtendrán los informantes del estudio, por ello resulta importante contextualizar el marco de actuación.

En la comunidad hay tres hospitales pertenecientes a la red pública de salud (19):



Imagen 1: Areas de salud de Cantabria

- Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV): hospital de referencia de la comunidad y centro de nivel terciario que proporciona asistencia a la población del área I de Cantabria. Cuenta con tres edificios con unidades de hospitalización: Hospital Valdecilla, Hospital Cantabria y Hospital de Liencres. Suma un total de 851 camas funcionantes y una estancia media de 7 días.
- Hospital de Sierrallana (HS): centro de nivel secundario que atiende las áreas de salud III y IV de Cantabria (Torrelavega y Reinosa). Cuenta con dos edificios: Hospital Sierrallana y Hospital Tresmares, con un total de 242 camas funcionantes y una estancia media de 6,9 días.
- Hospital de Laredo (HL): centro de nivel secundario cuya zona de influencia es el área II de Cantabria. Tiene 111 camas funcionantes y estancia media de 5,9 días.

La elección de la comunidad de Cantabria como ámbito de estudio se justifica por la facilidad al acceso de los posibles participantes por parte del investigador y la inexistencia de estudios previos en la línea planteada.

El acceso al campo se planteará en dos fases:

1. Aproximación al entorno e inmersión inicial: contactar con los órganos de dirección de cada centro, comunicación de los objetivos del estudio y solicitud de permisos para el acceso al campo. Así mismo acercamiento inicial a los participantes para informar igualmente del objeto de estudio y establecer citas del lugar, fecha y hora para la realización de la entrevista.

2. Inmersión total: profundizar los vínculos con los participantes, mediante el acceso a su entorno natural de trabajo, establecer pactos de relación y encuentro que faciliten la realización de la entrevista en profundidad.

## D. DURACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La duración del estudio es de dos años (sujeto a prorrogar los tiempos, derivado de los hallazgos y la posible inclusión de nuevos informantes). Se establecerá un cronograma para el estudio que incluya diferentes estructuras temporales que, aunque en este caso las fases del proceso se pueden dar de forma paralela, es necesario concretar en:

- Inmersión en el contexto bibliográfico
- Permiso de investigación
- Selección de informantes
- Realización de entrevistas
- Análisis, codificación y transcripción de los resultados.
- Elaboración del resumen
- Difusión de resultados

## E. POBLACIÓN A ESTUDIO

Los participantes seleccionados son profesionales de enfermería que prestan sus servicios en unidades de hospitalización de los diferentes hospitales de Cantabria (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Sierrallana y Hospital de Laredo). Algunos de los participantes y el investigador, a priori, podrán ser conocidos de profesión o desconocidos.

Hospital	Unidades de hospitalización con mayor incidencia de UPP		
HUMV	UCI	U. Medicina Interna	U. Cirugía General
HS	URCE	U. Medicina Interna	U. Cirugía General
HL	----	U. Medicina Interna	U. Quirúrgica

Tabla 1: Unidades y Hospitales en Cantabria con mayor incidencia de UPP

Las unidades de hospitalización de las que se obtendrán a los informantes serán seleccionadas en cada uno de los centros sanitarios según los datos de incidencia/prevalencia de UPP de la propia institución (Tabla 1).

## **F. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Se opta por muestreo de conveniencia e intencional. Se incluirán sujetos voluntarios y muestreo de oportunidad. El carácter intencional lo da el hecho de que se establecerán criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de seleccionar casos (informantes clave) que puedan aportar enfoques importantes al estudio.

Los criterios de inclusión por lo tanto en este tipo de estudio, nos interesan más en cuanto a la calidad de la información que podamos obtener que en el hecho de que la muestra sea más o menos representativa de la población a estudio. Por ello contactaremos con profesionales de enfermería, tanto con experiencia profesional en el campo asistencial (enfermeros de las unidades seleccionadas hospitalización), como experimentados en la gestión de recursos (supervisores de las citadas unidades). Se considera que una experiencia de 5 años en un servicio de hospitalización es tiempo suficiente para el adecuado manejo enfermero de los pacientes ingresados.

Serán excluidos aquellos profesionales que no presten servicios en unidades de hospitalización y los que tengan una experiencia en la unidad menor a cinco años.

A pesar de lo expuesto, el proceso de muestreo es un continuo a lo largo de la investigación que puede variarse en relación al curso de la misma, relacionado con los hallazgos y los inconvenientes encontrados.

## **G. VARIABLES**

En este tipo de estudio no existen variables tal y como se entienden en la investigación cuantitativa. Las personas, los sucesos, las experiencias, las percepciones, no pueden ser reducidas a variables sino que son considerados como un todo. Se trata de una visión

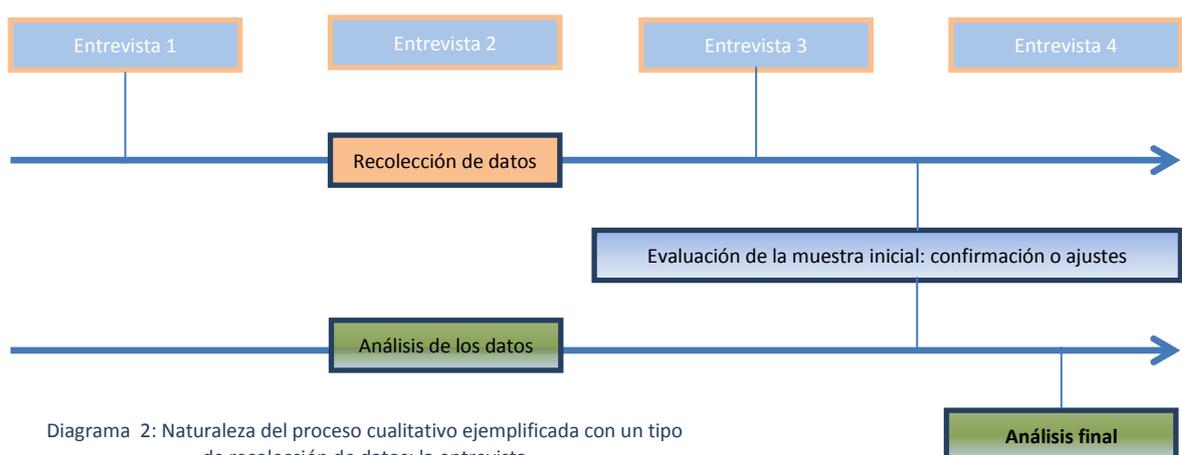
holística en el que no podemos disociar a las personas y sus experiencias de sus contextos (20).

## H. TAMAÑO MUESTRAL

No se establece un número a apriorístico de muestra. El proceso del estudio marcará el número de entrevistas necesario, que se llevarán a cabo hasta la saturación de los datos, es decir, que se darán por finalizadas cuando la información recolectada no aporte nada nuevo, refuerce los datos obtenidos con anterioridad y confirme indagaciones realizadas con anterioridad (21).

## I. RECOGIDA DE DATOS

La recolección de los datos en una investigación cualitativa es un proceso continuo y a la vez paralelo a las diferentes fases de la investigación como representa el diagrama 2 (21). Así pues, en la medida que, por ej., se lleva a cabo la entrevista al informante 2, se recolectan los datos obtenidos en la anterior sin haber completado la recolección de todas las entrevistas y así mismo se establece un proceso de análisis que nos permite discriminar, desestimar, modificar o establecer cambios.



Se combinarán técnicas observacionales y técnicas conversacionales. El investigador será el **medio** de obtención de los datos y la **herramienta** empleada la entrevista semiestructurada.

A través de técnica de observación se recogerán, en un cuaderno de notas, datos en cuanto al participante en el ambiente natural, el contexto y la percepción en materia de actitudes al afrontar la entrevista, información aportada por el participante así como el lenguaje no verbal y conductas observables e interpretables por el propio investigador.

Como técnica conversacional, se llevará a cabo una entrevista semiestructurada, de entre 1-2 horas de duración en la que se combinará la grabación íntegra y la toma de notas, que finalizará con la saturación de los datos o si por alguna razón el participante decide terminar, con la posible opción de retomar de nuevo el tema.

Las tomas de campo llevarán anotaciones derivadas de:

- La observación directa: tanto del entorno como de los participantes
- La interpretación: impresiones y comentarios
- Sentimientos personales: sensaciones del propio investigador

#### La entrevista:



Figura 3: Guión de la entrevista

Utilizaremos la entrevista semiestructurada combinando preguntas concretas con preguntas abiertas, cara a cara y puntual, esto es, que se realizará una única entrevista por cada uno de los participantes hasta llegar a la saturación de los datos. Se llevará a cabo según conveniencia del participante, preferiblemente en áreas acondicionadas en los centros sanitarios. Durante la cita estarán presentes el investigador y el entrevistado.

Estableceremos un esquema en de preguntas en función de los objetivos del estudio con cinco ejes temáticos, sin perjuicio a que la estructura pueda sufrir variaciones relacionadas con las aportaciones y vivencias que

reporten los entrevistados (Figura 3). Esto podría dar lugar a que apareciesen durante el proceso de investigación nuevas categorías que en principio no se hayan presupuesto. Las preguntas irán orientadas a profundizar en cada uno de los objetivos desde la opinión, el conocimiento y la percepción de los

participantes. El orden en el guión de las preguntas seguirá un esquema de más generales a más complejas (Figura 4) con el fin de crear un ritmo adecuado en la entrevista y un clima de confianza, con el fin de conseguir

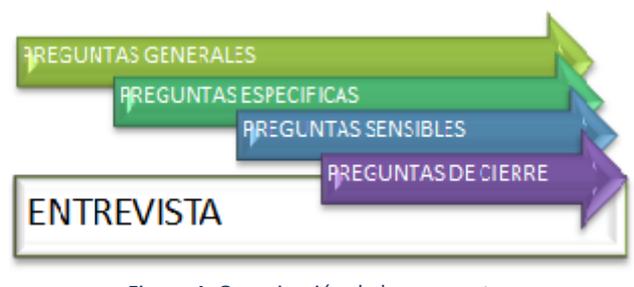


Figura 4: Organización de las preguntas

amplitud de respuestas y naturalidad. La entrevista será grabada íntegramente en audio.

Se realizará una primera entrevista a modo de pilotaje, para comprobar que las preguntas no sean confusas, que su formulación se adecue a las categorías previas establecidas por el investigador y como prueba/ensayo para el investigador de su propia habilidad para conducir la entrevista. Establecemos una batería de posibles preguntas/cuestiones/aspectos a tratar en la entrevista. Se promoverá la libertad de expresión del participante sin embargo, nos servirán para enlazar cuestiones en relación a los diferentes temas emergentes:

1. *Datos sociodemográficos:*

- 1.1. Sexo
- 1.2. Edad (año de nacimiento)
- 1.3. Universidad de origen
- 1.4. Centro de trabajo
- 1.5. Años de experiencia en la unidad
- 1.6. Años de experiencia profesional

2. *Relacionadas con el conocimiento en UPP: prevención y tratamiento:*

- 2.1. Tiene usted formación específica en UPP
- 2.2. Considera que recibió formación suficiente durante la carrera
- 2.3. Existe mucha incidencia de UPP en su unidad
- 2.4. Se hacen en su centro estudios periódicos de prevalencia de UPP
- 2.5. Cómo definiría usted UPP

- 2.6. Ha recibido usted cursos de actualización proporcionados por su centro de trabajo relacionados con la prevención y tratamiento de las UPP
- 2.7. Utilizan en su unidad SEMP
- 2.8. Conoce alguna escala de predicción de riesgo de padecer UPP
- 2.9. Se aplica en su centro de trabajo escalas que midan el riesgo a los pacientes que ingresan
3. *Relacionadas con el conocimiento del marco legal:*
  - 3.1. Tiene usted formación en legislación
  - 3.2. Considera que recibió formación suficiente durante la carrera
  - 3.3. Ha recibido usted cursos de actualización proporcionados por su centro de trabajo relacionados con el marco legal sanitario
  - 3.4. Conoce/ha leído la conocida como “ley de autonomía del paciente”
  - 3.5. Conoce/ha leído la Carta de derechos y deberes de los usuarios
  - 3.6. Considera que la negligencia profesional se debe juzgar penalmente
  - 3.7. Sabe si en su centro de trabajo se ha imputado alguna vez a alguna enfermera acusada de negligencia
  - 3.8. Considera que una negligencia puede considerarse un maltrato
4. *Relacionadas con los conocimientos en bioética:*
  - 4.1. Tiene usted formación específica en bioética
  - 4.2. Considera que recibió formación suficiente durante la carrera
  - 4.3. Conoce los principios de la bioética
  - 4.4. Cómo definiría el derecho a la muerte digna
  - 4.5. Qué opina de la limitación del esfuerzo terapéutico
  - 4.6. Considera los ensayos clínicos necesarios para la mejora de los cuidados en UPP
  - 4.7. Cree que todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable
5. *Relacionadas con el concepto/percepción de la responsabilidad*
  - 5.1. Que entiende usted por responsabilidad
  - 5.2. Quien cree que debe tomar las decisiones en relación a la salud de los pacientes
  - 5.3. Promueve usted la autonomía/autocuidado de los pacientes a su cargo
  - 5.4. Implica usted a los familiares en el cuidado de los pacientes crónicos

5.5. Considera el ejercicio de su profesión como un compromiso con la sociedad

5.6. Relaciona el ejercicio profesional con estatus social

## J. ANÁLISIS DE DATOS

Seguiremos el esquema propuesto por Miles y Huberman (22) para el análisis en investigación cualitativa en el que se desarrollan tres subprocesos:

1. Reducción de los datos consiste en la organización del material obtenido. De las herramientas utilizadas para la recolección de los datos, entrevistas grabadas y cuaderno de notas extraemos y ordenamos la información en una primera revisión:
  - ✓ Adjudicamos un código numérico a cada uno de los informantes con el que a partir de ahora se asociará su información (23).
  - ✓ Transcripción de cada una de las entrevistas (ANEXO I). Proceso muy laborioso que viene a consumir tres horas por hora de grabación. Se transcribirán tanto los mensajes verbales como sonidos, muecas o expresiones del ánimo. La transcripción ha de ser clara diferenciando al entrevistador del entrevistado de forma explícita (colores diferentes, doble espacio...).
  - ✓ Transcripción y ordenación de las notas tomadas en cada una de las entrevistas del cuaderno a Word.
  - ✓ Revisión de la información y elaboración de la bitácora de análisis que consiste en la documentación paso a paso del proceso analítico con anotaciones o memos relacionadas con:
    - Método de análisis
    - Problemas durante el proceso
    - Problemas al codificar
    - Impresiones, descripciones, ideas preliminares del investigador
  - ✓ Organización de los datos según el lugar de recolección , el tipo de informantes en función de si son personal asistencial o personal supervisor y la herramienta de recolección de información (Tabla 2)

2. Presentación de los datos. Tras la larga primera fase de ordenación de la información, se realiza el análisis de contenido en base a los 5 ejes principales buscando significados y dimensiones más complejas de las que podríamos obtener a partir de los registros clínicos. Utilizaremos la asignación de las etiquetas con códigos libres que surgen de la capacidad interpretativa del investigador.

HOSPITAL	INFORMANTE	HERRAMIENTA
HUMV	Personal asistencial	Entrevista grabada Cuaderno de notas
	Personal supervisor	Entrevista grabada Cuaderno de notas
HS	Personal asistencial	Entrevista grabada Cuaderno de notas
	Personal supervisor	Entrevista grabada Cuaderno de notas
HL	Personal asistencial	Entrevista grabada Cuaderno de notas
	Personal supervisor	Entrevista grabada Cuaderno de notas

Tabla 2: Organización de datos por hospital, tipo de informante y herramienta de recolección

resúmenes, gráficos, tablas y se extraen citas textuales, con el fin de buscar conexiones que expliquen la relación entre el fenómeno estudiado y las percepciones, experiencias y conocimientos de los profesionales de enfermería. Se procederá al análisis de los documentos poniendo énfasis en el texto, y se establecen dos grados de complejidad, el descriptivo y el inferencial. Las técnicas de análisis empleadas serán tanto cuantitativas como cualitativas (24).

3. Elaboración y verificación de conclusiones. Resumen final:

- Discusión de categorías emergentes y unidades de significado
- Implicaciones en la práctica clínica
- Recomendaciones para la práctica clínica

### **Evaluación de la calidad del estudio**

Desde el paradigma interpretativo, diversos autores (25) han propuesto una metodología diferente que se sitúa entre los que enuncian como únicos criterios de calidad la fiabilidad y la validez (propios de estudios cuantitativos) y los que abogan por la imposibilidad de establecerlos por la propia naturaleza del conocimiento que se persigue en la investigación cualitativa. Estos proponen alcanzar la confiabilidad, cuyas bases son en la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad (26):

- Credibilidad: se define como el valor verdad (que sea creíble)
- Transferibilidad: aplicabilidad de los hallazgos de la investigación a otros contextos u otros sujetos.
- Dependencia: o consistencia. Es la estabilidad de los datos y la posibilidad de ser replicados.
- Confirmabilidad: neutralidad durante el proceso

Para establecer claros criterios de evaluación se adjunta tabla 3 en la que se detalla la definición y los procedimientos a poner en marcha para asegurar la confiabilidad.

Autores como Calderón, proponen los criterios de calidad en este tipo de estudios con un esquema diferente y que sin embargo se complementan:

- La ordenación epistemológica: referido a la adecuación del enfoque del estudio, la metodología y el planteamiento.
- La relevancia: basado en si se trata un problema de interés
- La validez: o el rigor en el proceso
- La reflexividad: como análisis y control de las interacciones entre el investigador y el participante.

Criterios de confiabilidad	Definición	Procedimientos
Credibilidad	Valor de verdad de la investigación, en términos de que sea creíble	Explicitar el modo de recogida de datos Realizar observaciones extensas e intensivas Triangular datos, métodos e investigadores Obtener retroalimentación de los informantes Reconocer los sesgos del investigador (rol) Intermezclar continuamente las fases de recolección, interpretación y sistematización de los datos Documentar e ilustrar los datos con ejemplos específicos
Transferibilidad	Grado en que pueden aplicarse los descubrimientos de la investigación a otros sujetos o contextos	Controlar y explicitar el tipo de representatividad elegida Descripción exhaustiva (una vez seleccionados los sujetos y situaciones describirlos exhaustivamente)
Dependencia	También se denomina consistencia y trata de la estabilidad de los datos (replicabilidad)	Identificar el estatus y rol del investigador Delimitar el contexto físico, social e interpersonal Realizar descripciones minuciosas de los informantes Describir las técnicas de análisis y recogida de datos Triangular situaciones, personas y técnicas de recogida de información Especificar toma de decisiones para controles posteriores
Confirmabilidad	Hace referencia a la neutralidad	Recoger registros concretos, transcripciones textuales, citas directas Comprobar los supuestos con los participantes Recogida mecánica de la información (grabaciones) Explicar posición investigador

Fuente: Colás P, Buendía L. La investigación educativa. Sevilla: Alfar, 1992.

Tabla 3: Criterios de confiabilidad de Guba

Se evalúa la calidad del proyecto mediante la guía COREQ (27) (Consolidated criteria for reporting qualitative studies) / criterios consolidados para escribir estudios cualitativos) (ANEXO III).

## K- LIMITACIONES

1. Se trata de un estudio cualitativo llevado a cabo en una comunidad autónoma concreta, con un contexto socio-económico-cultural probablemente diferente a otro lugar. El tipo de participantes se define en el colectivo de profesionales de enfermería que prestan servicios en unidades de hospitalización. El investigador es el elemento interpretativo en el análisis de los resultados, por todo ello consideramos que es difícil que los resultados puedan ser generalizables a otro entorno social, no obstante siguiendo la metodología propuesta el estudio podría reproducirse en cualquier lugar consimilitudes socioculturales y demográficas. Si bien debemos tener en cuenta que *“los estudios cualitativos no están designados para ser estadísticamente generalizables”* (28)
2. El hecho de que los sujetos sientan que están siendo evaluados durante la entrevista, puede dar lugar a un sesgo (efecto Hawthorne), y producirse respuestas falseadas

que traten de dar respuestas a lo que consideran que de ellos se espera o cambios en las pautas del comportamiento habitual.

3. La posibilidad de que los participantes decidan abandonar la entrevista por la dificultad de manifestar opiniones o percepciones sensibles o comprometidas

## 10. PLAN DE TRABAJO

El proyecto contempla un periodo de duración de 2 años para llevar a cabo la investigación:

Cronograma de trabajo (Tabla 4)

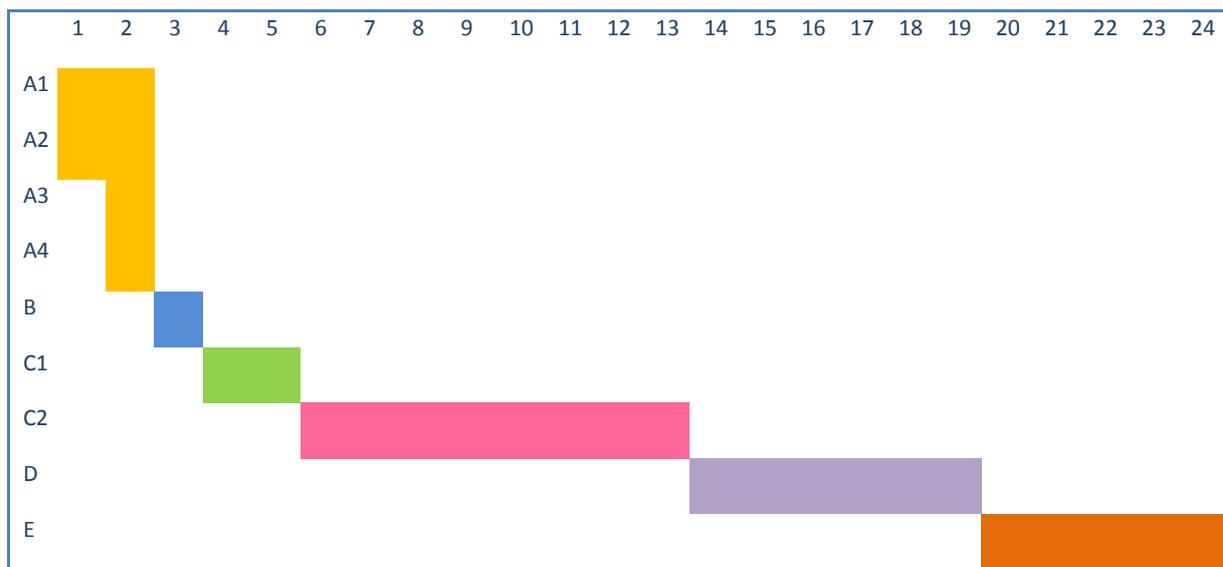


Tabla 4: Cronograma de trabajo

### A. PRELIMINARES ADMINISTRATIVOS: (2 MESES)

1. Presentación del proyecto de investigación al comité autonómico de ensayos clínicos e investigación para aprobación del mismo
2. Solicitud de beca de financiación para llevar a cabo la investigación al IFIMAV (Instituto para la Formación e Investigación 'Marqués de Valdecilla')
3. Inmersión inicial en los tres Centros Hospitalarios de Cantabria:
  - a. reuniones con las direcciones para poner en conocimiento de los gestores el fin de la investigación y presentación del proyecto.
  - b. Solicitud de permisos de uso de instalaciones
4. Realización de sesiones de difusión del proyecto a los profesionales de enfermería de los tres hospitales.

## **B. PRELIMINARES AL TRABAJO DE CAMPO: (1 MES)**

Realización de una entrevista con un participante intencional, no incluida en los resultados del estudio, que permita al investigador:

- Comprobar cuál es el lugar idóneo para la realización de la entrevista
- Como realiza la aproximación al participante
- Como llevar a cabo la progresión de las preguntas
- Identificar barreras de comprensión de algunas de las cuestiones
- Establecer un tono empático con el participante
- Identificar las preguntas que puedan resultar más sensibles
- Comprobar posibles problemas de transcripción de grabación y/o notas de campo
- Identificar posibles dificultades de codificación
- Socavar información del participante para cuestiones sobre comprensión de las preguntas, relación de empatía, distensión del ambiente y posibles emociones durante la entrevista, idoneidad del método...
- Elaborar estrategias correctoras e implementar cambios en las áreas susceptibles de mejora

## **C. TRABAJO DE CAMPO:**

### *1. Estrategia de selección de participantes: (2 meses)*

- Se contactará en primer lugar con informantes del HS dado que la investigadora trabaja allí y resultará más sencilla la selección intencional de personas. Con el mismo criterio, después se seleccionará a los primeros participantes en HUMV y por último en el HL.
- Se inicia la investigación sin un número concreto en la muestra
- En la primera cita con los participantes se les explicaran los objetivos del estudio y se les presentará el documento de consentimiento (ANEXO II), así

como se les facilitará un teléfono de contacto para consultas con la investigadora y como medio de comunicación de la cita para la entrevista.

## 2. *Entrevistas:* (8 meses)

Se establece un periodo para realizar las entrevistas, transcripciones, codificación de texto... de 8 meses, teniendo en cuenta que se pudiera dar la circunstancia de tener que realizar más entrevistas por obtención de nuevos datos o temas emergentes o por que los datos empiecen a ser recurrentes con un número de informantes menor de lo esperado.

## **D. PROCESO ANALÍTICO (6 MESES)**

Incorporación a la investigación de un experto en estudio analítico por ordenador para la ayuda en el tratamiento de los datos tanto con procesador de textos como el manejo de la información a través de un software tipo Decisión Explorer, basado en la representación de ideas que nos permite estructurar e interrelacionar a la vez que se explicitan las interdependencias. Se trata de un programa de sencillo manejo que nos va a permitir representar la riqueza de nuestros datos desde la complejidad y no de forma lineal (poco real).

## **E. ELABORACIÓN DEFINITIVA Y CONCLUSIONES (5 MESES)**

Ejercicio de compilación, reflexión e interpretación por parte del investigador que resume todo el proceso llevado a cabo.

## **11. ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación será llevada a cabo valorando cada uno de los principios de la bioética:

### **AUTONOMÍA**

Todos los participantes serán personas capaces y autónomas para tomar decisiones. Serán informados del propósito y las características del estudio, podrán hacer preguntas aclaratorias y se les dará un tiempo para que valoren la posibilidad de participar en la investigación. Una vez aceptada la participación, firmaran un documento de consentimiento como parte final del proceso de información. La participación, y por lo tanto el consentimiento, podrá ser revocada en cualquier momento por parte del participante.

### **NO MALEFICENCIA**

No existe en esta investigación efectos a terceros derivados del estudio.

### **BENEFICENCIA**

La esencia de la propia investigación pretende, a partir de las experiencias, percepciones y reflexiones de participantes e investigador entender una realidad que se nos hace poco beneficiante para la parte más frágil del sistema que son los pacientes víctimas de las upp.

### **JUSTICIA**

Las entrevistas se llevarán a cabo en un lugar pactado por ambas partes garantizando la privacidad del entrevistado.

La identidad del participante será codificada con un número que solo conocerá el investigador. Esta identidad no será desvelada en ningún momento del proceso. Por lo tanto las entrevistas y cualquiera que sea la información que de ellas se derive, no pertenecerán a sujetos sino a números.

La veracidad de las respuestas estará garantizada por la grabación completa de cada una de las entrevistas, sin detrimento de las apreciaciones o interpretaciones que de los datos pueda inferir el investigador.

Los resultados y toda la información derivada de la investigación, quedará custodiada por el investigador, y las grabaciones, tras el análisis de las mismas pasarán a pertenecer al entrevistado con la garantía de que no se realizaran copias.

## 12. PLAN DE DIFUSIÓN

Es muy importante hacer una buena programación de la difusión que pueda llegar a diferentes grupos de conocimiento. Así pues se establece una estrategia que llegue a los profesionales en sus diferentes áreas de actuación:

→ En los Centros hospitalarios:

- Sesiones generales divulgativas en cada uno de ellos para poner en conocimiento de los profesionales de enfermería, no solo los resultados obtenidos de los que ellos son partícipes, sino con el objetivo implícito de poder hacer un análisis reflexivo de la dimensión del problema de las upp en cada uno de nuestros centros y poder ajustar carencias, déficits o simplemente mejorar intervenciones que propician la aparición de las úlceras en los pacientes de los que somos responsables.
- Publicación de los datos en los periódicos del Hospital (Sierrallana y Valdecilla)

→ Presentación a congresos: El trabajo realizado desarrolla una temática que permite optar a ser presentado en:

- Congreso Nacional de Bioética
- Congreso Nacional de la GNEAUPP
- Congreso Nacional de Calidad Asistencial

→ Envío de artículo/s científico/s a revistas de enfermería nacionales e internacionales relacionadas con la temática y/o con factor de impacto

### **13. RECURSOS DISPONIBLES PARA REALIZAR EL PROYECTO**

Solicitud de beca de financiación para llevar a cabo la investigación al IFIMAV (Instituto para la Formación e Investigación Marqués de Valdecilla).

## PRESUPUESTO ECONÓMICO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

### 14. PRESUPUESTO SOLICITADO Y JUSTIFICACIÓN

Se establecen y justifican unas necesidades para llevar a cabo la investigación durante los dos años pormenorizando el presupuesto económico (tabla 5):

- Ordenador con conexión a internet (comunicación y consulta)
- Software de un procesador de textos tipo Microsoft Office y Decision Explorer (tratamiento de texto y análisis)
- Impresora de color (obtención de documentos)
- Acceso a bases de datos, suscripciones y libros institucionales (inmersión bibliográfica)
- Acceso a telecomunicaciones: teléfono (comunicación)
- Material informático: papel, cartuchos de tinta, memorias portátiles (mantenimiento)
- Material de papelería: bolígrafos, grapadora, taladradora, archivadores (organización del material)
- Acceso a las salas/ aulas de los centros hospitalarios para el desarrollo de las entrevistas (realización de las entrevistas con los participantes)
- Gastos derivados de la contratación de una persona experta en análisis analítico por ordenador (exploración analítica por ordenador)
- Gastos derivados de los desplazamientos (realizar entrevistas, sesiones divulgativas...)
- Gastos derivados de la inscripción a los Congresos, el desplazamiento, dietas y alojamiento (difusión del proyecto).
- Partida de gastos para situaciones extraordinarias no contempladas (gastos de correos, mensajería, desplazamientos, contingencias no previstas...)

MATERIAL	PRECIO EN EUROS	
	PARCIAL	TOTAL
Ordenador portátil (tipo Inspiron 15R)	550€	550€
Conexión a internet y teléfono	30€x 24 meses	720€
Microsoft Office y Decision Explorer	180€+200€	380€
Impresora de color(tipo Samsung CLP 365)	108€	108€
Grabadora (tipo Olympus VN712pc)	55€	55€
Material informático: papel, cartuchos de tinta, disco duro externo	30€+200€+100€	330€
Material de papelería: bolígrafos, grapadora, taladradora, archivadores	15€+25€+25€+25€	90€
Contratación de personal experto en análisis analítico por ordenador	800€	800€
Desplazamientos	150€	150€
Inscripción Congresos, desplazamiento, dietas y alojamiento	650€x3 congresos	1950€
Partida de gastos extraordinarios	200€	200€
<b>TOTAL</b>		<b>5333€</b>

Debemos de con: Tabla 5. Presupuesto económico del proyecto llevar a cabo el presente proyecto, es material reutilizable y por lo tanto minimiza la presupuestación de próximos proyectos de investigación:

<input type="checkbox"/> Ordenador	550	}	1243€
<input type="checkbox"/> Impresora	108		
<input type="checkbox"/> Grabadora	55		
<input type="checkbox"/> Taladradora	25		
<input type="checkbox"/> Grapadora	25		
<input type="checkbox"/> Software	380		
<input type="checkbox"/> Disco duro externo	100		

## 15. BIBLIOGRAFÍA

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
2. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3. er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011;22(2):77-90.
3. Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Newton, Curland, Taunton1995.
4. García Fernández FP, López Casanova P, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J. Anecdotario histórico de las heridas crónicas: personajes ilustres que las han padecido. Revista ROL de enfermería. 2009;32(1):60-3.
5. Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Authority. St Bartholomews Hospital, London. 1987.
6. Torra Bou J, Rueda López J, Soldevilla Agreda J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2003;14(1):37-47.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2006;17(3):154-72.

8. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J-E, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007;18(4):43-52.
9. DECLARACIÓN DE BOLONIA. Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación. El espacio europeo de la enseñanza superior. 1999.
10. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Rodríguez Torres MC, Torres García M, López Medina IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. Gerokomos. 2007;18(4):30-8.
11. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos. 2006;17(4):203-24.
12. Ley de Bases de la Sanidad nacional. In: Sanidad Odl, editor. Madrid1944.
13. Zabala Blanco J, Torra i Bou JE, Sarabia Lavín R, Soldevilla Agreda JJ. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos. Gerokomos. 2011;22(4):184-90.
14. Childress JF, Beauchamp TL. Principles of biomedical ethics: Oxford University Press, USA; 1979.
15. Gracia D, Lázaro J. Como arqueros al blanco: Estudios de bioética: Triacastela; 2004.
16. Heidegger M. La Pregunta por la técnica. In: Serbal, editor. Conferencias y artículos. Barcelona1994. p. 9-37.
17. Jonas H. The imperative of responsibility: in search of an ethics for the technological age: University of Chicago Press; 1985.
18. Waddington CH. The ethical animal: University of Chicago Press Chicago; 1960.
19. Lopez M. Memoria Servicio Cantabro de Salud. SCS; 2011.

20. Bodgan R, Taylor S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1996.
21. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. 4 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
22. Gerrish K, Lacey A, Cormack D. Investigación en enfermería: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
23. Morrow SL, Smith ML. Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*. 1995;42(1):24-33.
24. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*. 2002;76(5):423-36.
25. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for program evaluation*. 1986;1986(30):73-84.
26. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1999;24(5):295-300.
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
28. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;320(7227):114.



## **16. ANEXOS**

**ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ANEXO II: FICHA DE LA ENTREVISTA**

**ANEXO III: GUIA COREQ**



## **ANEXO I**

PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA HOSPITALARIOS EN CUANTO A SU RESPONSABILIDAD  
ETICA Y LEGAL EN LA APARICION DE LAS ULCERAS POR PRESION DE PACIENTES A SU CARGO





## Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Encarna Olavarría Beivide de la Universidad de Cantabria para el proyecto de tesis doctoral. La meta de este estudio es conocer la percepción de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en Unidades de Hospitalización en cuanto a su implicación en la aparición de las UPP de los pacientes a su cargo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto podría suponer aproximadamente 60 minutos de su tiempo, Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones pasaran a su poder o se destruirán, con la garantía del investigador que no se realizara copia alguna.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Encarna Olavarria Beivide. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la percepción de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en Unidades de Hospitalización en cuanto a su implicación en la aparición de las UPP de los pacientes a su cargo.

Me han indicado también que tendré que responder a preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la investigadora al teléfono \_\_\_\_\_.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

## **ANEXO II**

PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA HOSPITALARIOS EN CUANTO A SU RESPONSABILIDAD ETICA Y LEGAL EN LA APARICION DE LAS ULCERAS POR PRESION DE PACIENTES A SU CARGO



## Ficha de la entrevista

### Datos técnicos

CODIGO PARTICIPANTE	
FECHA DE GRABACION	
HORA DE GRABACION	
DURACION DE LA ENTREVISTA	
ENTREVISTADOR	
TRANSCRIPTOR	

### Datos sociodemográficos

SEXO	
AÑO DE NACIMIENTO	
UNIVERSIDAD DE ORIGEN	
CENTRO DE TRABAJO	
AÑOS EXPERIENCIA EN LA UNIDAD	
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	

### Emplazamiento

DONDE	
PORQUE	
IMPRESIONES PREVIAS	

**Transcripción:**

## **ANEXO III**

PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA HOSPITALARIOS EN CUANTO A SU RESPONSABILIDAD ETICA Y LEGAL EN LA APARICION DE LAS ULCERAS POR PRESION DE PACIENTES A SU CARGO



**GUÍA COREQ ( CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE STUDIES) / CRITERIOS CONSOLIDADOS PARA ESCRIBIR ESTUDIOS CUALITATIVOS).**

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. 19 (6): 349 – 357.

Traducción al español por: Pedro L. Pancorbo-Hidalgo.

Nº ITEM	PREGUNTAS GUÍA / DESCRIPCIÓN
<b>DOMINIO 1: EQUIPO DE INVESTIGADORES Y REFLEXIVIDAD</b>	
<b>Características personales</b>	
1. Entrevistador/ facilitador	¿Qué autor/es desarrolló la entrevista o el grupo focal? <a href="#">Encarna Olavarría Bevide (pag.3)</a>
2.Credenciales (nivel académico)	¿Cuál es el nivel académico del investigador? (ej. Doctorado, licenciado en...) <a href="#">Diplomada en Enfermería (pag.3)</a>
3.Ocupación	¿Cuál fue la ocupación (puesto de trabajo) de los investigadores en el tiempo en que se hizo el estudio? <a href="#">Supervisora de la unidad de Cirugía General del Hospital Sierrallana (pag.3)</a>
4.Género	¿El investigador/a era hombre o mujer? <a href="#">Mujer (pag.3)</a>
5.Experiencia y formación	¿Cuál era la experiencia o la formación del investigador/es? <a href="#">Asistencial: Enfermera en unidades de cirugía general y consultas especiales, 1987/97 (H. Cruz Roja de Torrelavega y Sierrallana).Supervisora Unidad de Cirugía General, 1997/...</a> <a href="#">Docente: Profesora asociada en prácticas E U Enfermería de la Universidad de Cantabria, curso 2012/13. Profesora colaboradora honorifica en la asignatura Ética y Legislación de la EU Enfermería de la Universidad de Cantabria, cursos 2011/12 y 2012/13</a> <a href="#">Investigadora: autora de diversas ponencias y comunicaciones científicas a Congresos Nacionales. (pag.3)</a>
<b>Relaciones con los participantes</b>	
6.Relación establecida	¿La relación (entre investigador/a y participantes) existía antes del comienzo del estudio? <a href="#">En algunos casos son compañeros de trabajo, en otros conocidos de la profesión y en otros desconocidos (pag.14)</a>

7. Conocimiento de los participantes sobre el/la investigador/a	¿Qué saben los participantes sobre el investigador/a? (ej. <i>Objetivos personales, razones para hacer el estudio</i> ) <a href="#">Conocen el propósito y características del estudio (pag.28)</a>
8. Características del entrevistador/a	¿Qué características son descritas de quien hace o facilita las entrevistas? (ej. <i>Sesgos, supuestos previos, razones e interés por el tema</i> ) <a href="#">El investigador tiene una preconcepción sobre el tema de estudio y emite una hipótesis conceptual (pag.10)</a>
<b>DOMINIO 2. DISEÑO DEL ESTUDIO</b>	
<b>Marco teórico</b>	
9. Orientación metodológica y teórica	¿Qué orientación metodológica se afirma que soporta el estudio? (ej. <i>Teoría fundamentada, análisis del discurso, etnográfica, fenomenológica, análisis de contenido</i> ) <a href="#">Diseño cualitativo con enfoque fenomenológico desde el paradigma de la interpretación (pag.12)</a>
<b>Selección de los participantes</b>	
10. muestreo	¿Cómo se seleccionaron a los participantes? (ej. <i>Intencional, por conveniencia, consecutiva, bola de nieve</i> ) <a href="#">Muestreo de conveniencia e intencional (pag.15)</a>
11. Método de contacto	¿Cómo se contactó con los participantes? (ej. <i>Cara a cara, teléfono, correo postal, correo electrónico</i> ) <a href="#">Cara a cara (pag.17)</a>
12. Tamaño de la muestra	¿Cuántos participantes hubo en el estudio? <a href="#">Pendiente de definir (pag.16)</a>
13. Rechazo a participar	¿Cuántas personas rechazaron participar o se retiraron? ¿Cuáles fueron las razones? <a href="#">Sin concretar (pag.24)</a>
<b>Entorno o lugar donde se hizo el estudio</b>	
14. Lugar donde se recogieron los datos	¿Dónde se recogieron los datos? (ej. <i>En casa, centro sanitario, lugar de trabajo</i> ) <a href="#">En el centro de trabajo (pag.17)</a>
15. Presencia de no-participantes	¿Hubo alguien más presente además de los participantes y los investigadores? <a href="#">No (pag.17)</a>
16. Descripción de la muestra	¿Cuáles son las características fundamentales de la muestra (de participantes)? (ej. <i>Datos demográficos, fechas</i> ) <a href="#">Criterios de inclusión y exclusión (pag.15)</a>
<b>Recogida de datos</b>	
17. Guía de la entrevista	¿Los autores incluyen las preguntas o guiones de entrevista usados? ¿Se hizo un pilotaje previo? <a href="#">Se estructuran una batería de preguntas (pag.17). Se hizo pilotaje previo (pag.18)</a>
18. Entrevistas repetidas	¿Se realizaron entrevistas repetidas (mismo sujeto)? En caso afirmativo, ¿Cuántas? <a href="#">No (pag.17)</a>
19. Grabación en audio/video	¿El investigador/a usó grabación de audio o video para recoger los datos?

	Si, grabación sonora (pag.18)
20. Notas de campo	¿Se tomaron notas de campo durante y/o después de las entrevistas o grupos focales? Si (pag.16)
21. Duración	¿Cuál fue la duración de las entrevistas o grupos focales? Se prevén entre 1-2 horas (pag.16).
22. Saturación de los datos	¿Hay alguna consideración sobre la saturación de los datos? Si (pag.17)
23. Transcripción	¿Se envió (dio a leer) la transcripción de la entrevista a los participantes para que hicieran comentarios y/o correcciones? No
<b>DOMINIO 3: ANÁLISIS Y HALLAZGOS</b>	
<b>Análisis de los datos</b>	
24. Número de codificadores	¿Cuántas personas codificaron los datos? El investigador (pag.21)
25. Descripción del árbol (estructura) de códigos	¿Se hace una descripción del árbol de códigos? Pendiente de resultados de entrevistas
26. Temas emergentes	¿Los temas estaban identificados previamente o emergieron (derivaron) a partir de los datos? Existen 5 ejes temáticos sin detrimento a que aparezcan temas emergentes no previstos (pag.17)
27. Software	¿Qué programa informático, en su caso, se usó para trabajar con los datos? Procesador de textos paquete Microsoft Office y Decision Explorer (pag.26)
28. Comprobación con los participantes	¿Los participantes comentaron los hallazgos? No
<b>Informe (en el artículo)</b>	
29. Citas	¿Se incluyeron citas textuales de los participantes para ilustrar los temas / hallazgos? ¿Se identificó cada cita textual? (ej. <i>Número de participante</i> ) No valorable
30. Consistencia entre hallazgos y datos	¿Hubo consistencia entre los datos presentados y los hallazgos? No valorable
31. Claridad en los temas principales	¿¿Los temas principales se presentaron claramente en los hallazgos? No valorable
32. Claridad en los temas secundarios (categorías)	¿Hay una exposición de casos diversos o sobre temas o categorías secundarias? No valorable





ÚLCERA POR PRESIÓN  
BIOÉTICA  
DATOS  
ENFERMERA  
Hospital  
METODOLOGÍA  
MALA PRÁCTICAS  
SESCO  
LEGISLACION  
COREO  
QUIDAR  
Consentimiento  
CONOCIMIENTO  
CUALITATIVA