



Universidad
de La Laguna



TRABAJO DE FIN DE GRADO

INCIDENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC) EN EL MES DE MARZO DE 2016

AUTORA:

M^a ROSA PUJALTE PÉREZ
Alumna de 4^o Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: MARIA DE LOS ÁNGELES LEAL FELIPE.

Doctora por la Universidad de La Laguna y profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería.

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA



CURSO 2015-2016

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA



**AUTORIZACIÓN DE LA TUTORA PARA LA PRESENTACIÓN DEL
TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo Fin de Grado:

**INCIDENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC) EN EL MES DE
MARZO DE 2016**

Autora:

M^a ROSA PUJALTE PEREZ

Firma de la alumna:

Tutora:

MARIA DE LOS ÁNGELES LEAL FELIPE

Doctora por la Universidad de La Laguna y profesora titular de la
Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería.

V^o. B^o del Tutora:

La Laguna a

RESUMEN

Objetivo: obtener indicadores epidemiológicos actualizados sobre la incidencia de UPP en una unidad de hospitalización del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Métodos: estudio prospectivo y descriptivo de aparición de úlceras por presión (UPP) en pacientes que ingresaron en la unidad de Medicina Interna durante el mes de Marzo de 2016. Y se utilizó la Escala de Braden para valorar el día del ingreso el tipo de riesgo de padecer UPP de dichos pacientes.

Variables: Se recogieron variables tales como número total de ingresos, estancia media (EM), tipo de riesgo según escala de Braden, aparición de UPP, registro de úlceras previas, edad y sexo.

Resultados: la muestra se compuso de 42 pacientes que ingresaron provenientes de urgencias y de otras unidades del HUC. La incidencia de UPP post-ingreso de los pacientes con riesgo como de los pacientes sin riesgo ha sido la misma, es decir nula. Tampoco se observó incidencia en los pacientes que ya tenían UPP pre-ingreso. Ni influyó el sexo y la edad.

Conclusión: Resalta la incidencia negativa de UPP en este estudio, lo cual indica que el personal de enfermería conoce las medidas de prevención recogidas en las guías y las aplicó correctamente.

Palabras claves: Úlcera por presión. Incidencia. Hospital. Escala de Braden

ABSTRACT

Objective: To obtain updated epidemiological indicators on the incidence of UPP in an inpatient unit of the University Hospital of the Canary Islands (HUC).

Methods: Prospective and descriptive study of the occurrence of pressure ulcers (UPP) in patients admitted to the Internal Medicine unit for the month of March 2016. Braden Scale was used to assess the day of admission the type of risk UPP suffer such patients.

Variables: variables such as total revenue, average length of stay (EM), type of risk were collected by Braden scale, pressure ulcers, ulcers previous record, age and sex.

Results: The sample consisted of 42 patients admitted from the emergency room and other units of the HUC. The incidence of UPP postingreso risk patients with and patients without risk has been the same, ie zero. Nor incidence was observed in patients who already had pre-admission UPP. Neither had he influenced sex and age.

Conclusion: It highlights the negative impact of UPP in this study, indicating that nurses know the preventive measures listed in the guidelines and applied correctly.

Keywords: Pressure ulcer. Incidence. Hospital. Braden Scale.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS.....	7
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL	
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
4. ANTECEDENTES.....	7
5. METODOLOGÍA.....	10
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	11
7. RESULTADOS.....	12
8. DISCUSIÓN.....	14
9. CONCLUSIÓN.....	19
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	20
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	22
ANEXOS	
Anexo 1.....	27
Anexo 2.....	28
AGRADECIMIENTOS.....	29

1. INTRODUCCIÓN:

En la Bibliografía especializada existen múltiples definiciones de las Úlceras Por Presión (UPP); nosotras proponemos como más acertada la definición de MJ. Armendáriz ¹:

"Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él".

Otra definición que nos da el Ministerio de Sanidad es:

"Lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento" ².

Para todos los profesionales sanitarios responsables de la atención y cuidados de los pacientes ingresados en nuestros centros sanitarios no es sólo una preocupación importante la aparición de las UPP sino uno de los indicadores de calidad de los cuidados enfermeros y, por tanto, es fundamental que se planifiquen y ejecuten los cuidados necesarios para prevenirlas y en todo caso tratarlas.

Desde la perspectiva de la seguridad clínica, los sistemas de salud van aumentando el grado de importancia otorgado al problema de las UPP como efecto adverso de la atención sanitaria y asumiendo algo que el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) venía reclamando desde su creación: "que las UPP, lejos de ser un proceso banal, inevitable o silente, son un problema de salud de primer orden a nivel mundial" ³. Cada 21 de Noviembre se celebra el Día Mundial para la prevención de este problema de salud, que afecta a un número importante de personas, y sin embargo se pueden evitar en un 95% de los casos con cuidados preventivos. Debido a que son evitables, las demandas legales relacionadas con UPP son cotidianas en sociedades como el Reino Unido y Estados Unidos, y según varios expertos, inminentes en nuestro país⁴. Son grandes las repercusiones de las UPP sobre los pacientes en términos de deterioro de salud, calidad de vida y sobre los sistemas de salud, en términos económicos. Teniendo en cuenta el número de afectados (afecta al día a más de 90.000 personas), GNEAUPP ha estimado que el coste del tratamiento de las UPP en España supera los 600 millones de euros cada año.⁴

Algunas guías de práctica clínica antiguas consideran el juicio clínico de las enfermeras fundamental para valorar el riesgo de desarrollar una UPP y sitúan el uso de escalas de

valoración como un complemento. Otras investigaciones recientes concluyen que el uso de escalas validadas puede ser una alternativa mejor que el juicio clínico, sobre todo cuando se trata de enfermeras no expertas, sirviéndole de soporte para las decisiones clínicas. ⁴

Existen numerosas herramientas que permiten cuantificar la importancia del riesgo. La primera escala de valoración del riesgo de desarrollar una UPP (EVRUPP) descrita en la literatura fue desarrollada en 1962 por Doreen Norton. Otras autoras han utilizado diferentes criterios para desarrollar EVRUPP, como Bárbara Braden, que junto a Nancy Bergmstrom desarrollaron la escala de Braden, a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre las UPP. ⁵

Las escalas son instrumentos en los que se da una puntuación numérica a una serie de variables, consideradas factores de riesgo, y se calcula la puntuación total para evaluar el nivel de riesgo global, identificando a los individuos con riesgo. Dichas variables son: la movilidad, la incontinencia, el estado nutricional y el estado neurológico del paciente. Una de las escalas más utilizadas es la escala de Braden (Anexo I), que utiliza el GNEAUPP, el European Wound Management Association (EWMA) y la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) y desde hace unos años se viene utilizando en el Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Una vez establecido el riesgo, se intentan reducir los factores que favorecen este riesgo mediante Intervenciones Enfermeras de prevención y la asignación de recursos que disminuyan la incidencia de la aparición de UPP en los pacientes, por lo que se recomienda hacer una valoración en el momento del ingreso, al alta y cada vez que el paciente sufra un cambio relevante en su situación de salud.

Para medir el alcance y la evolución temporal del problema de las UPP se utilizan los indicadores epidemiológicos, siendo los más conocidos y de fácil cálculo la **prevalencia** y la **incidencia**.

2. JUSTIFICACIÓN:

Las UPP se han descrito en la literatura médica desde que aparecieron los primeros tratados de medicina y probablemente, han existido desde los inicios de la humanidad, pues han sido halladas en momias egipcias no enterradas.⁶

Las UPP han dejado de ser un problema de salud invisible, subestimadas y un poco desconocidas, hasta que desde hace unos años no se ha iniciado el progreso de su conocimiento y detención. Como apuntaba el Dr. Soldevilla hace un tiempo: “el estado actual de conocimiento y desarrollo social ha de lograr desterrar la concepción de las úlceras por presión como un proceso banal, fatal, inevitable y silente”⁷.

También Pam Hibbs, mucho antes, en la década de los ochenta, tuvo el gran acierto de caracterizar el problema de las UPP como una “Epidemia debajo de las sábanas”, ilustrando de una manera muy didáctica la envergadura epidemiológica de estos lamentables procesos de pérdida de salud y acogiendo una doble metáfora, relacionando el territorio de nuestro cuerpo que comúnmente se ve afectado y, al tiempo, la situación de hermetismo y desconocimiento⁸.

Debido a ese necesario conocimiento de la verdadera entidad de estos procesos, desde 1999, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) consideró de vital interés, para rescatar y mantener el valor real del problema, la constitución de un observatorio epidemiológico permanente que permitiera seguir la evolución de estas lesiones⁹.

Datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de sus sistemas de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), revelan que la tasa de UPP en 2010 era de 11,40 por cada 1.000 altas hospitalarias a nivel estatal. Datos que deben tomarse con precaución debido a un manifiesto infra-registro de los casos, y a las diferencias entre los indicadores aportados por las comunidades autónomas⁶.

Por nuestra experiencia práctica con enfermos hospitalizados de Medicina Interna, con un perfil pluripatológico, con edades avanzadas, problemas de nutrición, con una estancia media-alta etc... sabemos que todos ellos pueden ser factores predisponentes a desarrollar UPP, lo que nos ha llevado a querer conocer la incidencia de aparición de UPP en estos pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este trabajo es obtener indicadores epidemiológicos actualizados sobre la incidencia de UPP en una unidad de Enfermería de hospitalización de enfermos adultos de Medicina Interna (6ª PAR) del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el número de pacientes con algún tipo de riesgo (bajo, medio y alto) de padecer UPP, utilizando para su valoración la escala de Braden.
- Conocer la edad media de los pacientes ingresados en relación al tipo de riesgo de padecer UPP.
- Conocer el sexo, edad y estancia media (EM) de los pacientes participantes en el estudio y su relación con la aparición de UPP.

4. ANTECEDENTES:

El uso de escalas de valoración de riesgo de padecer UPP es sin duda el primer eslabón en un plan de prevención de UPP. Facilita la identificación de los factores de riesgo, así como el riesgo global del paciente. Es el profesional de enfermería el responsable de realizar la valoración del riesgo dentro de las primeras 24 horas del ingreso del paciente. Los resultados obtenidos de esta valoración permiten orientar los cuidados enfermeros a prestar a los pacientes.¹⁰

Con el uso de las escalas de valoración del riesgo de UPP al ingreso, se obtiene información acerca del paciente y los factores predisponentes susceptibles de poder mejorar o aliviar. Para ello, se llevarán a cabo procedimientos que ayudarán a prevenir la aparición de UPP, y en caso de que ya se haya producido, evitar su desarrollo y llegada a estadíos más avanzados¹¹

*“Estudios han demostrado que el 95% de las UPP son prevenibles y de este alto porcentaje, el 60% se evitan a través de la aplicación de las escalas que permiten la valoración de riesgo de aparición de tales lesiones”.*¹²

No existe un consenso claro entre los expertos y los profesionales sobre la mejor forma de realizar una valoración de riesgo de padecer úlceras por presión. Todas las escalas existentes (Norton, Norton modificada, Braden, Emina, Nova 5...) establecen una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar UPP, en función de una serie de

parámetros considerados como factores de riesgo. Es preferible aplicar medidas de prevención a algún paciente sin riesgo que luego curar la lesión, donde el coste social, económico y laboral es mayor.¹³

La Escala de Braden se publicó en el año 1987, en Estados Unidos, su nombre original es The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. Actualmente presenta factor de fiabilidad y está validada.¹⁴

Esta escala analiza 6 factores de riesgo:¹⁴

Percepción sensorial: capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión. Puede ser: **completamente limitada** (disminuido el nivel de consciencia o debido a tratamiento sedante, el paciente no responde a estímulos dolorosos o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo), **muy limitada** (sólo reacciona ante estímulos dolorosos, mediante quejidos y agitación o presenta un déficit sensorial que le impide percibir la sensación de dolor en más de la mitad del cuerpo), **ligeramente limitada** (reacciona a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar las molestias percibidas o presenta una dificultad sensorial para percibir molestias o dolor al menos en una de las extremidades), y **sin limitaciones** (responde a órdenes verbales y no presenta discapacidad para comunicar algún tipo de dolor o molestias percibidas).

Exposición a la humedad: es el nivel de exposición de la piel a la humedad, y se puede dividir en: **constantemente húmeda** (se detecta humedad cada vez que se mueve o se realizan cambios posturales al paciente), **a menudo húmeda** (la ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez por turno), **ocasionalmente húmeda** (requiere un cambio de ropa una vez al día) y **raramente húmeda** (piel generalmente seca).

Actividad: nivel de actividad física, se clasifica en: **encamado/a** (constantemente encamado), **en silla** (no puede andar o deambulación muy limitada, no sostiene su propio peso y necesita ayuda para trasladarse de la cama al sillón o a la silla de ruedas), **deambula ocasionalmente** (deambula distancias muy cortas con o sin ayuda, pasa la mayor parte de las horas del día en cama o en silla de ruedas), y **deambula frecuentemente** (deambula fuera de la habitación al menos 2 veces/día y dentro de ella al menos dos horas).

Movilidad: capacidad para cambiar y controlar la movilidad corporal, se divide en: **completamente inmóvil** (incapacidad de llevar a cabo algún cambio de posición corporal o de alguna extremidad sin ayuda), **muy limitada** (capacidad de realizar ligeros cambios posturales o de extremidades, pero no movimientos significativos e incapacidad de hacerlos de forma frecuente), **ligeramente limitada** (realiza frecuentemente cambios de

posición corporal o de extremidades por sí solo), y **sin limitaciones** (efectúa cambios de posición sin ayuda frecuentemente).

Nutrición: patrón de ingesta alimentaria. Se clasifica en: **muy pobre** (no ingiere más de un tercio de la comida y bebe poco líquido. No toma suplementos dietéticos, o está con dieta líquida o dieta absoluta pautada de más de 5 días), **probablemente inadecuada** (sólo come la mitad de los alimentos, ocasionalmente toma un suplemento dietético o tolera menos dieta líquida o por sonda nasogástrica que la cantidad óptima), **adecuada** (consume más de la mitad de la mayoría de las comidas o recibe las cantidades óptimas según las necesidades nutricionales por sonda nasogástrica o por vía parenteral. Si rehúsa la comida aceptará un suplemento dietético como sustitución), y **excelente** (consume la mayor parte de las raciones de comida, no haciendo uso de suplementos dietéticos. Además, come entre horas).

Roce y peligro de lesiones: puede ser: **problema** (requiere ayuda total para realizar movilizaciones y se producen deslizamientos entre las sábanas, se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, necesitando reposicionamientos constantes con máxima ayuda), **problema potencial** (durante los movimientos la piel roza con parte de las sábanas, silla, sujeciones... la mayor parte del tiempo mantiene una buena posición en la cama o en la silla, aunque puede resbalar hacia abajo), y **no existe problema aparente** (mantiene una buena posición en la cama o en la silla, y tiene la suficiente fuerza para levantarse completamente cuando se mueve). Cada uno de estos parámetros lleva una puntuación del 1 (mayor riesgo) al 4 (menor riesgo).

El rango de puntuación del resultado varía de 6 a 23 puntos, a mayor puntuación menor riesgo de padecer UPP: ¹⁴

- ≤ 16 riesgo bajo
- ≤ 14 riesgo moderado
- ≤ 12 riesgo alto

Las escalas en general son instrumentos en los que se da una puntuación numérica a una serie de variables, consideradas factores de riesgo, y se calcula la puntuación total para evaluar el nivel de riesgo global, identificando los individuos con riesgo.¹⁵

Entre los profesionales existe el consenso de que estas escalas o instrumentos de valoración deberían tener en cuenta las siguientes variables clínicas: *la movilidad, la incontinencia, el estado nutricional y el estado neurológico del paciente.*¹⁶

En el segundo estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión realizado en

España en 2005, la prevalencia media (PM) de UPP según los datos reportados por las 293 unidades de enfermería hospitalarias fue de 8,91%.¹⁶

En el tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión realizado en España en 2009, en hospitales considerados de alta complejidad fue de 7,14%.¹⁹ En este estudio, el 66,5% de las úlceras en los hospitales corresponde a los estadios I y II. Las localizaciones más frecuentes de las úlceras son sacro, talones y trocánteres.¹⁷

En un monográfico de la NPUAP (The National Pressure Ulcer Advisory Panel) en el que revisaron artículos publicados entre Enero de 1990 a Diciembre de 2000, en cuidados agudos, concluyeron que la tasa de prevalencia oscila entre el 10% al 18%.¹⁸

5. METODOLOGÍA

Previamente a la realización del estudio se ha consultado una bibliografía amplia utilizando diversas bases de datos: Google Académico, Scielo, Punto Q, Slideshare, GNEAUPP, ANEDIDIC y LILACS. En todas ellas, se ha realizado la búsqueda sin límite de fechas y tipos de documentos, utilizando como palabras claves: úlcera por presión (upp), factores de riesgo y escalas upp.

Diseño: se trata de un estudio prospectivo y descriptivo, de abordaje cuantitativo, realizado mediante una EVRUP (Escala de Braden), para conocer el riesgo (alto, medio, bajo) de padecer úlceras por presión (UPP) que tienen los pacientes el día de ingreso en la Unidad de Enfermería 6ª Par (Medicina Interna) y del seguimiento diario de presencia o no de úlceras por presión en cada uno de los pacientes durante el periodo de hospitalización en la Unidad de estudio.

Población y muestra: la población del estudio fueron 42 pacientes que ingresaron en el mes de Marzo de 2016 en la unidad 6ª Par del HUC.

Criterios de inclusión: todos los pacientes que ingresaron en dicha unidad procedentes tanto de urgencias como trasladados de otras unidades del HUC, tuvieran úlceras previas o no.

Criterios de exclusión: pacientes que ya estaban ingresados en la unidad antes del comienzo del estudio.

Variables: Las variables estudiadas son: número total de ingresos, estancia media de la Unidad durante el periodo de estudio, aparición de úlceras, úlceras previas al ingreso, riesgo de padecer UPP (alto, medio, bajo) el día del ingreso. También se tuvieron en cuenta variables demográficas: la edad y el sexo.

Método de recogida de datos: Para conocer el riesgo de padecer UPP el día del ingreso se utilizó la escala de Braden. Esta valoración se realizó de manera sistemática a todo paciente ingresado en la unidad de Medicina Interna desde el día 01/03/2016 hasta el día 31/03/2016, fecha en que se puso fin al estudio. Se informó previamente a la supervisora y enfermeras de la unidad 6ª Par para solicitar su colaboración.

Análisis de los datos:

Se analizó la incidencia de UPP a través del registro en una base de Excel de la aparición de UPP o no en cada uno de los pacientes ingresados durante su estancia en la unidad. Y un análisis de las valoraciones con la escala de Braden para conocer el tipo de riesgo de padecer UPP que tenían los pacientes el día del ingreso. Atendiendo a la fórmula de:

$$\text{INCIDENCIA} = \frac{\text{Nº de casos nuevos de una enfermedad durante el seguimiento}}{\text{Total de población en riesgo durante el seguimiento}}$$

Se monitorizó el riesgo de padecer UPP atendiendo a la siguiente valoración realizada con la: **ESCALA DE BRADEN** (Anexo 1)

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Los datos recogidos se han tratado de forma confidencial en un documento tipo Excel al que sólo podrán acceder los investigadores involucrados y la Autoridades Sanitarias, según la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999.

Se obtuvo permiso de la supervisora de la unidad, además de permiso por escrito del Director de Enfermería del HUC, previa solicitud de la alumna y de la Tutora de este trabajo (Anexo II).

7. RESULTADOS:

En el periodo de tiempo estudiado (31 días) ingresaron en la Unidad un total de 42 pacientes, de los cuales 21 llegaron trasladados de otras unidades del HUC y 21 ingresaron desde el servicio de urgencias de dicho Hospital. Ningún paciente de los que ingresaron en el mes de estudio presentó criterios de exclusión, por lo que todos los ingresos de pacientes fueron analizados en este estudio al ser ingresados en el periodo de estudio.

De los 42 pacientes el 54,76% presentaron el día que ingresaron en la Unidad un riesgo bajo de padecer UPP, con puntuaciones en la utilización de la escala de Braden entre 23 y 16 puntos.

Los pacientes con un riesgo medio representan el 26,19% del total de la muestra. Siendo el menor porcentaje el de los pacientes con un riesgo alto de padecer UPP, con un 19,04%.

ESCALA DE BRADEN: MEDICIÓN DEL RIESGO DE PADECER UPP		
TOTAL 42 PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD 6ª PAR DEL HUC		
Nº PACIENTES CON RIESGO BAJO	Nº PACIENTES CON RIESGO MEDIO	Nº PACIENTES CON RIESGO ALTO
23	11	8

Tabla 1. Escala de Braden: Medición el riesgo de padecer UPP en pacientes ingresados en la unidad de estudio. (HUC)

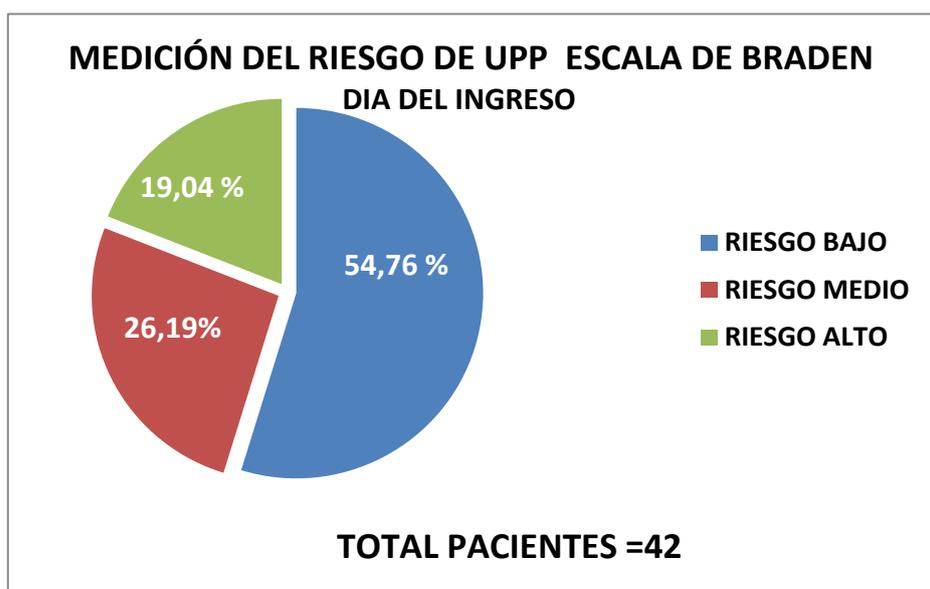


Gráfico 1. Porcentaje de pacientes en cada uno de los diferentes tipos de riesgo de padecer UPP

De los 42 pacientes que ingresaron durante el mes de estudio, seis presentaban

previamente al ingreso úlcera por presión. Sin embargo, durante el período de estudio ningún paciente de los 42 participantes que componían la muestra, presentó Úlceras por Presión (UPP).

De los 42 pacientes, la población de hombres ha sido mayor que la de mujeres. De los cuales 23 son hombres y 19 mujeres.

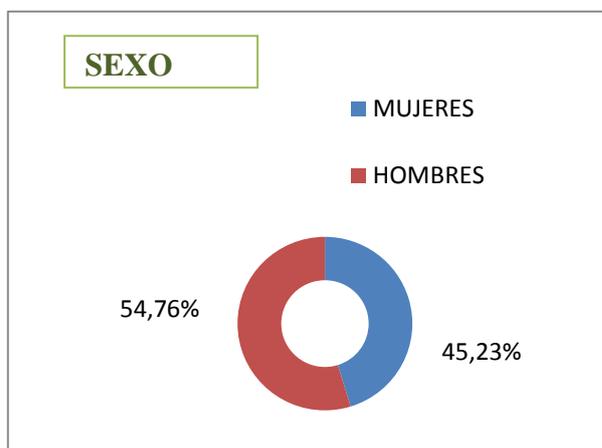


Gráfico 2. Distribución de la muestra según el sexo de los 42 pacientes participantes en el estudio.

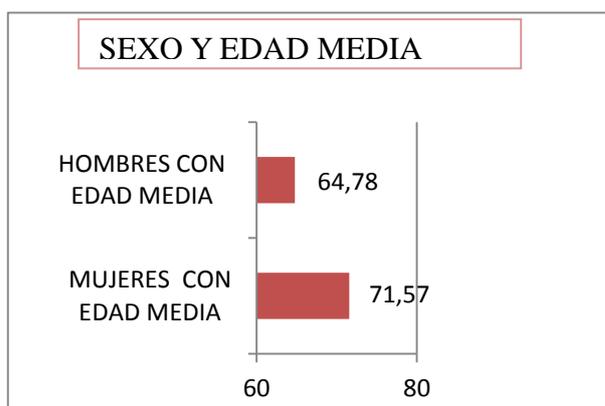


Gráfico 3. Relación entre el sexo y la edad media de hombres y mujeres

La edad media de los 42 pacientes estudiados es de 67 años. Si relacionamos el sexo con la edad media, nos encontramos que las mujeres tienen una edad media de 71,57 años y los hombres 64,78 años.

A nivel global, de los 42 pacientes incluidos en el estudio, queremos resaltar que una ligera mayoría (24 pacientes) son mayores de 70 años y concretamente 16 son mayores de 75 años.

Si se analiza la edad media de los pacientes con el tipo de riesgo que presentaron el día del ingreso, tenemos que la población de una edad media superior (75 años) corresponde

a aquellos pacientes con un riesgo medio de padecer UPP.

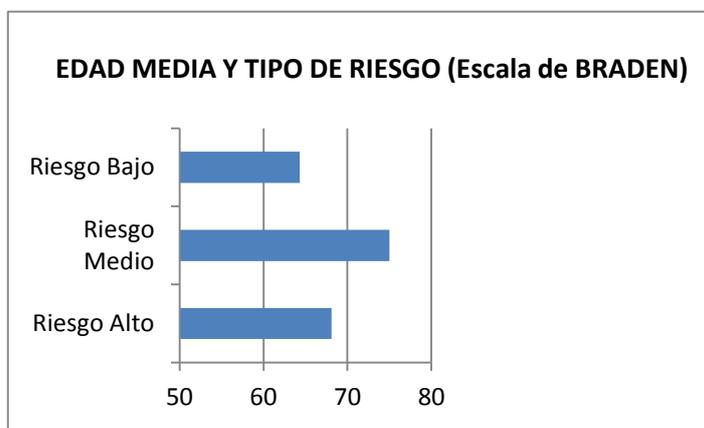


Gráfico 4. Relación entre la edad media y el tipo de riesgo de padecer UPP (Escala de Braden)

La **estancia Media (EM)** de los 42 pacientes participantes en el estudio fue de 10,54 días.

8. DISCUSIÓN:

Se ha consultado la base de datos de la Unidad de Investigación del HUC para conocer los resultados sobre prevalencia e incidencia en las diferentes unidades de hospitalización con el fin de comparar los datos obtenidos en el presente estudio, pero sólo ha sido posible realizar comparaciones con los datos de incidencia del año 2010.

La tasa de incidencia global de úlceras por presión en el HUC fue de 7,1% en el año 2010 y en la unidad donde se ha realizado el estudio la tasa de incidencia fue del 12,0% en el mismo año.

Existen datos relativos a los años 2014 y 2015 referidos a la prevalencia, pues no se han hecho nuevos estudios sobre incidencia a partir de 2010. No obstante, nos parece interesante reflejar especialmente la prevalencia a nivel global del Hospital Universitario de Canarias, para conocer los cortes realizados cuatrimestralmente (un día del mes de Mayo, Septiembre y Noviembre), en los años 2014 y 2015 (se anexa tablas) y en la unidad donde se ha llevado a cabo nuestro estudio.

Para cuyos resultados se empleó la fórmula:

Prevalencia:

$$\frac{\text{Número de pacientes con UPP en el momento que se hace el estudio} \times 100}{\text{Población estudiada en la fecha en la que se hace el estudio}}$$

PREVALENCIA GLOBAL DEL HUC DE ÚLCERAS POR PRESIÓN 2014

PREVALENCIA	PREVIO AL INGRESO	DURANTE EL INGRESO
8,38%	2,24%	6,19%

Tabla 2. Prevalencia Global previa al ingreso y durante el ingreso en el 2014 en el HUC.

PREVALENCIA GLOBAL DEL HUC DE ÚLCERAS POR PRESIÓN 2015

RAZÓN DE PREVALENCIA	PREVIO AL INGRESO	DURANTE EL INGRESO
6,05%	3,50%	3,60%

Tabla 3. Prevalencia Global previa al ingreso y durante el ingreso en el 2015 en el HUC.

RESULTADOS GLOBALES DEL HUC 2015

TOTAL PACIENTES INGRESADOS EN EL PERIODO DE ESTUDIO:.....	1557
TOTAL PACIENTE CON UPP:	94
PACIENTE CON UPP PREVIAS AL INGRESO.....	50
PACIENTE CON UPP DURANTE EL INGRESO.....	50

Tabla 4. Resultados globales de pacientes estudiados con UPP en el año 2015 en el HUC, con UPP previas al ingreso y durante el ingreso.

En relación a los datos obtenidos de prevalencia global de los años 2014 y 2015 referentes a la unidad donde hemos realizado el estudio, tenemos que:

PREVALENCIA UNIDAD 6ª PAR

	PREVALENCIA 6 PAR	PREVIA AL INGRESO	DURANTE EL INGRESO
Año 2014	17,77%	15,42%	3,46%
Año 2015	14,23%	6,07%	9,27%

Tabla 5. Resultados de prevalencia total de UPP en la Unidad de Enfermería 6ª Par

Solicitamos también datos relativos a nivel global del hospital y de la unidad de

Enfermería (6ª Par) donde hemos realizado el estudio, del tipo de riesgo que tuvieron los pacientes en los momentos en los que se realizaron los puntos de corte tanto a nivel global como en nuestra unidad de estudio, referidos a los cuatro cortes realizados a lo largo del año (un día del mes de Mayo, Septiembre y Noviembre).

RESULTADOS GLOBALES DEL TIPO DE RIESGO DE LA ESCALA DE BRADEN APLICADA EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DEL HUC 2015

La muestra total de pacientes adultos de las unidades de Enfermería fue de 1386. Éstos fueron valorados los días del estudio anteriormente mencionados.

Los datos globales son:

TIPOS DE RIESGO (ESCALA DE BRADEN) 2015	
ALTO	11,10%
MODERADO	9,72%
BAJO	20,30%
SIN RIESGO	60,86%
NULOS	1,75%

Tabla 6. Tipos de riesgo global HUC 2015

Comparando este resultado con el año anterior 2014.

RESULTADOS GLOBALES DEL TIPO DE RIESGO DE LA ESCALA DE BRADEN APLICADA EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DEL HUC 2014

TIPOS DE RIESGO (ESCALA DE BRADEN) 2014	
ALTO	12,44%
MODERADO	10,47%
BAJO	16,08%
SIN RIESGO	58,27%
NULOS	4,33%

Tabla 7. Tipos de riesgo global HUC 2014

Los datos referentes a la Unidad de estudio:

UNIDAD 6ª PAR

ESCALA DE BRADEN AÑO 2015

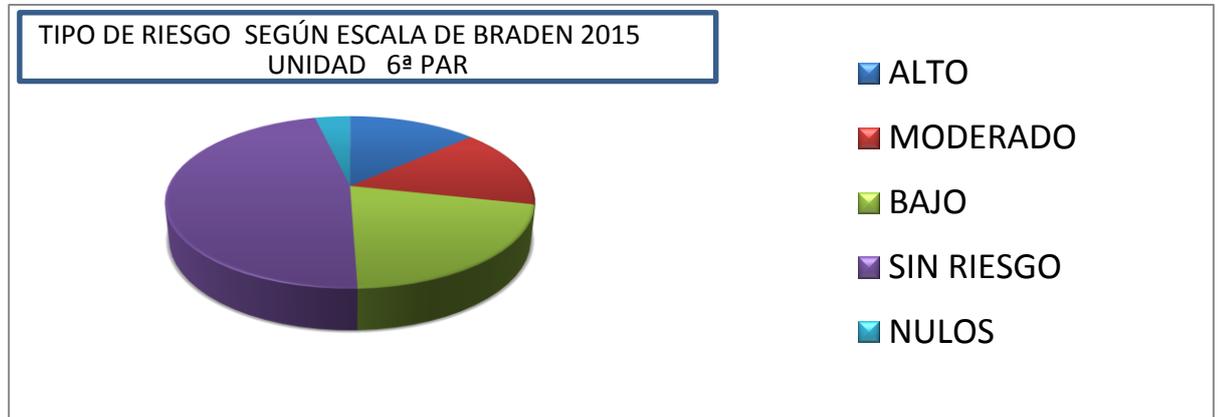


Gráfico 5. Tipo de riesgo, según escala de Braden. Unidad 6ª PAR 2015

ALTO	13,46%
MODERADO	14,98%
BAJO	21,03%
SIN RIESGO	46,86%
NULOS	3,68%

Los porcentajes del tipo de riesgo de la unidad fue:

Tabla 8. Porcentajes de los diferentes tipos de riesgo de la unidad 6ª PAR. 2015

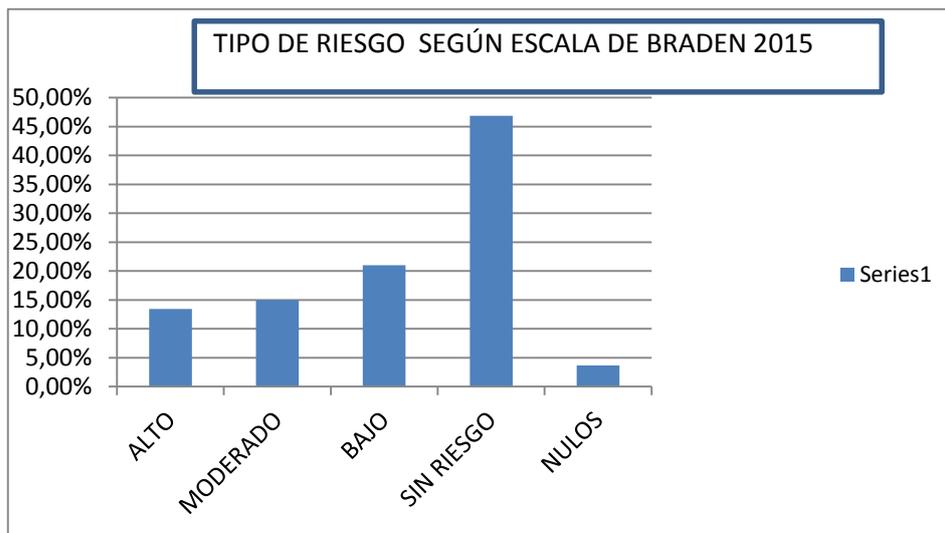


Gráfico 6. Comparación de los diferentes tipos de riesgo de la Unidad 6ª Par 2015

En la bibliografía analizada hemos encontrado datos de tasas de incidencia en otros hospitales, como reflejamos a continuación:

Según el informe publicado por “*Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud Indicadores Clave*” en Septiembre de 2010, la tasa de úlceras por presión por cada 1.000 altas hospitalarias es de 10,50 %.

En un monográfico de la NPUAP (The National Pressure Ulcer Advisory Panel) en el que revisaron artículos publicados entre Enero de 1990 a Diciembre de 2000, en cuidados agudos, concluyeron que la tasa de incidencia oscila entre el 0,4% al 38%.¹⁸

En un estudio realizado en el Hospital de Getafe de Madrid en el año 2000, su tasa de incidencia fue de 1.31%.¹⁹

En un estudio realizado en Estados Unidos entre 1999 a 2004, en organizaciones de cuidados agudos, la incidencia osciló entre 7% y 9%.²⁰

En un estudio realizado en Canadá, entre el 2000 al 2003, se demostró cómo tras una intervención en la prevención de las úlceras por presión, la incidencia de ese hospital disminuyó de tener una tasa de 17,9% a 5,2% y finalmente a 2%.²¹

Se considera que las UPP son un problema poco conocido por los profesionales de la salud, y aún menos por los pacientes, por los miembros de la comunidad y por muchos gestores sanitarios, por lo que es de vital importancia determinar y dar a conocer la verdadera magnitud del mismo en todos los niveles de atención a la salud.

Diversos estudios a nivel mundial han subrayado el importante impacto económico que representan las UPP para los sistemas sanitarios de todo el mundo. Un estudio publicado en 2004 por Bennett et al., llevado a cabo en diversos hospitales del Reino Unido, determinó que el costo del tratamiento de una UPP oscilaba entre 1,080 libras esterlinas (£) y 15,000 £²² mientras que un estudio realizado en España por Soldevilla et al., en el año 2006, arrojó cifras que iban desde 211 € hasta 16,600 € por episodio²³. En México, un estudio publicado en 2013 por Vela et al., que se realizó en 14 unidades de primer nivel de atención, señaló que el costo unitario de atención a las UPP ascendía a 687 pesos mexicanos (\$) per cápita a la semana y 2,748 \$ per cápita al mes²⁴

9. CONCLUSIONES:

De los hallazgos del estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

- La incidencia de UPP ha sido significativamente negativa.
- Del análisis de los resultados se observa que, tanto la incidencia de UPP post-ingreso de los pacientes con riesgo alto como con riesgo medio y bajo es exactamente la misma. También se puede observar que la edad y el sexo no han influido en los resultados. Tampoco se observa incidencia de UPP en los pacientes que ya tenían úlceras pre-ingreso. De aquí se desprende que las medidas de prevención tomadas por el personal de enfermería han sido las adecuadas.
- Los 16 pacientes mayores de 75 años tienen un riesgo medio de padecer UPP, no obstante su propia edad se considera un factor de riesgo .
- Los estudios realizados sobre la consideración de las UPP no sólo como un problema de salud, sino como un gasto considerable a tener en cuenta en los Sistemas Sanitarios, contrasta con la falta de estudios actualizados sobre la incidencia de las UPP. Estudios que permitirían la prevención de las UPP, lo que disminuiría el problema de salud y el gasto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA:

1. Armendáriz Alonso MJ. Úlceras por presión en Heridas crónicas y agudas Madrid: EDIMSA;1999
2. 2. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2015. Pág. 11.
3. Pancorbo-Hidalgo Pedro L.,García-Fernández Francisco P., Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, Soldevilla-Ágreda J. Javier. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [revista de en la Internet].2014 Dic [citado 2016 Ene 20];162-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006&lng=es. <Http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006>.
4. Soldevilla JJ, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. GNEAUPP. Madrid: Ed. SPA; 2004.
5. Silvestre C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra. Revista ANALES del sistema Sanitario de Navarra. 2000; 22 (3).
6. Jornada taller sobre la incidencia de las úlceras por presión en el Sistema Sanitario. ALICANTEACTUALIDAD.COM/@alicante actual. Octubre 2014.
7. Rodríguez Torres María del Carmen, Soldevilla Ágreda J. Javier. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. Gerokomos [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Jun 01] 18 (1): 48-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100007&lng=es.
8. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 1987; 36 (4): 205-10.
9. Osakidetza, Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Vitoria-Gasteiz 2013. <http://www.osakidetza.euskadi.net>
10. Rodríguez Torres MªC, Soldevilla Ágreda JJ. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. Gerokomos. 2007; 18 (1). [Acceso el 6 de Mayo de 2016]. Disponible en: Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100007&lng=es&nrm=iso
11. Subcomisión de lesiones por presión del hospital clínico universitario lozanesa. Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por

presión. Zaragoza.

12. Servicio Andaluz de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Andalucía. 2007. [acceso 11 de Mayo de 2016]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=283>
13. Pancobo Hidalgo PL, García Fernández FP, Soldevilla Ágrede JJ, Blasco García C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.
14. Braden B, Bergstrom N. A Conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*. 1987; 12: 8-12.
15. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: Uso clínico en España y meta-análisis de la efectividad de las escalas. *Gerokomos* 2008; 19 (2): 135-139
16. Soldevilla Agreda, J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; Martínez Cuervo, F.; López Casanova, P.; Rueda López, J.; Mayán Santos, J.M.: 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): 154-172.
17. Soldevilla et al. "3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*". *GEROKOMOS* 2011; 22 (2): 77-99.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan, J., Ayello, E. A., & Sussman, C. (Eds.). (2001). *Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future*. Reston, VA: NPUAP (pp. 184).
19. González Ruiz JM et al. "Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos" *Rev Calidad Asistencial* 2003;18 (3): 173-7.
20. http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3977/is_200411/ai_n9466443/?tag=mantle_ski Consultado el 12.08.2011
21. Documento Técnico GNEAUPP Nº XI. Octubre 2009.
22. G. Bennett, C. Dealey, J. Posnett. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing*, 33 (2004), pp. 230–235. Full Text via CrossRef | View Record in Scopus| Citing articles (327)
23. J. Soldevilla, J. Verdú, J. Torra i Bou. Impacto social y económico de las úlceras por presión. *Enfermería e úlceras por presión: de la reflexión sobre la disciplina a*

las evidencias en los cuidados, *Investigação Científica em Enfermagem*, Alicante (2008), pp. 275–297

24. G. Vela, A. Aparicio, J. Jiménez, et al. Características y costo de la atención de heridas en instituciones de primer nivel de atención. *Rev Chil Her Ost*, 4 (2013), pp. 81–84

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

A. Lobo. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras por presión y sus implicaciones en la calidad de vida. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 11 (2008), pp. 405–418

Arantón Areosa L, Bermejo Martínez M, Manzanero López E, Salvador Morán MJ, Segovia Gómez T. *Guía Práctica Ilustrada. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Mayo; 2010.

Armendáriz Alonso MJ. *Úlceras por presión en Heridas crónicas y agudas* Madrid: EDIMSA; 1999

Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36 (4): 205-10.

Best Practice. “Lesiones por presión- Primera parte: Prevención de las lesiones por presión”. *Best Practice* 1997; 1 (1): 1-6. ISSN 1329 – 1874. Actualizado: 15 – 03 – 07.

Braden B, Bergstrom N. A Conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing*. 1987; 12: 8-12.

F. García-Fernández, J. Soldevilla-Agreda, P. Pancorbo-Hidalgo, et al.

Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie de documentos técnicos GNEAUPP n.o. ii.

F. Palomar-Llatas, B. Fornes-Pujalte, L. Arantón-Areosa, et al. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad: fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatol*, 18 (2013), pp. 14–25

G. Bennett, C. Dealey, J. Posnett. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing*, 33 (2004), pp. 230–235

G. Vela, A. Aparicio, J. Jiménez, et al. Características y costo de la atención de heridas en instituciones de primer nivel de atención. *Rev Chil Her Ost*, 4 (2013), pp. 81–84

G. Vela-Anaya. Magnitud del efecto adverso. Úlceras por presión. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 21 (2013), pp. 3–8

Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2015. Pág. 11.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, Logroño (2014)

IMSS. ACDO.SA3.HCT.040414/73.P.DF relativo a la aprobación de los costos unitarios por nivel de atención médica para el año 2014. México: Diario Oficial de la Federación, 4 abril 2014.

J. Soldevilla, J. Verdú, J. Torra i Bou. Impacto social y económico de las úlceras por presión. Enfermería e úlceras por presión: de la reflexión sobre la disciplina a las evidencias en los cuidados, *Investigação Científica em Enfermagem*, Alicante (2008), pp. 275–297

Jornada taller sobre la incidencia de las úlceras por presión en el Sistema Sanitario. ALICANTEACTUALIDAD.COM/@alicante actual. Octubre 2014.

Nieto Carrilero N, Carrilero López C, Guija Rubio R, Serrano Navalón M, Alarcón Zamora J, García Morote T, et al. *Protocolo de úlceras por presión en UCI*. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2012. [acceso 11 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/8f171815f3aeb1f146a05178f7f3f78.pdf>.

Osakidetza, Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Vitoria-Gasteiz 2013. <http://www.osakidetza.euskadi.net>

Pancorbo-Hidalgo Pedro L.,García-Fernández Francisco P., Torra i Bou Joan-Enric, Verdú Soriano José, Soldevilla-Ágreda J. Javier. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos* [revista de en la Internet].2014 Dic [citado 2016 Ene 20];162-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006&lng=es. [Http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006](http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006).

Rodríguez Torres María del Carmen, Soldevilla Ágreda J. Javier. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. *Gerokomos* [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Jun 01]; 18(1): 48-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

[928X2007000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100007&lng=es).

Rodríguez Torres M^aC, Soldevilla Ágreda JJ. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. Gerokomos. 2007; 18 (1). [Acceso el 6 de Mayo de 2016]. Disponible en: Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100007&lng=es&nrm=iso

Rodríguez Torres MC, Soldevilla Ágreda JJ. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes de riesgo de desarrollar úlceras por presión? Gerokomos [revista en internet]. 2007 marzo [citado 26 de noviembre de 2010]. 18 (1): 48-51. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n1/48helcos.pdf> Guía práctica en la atención de las úlceras de piel.-J.Javier Soldevilla Agreda.

Rodríguez Torres MC, Soldevilla Ágreda JJ. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes de riesgo de desarrollar úlceras por presión? Gerokomos [revista en internet]. 2007 marzo [citado 26 de noviembre de 2010]. 18 (1): 48-51. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n1/48helcos.pdf>

Secretaria de Salud. INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, México, SSA [consultado 20 Nov 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1dyllf3>

Servicio Andaluz de Salud. *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión*. Andalucía. 2007. [acceso 11 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=283>

Silvestre C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra. Revista ANALES del sistema Sanitario de Navarra. 2000; 22 (3).

Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Tabulador de sueldos en la SSA, México: SSA, 0 octubre 2014 [consultado 16 Nov 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1GVxGqj>

Sociedad Iberoamericana Úlceras y Heridas. SILAHUE. Declaración de Río de Janeiro sobre la prevención de las úlceras por presión como derecho universal. Brasil: SILAHUE, 2011 [consultado 16 Nov 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1IG5Xcg>

Soldevilla Agreda, J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; Martínez Cuervo, F.; López Casanova, P.; Rueda López, J.; Mayán Santos, J.M.: 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): 154-172.

Soldevilla Agreda José Javier, Torra i Bou Joan- Enric, Verdú Soriano José, López Casanova Pablo. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [revista en la internet]. 2011 Jun [citado 2016 Ene 20]; 22(2): 77-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134

928X2011000200005&Ing=es

Soldevilla et al. "3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes". GEROKOMOS 2011; 22 (2): 77-99.

Soldevilla JJ, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. GNEAUPP. Madrid: Ed. SPA; 2004.

Subcomisión de lesiones por presión del hospital clínico universitario Lozano Blesa. *Guía de práctica clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión*. Zaragoza. 2013. [acceso 6 de Mayo de 2016]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_527_Prev%20y%20trat%20LPP_Actualizacion2013.pdf

www.navarra.es/home_es/Actualidad/---/ulceras+presion.htm

ANEXO 1

ESCALA DE BRADEN PARA LA MEDICIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

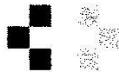
Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Riesgo alto: <12

Riesgo medio: 13-15

Riesgo bajo:>16

ANEXO 2. Autorización de la Dirección de enfermería



Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS



DIRECCIÓN ENFERMERÍA

A Dña María Rosa Pujalte Pérez
D. Cesar Estevez Dorta. Director Enfermería CHUC

En contestación al escrito enviado por Vd. solicitando autorización a esta Dirección para pasar una "Escala de valoración de Riesgo de desarrollar úlceras por presión", a los pacientes para elaborar el trabajo de fin de Grado de Enfermería y cuyo título es "Incidencia de las Úlceras por Presión en una unidad de Medicina Interna de adultos Hospitalizados"

Dado que la información que necesita recoger para dicho trabajo no afecta datos de los sensibles de los pacientes o de otra índole que requiriera la autorización del Comité de investigación Clínica o Ético de este Centro, le informo que la Dirección de Enfermería le autoriza a recabar a dicha información con los pacientes que de forma voluntaria quiera participar.

Se le recuerda que solo podrá usar los datos exclusivamente para el trabajo de fin de Grado de Enfermería

A sí mismo, le recordamos la obligación de someterse a la legislación Vigente en lo referido al derecho de la protección de datos.

Atte

La Laguna a 30 de Marzo 2016

Fdo: Cesar/Estévez Dorta
Director Enfermería CHUC

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutora y profesora Doña M^a de los Ángeles Leal Felipe, Doctora por la ULL y profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado de Enfermería, por su guía y por su paciencia.

A Doña M^a Montserrat Alonso Díaz, enfermera de Formación, Investigación y Calidad de Enfermería del HUC, por su asesoramiento en este trabajo.

A la Supervisora y enfermeras/os de la Unidad de Medicina Interna, por su colaboración.

Al Dr. Jorge Jiménez Calero, médico adjunto del Servicio de Radioterapia del HUC, por su inestimable ayuda.

Al equipo de enfermería del Servicio de Radioterapia del HUC, por su apoyo incondicional.