



68 <sup>1</sup>Manuel Rodríguez Palma  
<sup>2</sup>Jesús Manuel Vallejo Sánchez

<sup>1</sup>Enfermero. Máster en Ciencias de la Enfermería. Miembro del Comité Director del GNEAUPP. Residencia de Mayores "José Matía Calvo". Cádiz.

<sup>2</sup>Enfermero. Residencia de Mayores "José Matía Calvo". Cádiz.

**Correspondencia:**

Manuel Rodríguez Palma  
C/ Estrecho 1. 11510-Puerto Real (Cádiz)  
Tfno.: 95 683 35 31-626 65 67 60  
E-mail: manuelrp11@enfermundi.com

**RESUMEN**

**Introducción y objetivos:** las úlceras por presión (UPP) son un problema que repercute negativamente en la calidad de vida del anciano, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad de la población institucionalizada. La heterogénea realidad de la asistencia y la variabilidad epidemiológica de estas lesiones dificultan su abordaje en las instituciones socio-sanitarias. Intentaremos conocer la gestión de las UPP en las residencias de mayores y los obstáculos que impiden su adecuado manejo, planteando estrategias para optimizar los cuidados. **Método:** revisión bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales. **Resultados:** la adopción e implementación de las mejores directrices de prevención y tratamiento de UPP ofrece una elevada variabilidad. Se detectan obstáculos a nivel de dirección e instituciones, costes económicos y materiales, formación, actitudes y motivaciones del personal, implantación y cuidados. **Conclusiones:** el uso de programas adaptados a los centros, el compromiso mantenido de la institución, planes globales y multidimensionales, formación interdisciplinar y evaluación continua serían algunas de las recomendaciones para la mejora de los cuidados de prevención y tratamiento de ancianos con UPP.

**PALABRAS CLAVE**

Úlcera por presión, prevención, tratamiento, residencia de ancianos, programa, implementación, evaluación, calidad.

**INTRODUCCIÓN**

Los centros residenciales para personas mayores o residencias de mayores son definidos como aquellos centros de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral a personas mayores en situación de de-

La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores. Obstáculos y facilitadores\*

108

*The management of pressure ulcers in nursing home care. Obstacles and facilitators*

\*Parte de este trabajo fue expuesto en forma de ponencia en el 4º Encuentro Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión, celebrado en Arnedillo (Logroño) del 11 al 13 de noviembre de 2009.

**SUMMARY**

**Introduction and aims:** the PU is a problem that adversely affects the quality of life among the elderly, contributing to morbidity and mortality in the institutionalized population. The heterogeneous reality of care and epidemiological variability of these injuries make it difficult to approach in socio-sanitary institutions. Knowing the management of pressure ulcers in nursing homes and obstacles to its proper management, raising strategies to optimize care. **Method:** literature review on the basis of national and international data. **Results:** the adoption and implementation of best practice guidelines for prevention and treatment of PU offers a high variability. Obstacles are detected at the managerial and institutions, economic and material costs, training, staff attitudes and motivations, implementation and care. **Conclusions:** the use of programs tailored to the centers, the continued commitment of the institution, comprehensive plans and multidimensional, interdisciplinary training and continuous assessment would be some recommendations for improving care for prevention and treatment of elderly patients with PU.

**KEY WORDS**

Pressure ulcer, prevention, treatment, nursing home, program, implementation, evaluation, quality.

pendencia, con el objetivo de facilitar un entorno sustitutivo del hogar familiar –ya sea de forma temporal o permanente (1)–, adecuado y adaptado a las necesidades de asistencia y que favorezca la recuperación o el mantenimiento del máximo grado de autonomía personal y social.



Sabemos que las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud que afecta de manera primordial, pero no exclusiva, a personas de edad avanzada. En el caso de las residencias de mayores, las UPP son una complicación frecuente que contribuye significativamente a la morbilidad y mortalidad de la población institucionalizada (2-4) y que, además, repercute de manera negativa en otras dimensiones como la calidad de vida, autoimagen, costes, cuidados, etc.

En el caso de España y según el II Estudio Nacional de Prevalencia de UPP realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en 2005 (5), la prevalencia de estas lesiones en centros sociosanitarios era de 10,9 +/- 11,9, siendo la correspondiente a las unidades geriátricas de dichos centros de 7,8 +/- 7,7. En otros estudios de ámbito más local, el rango de prevalencia varía entre el 27,17% (6) y el 35,7% (7).

Paralelamente, y a nivel internacional, otros estudios epidemiológicos reportan cifras de prevalencia entre el 2,3 y el 30% (8-10), y entre el 2,2 y el 23,9% de incidencia (10).

Centrándonos en España, podemos comprobar de forma general que la situación de las residencias de mayores es bastante heterogénea, al encontrarnos con una gran diversidad y pluralidad de centros en cuanto a sus características, titularidad, fórmulas de gestión, estructura y organización, niveles de atención, características de los residentes, etc. Si a esto sumamos la elevada edad de los usuarios, las tendencias demográficas de crecimiento poblacional, las demandas crecientes de atención en este tipo de centros (11) y la variabilidad epidemiológica de las UPP vista más arriba, podemos percibir que nos encontramos en un entorno complejo para el adecuado abordaje y gestión de estas lesiones.

Partiendo de esta situación nos planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer la situación del manejo de las UPP en las residencias de mayores.
- Detectar los obstáculos que impiden la correcta aplicación de medidas y programas de prevención y tratamiento de ancianos con UPP.
- Explorar las ayudas y estrategias de mejora para la implementación de cuidados de UPP en residencias de mayores.

## MÉTODO

Se consultaron las siguientes bases bibliográficas internacionales: MEDLINE (a través de PubMed), Cochrane Library y LILACS (ambas a través de la Biblioteca Virtual en Salud) y la base de datos nacional CUIDEN-plus. Se utilizaron los descriptores: residencia de ancianos, úlcera por presión, programa, implementación, recomendaciones, evaluación y calidad –tanto en español como en inglés–.

## RESULTADOS

Tras la revisión de la literatura hemos encontrado que las aportaciones y contribuciones al tema en español son escasas, siendo más numerosas en el entorno anglosajón. Ello nos ha obligado, con las cautelas y limitaciones pertinentes, a utilizar las experiencias encontradas, junto con nuestras aportaciones específicas, para intentar responder a los objetivos expuestos.

### ¿Se siguen las directrices de prevención y tratamiento de UPP en las residencias de mayores?

Para conseguir la implementación de las mejores directrices en el cuidado de los pacientes con UPP, podríamos considerar tres elementos: un conocimiento adecuado de las recomendaciones, suficiente motivación para aplicarlas y disponibilidad de los instrumentos y recursos materiales necesarios.

En cuanto al primer punto, está demostrado que las mejores prácticas en la prevención y el tratamiento de UPP ya han sido identificadas, formuladas y adecuadamente diseminadas entre los clínicos de las residencias. Sin embargo, la difusión de las mismas no garantiza la adopción, sobre todo en algo tan complejo y diverso como los centros geriátricos (12).

En esta línea, Saliba y cols. (13) estudian los resultados de la implementación de guías de práctica clínica (GPC) de prevención de UPP en 35 residencias geriátricas norteamericanas. Para ello revisan el grado de adhesión y/o cumplimiento de las 15 recomendaciones de prevención de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) –6 de ellas consideradas básicas– en los distintos registros. En los resultados obtienen una baja adherencia a las recomendaciones y una alta variabilidad en la adhesión entre residencias. La adherencia a las 15 directrices es del 41% (29%-51%) y a las 6 básicas del 50% (24%-75%). La recomendación que más se cumple es la de inspección de la piel (94%) y la que menos la educación a residentes-familiares (1%) (Tabla 1).

En otros estudios similares, las recomendaciones de prevención son realizadas en menos del 50% de las ocasiones (14) e, incluso, en menos del 20% (15). En todos, los autores concluyen que la adopción sistemática de las directrices no se ha producido.

A nivel nacional, Pancorbo y cols. (16) analizan el uso de protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las UPP en hospitales, centros de salud y residencias geriátricas de Andalucía. Los resultados para estas últimas fueron los siguientes:

- Sólo el 36% de los centros sociosanitarios estudiados monitoriza prevalencia y/o incidencia de UPP. Esto produce un déficit de información sobre el número y la evolución en el tiempo de los pacientes con UPP en estos centros.
- Entre un 60% y 72% de las residencias geriátricas estudiadas dispone y utiliza protocolos de prevención y tra-



**Tabla 1. Adherencia en residencias geriátricas norteamericanas a las recomendaciones de prevención propuestas por la AHRQ**

Lo que menos se hace	Porcentaje
Educación a pacientes/familia en riesgo	1
Cuidados de la piel en incontinencia	10
Protección de prominencias óseas en cama	11
Revaloraciones periódicas del riesgo*	17
Protección de los talones en cama	17
SEMP en cama o situación de riesgo*	18
Protección ante fricción/cizalla	32
Soporte nutricional en nutrición comprometida*	37
Hidratación de la piel seca	40
Lo que más se hace	
Inspección diaria de la piel*	94
Uso de absorbentes, cremas barrera en incontinencia	87
Ante ingesta inadecuada, mejora de la misma	86
Cambios posturales cada dos horas*	69
Valoración al ingreso*	61

Tabla elaborada y traducida por los autores a partir del trabajo de Saliba (13). Las 6 directrices consideradas básicas aparecen marcadas con un asterisco (\*).

tamiento de UPP (según sus responsables), aunque con respecto a los protocolos de tratamiento, se observa una discrepancia entre el grado en que los responsables declaraban utilizarlos (63,6%) y el número de centros en los que la elección del tratamiento local se realizaba según protocolo (18,2%).

- Aproximadamente la mitad de las residencias utiliza escalas de valoración del riesgo de UPP, siendo la escala de Norton (original o modificada) la más utilizada.

- La mayoría de las residencias geriátricas (81,8%) dispone de sistemas de registros específicos para los cuidados relacionados con las UPP.

Con respecto a la disponibilidad y adecuación de materiales específicos para la prevención de UPP, es considerado un punto clave en los programas preventivos, siendo identificada la falta de material o su escasa disponibilidad como una de las principales causas, junto con la falta de personal, que dificultan la aplicación de unos cuidados de calidad en la prevención y tratamiento de UPP (17).

Tras esta somera revisión de la situación en las residencias de mayores, podemos percibir que la situación en cuanto a adopción e implementación de las mejores directrices de cuidados en el tema que nos ocupa ofrece una elevada variabilidad. Para intentar establecer estrategias efectivas de mejora, un primer paso sería la identificación de las barreras que impiden la puesta en práctica de dichas recomendaciones.

¿Cuáles son los obstáculos que impiden la puesta en práctica de las directrices de prevención y tratamiento de UPP en residencias de mayores? A efectos prácticos podemos agrupar las posibles barreras u obstáculos en seis categorías:

*Dirección e instituciones (12, 18-21)*

A este nivel, los principales obstáculos serían:

- Falta de objetivos y directrices organizacionales por parte de la dirección, así como carencias en la comunicación, falta de compromiso, implicación e interés.
- Fallos en la gestión por ausencia de cultura basada en el trabajo en equipo, innovación y/o mejora de la calidad.
- Ausencia de monitorización epidemiológica.
- Falta de documentos de práctica clínica –GPC, protocolos, vías clínicas, etc.– y/o déficits en su elaboración, uso y conocimiento, así como falta de actualización y disseminación de los mismos.

*Costes económicos-materiales (18, 19, 22)*

- Restricciones económicas y/o recursos limitados en los centros.
- Costes de los suministros materiales y equipos, tanto de prevención como de tratamiento.
- Problemas con la disponibilidad de materiales, tanto por defecto como por no estar adecuados a las necesidades reales de cuidados.
- Carencias en los procedimientos de limpieza de los equipos, falta de protocolos de mantenimiento periódicos o de pruebas de calibrado, etc.
- Utilización inadecuada e incorrecta de los equipos y los distintos materiales por falta de entrenamiento del personal en su uso o por escasa formación en este sentido.
- Escasez o inadecuación de las plantillas a las distintas necesidades de cuidados de los ancianos.

*Formación-educación del personal (12, 20, 22)*

De forma general con respecto al personal que trabaja en residencias de mayores podemos destacar:

- Déficit de formación y competencias en prevención, tratamiento y cuidados, así como una carencia de conocimientos en la atención a pacientes con UPP que, en ocasiones, está basado en la experiencia, la tradición y la opinión de otros colegas. En una revisión sistemática sobre el conocimiento de directrices de prevención y tratamiento de UPP en enfermeras, se observa que éste es adecuado –sobre todo de factores de riesgo y prevención, y menos en el tratamiento–, pero la puesta en práctica de las mismas es deficiente (23). Específicamente en residencias, Ramos y cols. (24) recogen conocimientos elevados en enfermeras y algo menor en auxiliares, y Kimura (25) obtiene que el 70% de los médicos de familia que atiende a ancianos institucionalizados no se considera formado en UPP.
- Ausencia de cursos y talleres específicos para cada categoría profesional.



111 *Actitudes (12)*

- Resistencia a los cambios e innovaciones –“siempre se ha hecho así...”– y falta de interés por cambiar las rutinas que se han mostrado ineficaces.
- El personal considera las UPP como un error causado por fallos en el sistema. En lugar de intentar entender dónde falló el sistema, se utiliza la “cultura de la culpa”, responsabilizando a otros y limitando los esfuerzos de mejora de la atención.
- Baja prioridad para la prevención y tratamiento de UPP en la globalidad de la atención.

*Motivaciones-creencias (12, 18, 20)*

- Presuponer que la implantación de directrices para el cuidado de ancianos con UPP conlleva un incremento del papeleo y la consiguiente falta de tiempo.
- Se da prioridad a la atención directa y diaria de los pacientes, no estando interesados en adquirir nuevos conocimientos ni en integrarlos en la práctica.
- Algunas enfermeras y auxiliares sólo consideran UPP las de estadio III y IV, por lo que para ellas el problema no es importante.
- Pensar que las GPC son *check-list* que sustituyen al juicio clínico.
- Percibir conflictos con las creencias y los objetivos de residentes y familiares frente a las recomendaciones de cuidados.

*Implantación-cuidados (20, 22)*

Algunos autores evidencian como principales barreras para la implementación de directrices acerca del cuidado de UPP la falta de interés, el conocimiento insuficiente, no entender las recomendaciones y/o el compromiso inadecuado con el desarrollo de las medidas. A estos podemos sumar:

- Falta de normas basadas en la mejor evidencia.
- Escasa puesta en práctica de la planificación de los cuidados de prevención requeridos por el anciano, aunque exista una buena implantación de la evaluación y registro del nivel de riesgo del residente. En algunos trabajos (22) se detecta que el plan de cuidados sólo aparece en residentes con UPP, siendo de baja calidad y sin explicitar las directrices básicas, acarreado por tanto una falta de continuidad en la atención.
- Falta de reevaluaciones periódicas del riesgo de desarrollar UPP; y, cuando se hacen, no se reflejan en cambios en la prevención y en el resto de intervenciones.
- Ausencia de valoración sistemática de la herida –algo fundamental para el establecimiento de un plan efectivo de cuidados–, y de evaluación periódica y/o registro de signos objetivos o parámetros de la herida (“parece que va mejor”, “buena evolución”,...).
- Infrautilización de sistemas de clasificación-estadaje de las lesiones.
- Uso de fotografías sin el consentimiento de residentes o familiares.

- Errores en el uso de apósitos con respecto a las características del individuo y de la lesión.
- Presencia de dolor en residentes con UPP.
- Falta de continuidad del proceso de implementación y/o estrategias de mejora de los cuidados (diversos estudios muestran buenos resultados tras el proceso de implantación, que no se mantienen al no prolongarse en el tiempo) (26-29).
- Ausencia de información a residentes y familiares sobre UPP.

**¿Cuáles son las estrategias para mejorar los cuidados de prevención y tratamiento de los ancianos con úlceras por presión en residencias de mayores?**

Podemos enumerar una serie de estrategias o facilitadores –ni mucho menos completa y exhaustiva– según seis elementos clave en un proceso de implementación:

*Ambiente organizacional (12, 19, 20, 22)*

- Previo a cualquier proceso de implantación, es fundamental realizar un análisis de las barreras y obstáculos que la organización pueda tener de cara a ese proceso.
- La literatura sobre la construcción de capacidades y uso de la investigación sugiere que la organización es el factor más importante para promocionar la mejor práctica enfermera (30). Por ello, la implicación y el compromiso de la dirección con cualquier programa o medida a implantar es fundamental.
- Dentro de este aspecto, también es necesaria la monitorización epidemiológica de las UPP en las residencias para conocer el alcance real del problema y valorar la eficacia de las medidas propuestas.

*Potenciales adoptadores (12, 19)*

Entre las estrategias para facilitar la implantación entre los posibles adoptadores –profesionales– del programa podemos citar:

- Creación de un ambiente positivo y buena comunicación entre todo el personal.
- Implicación de las distintas disciplinas involucradas en la atención del anciano.
- Retroalimentación epidemiológica de resultados: monitorización epidemiológica e información periódica de los datos obtenidos a la plantilla –en términos de incidencia y/o prevalencia–.
- Participación de los profesionales en la optimización del cuidado, planteamiento de estrategias de mejora, análisis de los datos,... a través de diversas fórmulas adaptadas a las características de la institución: pequeño grupo de voluntarios, comisión o subcomisión de heridas, etc., pasando a convertirse en un grupo líder para el cambio con suficiente motivación e ilusión.

*Innovaciones basadas en la evidencia (19, 22)*

- Adopción de directrices de prevención y tratamiento basadas en las mejores prácticas y en la mejor eviden-



cia. Intentar adaptar esas directrices al entorno, de forma que sean claras, sencillas y que permitan apreciar beneficios para pacientes y profesionales.

- Facilitar los cambios en la práctica, procurando que no sean difíciles, que no consuman excesivo tiempo y que no aumenten las cargas de trabajo.

#### *Estrategias de transferencia (12, 19, 20)*

- Es fundamental la información como herramienta para favorecer la persuasión e implicar al personal. La información ha de ser estructurada y dirigida a todas las unidades y/o servicios, con carácter multidisciplinar para favorecer su implicación en el proyecto.

- Seguir favoreciendo la participación del personal –grupos, comisiones, ...– en el proceso de aplicación y evaluación. Es interesante implicar a profesionales considerados líderes de opinión para el resto.

- Aunque la presencia de conocimiento no es garantía de cambios en el comportamiento habitual y sabiendo que la educación es una condición necesaria pero insuficiente para mantener esos cambios en la práctica, la formación planificada –previa evaluación de los conocimientos– es importante conjuntamente a otras medidas:

- Planteamiento de estrategias formativas: talleres, sesiones, seminarios.

- Frente a la educación grupal (conferencias/sesiones), con un bajo impacto en los cambios de las prácticas, a pesar de la educación individualizada en la práctica cotidiana. Aquí juegan un importante papel los colegas expertos que, por influencia social, podrían ayudar a las enfermeras a modificar su comportamiento.

- En esta línea, preparar o crear un equipo de profesionales expertos en cuidados de la piel que puedan asumir esta función.

- Elaboración de materiales y estructuras de apoyo: manuales, guías, vídeos interactivos, carteles, trípticos, uso de nuevas tecnologías, etc.

- Con respecto a la adquisición de materiales:

- Compra de materiales con criterios claros y definidos.

- Coordinación con otros departamentos: suministros, limpieza (por ejemplo, para protocolo de limpieza de SEMP, etc.),...

- Ante la aparición de pacientes con UPP de estadios III-IV, algunos autores plantean, como elemento de evaluación, la realización de reuniones multidisciplinarias para analizar qué falló y cómo se puede mejorar el proceso de atención en este campo.

- Finalmente, son muchos los expertos que abogan por la creación de la figura de la enfermera experta en el cuidado de la piel como referente en el abordaje de la atención a estos pacientes, refrendado por la existencia de estudios que avalan los beneficios de su figura (31-33).

#### *Adopción (12, 19)*

- Uso de registros estandarizados para la valoración del riesgo y la reevaluación del mismo, valoración integral del an-

ciano, valoración de la lesión, planificación de medidas preventivas y de tratamiento,...

- Clarificación de responsabilidades de los profesionales en las distintas etapas del proceso de atención.

- Normalización del uso de los materiales preventivos y terapéuticos (apósitos, SEMP,...).

- Control económico y registro de costes de los recursos utilizados.

- Integración en el proceso de cuidados de la información a pacientes y familiares.

#### *Evaluación y monitorización*

- Evaluación continua y permanente, dirigida a medir resultados, desarrollo y estructura.

### CONCLUSIONES

Existen numerosas experiencias que exponen cómo la adecuada implementación de un programa de cuidados de ancianos con UPP en residencias logra resultados positivos expresados en distintos aspectos evaluativos (disminución de incidencia y/o prevalencia, aceptación y participación de los profesionales, reducción de costes, etc.) (31, 32, 34-36).

Para ello, nos atrevemos a apuntar una serie de recomendaciones o ideas clave que, a modo de conclusión, sintetizan lo expuesto anteriormente y que pueden facilitar la implementación de un programa de mejora de los cuidados de ancianos con UPP o en riesgo de desarrollarlas:

- Es necesario un compromiso sostenido por parte de los dirigentes de la institución, ya que sin una adecuada cultura de la organización sólo serán posibles pequeñas mejoras temporales. El reto principal es la asunción y sostenibilidad por parte de la institución de los cambios introducidos (12, 19).

- Hay que diseñar, adaptar e individualizar los programas previstos a las características de los centros previa valoración exhaustiva de los mismos, en cuanto a barreras y oportunidades, evaluando constantemente el ambiente externo y las amenazas a la implementación (19). Lamentablemente, las directrices sobre UPP en residencias han sido inconsistentemente usadas e inefectivas para disminuir la incidencia de UPP cuando se han implementado como parte de una iniciativa estandarizada de mejora de calidad (13, 31, 36, 37).

- El plan de actuación debe ser global, basado en un enfoque multidimensional y multidisciplinar.

- Es preciso tener en cuenta que si la innovación en la práctica no se percibe como algo positivo, como ventaja, si no es compatible con los valores o creencias, si es demasiado compleja o los resultados no se observan con facilidad, entonces la adopción tarda o no se realiza (18).

- No basta con una buena difusión. Hay que trabajar también la persuasión, implementación y eliminación de barreras (18).

- Todo esto conlleva tiempo e importantes recursos físicos y humanos (19) que hay que considerar.



113 • Es necesaria la formación interdisciplinar, teniendo en cuenta que la formación no es sólo para impartir conocimientos, sino también para incluir información adicional sobre la finalidad y los objetivos de los protocolos o programas (21).

• Finalmente, la evaluación regular y continua, acompañada de la investigación se convierten en elementos críticos para mejorar la calidad de los cuidados a los ancianos en este tipo de centros. 73

## BIBLIOGRAFÍA

1. ORDEN de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía.
2. Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320: 850-3.
3. Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995; 123: 433-42.
4. Berlowitz DR, Brandeis GH, Anderson J, Du W, Brand H. Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997; 52 (2): M106-10.
5. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda 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.
6. Leyva-Moral JM, Caixal-Mata C. Prevalencia de úlceras por presión en residencias geriátricas. *Rev Enferm* 2009; 32 (1): 52-6.
7. Casimiro C, García-de-Lorenzo A, Usan L. Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish elderly population. *Nutrition* 2002; 18 (5): 408-14.
8. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *J Clin Nurs* 1999; 8 (2): 170-9.
9. Provo B, Piacentini L, Dean-Baar S. Practice *versus* knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. *JWONC* 1997; 24 (5): 265-9.
10. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcers in America: Prevalence, incidence, and implication for the future: an executive summary of the National Pressure Ulcer Advisory panel Monograph. *Advances in Skin & Wound Care* 2001; 14 (4): 208-15.
11. Sancho M, Pezuela M, Fernández M. Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2006. En: Sancho M (Coord.). Informe 2006. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales e IMSERSO, 2006; pp. 367-437. [Consultado 25/11/2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2006/index.html>.
12. Berlowitz DR, Frantz RA. Implementing best practices in pressure ulcer care: the role of continuous quality improvement. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8 (3 Supl.): S37-41.
13. Saliba D, Rubenstein LV, Simon B, Hickey E, Ferrell B, Czarnowski E, Berlowitz D. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines: implications for nursing home quality. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 (1): 56-62.
14. Baier RR, Gifford DR, Lyder CH, Schall MW, Funston-Dillon DL, Lewis JM *et al.* Quality improvement for pressure ulcer care in the nursing home setting: The Northeast Pressure Ulcer Project. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4 (6): 291-301.
15. Bours GJ, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Grol RT. Prevalence, prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. *Res Nurs Health* 2002; 25 (2): 99-110.
16. Pancorbo PL, García FP, López IM<sup>a</sup>, López J. Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. *Gerokomos* 2005; 16 (4): 219-28.
17. García FP, Pancorbo PL, López J, López IM. Recursos materiales para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. *Gerokomos* 2006; 17 (1): 47-57.
18. Colón-Emeric CS, Lekan D, Utley-Smith Q, Ammarell N, Bailey D, Corazzini K, Piven ML, Anderson RA. Barriers to and facilitators of clinical practice guideline use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55 (9): 1404-9.
19. Graham K, Logan J. Using the Ottawa Model of research use to implement a skin care program. *J Nurs Care Qual* 2004; 19 (1): 18-24; quiz 25-6.
20. Buss IC, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Kok G. Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. *J Clin Nurs* 2004; 13 (6): 668-76.
21. Wilborn D, Halfens R, Dassen T. Pressure ulcer: prevention protocols and prevalence. *J Eval Clin Pract* 2006; 12 (6): 630-8.
22. O'Hare J. Maintaining standards for pressure ulcer management in care homes. *Nurs Stand* 2008; 16-22; 22 (45): 62-4, 66, 68.
23. Pancorbo PL, García FP, Rodríguez MC, Torres M, López IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. *Gerokomos* 2007; 18 (4): 188-96.
24. Ramos R, Verdú J, López P. Conocimientos del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario. En: V Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Oviedo, 11-13 noviembre 2004. Oviedo: GNEAUPP; 2004. p. 199.
25. Kimura S, Pacala JT. Pressure ulcers in adults: Family physicians' knowledge, attitudes, practice preferences, and awareness of AHCPR guidelines. *J Fam Pract* 1997; 44 (4): 361-8.
26. Xakellis GC, Frantz R, Lewis A, Harvey P. Translating pressure ulcer guidelines into practice: It's harder than it sounds. *Adv Skin Wound Care* 2001; 14 (5): 249-56, 258.
27. Rosen J, Vikas M, Degenholtz H, Castle N, Mulsant BH, Hulland S *et al.* Ability, incentives, and management feedback: Organizational change to reduce pressure ulcers in a nursing home. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7 (3): 141-6.
28. Rollow W, Lied TR, McGann P, Poyer J, LaVoie L, Kambic RT *et al.* Assessment of the Medicare quality improvement organization program. *Ann Intern Med* 2006; 145 (5): 342-53.
29. Berlowitz DR, Young GJ, Brandeis GH, Kader B, Anderson JJ. Health care reorganization and quality of care: unintended consequences on pressure ulcer prevention. *Med Care* 2001; 39 (2): 138-46.
30. Royle J, Blythe J, Ciliska D, Ing D. The organizational environment and evidence-based nursing. *Can J Nurs Leadersh* 2000; 13(1): 31-7.
31. Rantz MJ, Popejoy L, Petroski GF, Madsen RW, Mehr DR, Zwiggart-Stauffacher M *et al.* Randomized clinical trial of a quality improvement intervention in nursing homes. *Gerontologist* 2001; 41 (4): 525-38.
32. Vu T, Harris A, Duncan G, Sussman G. Cost-effectiveness of multidisciplinary wound care in nursing homes: a pseudo-randomized pragmatic cluster trial. *Fam Pract*. 2007; 24 (4): 372-9. Epub 2007 Jun 29.
33. Lyder CH, Shannon R, Empleo-Frazier O, McGehee D, White C. A comprehensive program to prevent pressure ulcers in long-term care: exploring costs and outcomes. *Ostomy Wound Manage* 2002; 48 (4): 52-62.
34. Rosen J, Mittal V, Degenholtz H, Castle N, Mulsant B, Rhee YJ *et al.* Organizational change and quality improvement in nursing homes: approaching success. *J Healthc Qual [serial online]* 2005; 27 (6): 6-14 [Consultado 20 de noviembre de 2009]. Disponible en: [http://www.nahq.org/journal/ce/article.html?article\\_id=245](http://www.nahq.org/journal/ce/article.html?article_id=245).
35. Werkman H, Simodejka P, DeFilippis J. Partnering for prevention: a Pressure Ulcer Prevention Collaborative project. *Home Healthc Nurse* 2008; 26 (1): 17-22.
36. Berlowitz DR, Young GJ, Hickey EC, Saliba D, Mittman BS, Czarnowski E *et al.* Quality improvement implementation in the nursing home. *Health Serv Res* 2003; 38 (1 Pt 1): 65-83.
37. Wipke-Tevis DD, Williams DA, Rantz MJ, Popejoy LL, Madsen RW, Petroski GF *et al.* Nursing home quality and pressure ulcer prevention and management practices. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52 (4): 583-8.