PREVALENCIA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

Alumna: M^a Ester Fernández Rivera

Tutor: Fernando Martínez Cuervo

Curso: 2012-2013

ÍNDICE

	Páginas
1. Resumen	1
2. Palabras clave	1
3. Antecedentes y justificación.....	2
4. Objetivos	6
5. Metodología	6
6. Bibliografía	8
7. Cronograma.....	10
8. <i>Anexos</i>	
- <i>Anexo I.- Protocolo de prevención de UPP</i>	
- <i>Anexo II.- Escala Barthel</i>	
- <i>Anexo III.- Escala Braden-Bergstrom</i>	
- <i>Anexo IV.- Hoja de recogida de datos</i>	
- <i>Anexo V.- Solicitud de autorización</i>	
- <i>Anexo VI.- Presupuesto</i>	

RESUMEN

“Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con la úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado” (EPUAP-NPUAP, 2009)¹.

Se calcula que un 95% de las úlceras por presión son evitables². En España el envejecimiento de la población es un hecho y la creciente demanda de residencias geriátricas también. Se reconoce la edad como uno de los factores en el desarrollo de las úlceras por presión. Un seguimiento temporal de la prevalencia de UPP y otros indicadores epidemiológicos debe contribuir a la mejora del conocimiento de la magnitud del problema de salud que comportan las úlceras por presión³. En los estudios de prevalencia de úlceras por presión en España^{4, 5,6} se encuentran sesgos en cuanto a los resultados de los centros sociosanitarios y esto va en detrimento de la prevención. Las úlceras por presión son un problema de salud, social, legal, económico y, lo más importante, evitable.

El objetivo general del proyecto es conocer la prevalencia de úlceras por presión en una residencia geriátrica. Los objetivos específicos son describir la relación entre resultado en la escala de riesgo y desarrollo de úlceras; determinar prevalencia de localización y categoría; antigüedad de las úlceras; describir si las medidas de prevención son las adecuadas según el riesgo de desarrollo y la relación entre grado de dependencia y riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Este proyecto es un estudio observacional longitudinal prospectivo en el que se toma como población a los 200 residentes de un centro geriátrico teniendo en cuenta su grado de autonomía/dependencia. La duración del estudio será de un año. Las variables a estudiar serán: sexo, edad, grado de autonomía/dependencia, riesgo de desarrollar úlceras por presión, intervenciones sobre prevención, fecha de aparición de úlceras, categorización y localización de las mismas. La información será recopilada en una hoja de recogida de datos, con la autorización del centro para la realización del estudio y con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica respetando la normativa actual vigente.

PALABRAS CLAVE Úlceras por presión, prevalencia y residencia geriátrica.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

A finales de 2009 las sociedades científicas más importantes, que se dedican al estudio de las úlceras por presión, European Pressure Ulcer Advisory Panel y National Pressure Ulcer Advisory Panel, acuerdan la siguiente definición internacional de úlcera por presión: “Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con la úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado”.

Conocer la dimensión del problema en el ámbito de la salud es lo que nos dará la información sobre la situación real del problema y nos facilitará tomar medidas para abordarlo. Se calcula que un 95% de las úlceras por presión son evitables².

En España, en 2009 se realizó el tercer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión⁴. Este estudio recoge que se analizaron 110 cuestionarios procedentes de centros sociosanitarios de 26 provincias y 11 comunidades autónomas. De esas 110 unidades, un 50% se corresponden con residencias asistidas, un 43,6% son definidas como centros sociosanitarios, un 2,7% como otros centros, un 1,8% como centros de discapacitados, un 0,9% como unidades de cuidados paliativos y en el otro 0,9% no consta el tipo de centro.

Teniendo en cuenta que las unidades de centros sociosanitarios reportaron un total de 687 pacientes con UPP, la prevalencia media de úlceras por presión según los datos reportados por las 110 unidades de enfermería sociosanitaria es del $7,35 \pm 6,4$ (mediana: 5,55), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 34,88%.

Aunque, según varios autores: *“en términos generales, parece que hay una ligera tendencia a ir disminuyendo su presencia, las úlceras por presión siguen constituyendo un importante problema de salud pública”*⁴.

Una constante de los tres estudios nacionales de prevalencia^{4, 5,6} es el posible sesgo que representa la información proveniente de los centros sociosanitarios. Probablemente se puede afirmar que la información que se tiene sea de centros sociosanitarios que priorizan el problema de las úlceras por presión y que cuentan con personal motivado y posicionado sobre el tema, circunstancias que lamentablemente se encuentran en muy pocos centros de nuestro país y la mayoría de ellos de gestión pública.

Además, las úlceras por presión son biomarcadores de maltrato o abuso en ancianos⁷. En el Reino Unido el problema legal de las úlceras por presión se puede tratar desde el derecho penal, el derecho civil o procedimientos disciplinarios. Según varios autores: *“En Estados Unidos tradicionalmente las consecuencias por un tratamiento defectuoso en pacientes con úlceras por presión han consistido en la suspensión o incluso la retirada de licencias de ejercicio, y en demandas civiles contra el centro y sus empleados, con una clara finalidad de resarcimiento económico, como es sabido, con cuantías considerables, aunque recientemente se está entendiendo que el desarrollo de úlceras con resultado de muerte es demasiado grave y debería perseguirse criminalmente”*⁷.

En nuestro país se pueden reclamar por la vía civil, contencioso administrativa y por la vía penal y ya empiezan a surgir casos. Un ejemplo es el de ÁLAVA. Civil. Sentencia nº 53/2002 Audiencia Provincial de Álava (Sección 2ª) de 4 de marzo (Repertorio Aranzadi JUR 2002\219866)⁷:

Mujer que ingresa en una residencia que, según contrato, cuenta con servicios sanitarios de médico y enfermera. En la paciente se daban todos los factores de riesgo. Le aparece una UPP en el sacro que evoluciona hasta un grado IV. Las pruebas practicadas demuestran que no se adoptó medida preventiva alguna para evitar las úlceras. Cuando aparece, las curas son totalmente insuficientes. No consta por parte de la residencia que se hicieran cambios posturales, ni curas diarias. No la aseaban ni lavaban diariamente. Tampoco tenía personal especializado para ello. En el hospital la escara desapareció con cuidados y curas diarias. El tribunal acaba condenando al gerente y su hijo —le sustituía en las funciones de gerente— por considerar que existe negligencia o falta de la diligencia debida, quedando demostrado que a la paciente se le causó un dolor innecesario. Exculpa a los trabajadores —ninguna de ellas era enfermera ni tampoco auxiliar geriátrica— puesto que sólo cumplían órdenes de los primeros. Tampoco se considera responsables al médico y la enfermera que la atendían porque pertenecían al servicio de Osakidetza, prestaban sus servicios en la comarca y acudían a la residencia cuando eran solicitados sus servicios, pero siempre correspondiendo a sus servicios públicos y prestando su labor o función pública. La paciente fue indemnizada con 2.280,51 €. 1.080,51 € por los 21 días que permaneció hospitalizada, más 1.200,00 € por daños morales ya que se considera que tuvo que sufrir de forma importante desde que la escara se localiza hasta que se cura. El juzgador se basa para ello en la única prueba aportada a autos, consistente en fotografías

que, aun siendo de fecha posterior, muestran una escara menor a la que tuvo que sufrir cuando permaneció interna en la residencia.

El coste de tratar las úlceras por presión en España supone el 5% del gasto sanitario anual de nuestro país⁸.

En la actualidad, sabemos que las úlceras por presión son un problema de salud, social, legal, económico y, lo más importante, evitable.

Se puede recordar lo que ya hace 2500 años dijo Hipócrates: “Prevenir antes que curar”⁹. Siguiendo esa premisa, contamos con medidores de riesgo de desarrollo de las úlceras por presión: las escalas de valoración. Y se ha demostrado que prevalecen ante el juicio clínico¹⁰. Una buena valoración del riesgo nos da las claves para el desarrollo de un plan estratégico de prevención. Según algunos autores: *“la escala Braden es la que mejor predice el riesgo de desarrollar úlceras por presión”*¹¹.

En el Reino Unido se desarrolló un estudio en el que se planteaba si los marcadores más significativos de calidad se derivaban de los estudios sobre prevalencia de úlceras por presión¹². El proceso de recogida, análisis y presentación de los resultados ha cambiado muy poco desde su introducción hace algunos años, simplemente han crecido en complejidad y frecuencia. Phillips L, Clark M dicen: *“Por lo general, la prevalencia se ha centrado en los resultados negativos, es decir, en el número, la categoría, el tamaño, la ubicación y el origen de la herida; sin embargo, han perdido la oportunidad de medir otros parámetros críticos como la concordancia entre las medidas aplicadas dentro de los protocolos de atención preventiva”*¹².

En 2006 el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹³ establece estrategias para aumentar la seguridad de los pacientes durante su estancia hospitalaria, reseñando las úlceras como un proceso que perturba y que es necesario minimizar.

Una definición que abarca un concepto más amplio e integrador de residencia geriátrica y hacia el que se dirigen las líneas de actuación en materia de atención al mayor es la de “espacio abierto de desarrollo personal y atención integral en la que viven temporalmente o de forma permanente personas mayores con algún grado de dependencia”¹⁴.

Si tenemos en cuenta que uno de los determinantes para derivar a un paciente del hospital a una residencia geriátrica es la inmovilidad¹⁵; si a esto le sumamos la elevada edad de los usuarios, la tendencia demográfica al envejecimiento, las demandas crecientes en este tipo de centros y la variabilidad epidemiológica de las úlceras por presión, podemos percibir que nos encontramos en un entorno complejo para el abordaje y gestión de estas lesiones¹⁶.

Pam Hibbs en los ochenta describió el problema de las úlceras por presión como “la epidemia de debajo de las sábanas”¹⁷. Hoy en día, en España, gracias a los estudios de prevalencia contamos con datos sobre el alcance del problema y se ha abierto la puerta al reconocimiento de estas lesiones.

Con este estudio y con otros similares a éste se pretende poner de manifiesto la situación real del problema de las úlceras por presión ya que existe muy poca literatura científica sobre la prevalencia de úlceras en residencias geriátricas¹⁸.

Concretamente, en el centro residencial a estudio es previsible que este proyecto dé las pautas para realizar una modificación o remplazo del protocolo de prevención de úlceras por presión (Anexo 1). Es probable que se refleje la necesidad de llevar a cabo programas de formación general dirigidos al equipo multidisciplinar, y específicos para el de enfermería. De este modo podremos mejorar el protocolo de prevención vigente, unificando criterios para que esta función enfermera, dentro del ámbito geriátrico, esté fundamentada científicamente y se continúe investigando sobre buenas prácticas.

Partiendo de estas premisas vamos a intentar conocer la prevalencia de las úlceras por presión en una residencia geriátrica.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de úlceras por presión en una residencia geriátrica.

Objetivos específicos:

Describir la relación entre resultado en la escala de riesgo y el desarrollo de la úlcera por presión.

Determinar la prevalencia de la localización de las úlceras.

Determinar la prevalencia de las categorías de las úlceras.

Determinar la antigüedad de las úlceras.

Describir y determinar si las medidas de prevención son las adecuadas según el riesgo de desarrollo.

Relacionar el grado de dependencia con el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio observacional longitudinal prospectivo a lo largo un año. Para ello se realizará una encuesta sobre el total de la población, 200 usuarios de una residencia geriátrica de Cantabria. Dentro de esta población se tendrá en cuenta los distintos grados de autonomía/dependencia.

Criterios de inclusión: todos los residentes que obtengan en la escala de riesgo de desarrollo de úlceras por presión Braden una puntuación <13 , alto riesgo o entre 13-14 riesgo moderado.

Criterios de exclusión: todos los residentes que obtengan en la escala de riesgo de desarrollo de úlceras por presión Braden una puntuación >14 , bajo riesgo y todos los residentes que tengan en el inicio del estudio una úlcera por presión. Todos los residentes que durante la revisión de las escalas desarrollen úlceras por presión pasarán a formar parte de los datos de prevalencia.

Se categorizará la úlcera, se localizará y se revisaran las medidas de prevención aplicadas en relación a la puntuación que obtuvo en la escala Braden.

Variables:

Sexo: tiene dos posibles resultados: hombre o mujer.

Edad: se registrará la fecha de nacimiento del residente.

Escala Barthel: define el grado de autonomía /dependencia del residente. (Anexo2).

Escala Braden: valora el riesgo de aparición de úlceras por presión basándose en seis ítems (Anexo 3).

Intervenciones sobre la prevención del desarrollo de úlceras por presión, dentro de la hoja de recogida de datos (Anexo 4).

Fecha de aparición de úlcera o úlceras.

Categorización de úlcera o úlceras.

Localización de úlcera o úlceras.

Tanto la Escala Barthel como la Braden se revisarán de forma mensual. Se hará revisión semanal si hay cambio en su situación de salud. Definiendo cambio en su situación de salud como cualquier estado que requiera estar en cama por orden facultativa: un postoperatorio, un proceso agudo infeccioso, etc.

Recogida de datos:

Toda la información se plasmará en una hoja de recogida de datos previamente elaborada.

La recopilación de datos la llevará a cabo una enfermera de la residencia.

Análisis del estudio:

Para el análisis estadístico se usará el programa SPSS versión 15. Para las variables cuantitativas se realizará el cálculo de porcentajes con su intervalo de confianza de 95%. En el caso de las variables numéricas se empleará la media aritmética y la desviación estándar.

La comparación entre los datos cualitativos se realizará mediante el test Chi cuadrado. Los datos cuantitativos se compararán mediante el test de t-student. Para la representación gráfica de los resultados se emplearán las tablas de contingencia, el diagrama de barras y el de sectores.

Limitaciones del estudio:

Las limitaciones del estudio vendrán dadas por la pérdida de un sujeto. Se consideran dos tipos de circunstancias: baja definitiva (exitus/traslado a otro centro) y baja temporal (ingreso hospitalario/período vacacional).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.
- (2) Irwin P, Fordham J, Hibbs PJ. Evaluating the Quality of care. : Churchill Livingstone; 1995.
- (3) Con Redondo Jd, Martínez Cuervo F. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. Gerokomos 2009;20(2):92-97.
- (4) Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3. er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2011;22(2):77-90.
- (5) Torra Bou J, Rueda López J, Soldevilla Agreda J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2003;14(1):37-47.
- (6) Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006;17(3):154-172.
- (7) Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos 2006;17(4):203-224.
- (8) Posnett J, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, San Miguel L. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. 2007.
- (9) Giraldo GIM. Historia de la prevención.

- (10) Rodríguez Torres MC, 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):48-51.
- (11) Blümel JE, Tirado G K, Schiele M C, Schönffeldt F G, Sarrá C S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Revista médica de Chile 2004;132(5):595-600.
- (12) Phillips L, Clark M. Can meaningful quality benchmarks be derived from pressure ulcer prevalence data? J Tissue Viability 2010;19(1):28-32.
- (13) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
- (14) Palarea MDD, Pascual BM, Francés FC, Alonso JM. Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta sociosanitaria. Revista multidisciplinar de gerontología 2006;16(1):26-31.
- (15) Cabré M, Serra-Prat M. Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004;39(6):367-370.
- (16) Rodríguez Palma M, Vallejo Sánchez JM. La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores: Obstáculos y facilitadores. Gerokomos 2010;21(3):108-113.
- (17) Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Authority. London.St.Bartholomews Hospital 1987.
- (18) Moral JML, Mata CC. Prevalencia de úlceras por presión en residencias geriátricas. Revista ROL de enfermería 2009; 32(1):52-56.

CRONOGRAMA

La duración del estudio será de un año.

Primer período (durante un mes). Se solicitará la aprobación de dicho proyecto por el Comité Ético de Investigación Clínica respetando la normativa actual vigente. Así mismo, se pedirá autorización a la dirección del centro elegido para estudio a través de una carta (Anexo5). Con los datos personales se mantendrá la confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. También se empleará ese tiempo para preparar el material necesario para proceder a la recogida de datos, principalmente las copias de la ficha de registro diseñada (Anexo 3).

Segundo período (durará doce meses). Se procederá a la recogida de datos y relleno de las fichas de registro.

Tercer período (los dos meses restantes). Se realizará el procesamiento y análisis estadístico de los datos correspondientes. Se redactará la memoria explicativa tras realizar la representación e interpretación de los resultados.

Se adjunta presupuesto (Anexo 6).

ANEXO I

úlceras por presión

1. OBJETO

Definición y finalidad

Las úlceras por presión son un problema muy importante en los centros residenciales para mayores debido al gran número de residentes/usuarios que las padecen, especialmente aquellos que presentan problemas de inmovilidad. Son, por lo tanto, un problema numeroso en estos centros pero que se puede prevenir. Las consecuencias de las úlceras por presión en los ancianos son muchas, por lo que los centros deberían poner especial cuidado en su prevención, tratamiento y evaluación. Por otra parte, es importante destacar que un centro con bajos porcentajes de úlceras por presión es un centro que está prestando cuidados de calidad a nivel asistencial.

Las úlceras por presión (en adelante UPP) son lesiones isquémicas que se producen por la falta de riego en los tejidos como resultado de la inmovilidad prolongada y el aplastamiento tisular entre una protuberancia ósea y una superficie dura externa a la persona.

Objetivos y metas a conseguir

- Detectar los residentes/usuarios que puedan presentar riesgo de UPP.
- Instaurar medidas de prevención con respecto a los residentes/usuarios en riesgo.
- Tratar adecuadamente las UPP implicando a todo el personal asistencial, para conseguir el menor índice de las mismas en el centro.

2. DESCRIPCION

Pautas y secuencias de actuación

- En primer lugar, hemos de conocer los factores de riesgo para padecer UPP. Éstos se dividen en:
 - Factores endógenos.
 - Inmovilidad: hemiplejias por accidentes cerebro vasculares, fracturas de cadera, parkinsonismos...
 - Malnutrición: desnutrición, caquexia, anemia, deshidratación...
 - Hiposensibilidad dolorosa.
 - Vasculopatías: esclerosis, insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica...
 - Alteraciones respiratorias: alteración de la oxigenación tisular, EPOC...
 - Incontinencia urinaria y fecal.
 - Fármacos: quimioterapia, corticoterapia, psicotropos...
 - Disminución del nivel de conciencia.
 - Alteraciones endocrinas: diabetes mellitus, obesidad...
 - Alteraciones neurológicas.
 - Factores exógenos.
 - Mal estado de la piel.
 - Intervenciones quirúrgicas.
 - Inmovilización post-operatoria.
 - Factores de riesgo asistencial: ausencia de recursos, mala formación de profesionales y usuarios...
 - Falta de material complementario o mala utilización del mismo.
 - Psicosociales: falta de higiene, depresión, autolisis...
 - Iatrogénicos: férulas, escayolas, sistemas de perfusión, material de cama que se utiliza (colchón, lencería...

- Para valorar el riesgo de desarrollo de una UPP se hace la Escala Norton registrándolo en RESIFLUS. Una vez hecho esto se procederá a la aplicación de protocolos de actuación para prevenir el desarrollo de una UPP por el residente/usuario. Las medidas de prevención irán encaminadas a mejorar la movilidad, disminuir la presión en las zonas más expuestas, evitar la humedad, tratar la incontinencia, mantener la higiene e hidratación de la piel y conseguir un buen estado nutricional. Las medidas preventivas que se realizan a los residentes/usuarios se anotan en RESIFLUS, y entre algunas que se deben llevar a cabo están:

Residente encamado:

- Realizar cambios posturales en los pacientes siguiendo las indicaciones del Equipo de Enfermería anotándolo en el Registro de cambios posturales (FO-PA-02-02).
- Utilizar colchones antiescaras (de aire, agua o camas fluidificadas)
- Colocar protecciones en prominencias óseas, respetando la posición anatómica al colocarla. Éstas serán revisadas y reemplazadas regularmente.
- Utilizar almohadas debajo de las pantorrillas para dejar al aire los talones.
- Mantener las sábanas bien estiradas y sin arrugas.
- Evitar que la sábana encimera haga presión en las puntas de los pies. En ese caso, aflojar la sábana o colocar un arco por encima.
- Movilizar al paciente pasivamente con ejercicios sencillos que favorezcan la circulación y la movilidad articular.

Residente sentado:

- Colocar los protectores de prominencias óseas.
- Utilizar cojines de silicona.
- Procurar que mantenga una postura recta con distribución uniforme del peso.
- Intentar que el residente cambie de peso frecuentemente, de una pierna a otra o de una nalga a otra.
- Movilizar al paciente cada hora utilizando cojines si es necesario.

Medidas generales:

- Educar y formar al personal en cambios posturales y transferencias.
- Inspeccionar la piel cada vez que se realice el aseo, cambio de pañal, cambio postural, etc.
- Extremar la higiene, secando minuciosamente los pliegues cutáneos e hidratando siempre la zona.
- Controlar la humedad y la incontinencia, a través de:
 - Utilización de pañales absorbentes rápidamente secantes.
- Limpieza precoz de la piel cuando se ensucie.
 - Secado minucioso.
- Con respecto a la nutrición:
 - Valorar nutricionalmente al residente/usuario.
 - Controlar diariamente la ingesta sólida y líquida
 - Utilizar suplementos nutricionales cuando proceda.

En cuanto al tratamiento de las UPP, se darán las pautas generales en función del estadio en el que se encuentren.*

	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
PROCEDIMIENTO GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la UPP y registro - Cura estéril: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ☐ Limpiar úlcera con suero fisiológico. ▪ ☐ Aplicación de povidona yodada a la piel circundante. ▪ ☐ Aplicación de apósito excediendo 3 cm. del borde. ▪ ☐ Medidas preventivas. ▪ ☐ Registro de actuación. 			
APÓSITO	- Apósito hidrocoloide oclusivo/semioclusivo transparente y/o extrafino		- Apósito hidrocoloide oclusivo	
CAMBIO DE APÓSITO	<ul style="list-style-type: none"> - Si deterioro - Según evolución de la UPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada 7 días - Si deterioro 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada 4 días - Si deterioro 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada 3 días - Si deterioro
PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO		<ul style="list-style-type: none"> - Si flictena, perforar con seda y seguir procedimiento general - Si no flictena, procedimiento general 	<ul style="list-style-type: none"> - Si existen esfáculos eliminar con bisturí. - Si existe tejido necrótico realizar cortes en placa necrótica y desbridamiento enzimático con colagenasa. - Si no es eficaz desbridamiento quirúrgico. - Si UPP limpia rellenar con pasta, gránulos, geles. 	Igual que en el Estadio III
INFECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Administración antibiótica por vía sistémica por antibiograma. - Cura de UPP <ul style="list-style-type: none"> ▪ ☐ Cada 24 horas si apósito deteriorado. ▪ ☐ Seguir procedimiento general excepto: <ul style="list-style-type: none"> o o Al cubrir la herida con compresas estériles húmedas con almohadilla en la zona. o o No poner apósito hidrocoloide. ▪ ☐ Se realizará cultivo en caso de existir signos de infección con hisopo tomando una muestra al retirar el apósito y otra vez limpiada la úlcera. 			

ANEXO II

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

ANEXO III

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

Se utilizará en las primeras 24 h desde el ingreso del paciente, para evaluar el riesgo de padecer UPP.

RIESGO DE UPP
BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

ANEXO IV

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

SEXO	M	☐	H	☐
FECHA DE NACIMIENTO				
ESCALA BARTHEL				
ESCALA BRADEN-BERGSTROM				

<i>CAMBIOS POSTURALES</i>		Sí	No
CONTRAINDICADO		☐	☐
NO LOS TOLERA		☐	☐
DECÚBITO LATERAL DERECHO		☐	☐
DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO		☐	☐
DECÚBITO SUPINO		☐	☐
DECÚBITO PRONO		☐	☐
CAMA 30º		☐	☐
CAPACIDAD PARA PREPOSICIONARSE POR SI MISMO		☐	☐
REPOSICIONAMIENTO EN SILLA		☐	☐
Tiempo:			
SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE LA PRESIÓN		☐	☐

<i>PROTECCIÓN LOCAL</i>		Sí	No
ESPUMA POLIMÉRICA		☐	☐
Localización:			
Frecuencia:			
APÓSITO DE PROTECCIÓN		☐	☐
Localización:			
Frecuencia:			
ALMOHADAS		☐	☐
Localización:			
Frecuencia:			
OTROS:			

<i>CUIDADOS DE LA PIEL</i>		Sí	No
CREMA HIDRATANTE		☐	☐
Localización:			
Frecuencia:			
ÁCIDOS GRASOS HIPOOXIGENADOS		☐	☐
Localización:			
Frecuencia:			
PELÍCULA BARRERA		☐	☐
Localización:			
Frecuencia:			
CREMA BARRERA		☐	☐
Localización:			
Frecuencia:			

<i>SUPLEMENTO NUTRICIONAL</i>		Sí	No
Tipo:		☐	☐
Frecuencia:			

<i>DESARROLLA UPP</i>		Sí	No
FECHA DE APARICIÓN DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN		☐	☐
CATEGORÍA DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN			
LOCALIZACIÓN DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN			

ANEXO V

RESIDENCIA GERIÁTRICA

C/Santander

39001 Santander

Cantabria

D^a ESTHER FERNÁNDEZ RIVERA

A/a. Sr. /a Director/a

Santander, a de de 2013

Estimado/a señor/a:

Le escribo la presente con el objeto de solicitarle la autorización para desarrollar un estudio de prevalencia de las úlceras por presión en las instalaciones de cuya dirección se encarga y en las que vengo prestando labores de enfermería los últimos años.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, quedo a la espera de su respuesta, atentamente,

D^a Ester Fernández Rivera

ANEXO VI

PRESUPUESTO SOLICITADO Y JUSTIFICACIÓN

CONCEPTOS	PRESUPUESTO SOLICITADO
Equipamiento Inventariable: Ordenador Programa informático Impresora láser	580 Euros 1390 Euros 340 Euros
Material Fungible: Folios Bolígrafos Cartuchos de tóner CD-ROM	30Euros 15Euros 100Euros 15Euros
Material Bibliográfico: Búsqueda bibliográfica	100Euros
Personal: Investigador principal: Enfermera Enfermera colaboradora: Enfermera	0Euros 0Euros
Viajes y Dietas: Transporte Estancias Dietas	250Euros 200Euros 250Euros
Otros Gastos: Teléfono, fax, internet	200Euros
TOTAL	3470Euros