

**NIVEL DE RIESGO Y APARICION DE ULCERAS DE PRESIÓN EN PACIENTES
INGRESADOS A LA U.C.I. DE LA CLÍNICA BLAS DE LEZO,
CARTAGENA 2016**

**JOHANA GALVAN
EVELYN GARCIA
HOLLY BALLESTAS**

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
SANTA MARTA - 2016**



**NIVEL DE RIESGO Y APARICION DE ULCERAS DE PRESIÓN EN PACIENTES
INGRESADOS A LA U.C.I. DE LA CLÍNICA BLAS DE LEZO,
CARTAGENA 2016**

JOHANA GALVAN

EVELYN GARCIA

HOLLY BALLESTAS

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA**

ASESORA: YAMILE MENDEZ

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
SANTA MARTA – 2016**



AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros familiares.

Que con su gran amor, entrega y paciencia nos apoyaron hasta el final de este gran reto el cual un día emprendimos para mejorar nuestra calidad de vida y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de estatesis.

A los maestros.

Lic. Ana Julieth, Jackelin Exposito y Yei Borre por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; a la Lic. Yamile Méndez por su apoyo ofrecido en este trabajo; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional. Y a todos y cada uno de los docentes que aportaron su granito de conocimiento para culminar con éxito nuestro trabajo de grado.

A los amigos y compañeros de estudio.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos, a pesar del estrés que genera la realización de un trabajo, el tiempo extra que tuvimos que dedicar, los largos viajes y el tener que estar por fuera de nuestra ciudad de origen.

¡Gracias a ustedes!

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
1. INTRODUCCIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	10
3. JUSTIFICACION	13
4. OBJETIVOS	16
4.1. OBJETIVO GENERAL	16
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5. MARCO LEGAL	17
6. MARCO TEORICO	20
6.1. ANTECEDENTES	20
6.2. DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR DECÚBITO O POR PRESIÓN	22
6.2.1. ETIOLOGÍA, PREVALENCIA Y COSTOS	26
6.2.2. NIVELES DE CATEGORIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	28
6.2.3. CUIDADOS ESPECÍFICOS	30
6.3. LOS CUATRO PILARES BÁSICOS DE LA PREVENCIÓN.	30
6.3.1. VALORACIÓN DEL RIESGO.	32
6.3.2. CUIDADOS LOCALES DE LA PIEL.	32
6.3.3. REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN.	33
6.3.4. EDUCACIÓN.	33
7. DISEÑO METODOLOGICO	33
7.1. TIPO DE INVESTIGACION	35
7.2. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA	36

7.3.	RECOLECCION DE LA INFORMACION	36
7.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
7.5.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38
7.6.	CONSIDERACIONES ETICAS	
7.7.	ANÁLISIS DE DATOS	38
7.8.	PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	38
8.	ANÁLISIS DE RESULTADO	40
8.1.	CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICA	50
8.2.	CLASIFICACION DE LAS UPP	51
8.3.	NIVEL DE RIESGO	53
9.	CONCLUSIONES	55
10.	RECOMENDACIONES	57
11.	BIBLIOGRAFIA	58

INDICE DE FIGURAS

	pág.
FIGURA 1. EDAD	38
FIGURA 2. GENERO	39
FIGURA 3. ESTADO CIVIL	39
FIGURA 4. ESTRATO	40
FIGURA 5. CLASIFICACIÓN DE LAS UPP	41
FIGURA 6. NIVEL DE RIESGO	41
FIGURA 16. DIAGNOSTICO	51
FIGURA 17. ESPACIO INTERGENESICO	52

RESUMEN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel producidas por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros, provocando un bloqueo sanguíneo a este nivel y como consecuencia una isquemia que produce una degeneración rápida de los tejidos ²⁹. Constituyen un problema de salud pública por sus repercusiones en diferentes ámbitos, como son la calidad de vida de los pacientes y el consumo de recursos para el sistema de salud, alcanzando incluso responsabilidades legales en situaciones muchas veces evitables.

En Colombia existe una prevalencia del 2,2%, de la cual el 54% se produce en hospitalización, el 33% en casa y un 13% en el lugar anterior de donde fue remitido un paciente³⁰. La ocurrencia de las úlceras en los adultos mayores conlleva a complicaciones como dolor, infección, pérdida de la independencia, depresión y en algunos casos a la muerte de quien las padece; además de los costos que genera para el paciente, su familia y el sistema de salud. Es por ello que se hace importante identificar el riesgo de padecer UPP, así como revisar los cuidados preventivos para evitar su aparición o complicaciones. En este trabajo particularmente se estudiaron los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Leso de la ciudad de Cartagena durante el mes de Mayo del año 2016.

Palabras Claves. Úlceras, lesiones de la piel, valoración del riesgo, escala de Braden, Cuidados críticos.

1. INTRODUCCION

Las úlceras por presión (UPP) representan una importante problemática de salud a nivel mundial y aún más cuando se observa con frecuencia que las instituciones hospitalarias que brindan una atención en salud, son testigos silenciosos de la presencia de las UPP. La presencia de UPP tiene importantes repercusiones tanto personales como socioeconómicas, convirtiéndose así en un problema de salud pública.

Hoy en día se ha evidenciado la preocupación por este tema porque se cree que el 95% de las UPP que presentan los pacientes son evitables y que el 60% de estas serían prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración y riesgo de UPP. La prevención de las UPP se convierte en un tema de interés, pues se ha convertido en uno de los indicadores de calidad, el paciente y su seguridad se convierten en prioridad para las instituciones de salud.

Con base a los estudios realizados en otros países se reconoce que pacientes hospitalizados ingresan y/o desarrollan úlceras durante la estancia hospitalaria, que estas representan un importante problema para los pacientes y para las instituciones, que aun cuando existen protocolos internacionales, nacionales e institucionales no se aplica, la mayoría de veces, intervenciones preventivas, por esta razón el interés en el tema de las UPP. Mediante un estudio observacional descriptivo de tipo transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó como población los pacientes que se

encuentran hospitalizados en la UCI, se recopiló información de 26 pacientes a través del registro de datos socio demográficos y la aplicación de la escala de Braden.

2. PLANEAMIENTO DE PROBLEMA

El cuidado de las personas, independientemente de la cultura o raza en la que se practique, está ligada al ciclo vital del ser humano, éste comienza a demandar cuidados desde el mismo momento de su nacimiento y persiste necesitando cuidados hasta el día de su muerte¹

Estos cuidados variaran en función de la organización, los conocimientos y la forma de entender la salud de cada pueblo, pero no así el acto propio de cuidar, que es una necesidad universal². Dentro de ese cuidado general de las personas y desde el principio de los tiempos, ha tenido una importancia especial el cuidado del paciente encamado y una de las consecuencias más indeseadas del proceso de enfermedad ha sido el desarrollo de las úlceras por presión¹.

Las úlceras, según la OMS³, es consecuencia de la necrosis isquémica a nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea y se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad si son de III y/o IV grado, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%.

Este tipo de lesiones es un problema de salud porque además de repercutir en la vida de los pacientes afecta a la familia y al mismo sistema sanitario por la disminución de la calidad de vida y el aumento del riesgo de infecciones que incluso pueden llevar al paciente a la muerte. El entorno familiar se ve comprometido por un accidente que podía haberse evitado en la mayor parte de los casos y el sistema de salud se ve afectado por el consumo de recursos y el incremento de la estancia hospitalaria el cual puede llevar a mayores eventos adversos como son las infecciones intrahospitalarias.

Las úlceras por presión (UPP) son indicadoras de una enfermedad de base grave, afectan a los pacientes en todos los ámbitos asistenciales, el 70% ocurren en personas mayores de 70 años⁴. En la UCI, debido a factores que ponen en riesgo la vida - como es el deterioro del nivel de conciencia, la gravedad del paciente, las drogas utilizadas, el estado hemodinámico, la sedación, la inmovilidad, las enfermedades crónicas degenerativas y la edad - es el ámbito asistencial donde más se presentan, incrementando la morbilidad de los hospitalizados⁵, la piel es la primera defensa del organismo contra agentes causantes de enfermedades.

La mayor aspiración de los profesionales de la salud es poder controlarlo, en la medida de lo posible, erradicarlo. Un indicador de calidad, ligado a la práctica médica, a los factores intrínsecos que las desencadenan y a los cuidados de enfermería es el número de úlceras desarrolladas, su prevención comienza con una exhaustiva valoración del paciente. Siendo la identificación temprana del riesgo, la educación al paciente y su familia, la creación de un protocolo y/o monitoria, la adherencia al protocolo de manejo de pacientes de riesgo y la

supervisión frecuente de los pacientes de mayor riesgo las prácticas seguras que complementan y son eficaces en la prevención de la aparición de las lesiones de piel.

Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación; identificar los niveles de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo, su aparición es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería ⁶.

Estos hechos conllevan a formular la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de riesgo para que aparezcan úlceras de presión en los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo?

3. JUSTIFICACION

Las úlceras por presión (UPP) se constituyen en un gran problema de salud, deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentan el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud y en la actualidad tienen una connotación legal importante para el equipo de salud, pues representan una complicación del cuidado de la salud que no debe ser atribuible exclusivamente al cuidado de enfermería. Si bien su ausencia es considerada como un indicador del cuidado su abordaje, en prevención y manejo, es multidisciplinario.

Aun cuando las úlceras son de rápida aparición su curación, por el gran compromiso que se genera en las estructuras musculares y tendinosas, es un proceso de larga curación. Su prevalencia, a nivel nacional, en los servicios de cuidados intensivos (UCI), oscila entre el 3% y el 50% ⁷; estudio realizado por Barzola y Anzules ⁸ muestra que las úlceras por presión aparecen entre el 3% y el 10% de los pacientes hospitalizados en un momento dado; de igual manera, muestra que la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva úlcera por presión oscila entre 7,7% y 26,9%; que dos tercios de las úlceras que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años, en pacientes jóvenes lesionados medulares la incidencia es del 5-8% anual.

A nivel internacional se evidencia, hasta el año 2007, los siguientes porcentajes: Canadá 23-29%, Australia 6-15%, Italia 8%, Portugal 13%, Bélgica/Suiza/Inglaterra 21-23%, Estados Unidos 8-15%, España 8% ⁹.

Hoy en día se ha evidenciado preocupación por este tema, especialmente porque se cree que la mayoría de las UPP que presentan los pacientes son evitables, según Silvestre¹⁰ el 95% de las UPP son evitables, el 60% son prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración y riesgo. Por lo cual este estudio beneficia principalmente a los pacientes de la Clínica Blas de Lezo, ya que los resultados serán la base para la implementación de nuevas estrategias e intervenciones que disminuyan la prevalencia de las lesiones en la piel.

Igualmente beneficiará a la academia porque permitirá ampliar sus competencias en esta área de investigación, servirá de bases para futuras investigaciones. Por otra parte, la realización de este estudio permite abordar planteamientos teóricos relacionados con los niveles de riesgo y la evaluación de las UPP utilizando la Escala de Valoración de Bradem.

Finalmente, la investigación representa un elemento de referencia metodológica para otros estudios relacionados con el tema de las úlceras por presión.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Valorar el nivel de riesgo y la aparición de ulcera de presión en los pacientes que ingresaron a la U.C.I. de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del año 2016 a partir de la valoración de la Escala de Braden.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

Identificar las características socio-demográficas de los pacientes que ingresaron a la U.C.I. de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del año 2016

Establecer los factores que influyen en el nivel de riesgo y la aparición de úlceras por presión de los pacientes que ingresaron a la U.C.I. de la Clínica Blas de Lezo a partir de la valoración de la Escala de Braden.

5. MARCO LEGAL

Constitución Política de Colombia

Artículo 48 que la Seguridad Social corresponde a un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Artículo 49 reconoce que la atención de la salud y el saneamiento ambiental constituyen servicios públicos a cargo del Estado, el cual debe garantizarlos a todas las personas, en términos de promoción, protección y recuperación de la salud. Así mismo, corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad

Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud. Mediante esta Resolución se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes en el territorio colombiano. Entre otras cosas establece el derecho a que se le preste al paciente, durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible

Ley 100 de 1993. Crea el sistema de seguridad social integral, en el caso del sistema general de seguridad social en salud presenta los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Le atribuye como objetivos regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Decreto 1011 de 2006 de la Presidencia de la República. Esta norma institucionaliza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Indica que la atención de salud se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Por otro lado, y con miras a evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el sistema debe poseer los siguientes atributos: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

6. MARCO TEORICO

Según la OMS³ las úlceras por decúbito o por presión son frecuentes en pacientes sometidos a reposos prolongados a pesar de lo que se conoce acerca de las causas, fisiopatología y consecuencias derivadas por los niveles de prevalencia.

6.1. ANTECEDENTES

Uno de los principales problemas con el que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones, es la aparición de las úlceras por presión (UPP). Uno de los trabajos que se encontró es el de García¹ quien realizó una revisión sistemática de la literatura científica sobre las escalas que han sido diseñadas fundamentalmente para pacientes hospitalizados en unidades de cuidados críticos, aunque también se han desarrollado escalas para el resto de contextos: cuidados paliativos, entorno comunitario, larga estancia, residencias y situaciones especiales.

En Venezuela se encontró el trabajo de Campos el cual tuvo como objetivo evaluar el riesgo a padecer UPP en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Ruiz y Páez durante el periodo Julio – Septiembre de 2009, En este estudio descriptivo prospectivo con 118 pacientes se aplicó el formulario “Escala de Emina”, relevando que el 47% de la población presentó riesgo medio y 17% riesgo alto. El 18% ingresó por enfermedades cardiovasculares, 52% pertenecían al sexo femenino con 28% de riesgo

medio. El 25% tenía edades entre 43 a 55 años con el 13% de riesgo medio. 36% Con riesgo medio y se encontraban orientado, 33% presentaba movilidad ligeramente limitada, con incontinencia urinaria y fecal ocasional 27% riesgo medio. El 50% se nutre de manera ocasionalmente incompleta y un 27% de riesgo medio. En la actividad, 39% deambula con ayuda, 79% recibe ayuda del familiar. Se concluye que el riesgo que más prevaleció en este tipo de paciente fue el riesgo medio.

En Colombia está el trabajo de Bautista E. Y Bocanegra L. Prevalencia y factores asociados a las Ulceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurología y cuidados intensivos de una Institución prestadora de Salud de III nivel en la ciudad de Bogotá en el año 2009. Pontificia Universidad Javeriana 2009.⁴² En el cual se recogieron datos de 61 pacientes distribuidos en los servicios de Medicina Interna, Neurociencias y Cuidados Intensivos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de III nivel de la Ciudad de Bogotá, con el objetivo de determinar la prevalencia de úlceras por presión y sus características, así como los factores intrínsecos y extrínsecos asociados a ellas, a través de un estudio observacional descriptivo de tipo transversal.

Se observó una prevalencia del 18% de UPP; siendo la mayor prevalencia en el servicio de cuidados intensivos con un 31.25%, seguido por medicina interna con un 17.64% con una mayor presencia en talones y una media de edad 62,5 años; donde el 36.4% fueron mujeres y un 63.3% fueron hombres. Además, se analizaron los factores que aumentan el riesgo de aparición de UPP, como la incontinencia, el uso de pañal, el estado de conciencia, valores

hemodinámicos y nutricionales (Tensión Arterial, Temperatura, Hemoglobina y Albúmina), uso de medicamentos y la humedad como único factor extrínseco.

En Cartagena se encontró el trabajo descriptivo de González (2011), con una muestra de 54 pacientes concluyo que las UPP es un problema que afecta a pacientes hospitalizados cuando estos presentan factores de riesgos intrínsecos que no son modificables, Las patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión y la insuficiencia renal crónica contribuyen en el desarrollo de las lesiones debido a la deficiencia en la irrigación de sangre hacia los tejidos periféricos por ende disminuye la oxigenación repercutiendo en la formación de las UPP.

Brunet ¹¹ manifiesta que este fenómeno extrapola las diferentes atenciones profesionales que se otorgan al paciente debido a que la etiología es multifactorial, incluyendo en gran manera factores intrínsecos y extrínsecos al individuo como: morbilidad, edad, movilidad, estado nutricional, estado de conciencia, entre otros.

Setenta y ocho pacientes considerados de riesgo para el desarrollo de UP, o sea, que presentaban score total en la Escala de Braden menor o igual a 16, fueron acompañados durante tres meses consecutivos. De éstos, 18 desarrollaron un total de 23 UP, representando incidencia del 23,1%. Bajo el punto de vista demográfico, la edad de los pacientes con UP varió de 24 a 92 años. Con relación al tiempo de internación los pacientes con UP presentaron variación de dos a 37 días, con media de 11,83 días, siete de ellos (38,9%) se encontraban internados hace más de 10 días. En cuanto a las UP, la

mayoría de los pacientes (14 ó 77,8%) presentó lesión única. Con relación a la localización de las UP, se verificó predominio de úlceras en calcáneo (42,1%), región sacra (36,8%), glúteo (15,8%) y trocánter (10,5%). Con relación a la duración, se verificó que la mayoría de las UP (68,4%) se encontraba en el nivel II. No fueron encontradas úlceras en nivel III y IV.

En cuanto a los scores totales de la Escala de Braden, los pacientes con UP, presentaron scores predominantemente de alto riesgo (17 ó 94,4%), apenas un (5,6%) presentó riesgo comedido. Ya en el grupo de pacientes sin UP, 24 (40,0%) eran de alto riesgo, mientras que 51,7% eran de bajo riesgo y 7,4% tenían riesgo comedido para el desarrollo de UP. Con relación a la influencia de la puntuación de riesgo en la Escala de Braden, (bajo, comedido y alto riesgo), se verificó, por medio de la analice de regresión logística, que los pacientes de alto riesgo tenían 25,5 veces más chances de desarrollar UP que los pacientes de bajo y comedido riesgo, conforme tabla:

Los factores de riesgo que más aportaron para el desarrollo de UP, aún de acuerdo con la escala de Braden, fueron humedad, percepción sensorial y movilidad como factores más importantes para su desarrollo y agravación.

Ferrero¹² señala que las úlceras por presión forman parte de un problema que debe ser afrontado para mejorar la calidad asistencial en la unidad médica porque el paciente que se encuentra en situación crítica, normalmente padece de una serie de problemas de salud que precisan de una serie de cuidados especializados. Considera que la mayoría de pacientes

ingresados presentan mayores niveles de riesgo de padecer úlceras por presión durante su primera semana de ingreso a la unidad.

Restrepo ¹³ manifiesta que: “cuando se trata de atender pacientes con úlceras por presión nadie tiene la última palabra si los cuidados no están enfocados a las necesidades reales del paciente (p. 76), igualmente considera que: “Es menester que los países en vías de desarrollo reconozcan la magnitud de este problema y se generen políticas de salud teniendo en cuenta las herramientas básicas de cuidado y tratamiento de lesiones de piel” (p. 76). Por lo tanto, resulta fundamental el llevar a cabo las estrategias idóneas que permitan reducir los niveles de incidencia de las úlceras por presión durante el período de hospitalización.

Zambrano ¹⁴ señala que es fundamental el que se lleve a cabo: “un programa de actividad física en el paciente afectado logre su recuperación y su independencia funcional” (p. 65), esto con el propósito de mejorar su calidad de vida y posterior proceso de recuperación.

Díaz¹⁵ manifiesta que las úlceras por presión pueden ser corregidas una vez que se haya eliminado por completo la presión contribuyendo de esta manera al restablecimiento de la perfusión de los tejidos, sin embargo, en caso de no desaparecer la presión se dará lugar a una isquemia local, trombosis venosa e inclusive alteraciones degenerativas que desembocarán en futuras necrosis y ulceración. De igual manera, es importante recalcar que la presión no es el único factor implicado, sino que éste actúa con otras fuerzas mecánicas extremas como lo son la fricción o rozamiento y el cizallamiento.

6.2. DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR DECÚBITO O POR PRESIÓN

La úlcera por decúbito o por presión, según la OMS ³ es aquella que surge debido a la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos por la presión que el cuerpo ejerce sobre una prominencia ósea; es decir, las úlceras por presión son un tipo de lesiones que se llevan a cabo en la piel y en los tejidos que se encuentran debajo de ella, provocadas por la presencia de una superficie dura que se encuentra en constante contacto con una parte del cuerpo. Popularmente son conocidas como llagas y aparecen cuando una persona se ha colocado en una misma posición o postura durante largos períodos de tiempo.

Hahler & Jáuregui ¹⁶ definen las UPP como lesiones en la piel y tejidos blandos subyacentes que ocurren por causa de la isquemia producida por presión prolongada, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven

En España el GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas)¹⁷, define la úlcera por presión como es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

Según Avilés ¹⁸ para su recuperación las personas necesitan ser inmovilizadas durante largos tiempos y su presencia eleva hasta cuatro veces las posibilidades de mortalidad, es decir que el 50% del número de factores contribuyentes se asocian con las úlceras por presión.

6.2.1. ETIOLOGÍA, PREVALENCIA Y COSTOS

Según Avilés ¹⁸ las úlceras por presión dependen en gran medida de diferentes factores adyacentes como la magnitud, duración y dirección de las fuerzas de presión además de otros factores relacionados con la persona y el ambiente. El mecanismo de producción, según la OMS ³ se fundamenta en la deficiente irrigación sanguínea que recibe la zona debido a una causa externa como es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado, tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos. La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Éste es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos, restableciéndose la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

La presión, según Carrasco ¹⁹, no es el único factor implicado, sino que actúa junto con otras fuerzas mecánicas externas como son la fricción o rozamiento y el cizallamiento. En el paciente encamado o en sedestación el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, especialmente durante las movilizaciones; lo mismo ocurre con el pie dentro del calzado durante la deambulación o carrera, especialmente en pies con alteraciones biomecánicas o estructurales. Además, el posible deslizamiento del paciente en la cama, silla o del seguro del pie dentro del calzado aumenta esta fuerza de fricción pudiéndose producir un desgarramiento o estiramiento del tejido (cizallamiento). Este deslizamiento del paciente hace que los tejidos externos se mantengan paralelos y adheridos a las sábanas o paredes del calzado, mientras que los tejidos profundos se deslizan hacia abajo. El efecto de estas fuerzas tangenciales puede producir estiramientos, obstrucciones o lesiones en los tejidos.

En el desarrollo de una úlcera de presión existen, además de la presión, del tiempo de exposición, de la fricción y el cizallamiento, según Martínez ²⁰, otros factores, a saber: A) Unos locales y extrínsecos relacionados con la tolerancia de los tejidos a la humedad (incontinencia urinaria y/o fecal, hiperhidrosis por tejidos o calzado oclusivo), temperatura; B) Otros más generales e intrínsecos, que tiene que ver con la nutrición, edad (disminución masa muscular, de formación de colágeno, de perfusión de sangre en los tejidos, etc.), patologías asociadas, que actúan modificando la resistencia tisular, y por tanto contribuyen a la formación de las UPP. Por tanto, podemos decir que la UPP es un problema multicausal y multifactorial.

La piel que ha sido sometida a niveles perjudiciales de presión aparece, en primer lugar, pálida debido a la falta de irrigación sanguínea y la inadecuada oxigenación, es decir isquemia⁸, por lo tanto, cuando la piel llega a retomar su estado de confort, esta volverá rápidamente a su color rojizo natural como parte de una respuesta fisiológica denominada como hiperemia activa, cuando el paciente ha sido sometido a algún tipo de isquemia de corta duración tanto el flujo sanguíneo como el color de la piel retomarán su tonalidad normal.

Cuando la presión cutánea, según Barzola y Anzules ⁸, es superior a la presión capilar se genera una isquemia de tipo local en la que aparezcan signos como edema, eritema, erosión e inclusive úlceras. Investigaciones empíricas realizadas por Carrasco¹⁹ determinaron que el daño tisular podía ocurrir en un tiempo muy inferior a tres horas, por lo que a ciencia cierta no se ha llegado a determinar con exactitud el tiempo en el cual la persona debe ser cambiado de posición.

Durante los últimos años Escobar ²⁰ menciona que las úlceras por presión han llegado a convertirse en un problema de salud pública por sus múltiples complicaciones, señala que las úlceras por presión se encuentran presentes en el 8% de los pacientes hospitalizados, manifiesta que de los 1596 casos de pacientes con úlceras por presión que se reportaron en el año 2010, en España, 1334 se encontraban en edades iguales o superiores a los 65 años y las lesiones más frecuentes fueron localizadas en la región sacra y en los talones con un nivel de afección de I; el estadio II obtuvo un promedio de 37,5%, el estadio III con el 27% y el estadio IV con el 11,8%.

6.2.2. NIVELES DE CATEGORIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

A lo largo de la historia se han sucedido, en razón de los objetivos buscados, distintos sistemas de clasificación de las úlceras por presión hasta alcanzar el actual, adoptado por consenso por las organizaciones nacionales e internacionales más relevantes en este ámbito²¹. Según López ²¹ hay cinco tipos de úlceras por presión, dichas categorías se clasifican de la más leve a la más grave, a saber:

A) Categoría 1: Según López ²¹ la piel se presentará intacta, ciertas áreas tienen un color enrojecido no blanqueable como producto de la presión ejercida bajo una prominencia ósea. Esta categoría tiene dificultades de reconocimiento en personas que presentan pieles oscuras, ya que dicha piel bajo estados de presión no presentará palidez visible y su color puede diferir de la piel de los alrededores, se reconoce cuando el profesional o la persona a cargo notan que el área afectada se encuentra firme, suave, más caliente o más fría en comparación con el resto del cuerpo o que el área de contacto presente dolor. El método del disco transparente es la forma más adecuada de identificar este tipo de úlcera.

B) Categoría II: Según Martínez ²⁰ se caracteriza por la pérdida parcial de la dermis y generalmente se presenta como parte de una úlcera abierta con un lecho de la herida de color rojo/rosado sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero que en ocasiones podrá encontrarse abierta o rota. Se presenta como una úlcera superficial, generalmente seca sin la presencia de esfacelos o hematomas, sin

causar ningún tipo de lesión en los tejidos profundos. Esta categoría no debe ser empleada cuando se desee diagnosticar algún tipo de dermatitis asociada a la incontinencia, maceración o excoriación.

C) Categoría III: Se caracteriza, según Avilés², por la pérdida notoria de tejidos dejando visible la capa de grasa subcutánea sin embargo los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos sin embargo el nivel de profundidad variará de acuerdo a la localización anatómica de la lesión, por lo tanto de presentarse en zonas de importante adiposidad las probabilidades de desarrollar úlcera por presión son muy elevadas y podrían llegar a causar efectos profundos sin llegarse a notar los tendones o los huesos.

D) Categoría IV: Según Avilés² hay una pérdida total del espesor del tejido notándose los huesos y/o tendones, a menudo incluye cavitaciones y tunelaciones. El nivel de profundidad varía de acuerdo con la localización anatómica. Estas úlceras pueden extenderse hacia los músculos o estructuras de soporte como por ejemplo el tendón, llegando a ocasionar una osteomielitis u osteítis, el hueso o músculo puede llegar a ser palpable. Se presentan con mayor regularidad en prominencias óseas como caderas, talones, espalda y la parte inferior de la espalda.

E) Categoría No Clasificable: Según Emily Haesler et al. 2014 existe una pérdida total del tejido y el tejido necrótico presente en la base de la úlcera no permite valorar la profundidad de la misma. La base puede estar cubierta por una escara o placa de coloración amarillenta, verdosa, gris o café. La lesión puede categorizarse una vez que se haya retirado el tejido necrótico. 43

6.2.3. CUIDADOS ESPECÍFICOS

Como ya se había dicho anteriormente, al menos el 95% de las úlceras por presión pueden ser prevenidas, sin embargo, han sido los deficientes sistemas de salud los que han provocado que los pacientes con enfermedades graves adquieran úlceras por presión a causa de la falta de atención oportuna. El primer órgano involucrado en el proceso de cuidado es la piel, según

Nieto ²³, es el órgano externo del cuerpo que ayuda a proteger y mantener el equilibrio interno del cuerpo, el mismo que a medida que pasa el tiempo va cambiando y evolucionando conforme la edad y los años, lo cual quiere decir que se va desgastando y envejeciendo. Es por ello que al estar un paciente potencialmente a punto de sufrir de úlcera por presión es necesario que se localicen las zonas sujetas a presión como el sacro, el talón, la espalda, entre otros. Así también, se tomará en cuenta las zonas que generalmente pueden estar expuestas a zonas de humedad, o de resequedad, regiones hiperémicas, superficies contiguas a dispositivos terapéuticos especiales, entre otros.

Según Nieto ²³ los cuidados de la piel van más allá de mantenerla limpia y seca, durante el proceso de aseo el responsable a cargo debe disponer de jabones neutros, agua tibia, realizar un aclarado minucioso y un secado por contacto de las zonas de riesgo, evitando realizar algún tipo de arrastre o fricción que deteriore la capa córnea de la epidermis. Se debe colocar una porción conveniente de soluciones hidratantes como cremas o lociones especiales que contribuyan al incremento potencial de la resistencia de la piel a las

agresiones externas, al colocar dichas soluciones no se deben realizar masajes especialmente en las zonas expuestas a presión. Además, se debe evitar lencería que ocasione fricciones es lo más adecuado, ya que de esta manera se podrá evitar posibles nuevas lesiones, la zona anteriormente expuesta posee grandes probabilidades de adquirir nuevamente una lesión cutánea, por lo tanto, se debe evitar a como dé lugar, la aparición de una nueva.

Con el propósito de mantener en un buen estado la piel es fundamental que esta esté limpia y seca, y se mantenga hidratada para evitar la humedad, para ello se debe tener en cuenta:

A) A los pacientes con incontinencia, a los cuales, según Avilés ², se les debe:

- ✓ Proporcionar al paciente un ambiente de afecto, confianza, seguridad y privacidad.
- ✓ Establecer horarios fijos en los cuales se ayude a los pacientes a asistir al baño a pesar de que no lo hayan solicitado.
- ✓ Si el paciente posee sus facultades psicológicas y motrices adecuadas, instruirle nuevamente en el control de esfínteres a través de ejercicios de suelo pélvico o ejercicios de Kegel.
- ✓ En caso de ser posible colocar horarios específicos en los cuales es permitido ingerir líquidos.
- ✓ En caso de que el paciente lleve pañal, se deberá realizar los cambios de forma adecuada cada cierto límite de tiempo.

B) A los pacientes con exceso de sudoración se les debe, según Martínez ²⁰, cambiar la ropa y las sábanas cuantas veces sea necesario, sobre todo si presenta momentos febriles altos.

C) Evitar el exceso de humedad utilizando forros de poliuretano que son semioclusivos y permeables a gases, vapores, pero no a líquidos.

D) Elaborar, según Martínez ²⁰, una serie de estrategias que permita:

- ✓ Elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.
- ✓ Llevar a cabo cambios posturales cada 2 a 3 horas siguiendo una rotación programada e individualizada.
- ✓ Mantener el lineamiento del cuerpo, al igual que la distribución del peso y el equilibrio.
- ✓ Evitar que las prominencias óseas se rocen entre sí.
- ✓ Evitar el arrastre del paciente

- ✓ En posición de decúbito tangencial no sobrepasar los 30 grados.
- ✓ Elevar la cabecera de la cama máximo hasta los 30 grados.
- ✓ Emplear dispositivos adecuados (colchones, almohadas, cojines, protectores de cuello y piernas) que mitiguen al máximo la presión

E) Llevar a cabo una dieta que contenga los tipos de alimentos junto con la cantidad necesaria de aportes de nutrientes evitando el sobrepeso y/o la pérdida de peso excesiva.

6.3. LOS CUATRO PILARES BÁSICOS DE LA PREVENCIÓN.

Sin lugar a dudas, el mejor tratamiento de las úlceras por presión es su prevención, según García ¹, el 95 % de las úlceras por presión se pueden prevenir a partir de la aplicación de medidas de prevención en cuatro grandes áreas: A) Valoración del riesgo de desarrollar una UPP B) Cuidados de la piel C) Reducción de la presión D) Educación.

6.3.1. VALORACIÓN DEL RIESGO. La valoración del riesgo es el primer elemento, y por tanto, un aspecto clave en la prevención. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar una valoración del riesgo en todas las personas en su primer contacto con el sistema de salud, tanto en hospitales como en pacientes atendidos en sus domicilios¹.

El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Según Martínez ²⁰, la evaluación de las úlceras por presión es algo más que un simple número o una herramienta, se trata de una decisión clínica que da lugar a una o varias intervenciones que, con suerte, prevendrán la aparición de úlceras por presión.

La valoración del riesgo se convierte en una herramienta fundamental para la prevención de las úlceras por presión por qué, según Garcia¹, permite:

- ✓ Optimizar los recursos ya que la prevención tiene un coste elevado, tanto en recursos materiales como humanos, lo cual obliga a utilizar instrumentos de medida que permitan precisar qué pacientes necesitan los cuidados preventivos y cuáles no.
- ✓ Determinar el tipo de cuidados preventivos que precisa cada paciente en función del riesgo y su aplicación de manera precoz.
- ✓ Convertirse en una de las salvaguardas más importantes para el profesional y las propias instituciones. Sin embargo, no existe un consenso claro entre los expertos y los profesionales sobre la mejor forma de realizar esta valoración del riesgo de UPP. Algunas investigaciones concluyen que varias de las escalas validadas pueden ser una alternativa mejor que el juicio clínico, sobre todo cuando se trata de enfermeras no expertas

6.3.2. CUIDADOS LOCALES DE LA PIEL. Según Martínez ²⁰ estos cuidados se fundamentan en tres aspectos:

A) *Primum non nocere*. Lo primero es no dañar. Por ello, prácticamente todas realizan recomendaciones para que:

- ✓ En la higiene diaria se utilicen jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo sobre el pH de la piel, manteniendo la piel de la persona en todo momento limpia y seca.

- ✓ No se utilicen sobre la piel, por contraindicadas cualquier producto que contenga ALCOHOL (de romero, tanino...), incluidas las colonias, pues su compuesto fundamental es éste.
- ✓ No efectuar masajes sobre las prominencias óseas, pues se pueden ocasionar daños adicionales y no previenen la aparición de lesiones. El masaje sobre prominencias óseas ha demostrado que no es eficaz en la prevención, y que ocasiona lesiones capilares que inducen la aparición de UPP

B) Proteger la piel expuesta. Las GPC indican la necesidad de:

- ✓ Mantener la piel hidratada, aplicando cremas hidratantes, confirmando su completa absorción.
- ✓ El uso de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión, extendiéndolos con suavidad en zonas de riesgo, ya que los AGHO posibilitan una óptima hidratación de la piel, favoreciendo el aumento de la circulación capilar, lo cual mejora las condiciones locales de la piel expuesta a isquemias prolongadas, siendo de gran utilidad en la prevención de las úlceras. Además, algunos estudios encuentran efectividad en el tratamiento de UPP de estadio I.

C) Controlar el exceso de humedad. La incontinencia ha demostrado que aumenta considerablemente el riesgo de aparición de UPP. Por ello se recomienda:

- ✓ Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel de la persona: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.

- ✓ En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva, se deben utilizar productos barrera. Aunque la evidencia no muestra diferencias entre las pomadas con base de óxido de zinc y las películas transparentes que no contienen alcohol (películas barreras no irritantes), éstas últimas son más fáciles de usar, ya que al ser transparentes permiten seguir la evolución de la lesión. Las pomadas de zinc pueden ser igual de eficaces, pero no permiten visualizar la piel y sólo se pueden retirar con productos oleosos. Su eliminación con agua o suero nunca es eficaz salvo con frotamientos intensos, que dañarán la piel.

6.3.3. REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN. Para minimizar el efecto de la presión como causa de las úlceras por presión, se recomienda, según Martínez²⁰, considerar cuatro elementos: Movilización, cambios posturales, utilización de superficies especiales de manejo de la presión y protección local ante la presión.

Se recomienda elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona, intentando mantener el nivel de actividad y de deambulación, así como un importante abanico de posibles movimientos. Si existe potencial para mejorar la movilidad física, se debe iniciar la rehabilitación (amplitud de movimientos, deambulación) valorando la intervención de los fisioterapeutas.

Un elemento clave para la prevención de las úlceras por presión es la realización de cambios posturales. Cuando sea posible, se recomienda enseñar a la persona a

reposicionarse por sí misma a intervalos frecuentes que permitan redistribuir el peso y la presión.

En una población cada vez más creciente de personas en domicilio los cambios posturales son tan necesarios como insuficientes, estando condicionada su efectividad entre otros por:

a) La dificultad para su realización periódica. B) La utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas. C) La imposibilidad de efectuarlos en muchos pacientes de cuidados intensivos.

Entre las patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales se encuentran las personas: Sometidas a cirugía cardíaca, con inestabilidad hemodinámica, con obesidad mórbida, con compromiso respiratorio que sufren un descenso en la saturación de oxígeno durante los cambios posturales, con intervenciones neuroquirúrgicas.

En la realización de los cambios posturales hay que tener presente los siguientes puntos:

- ✓ Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre manejo de pesos y cargas.
- ✓ Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona.
- ✓ Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- ✓ Movilizar a la persona, evitando la fricción y los movimientos de cizalla. Para ello utilice una entremetida o sábana travesera.

- ✓ Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo. Para las posiciones de decúbito lateral no sobrepasar los 30° de inclinación, evitando apoyar el peso sobre los trocánteres.
- ✓ La posición de sedestación, como ya hemos comentado, disminuye la superficie de apoyo, aumentando la presión resultante y multiplicando el riesgo de aparición de UPP. Todo paciente en riesgo, que necesite una Superficie Especial para el Manejo de la Presión en decúbito, también y “sobre todo” la necesita para estar sentado.

En términos de las superficies especiales para el manejo de la presión esta, la superficie, debe presentar propiedades de reducción o alivio de la presión sobre la que puede apoyarse una persona totalmente, ya sea en decúbito supino, prono o en sedestación. Algunas superficies tienen propiedades que reducen el efecto de la fricción y del cizallamiento, así como del calor y de la humedad. Se pueden clasificar como:

- ✓ Estáticas: Actúan aumentando el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar. En su fabricación se utiliza espumas de poliuretano especiales, fibras siliconizadas, silicona en gel, viscoelásticas, etc.
- ✓ Dinámicas: Permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo. Las personas de riesgo deben ser situados sobre superficies especiales para el manejo de la presión en función del riesgo

La asignación de la superficie debe hacerse en función del riesgo que presente la persona de desarrollar úlceras por presión, de tal manera que, en personas de riesgo bajo, se

recomienda utilizar superficies estáticas, mientras que, en personas de riesgo medio o alto, se recomienda utilizar superficies dinámicas o de presión alternante.

La protección local ante la presión se puede abordar, a través de almohadas y otros materiales que eviten la presión de prominencias óseas entre sí, así como con el uso de apósitos de espuma de poliuretano. Un punto clave son los talones y sobre ellos debe realizarse una protección especial. Algunos apósitos especiales de espuma de poliuretano han demostrado mayor eficacia y ser más costo efectivo que el uso de vendajes almohadillados^{1, 20}. Es fundamental contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en la persona puedan, provocar problemas relacionados con la presión y rozamiento sobre una zona de prominencia o piel y mucosas (sondas, tiras de mascarillas, tubos orotraqueales, gafas nasales, máscaras de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción). En estos casos, los apósitos con capacidad de manejo de la presión pueden ser de gran utilidad.

6.3.4. EDUCACIÓN. El objetivo es facilitar, mediante programas de Educación para la Salud, los conocimientos y habilidades necesarias para la prevención de las úlceras por presión en los propios pacientes y cuidadores. Para ello es imprescindible:

- ✓ Valorar la capacidad del paciente, familia y cuidadores en la participación de los programas preventivos.
- ✓ Realizar los programas de forma estructurada, organizada y fácilmente entendible, actualizando sus contenidos, periódicamente.
- ✓ Todos los programas incluirán mecanismos de evaluación.

Algunos de los elementos importantes que pueden incluir los programas educativos pueden versar sobre:

A) Intervenciones iatrogénicas en las cuales existe un componente histórico, tradicional a su práctica, “siempre se ha hecho así”, entraña una notable dificultad para su erradicación. Quizá la más utilizada sea el uso del flotador-rodete. Hoy sabemos que no se deben utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento, ya que en vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP ¹.

Otras intervenciones iatrogénicas ya han sido enunciadas en el texto. Por tanto, debe recomendarse a los cuidadores: • No masajear las prominencias óseas, no dar frías de alcohol-colonia sobre la piel, no usar apósitos adhesivos en toda su superficie como prevención de lesiones en sacro o talones, ya que “no se retiran por estar bien pegados”, no sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse, no incorporar el cabecero de cama y los decúbitos laterales de la persona más de 30° de inclinación, no arrastrar a la persona sobre la cama.

B) Aspectos Nutricionales. Los cuidadores, como actores principales de los cuidados de prevención deben tener los conocimientos sobre la importancia de este apartado. Por ello, deben asegurar una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona y su condición de salud.

Nutrición e hidratación son elementos clave para la prevención-cicatrización de las UPP. Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión, sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que complicaciones locales como la infección.

El aporte hídrico es imprescindible para la prevención, ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de romperse. De acuerdo con la literatura, existe una relación directa entre la malnutrición y la aparición de UPP, ya que la pérdida de grasas y tejido muscular disminuye la protección que ejercen sobre las prominencias óseas, por ello deben solicitar soporte nutricional a las personas en las que se identifique alguna deficiencia.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación, como dice Polit y Hungler ²⁴, es de tipo descriptiva por que permite describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural, al tiempo que proporciona el punto de partida para el desarrollo de la teoría.

Es cuantitativa porque, como dice Hernández, Fernández y Baptista²⁵, “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico establece patrones de comportamiento y prueba teorías”. Como no se pretende manipular deliberadamente las variables el diseño es de tipo no experimental ya que “se realiza sin

manipulación deliberada de las variables, solo se observa el fenómeno en su ambiente natural para después analizarlo”, no se construyó ninguna situación²⁵.

De conformidad con Hernández, Fernández y Baptista ²⁵ se puede decir que es transversal porque “recopila datos únicos en un momento único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.

7.2. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

UNIVERSO: Según Parra ²⁶ “es el conjunto conformado por todos los elementos, seres u objetos que contienen las características y mediciones u observaciones que requieren en una investigación dada”, en el presente estudio está constituido por los pacientes que ingresaron a la Clínica Blas de Lezo de Cartagena durante el mes de Mayo del año 2016

POBLACION: Según Parra²⁶ es “el conjunto integrado por todas las mediciones u observaciones de una variable en el universo de interés en la investigación” en nuestro caso son los 26 pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena durante el mes de Mayo del año 2016

MUESTRA: Según Parra²⁶ es “el proceso en el cual el investigador selecciona, intencionalmente, los individuos de la población” en nuestro caso fue seleccionada de manera intencional y directa, se tomó a través de un muestreo no probabilístico,

específicamente de tipo causal o incidental y fueron los 26 pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena durante el mes de Mayo del año 2016

7.3. RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de datos e información sobre el proceso investigado se puede hacer, según Méndez²⁷, a través de observación directa, encuesta, análisis documental y de contenido, entre otros; en nuestro caso se utilizó el cuestionario el cual permite, según Tamayo y Tamayo²⁸, “realizar una serie de preguntas sobre un determinado aspecto”, en nuestro caso una serie de preguntas para valorar el riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión, como es el cuestionario de la Escala de Braden.

El instrumento o cuestionario consta de 6 ítems, cada de los cuales se puntúa de 1 menos deseable a 4 más deseable, excepto el ítem “fricción y rozamiento” que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23, así: Si la puntuación es menor de 13 el riesgo es alto; si la puntuación esta entre 13 y 14 el riesgo es moderado y si la puntuación es entre 15 y 16 y el paciente es menor de 75 años y la puntuación es entre 15 y 18 y el paciente es mayor de 75 años el riesgo es bajo.

7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para el análisis fueron: a) Ser paciente de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena B) Haber ingresado a la UCI durante el mes de Mayo del año 2016 C) Dar consentimiento informado.

7.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión para el análisis fueron: A) No ser paciente de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena B) No haber ingresado a la UCI durante el mes de Mayo del año 2016 C) No haber dado el consentimiento informado.

7.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas emanadas de la resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, cuyo propósito es establecer los requisitos para el desarrollo de actividades investigativas en salud, la cual con relación a los aspectos éticos de la investigación expone que en todas debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad humana al igual que la protección de sus derechos y salvaguardar su integridad y bienestar.

Dentro de los criterios tenidos en cuenta para desarrollar investigación con personas están: Que la investigación se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, que se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución, deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación, se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal o comité de ética médica de la donde se realice la investigación.

El consentimiento informado(ver anexo), firmado por los pacientes o familiares que garantizó la participación voluntaria de ellos, así como los principios éticos de autonomía y justicia. De igual manera, por parte de las investigadoras se garantiza que la aplicación del instrumento de medición de la Escala Braden y respetan los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

7.7 ANÁLISIS DE DATOS

Para proceder al análisis de los datos, se realizó la tabulación de los mismos con el empleo de una tabla de matriz de doble entrada Excel, dentro de estas se anotaron los códigos de resultados que emitieron los integrantes de la población objeto de estudio en cada cuestionario, para finalmente efectuar el análisis estadístico correspondiente.

7.8 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se desarrolló en tres fases a saber:

Fase uno: En esta fase se realizó una revisión bibliográfica del tema, para lo cual se consultó en libros, bases de datos, artículos de revistas y de Internet, tesis y conferencias. Realizando, paralelo a esto, la construcción del planteamiento del problema, así como los alcances, limitantes de la investigación y los objetivos de esta misma.

Fase dos: Se seleccionó de manera intencional y por conveniencia la muestra a la cual se le aplicó el instrumento a cada una de los pacientes que participaron en el estudio. La aplicación se hizo en un único momento, y en un ambiente informal y de cordialidad.

Fase Tres: Se realizó la tabulación y análisis de los datos utilizando programa Excel. Llegando después a la presentación de los resultados que permitieron obtener las conclusiones finales de esta investigación.

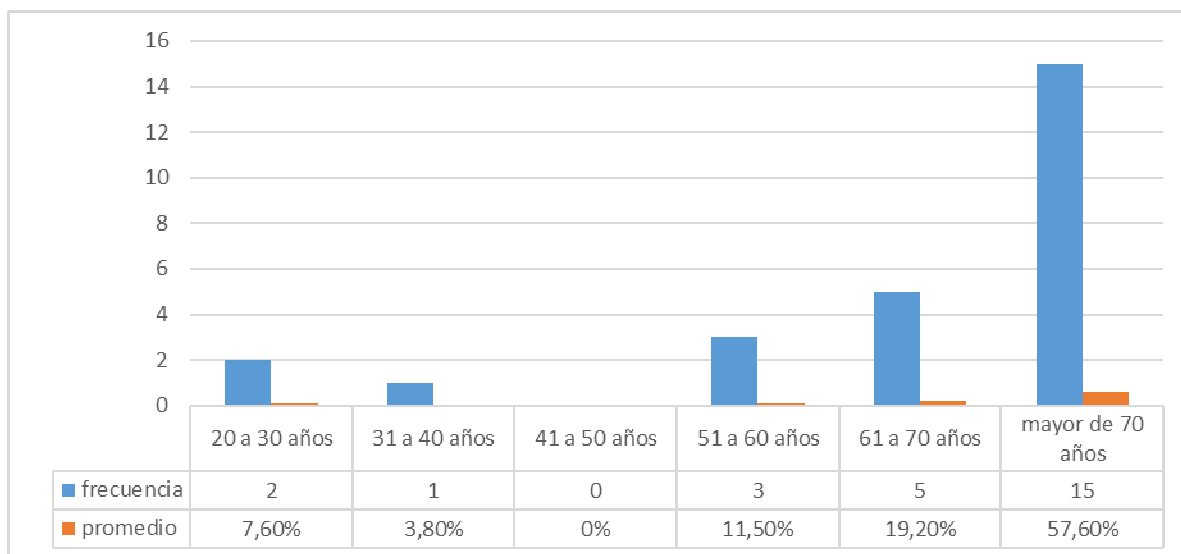
8. ANALISIS DE RESULTADO

En este apartado se presentan los resultados de la investigación realizada en la Uci de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena. Se utilizó una muestra de 26 pacientes, ingresados en el mes de Mayo del año 2016. Se aplicó es cuestionario “Escala de Braden”.

8.1. CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICA DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON A LA UCI DE LA CLÍNICA BLAS DE LEZO DE CARTAGENA EN EL MES DE MAYO DEL 2016

En este ítem se hace estudio estadístico de algunas características sociales de los pacientes que participan de la investigación como es la edad, genero, estado civil, estrato social.

Figura 1. Edad de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016

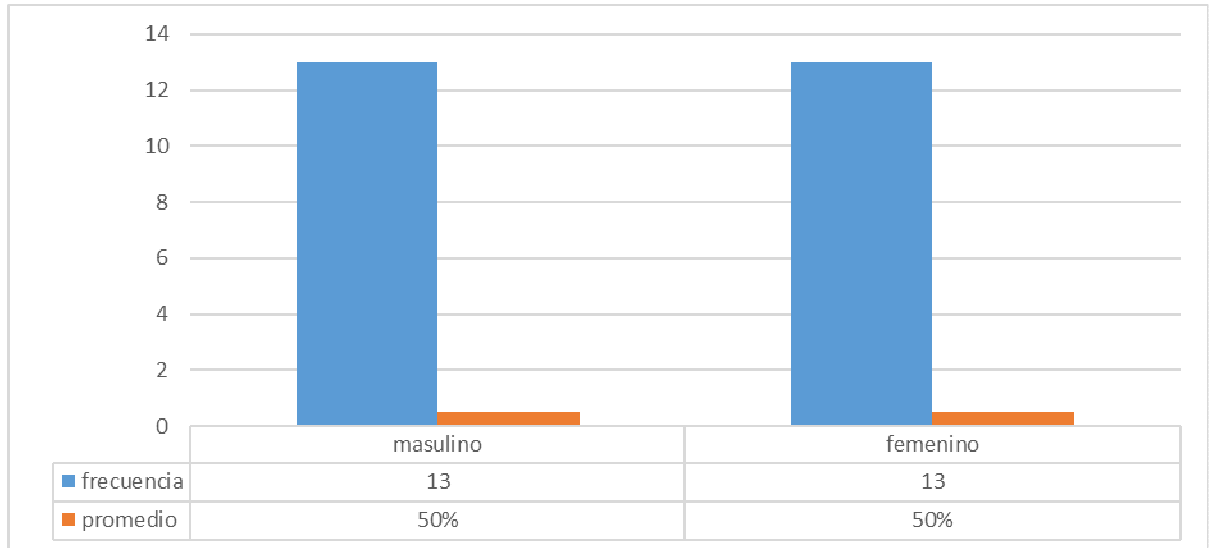


En cuanto a la edad de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016 se encontró, según la figura 1, que el 57% de ellos es mayor de 70 años, el 19% tiene entre 61 a 70 años, el 11% tienen entre 51 a 60 años, el 7% tiene entre 20 a 30 años y el 1% tienen de 31 a 40 años. La edad media es de 70.4 y un rango de edad entre 21 y 94.

Estos resultados no coinciden con los resultados de la investigación de Tzuc ³¹ el cual encontró que la edad media de los pacientes era de 42.8 años, con un rango de edad de 52 y 70 años. Las UPP predominaron entre las edades de 51-60 años

Como dice Castellanos y Muñoz ²⁹, es claro que la edad influye en la aparición de UPP, la mayoría de estudios apuntan a que, a mayor edad, es más fácil adquirir una úlcera

Figura 2. Genero de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016



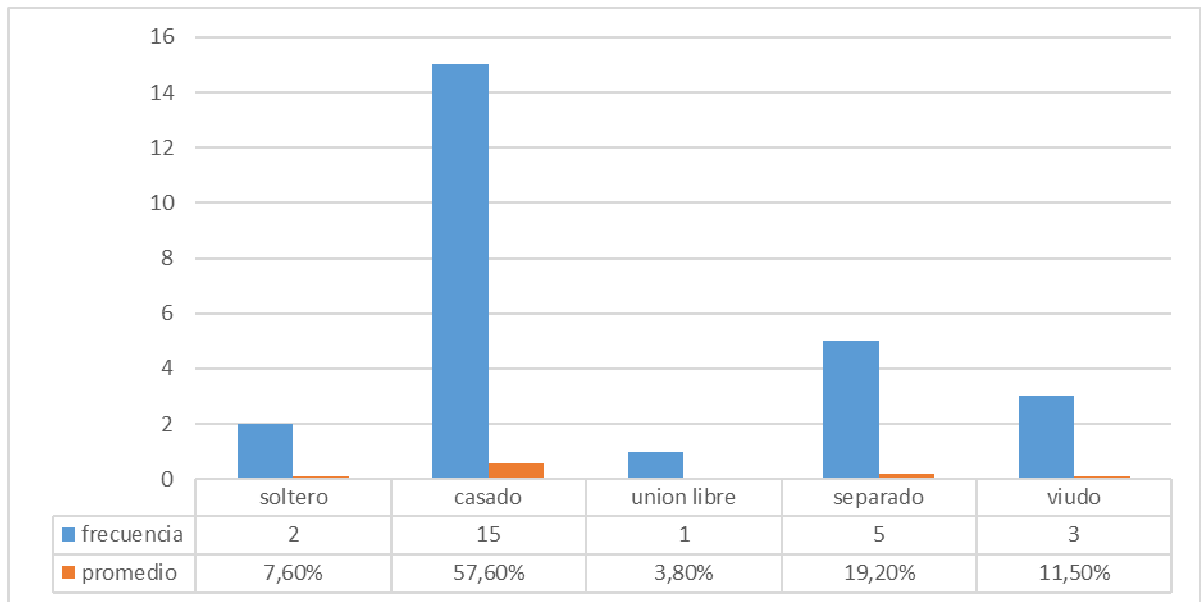
En lo referente al sexo de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016 se puede observar, en la figura 2, que no existe una diferencia significativa sino que por el contrario el 50% son hombres y el otro 50% son mujeres. Los antecedentes de úlceras por presión cuentan como un factor de riesgo significativo que debe tenerse en cuenta al momento de valorar el paciente para posteriormente establecer sus medidas prevenidas de cuidado de la piel.

Como dice Tzuc ³¹, la interacción de las variables edad y sexo con otros factores de riesgo (criterios de la escala de Braden) puede favorecer el desarrollo de las lesiones en la piel del paciente crítico.

En un estudio realizado en Brazil por Mancini ³² el sexo femenino fue factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión; en un estudio mexicano, realizado por Cantún ³³, la mayor frecuencia de úlceras por presión se desarrolló en mujeres (53%), mientras que en un estudio realizado por Espinoza³⁴ halló que el sexo no es factor de riesgo. Según Castellanos y Muñoz ²⁹ el género no es importante, mujeres y hombres están igualmente predispuestos.

En este estudio no se encontró diferencias significativas en cuanto al sexo, el sexo no influyó en la aparición de dicha lesión por lo que pueden aparecer tanto en el sexo masculino como en el femenino

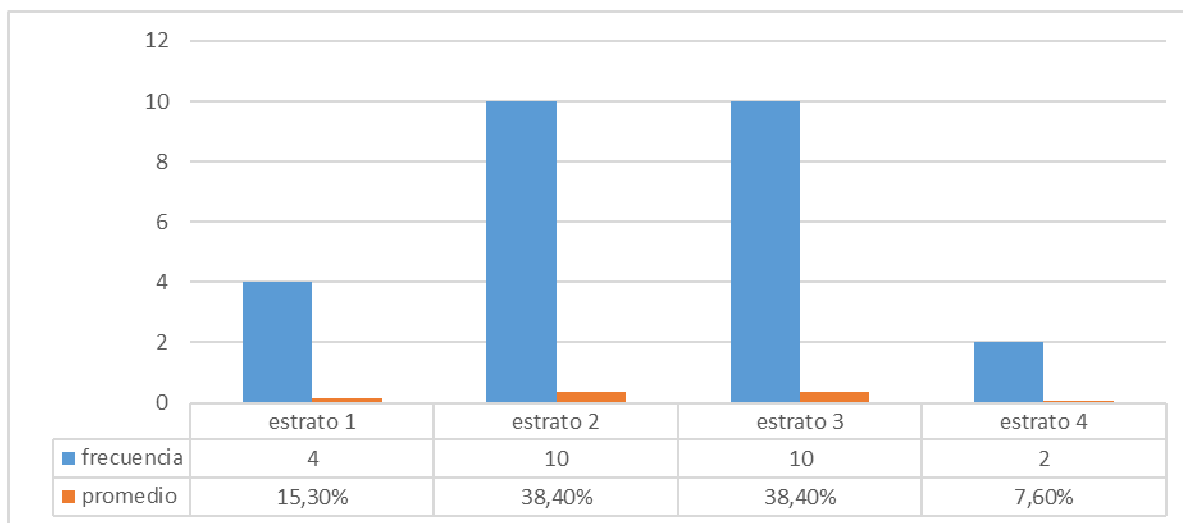
Figura 3. Estado civil de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016



En lo relativo al estado civil de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016 se halló, de conformidad con la figura 3 que el 57% está casado, el 19% está separado, el 11% es viudo, el 7% soltero y el 1% vive en unión libre. Según Melguizo ³⁵ no hay estudios que informen que relacionen la Calidad de vida relacionada con la salud y las personas con heridas con problemas de cicatrización.

La Calidad de vida relacionada con la salud, según Melguizo ³⁵, puede estar afectada por la presencia de heridas las cuales pueden estar acompañadas de cambios en la vida diaria, sufrimiento, dolor, limitaciones, dependencia, alteración de la autoestima, temor, angustia y aislamiento, entre otros, por ello es muy importante el estado civil del paciente más aun cuando en el país el cuidado ambulatorio de las heridas complejas queda a cargo de un familiar que es “entrenado” por enfermeras, quienes semanalmente suministran los insumos necesarios y supervisan la evolución de la herida.

Figura 4. Estrato social de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016



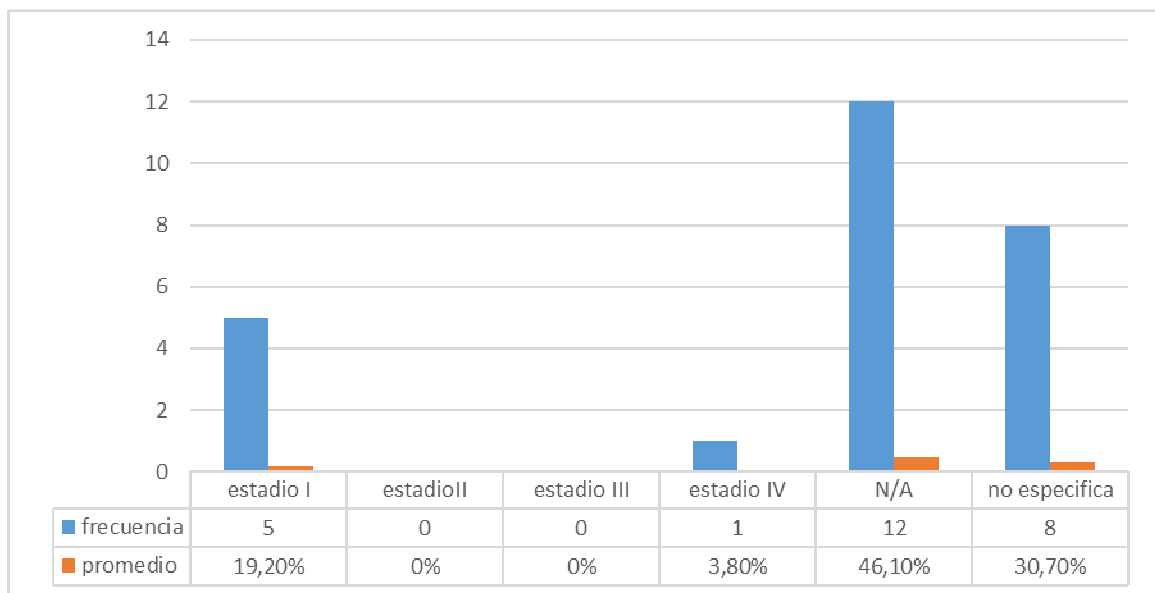
En lo concerniente a el estrato social de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016 se observa, en la figura 4, que el 38% pertenece al estrato 2, el 38% pertenece al estrato 3, el 15% al estrato 1 y el 7% al estrato 4.

Esta característica socio-demográfica es importante porque, según González ³⁶, hay factores intrínsecos, situaciones o condiciones inherentes al propio paciente que aumentan el riesgo de desarrollo de una determinada enfermedad o situación de salud. Como, por ejemplo: edad, estado nutricional, patología de base, motivo de ingreso, inmovilidad y percepción sensorial y estrato social. Las personas mayores de edad de los estratos bajos son más susceptibles, se convierten en la población más expuesta a presentar UPP, pues tienen menos posibilidades de usar por ejemplo sillas de ruedas, es decir la situación económica restringe la movilidad.

8.2. CLASIFICACION DE LAS UPP DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON A LA UCI DE LA CLÍNICA BLAS DE LEZO DE CARTAGENA EN EL MES DE MAYO DEL 2016

Las úlceras por presión (UPP) se asocian a una mayor morbi-mortalidad de los pacientes, por ello son de gran importancia todas las medidas de prevención. La primera medida es la identificación de los pacientes susceptibles de desarrollar UPP, por lo que es de gran utilidad el uso de escalas que midan este riesgo

Figura 5. Clasificación de las UPP de los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016



En cuanto a la clasificación de las úlceras por presión en los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016 se encontró,

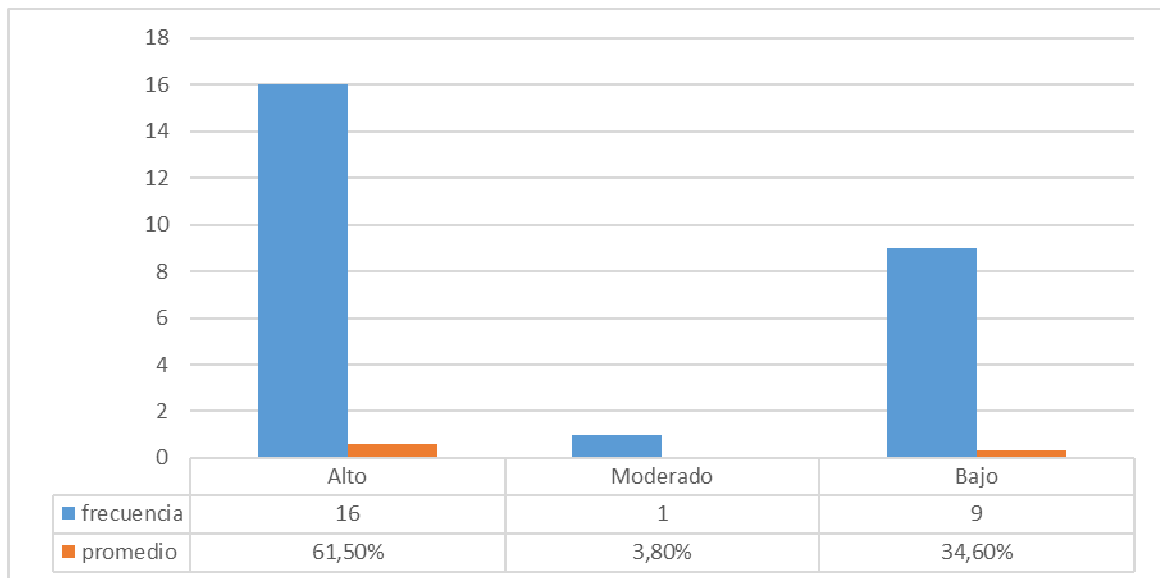
según la figura 5, que el 19 % se encuentra en el estadio I, el 3 % en el estadio IV, el 46% no le aplica y el 38% no tiene especificado.

Considerando las características de las lesiones, Pancorbo³⁷ señala que la situación más frecuente, es que los pacientes tengan 1 o 2 UPP, y no llegan al 15% los que tienen 3 o más, lo que evidencia una situación similar a la de los estudios epidemiológicos anteriores^{38, 39}. En la clasificación por categorías, el mayor porcentaje de lesiones corresponde a las del Estadio II, de forma similar a los estudios anteriores ^{40,41}. No obstante, es necesario reflexionar sobre la exactitud en la identificación de las UPP entre estadio I y II, puesto que las características (tiempo de evolución y tamaño) de muchas de las lesiones etiquetadas como estadio I por los profesionales es muy poco probable que correspondan a esta categoría, siendo más adecuadas a estadios II o superiores.

8.3. NIVEL DE RIESGO QUE TIENEN DE DESARROLLAR ULCERAS DE PRESION LOS PACIENTES QUE INGRESARON A LA UCI DE LA CLÍNICA BLAS DE LEZO DE CARTAGENA EN EL MES DE MAYO DEL 2016

Para prevenir las UPP es necesario que disminuir el deterioro de la integridad cutánea del paciente, basados en los factores de riesgo que establece la escala de Braden. La estrategia para la prevención de las UPP es una valoración inicial del nivel de riesgo al ingreso y una revaloración intensiva de la piel del paciente durante toda la estancia hospitalaria, ya que en las primeras horas de ingreso el paciente tiene riesgo de desarrollar UPP, riesgo que aumenta conforme pasa el tiempo de encamamiento.

Figura 6. Nivel de riesgo que tienen e los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016 de desarrollar UPP



En lo referente al riesgo de desarrollar úlceras por presión los pacientes que ingresaron a la UCI de la Clínica Blas de Lezo de Cartagena en el mes de Mayo del 2016 se encontró, con relación a la valoración del riesgo se encontró que el 61% de ellos presentan según la escala de Braden un alto riesgo de padecer úlcera por presión, el 34% presenta un riesgo bajo de padecer úlceras por presión y el 3% presenta un riesgo moderado. Esto se debe a que, según Avilés (2012), existen estados en la nutrición que retardan modifican la cicatrización de las heridas, como es la vitamina C, determinadas terapias o procedimientos diagnósticos, factores situacionales, resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

9. CONCLUSIONES

Las Ulceras por Presión son lesiones cutáneas que se produce por la falta de oxigenación de los tejidos y la dificultad de la linfa y la sangre para alcanzar y abandonar la región sometida a presión, pueden presentarse en regiones del cuerpo donde se ejerce mayor presión cuando se está acostado o sentado, unas de estas regiones es la parte lumbar sacra, espalda, talones, codos y glúteos.

En esta investigación encontramos en lo referente a las características socio-demográficas que el 57% de los pacientes con riesgo a desarrollar ulcera por presión son mayores de 70 años, casados, de estrato 1, 2, y 3.

En cuanto a la clasificación de las úlceras por presión en los pacientes ingresados a la clínica Blas de Lezo en Cartagena durante el mes de Mayo del año 2016 se halló que el 19% se encuentra en el estadio I y el 3% en el estadio 4, en tanto que el 30% no clasificable. Y en lo concerniente al riesgo de desarrollar ulcera por presión se observa que el 61% de ellos tienen un nivel alto de desarrollar úlceras por presión.

10. RECOMENDACIONES

- Educar a los familiares de los pacientes hospitalizados para que contribuyan en la prevención de UPP en los pacientes sobre todo en aquellos con debilidades mentales.
- Continuar con este tipo de estudios en todos los hospitales y centros asistenciales del Caribe con el fin de tener datos propios de nuestra realidad y población, para así mismo generar pautas de prevención basadas en la evidencia.
- Que la Facultad de Enfermería coordine la elaboración de protocolos de medidas preventivas para el desarrollo de UPP con los(as) enfermeros(as) que labora en UCI,
- Replantear el cuidado de enfermería que se está brindando al paciente hospitalizado evidenciado por los datos encontrados en este estudio sobre prevalencia de UPP, a través de la toma de conciencia e implementación de estrategias para brindar una atención integral, humana y de calidad.
- Implementar en todos los servicios escalas de valoración de riesgo de UPP, aplicarlas e iniciar de manera temprana la prevención de aparición de UPP.

- Recomendar e incentivar a los pacientes a realizar actividades que les permita moverse para evitar signos de envejecimiento y cambios en la piel.

11. BIBLIOGRAFIA

1. García F. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Revisión sistemática con meta-análisis” Universidad de Jaén. 2011.
2. Avilés M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. España: Valenciana. 2012.
3. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Úlcera por presión: Guía de diagnóstico y manejo : <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia30.pdf> 2010
4. Soto O, Barrios S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria Ciencia y Enfermería XVIII (3), 2012
5. Bacardí P. Consideraciones sobre la intervención de enfermería en las úlceras por presión. Revista 16 de Abril. 2004
6. Torpy, J. 2003. Problemas de la piel. Jama Patient Page.
<http://www.search?hl=es&q=factores+de+riesgo+de+ulceras+por+presion&start=10&sa=N>
7. Valero H, Parra D, Rey R, Camargo F. Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. 2011
8. Barzola M y Anzules F. Prevención de úlcera por de cúbito o por presión en el área de U.C.I. del Hospital Universitario de Guayaquil. Universidad de Guayaquil. Escuela de Enfermería. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciada/o en enfermería.2015
9. Marín, 2013
10. Silvestre 2000
11. Brunet K. Incidencia de las úlceras por presión tras la implementación de un protocolo de prevención. Buenos Aires: Rev. Latino-Am. (2012).
12. Ferrero M. Úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. Buenos Aires: Ed. Médica. (2012).
13. Restrepo E. Propuesta de atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de enfermería. Medellín - Colombia: Medicina UPB . (2013).
14. Zambrano R. Cuidados en enfermería en la prevención de las úlceras por presión a los pacientes hospitalizados en la UCI, del Centro de Especialidades Anzoátegui de Barcelona. Puerto la Cruz: Universidad Central de Venezuela. (2010).

15. Díaz P. Protocolo de actuación en úlceras por presión.2012
16. Hahler B y Jáuregui L. Úlceras por presión. Vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a servicios de salud, Organización Panamericana de la Salud. 2010.
17. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión en adultos
18. Avilés M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. España: Valenciana. 2012.
19. Carrasco R. Guía de la práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel intrahospitalario. México: Secretaría de Salud. 2009.
20. Martínez J. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009
21. Soldevilla J, Navarro S, Rosell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. En: Soldevilla J, Torra I, Bou J, editors. Atención integral a las heridas crónicas. Madrid: SPA Grupo Drugfarma; 2004.
22. López J. Prevención y tratamiento de úlceras y escaras. España, Vértice. 2006
23. Nieto C. Protocolos de úlcera por presión en UCI. Obtenido de Complejo Hospitalario Universitario Albacete:
<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/8f171815f3aecb1f146a05178f7f3f78.pdf>. 2012
24. Polit D y Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud (5ª ed.). México: McGraw-Hill. 2002
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. México Edit. McGraw Hill. 2010.
26. Parra, J. Guía de Muestreo. Colección XLV Aniversario FCES. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. LUZ. Maracaibo. 2003.
27. Méndez C. Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación, Bogotá, Colombia, Mc Graw Hill.2001.
28. Tamayo M. El proceso de la investigación científica: Incluye administración de proyectos de investigación. Limusa-Noriega Editores: México. 2001
29. Castellanos N y Muñoz M. Escalas de valoración de riesgo: Estrategia inicial y prioritaria en la prevención de úlceras por presión. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería. Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico. Bogotá. 2008

30. Mantilla S, Pérez O, Sánchez L. Identificación del riesgo de desarrollar úlceras por presión y cuidados preventivos de su ocurrencia, en adultos mayores institucionalizados de Norte de Santander. *Rev Mov Cient.* 9(1): 33-40. 2015
31. Tzuc A, Vega E, Collí L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. *Enfermería Universitaria.*12(4). 2015
32. Mancini P y Oyanguren R. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados. Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el título profesional de Médico Cirujano. 2014
33. Cantún F, Uc N. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. *RevEnferm IMSS* 2005; 13(3): 147-152
34. Espinoza M. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión iatrogénicas, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Angloamericana 2009 .
35. Melguizo E, Díaz A, Osorio M. Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena. *Rev. salud pública.*13 (6), 2011.
36. Gonzales M. Tratado de medicina paliativa: úlceras por presión, úlceras malignas y fistulas entoerocutaneas. 2ª Edición. Madrid: Médica Panamericana, 2007.
37. Pancorbo P, García F, Enric J, Verdú J, Soldevilla J. Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. *Gerokomos;*25(4). 2014.
38. Soldevilla J, Torra J, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, et al. Segundo estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.* Gerokomos. 17(3), 2006.
39. Soldevilla J, Torra J, Verdú J, López P. Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.* Gerokomos,22(2), 2011
40. Soldevilla J, Torra J, Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos /Helcos.*10(2), 1999
41. Torra J, Rueda J, Soldevilla J, Martínez F, Verdú J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y los pacientes.* Gerokomos , 14(1), 2003.
42. Bautista E. Y Bocanegra L. Prevalencia y factores asociados a las Úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurología y cuidados intensivos de una Institución prestadora de Salud de III nivel en la ciudad de Bogotá en el año 2009. Pontificia Universidad Javeriana 2009.

43. Adaptado de: EPUAP/NPUAP/PPPIA. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure injury Alliance Prevention and treatment of Pressure Ulcers: quick reference guide. Emily Haesler(Ed). Cambridge Media; Osborne park, Western Australia; 2014.

12. ANEXOS

RIESGO DE UPP: ESCALA DE BRADEN

Puntos	Percepción sensorial*	Exposición a la humedad **	Actividad ***	Movilidad****	Nutrición *****	Fricción/ deslizamiento *****
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional húmeda	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	
Total						

CONVENCIONES

* **Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión:**

- ✓ Completamente limitada. No responde (no se queja, no se defiende, no se agarra) a estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre casi todo el cuerpo.
- ✓ Muy limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación, tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor sobre la mitad del cuerpo.
- ✓ Levemente limitada. Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor en una o las dos extremidades.
- ✓ No alterada. Responde órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de manifestar dolor.

** **Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad:**

- ✓ Constantemente húmeda. La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.
- ✓ Muy húmeda. La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos cada ocho horas.
- ✓ Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiere cambio extra de sábanas cada 12 horas.
- ✓ Rara vez húmeda. La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio cada 24 horas.

*** **Grado de actividad física:**

- ✓ En cama. Confinado a la cama.
- ✓ En silla- Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.
- ✓ Camina ocasionalmente. Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.
- ✓ Camina con frecuencia. Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

**** **Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo:**

- ✓ Completamente inmóvil. No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.
- ✓ Muy limitada. Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.
- ✓ Ligeramente limitada. Realiza frecuentes, aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.
- ✓ Sin limitaciones. Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

***** **Patrón usual de consumo alimentario:**

- ✓ Muy pobre. Nunca come una comida completa. *f* Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.
- ✓ Probablemente inadecuada. Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.
- ✓ Adecuada. Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida, pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.
- ✓ Excelente. Come la mayoría de las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

***** **Fricción y deslizamiento:**

- ✓ Es un problema. Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.
- ✓ Es un problema potencial. Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.
- ✓ Sin problema aparente. Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.

Riesgo alto: puntuación menor 13

Riesgo moderado: puntuación entre 13 y 14

Riesgo bajo: si es menor de 75 años puntuación 15 y 16

Si es mayor de 75 años puntuación 15 y 18