

# **Master en Gestión Integral e Investigación en Heridas Crónicas - Universidad de Cantabria**



## **TRABAJO FIN DE MASTER**

# **CARACTERIZACION Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION EN INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA Y PRIVADA Y RESIDENCIAS GERIATRICAS DEL URUGUAY**

TUTOR: DR. JAVIER SOLDEVILLA AGREDA

AUTOR: LIC. LUCÍA GARCIA PARODI

## Indice

1. Resumen.....	2
2. Antecedentes y Justificación .....	4
3. Objetivos e Hipótesis.....	20
4. Metodología .....	21
4.1.    Diseño de Investigación.....	21
4.2.    Tipo de Estudio.....	21
4.3.    Población y Unidad de estudio.....	21
4.4.    Selección de la muestra.....	21
4.5.    Variables a analizar.....	23
4.6.    Método y Técnica de Recogida de datos.....	30
4.7.    Análisis e Interpretación de los datos.....	32
5. Aspectos éticos de la investigación .....	36
6. Referencias Bibliográficas.....	37
7. Cronograma.....	40
8. Anexos .....	43

## Resumen

Las Ulceras por Presión (UPP) constituyen un grave problema de salud pública que afecta la calidad de vida de miles de personas, sus familias, a los profesionales encargados de sus cuidados así como también a las distintas Instituciones de Salud.

En la actualidad en Uruguay no existen indicadores epidemiológicos (prevalencia) que demuestren la magnitud de estas lesiones. De la misma forma no se conocen que tipo de estrategias de tratamiento establecen los profesionales y las instituciones de salud hacia los pacientes que se asisten en los distintos niveles del sistema sanitario.

La estructura y dinámica de la población uruguaya evidencia la culminación de la transición demográfica y epidemiológica, con un “perfil” de sociedad envejecida con patologías complejas y cirugías de alto riesgo a edades avanzadas.

Esto determina el incremento en la demanda asistencial de los distintos profesionales sanitarios hacia pacientes en general con una media de edad alta y con patologías cada vez más complejas.

El modelo de Sistema de Salud actual, enmarcado en un contexto de calidad y estrategias de seguridad para nuestros usuarios, hacen necesario establecer políticas sanitarias y estrategias conjuntas orientadas hacia la detección de la población vulnerable, la prevención y el tratamiento precoz de las estas lesiones.

Es por ello que se ha propuesto a las autoridades sanitarias nacionales (Ministerio de Salud Pública y organizaciones científicas relacionadas con la temática – Sociedad Científica Uruguaya de Heridas) que los resultados del presente trabajo configure la primera etapa de un proceso de trabajo conjunto, como herramienta básica para futuras acciones políticas de salud tendentes a establecer eficaces programas de prevención.

El presente estudio tiene como **objetivo** conocer las características que presentan las Ulceras por Presión (localización, severidad de las lesiones, antigüedad) y cuales son las estrategias de tratamiento existentes (toma de decisión, tipo de cura, frecuencia, existencia de protocolos institucionales) por parte del personal sanitario que asiste a los pacientes hospitalizados en instituciones de salud públicas y privadas y residenciales geriátricos del Uruguay.

**Metodología:** estudio de Tipo Transversal, Descriptivo. Se incluirán pacientes mayores de 18 años que se encuentren ingresados en las instituciones de salud anteriormente mencionadas a través de la participación voluntaria de dos enfermeras institucionales que recogerán la información. El periodo total del estudio comprenderá desde el mes de abril 2014 a agosto de 2014

**PALABRAS CLAVE:** Ulceras por Presión, Epidemiología, Instituciones de Salud, Residencias geriátricas, Tratamiento de Ulceras por Presión, Uruguay

## Antecedentes y Justificación

**Planteamiento General de Problema de Investigación:** Características de las Úlceras por Presión (UPP) y las estrategias de tratamiento que realiza el personal sanitario que asiste a los pacientes durante su hospitalización en Instituciones públicas y privadas y residencias geriátricas en Montevideo.

**Pregunta de Investigación:** ¿Cuáles son las características de las Úlceras por Presión que presentan los pacientes durante su hospitalización y que estrategias de tratamiento realiza el personal sanitario durante la hospitalización de los mismos en las Instituciones de salud públicas y privadas y residencias geriátricas?

### **Justificación del Estudio:**

Las úlceras por presión (UPP) han sido asumidas como situaciones normales e irremediables por la sociedad, calificativos estos que favorecieron un estado de aletargamiento en el desarrollo de estudios e investigaciones en este campo.

Son lesiones que afectan a millares de personas del mundo y a sus familiares, ocasionando una merma en su salud, en su calidad de vida al mismo tiempo que afectan la economía en los distintos sistemas de salud.

En la actualidad, el interés por las Úlceras por Presión ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia su prevención ya que el estado de conocimiento actual permite asegurar que las mismas son evitable en al menos el 95% de las situaciones.

El presente estudio busca obtener indicadores epidemiológicos que permitan dimensionar la magnitud de las UPP y conocer las estrategias de tratamiento en los distintos sistemas sanitarios, con el fin de establecer acciones de salud tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen estas lesiones.

Para lo cual es necesario incrementar el conocimiento sobre esta temática y conocer la realidad en el entorno sanitario de nuestro país.

El presente proyecto se enmarca como parte de un proceso de labor conjunta entre las autoridades sanitarias ( Ministerio de Salud) y organizaciones científicas relacionada con las heridas ( Sociedad Científica Uruguaya de Heridas) con el fin de establecer

estrategias de acción que mejoren el estado de salud de la población y la calidad asistencial de los servicios de salud.

### **Entorno Teórico de Referencia**

#### ***Estructura sociodemográfica del Uruguay***

La gran diferencia entre el proceso demográfico de Uruguay y el del resto de Latinoamérica es que Uruguay nunca presentó altas tasas de crecimiento poblacional, lo cual sentó las bases para un proceso de envejecimiento de la población más profundo, lento y de mayor duración que en el resto de la región. El único pico poblacional que presentó el país fue a mediados del siglo XIX con los grandes flujos migratorios que ingresaron al país.

Uruguay procesó su transición demográfica a principios del siglo XX en forma temprana en relación a los demás países latinoamericanos. Las tasas de natalidad y mortalidad descendieron en forma precoz, lo que provocó un envejecimiento de su pirámide poblacional. De esta forma la nación fue adquiriendo un perfil poblacional de país desarrollado pero dentro de un contexto de subdesarrollo.<sup>1</sup>

A partir de 1960, el Uruguay comienza a sufrir una desaceleración en las tendencias demográficas. Considerando el período 1963-1996 suceden en el país dos fenómenos poblacionales a destacar: por un lado, el aumento en la fecundidad en la adolescencia (15 a 19 años) y por otro el descenso sostenido en la fecundidad de las edades pico (20-29 años). La transición demográfica ha sido definida como un proceso prolongado que transcurre entre dos situaciones extremas: la primera con bajo crecimiento de la población, en que se registran altas tasas de mortalidad y natalidad, y otra final que también registra bajo crecimiento poblacional pero con bajos niveles de ambas tasas. La transición se inicia con el descenso de la mortalidad, seguido por el descenso de la fecundidad, y continúa en un proceso de descensos de ambos indicadores hasta alcanzar la etapa final mencionada.

(1,2)

La emigración ha sido desde siempre una alternativa de la población uruguaya frente a las crisis económicas. En 1973 a ello se sumó la inestabilidad política de la dictadura militar y desde entonces los saldos inter censales han sido negativos. Esto permite afirmar el carácter estructural del fenómeno en Uruguay. Dicho país comparte con Cuba la tasa anual más baja de crecimiento poblacional de América Latina (la media para ésta se ubica en el 14 por mil) y presenta la tasa de envejecimiento más alta.<sup>2</sup>

La estructura y dinámica de su población evidencia la culminación de la transición demográfica y epidemiológica con un aumento de la esperanza de vida (hombres 72 años y mujeres 79 años) definiendo a la sociedad uruguaya con un “perfil” de sociedad

envejecida. Esto ha ocasionado que las enfermedades de naturaleza crónica y degenerativa adquieran un creciente protagonismo.<sup>3</sup>

### Demografía del envejecimiento

El aumento de la población de adultos mayores en el país ha sido una característica constante del siglo pasado.

Esto es el resultado de varios procesos:

- 1) el proceso de transición demográfica que se da en Uruguay al principio del siglo XX
- 2) el mantenimiento de tasas de fecundidad por debajo de tres hijos por mujer desde mediados del siglo pasado
- 3) el aumento progresivo de la esperanza de vida
- 4) la emigración, característica que contribuye a intensificar este proceso y es un factor instalado de manera estructural en Uruguay, con valores oscilantes.<sup>4</sup>

Al observar otros indicadores de envejecimiento como la edad mediana, el índice de envejecimiento y la relación de dependencia en la vejez, se observan distancias similares entre lo que sucede en la población uruguaya y el contexto latinoamericano.

En el caso del índice de envejecimiento y la relación de dependencia demográfica en la vejez, se observa que Uruguay también presenta cifras sustantivamente más elevadas que el resto de los países de América Latina. El índice de envejecimiento de la población uruguaya es de 74 personas mayores de 60 años cada 100 personas menores de 15 años. Esto es significativamente mayor que en otros países latinoamericanos.<sup>5</sup>

Según informes del Ministerio de Salud Pública en la actualidad y de acuerdo a los datos procesados en el año 2011 se puede decir que Uruguay tiene un porcentaje de adultos mayores de 65 años sobre la población total que asciende a **14%** (457.671 adultos mayores). De esta población, el 47% se ubica entre los más envejecidos (216.968 mayores de 75 años) es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

De acuerdo con las proyecciones de CELADE (Centro Latinoamericano de Desarrollo) para el año 2025, se prevé para nuestro país, que la población de adultos mayores de 65 años alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituyan el 40% del grupo etario (375.000 individuos).<sup>6</sup>

El 50% de los adultos mayores de 65 años se encuentran institucionalizados (Instituciones de atención a largo plazo),

Entre 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años del Uruguay presenta una discapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse,

transferencia sillón - cama, deambular) , lo que puede considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de distintas afecciones entre ellas, las Ulceras por Presión.<sup>7</sup>

La mayoría de los adultos mayores (90%) reside en medios urbanos, y su nivel de instrucción en promedio alcanza el nivel de primaria en más del 60% y secundaria en un 28%. Más del 80% perciben algún tipo de pensión o jubilación pero éstas no siempre alcanzan para satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren. Un porcentaje creciente de adultos mayores carece de ingresos de pensiones contributivas en tanto proceden del sector de trabajo informal o trabajo precario, no generando derechos a beneficios sociales hasta muy añosos (pensión a la vejez) o cuando tienen una discapacidad severa

El proceso de envejecimiento demográfico ubica a Uruguay como el país más envejecido en la región, lo que implica la demanda de transformaciones urgentes en la modalidad de intervención en las políticas públicas en salud y específicamente en materia de cuidados.

2

### ***El sistema de salud en Uruguay***

La Constitución de la República Oriental del Uruguay establece a partir del art. 44 inciso 2, la obligación del Estado respecto de la prestación de servicios de salud, tanto asistenciales como preventivos, desde un enfoque del derecho donde la persona tiene obligaciones constitucionales de cuidar de su salud y buscar asistencia y el Estado tiene la obligación de asistirle solo cuando se encuentre en condición de indigencia.<sup>8</sup>

En el año 1934 a partir de la ley 9.202 se promulgó la Ley Orgánica de Salud Pública, que creó el ministerio correspondiente estableciendo los objetivos y estrategias en materia de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas.<sup>9</sup>

#### **Ministerio de Salud Pública (MSP)**

El MSP es responsable de la organización y regulación del sector salud, del establecimiento de las políticas de salud (planes y programas) y supervisión el funcionamiento del sector en su conjunto.

Posee una fuerte función de rectoría en salud incluyendo necesariamente las dimensiones de:

- conducción de la política sectorial: capacidad de diseñar políticas y dirigir el sistema de salud, garantiza el derecho a la salud para toda la población con universalidad, integralidad, calidad, equidad y participación social
- la regulación: marco normativo sanitario que protege y promueva la salud (fiscalización)
- Control y modulación de la financiación.
- la garantía del aseguramiento asistencial de la población con justicia social, tanto en los aportes como en la calidad e integralidad de las prestaciones de los diferentes efectores a los usuarios del sistema. Debe incorporar la promoción de mecanismos de complementación y armonización de los prestadores públicos y privados, con criterios de centralización normativa y desconcentración ejecutiva del territorio
- Ejecución de las funciones esenciales de Salud Pública que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria

Es también responsable de la administración de los servicios asistenciales directos a las personas indigentes y por los servicios preventivos para todas las personas, como son la salud comunitaria, inmunizaciones, y las regulaciones sobre drogas, medicamentos y alimentos.<sup>10</sup>

El MSP desarrolla sus actividades de rectoría a través de dos instancias: la Junta Nacional de Salud (JUNASA), articuladora del SNIS, y la Dirección General de Salud (DIGESA), el principal agente sanitario. La principal responsabilidad de la JUNASA es administrar el Seguro de Salud. Esta junta está integrada por dos miembros del MSP, un miembro del Ministerio de Economía y Finanzas, un miembro del BPS (Banco de Previsión Social) y representantes de organizaciones de usuarios, trabajadores y prestadores integrales de salud.

La JUNASA da seguimiento a los llamados Contratos de Gestión que los prestadores de salud firman con el MSP. En ellos se definen las prestaciones que habrá de recibir la población cubierta, los mecanismos de pago y las metas asistenciales. La JUNASA también emite las órdenes de pago del FONASA (Fondo Nacional de Salud), que es administrado por el BPS.

El control que ejerce el MSP sobre el resto del sector privado, incluyendo las empresas que ofrecen atención pre pagada (especialmente los seguros parciales) y las que la brindan sobre la base de pagos de bolsillo, es mucho menor.

Las funciones regulatorias y preventivas son ejercidas por la DIGESA organismo centralizado del MSP tiene como objetivos:

- establecer las políticas y las estrategias para el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, para asegurar la salud colectiva como un derecho humano básico y un bien público responsabilidad del Estado.
- orientar el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de acuerdo a un modelo de atención y gestión basado en los principios de la Atención Primaria en Salud. <sup>11</sup>

### Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Desde el año 2005 se inició un proceso de Reforma Sanitaria que planteó como meta la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Los lineamientos de la reforma surgieron a partir de las definiciones programáticas del gobierno nacional en la materia y se desarrollaron en el marco de la discusión amplia del MSP con los actores involucrados nucleados en el Consejo Consultivo para el cambio en Salud.

La ley 18211 terminó de delinear la arquitectura general del Sistema, creando importantes dispositivos para la conducción del mismo. Implicó en esta situación la creación previa por ley de un Seguro Nacional de Salud que transformó de manera sustantiva los mecanismos de financiamiento de la atención en salud.

El SNIS plantea tres modificaciones sustanciales respecto al sistema anterior que se procesan a través de tres ejes estratégicos del cambio:

- Cambio del modelo de atención.
- Cambio del modelo de gestión.
- Cambio del modelo de financiamiento.

Estos ejes estratégicos del cambio fueron sintetizados en dispositivos institucionales concretos. El primero es la constitución de un fondo único público y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que administra el conjunto de los recursos financieros que se destinan a la atención integral en salud de la población. A través de la ley 18211, la

reforma crea un fondo único y obligatorio al cual se aporta según el nivel de ingresos y da derechos a cobertura familiar, se separa la contribución y la utilización de los servicios, establece el prepago a los prestadores según riesgo y la libre elección de los usuarios entre todos los prestadores integrales.<sup>12</sup>

Las funciones principales del Seguro Nacional de Salud y su Fondo, desde la perspectiva de los objetivos de universalidad, justicia social, calidad homogénea y fortalecimiento de la atención primaria de la reforma son:

- universalización de la cobertura ,
- redistribución a través de subsidios según ingresos del seguro social
- asegurar la igualdad de atención sin tomar en cuenta la contribución en su magnitud
- subsidiar diferentes riesgos poblacionales a través del seguro social logrando equidad en el sistema
- ejercer la función de control de la prestación del bien público y dirigir el cambio de modelo hacia una estrategia basada en Atención Primaria de Salud.
- realizar la rectoría sobre el sistema a través de la firma de contratos de gestión de carácter obligatorio con todos los prestadores, en los que se establezcan normas generales de atención, objetivos sanitarios, así como sanciones por incumplimiento.
- apoyar el cambio en el modelo de atención hacia una estrategia de atención primaria, a través de los contratos de gestión y del pago por metas asistenciales (plus por encima de la cápita ajustada por riesgo).
- mantener la justicia distributiva entre prestadores públicos y privados, e la igualdad de condiciones de acceso y competencia entre todos los prestadores.

Por tanto, la ley 18211 establece en su artículo 4° los siguientes objetivos del SNIS:

- a) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

- c) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- d) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- e) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- g) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
  
- h) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Otras características del SNIS:

- Ajuste del gasto asociado al riesgo sanitario y el pago como estímulo al cambio del modelo de atención. La asignación monetaria por usuario se ajustan por riesgo y se paga un plus por meta asistenciales cumplidas.
  
- Regulación de precios. Los precios de los servicios (cuotas y tasas) dejan de ser un factor de competencia entre las instituciones. Las tasa moderadoras son reguladas estrictamente por el Poder Ejecutivo, bajo el concepto de que no deben ser un obstáculo para el acceso al Plan de Prestaciones y Atención a la Salud.
  
- Participación social. Como parte del cambio del modelo de gestión, la ley establece la participación de trabajadores y usuarios, en la JUNASA y como integrantes de órganos de consulta en cada prestador integral. Cabe destacar que en el prestador público ASSE, usuarios y trabajadores integran el órgano de conducción del prestador.
  
- Incorporación gradual de colectivos al SNS: hijos, conyugues, jubilados, cajas de auxilio, profesionales, etc. <sup>(11,12)</sup>

La red de establecimientos de la ASSE y las IAMC, y ciertos Seguros Privados prestan una cartera de servicios integrales conocida como Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Independientemente del prestador que hayan escogido, todos los integrantes del SNIS acceden a la misma cartera de intervenciones, que incluye, entre otros, los siguientes servicios: asistencia ambulatoria convencional y asistencia hospitalaria en medicina general y/o familiar, cirugía general, gineco-tocología y pediatría; asistencia ambulatoria convencional y asistencia hospitalaria en diversas especialidades no quirúrgicas y

quirúrgicas; asistencia de emergencia en medicina general, pediatría, cirugía y ginecología, y asistencia de urgencia domiciliaria en medicina general y pediatría.<sup>11</sup>

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está compuesto por un sector público y un sector privado.

### ***Subsector Público:***

El principal prestador de servicios públicos es *la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)*, que cuenta con una red de establecimientos (hospitales, centros de salud y policlínicas) y brinda cobertura nacional.<sup>13</sup> En la misma se asiste alrededor del 36% de la población (1.192.580 personas), básicamente las personas de escasos recursos sin cobertura de la seguridad social.

El total de camas de ASEE es de 5850 distribuidas de la siguiente manera: 1439 camas de cuidados básicos, 4217 camas de cuidados moderados, CTI, C. Intermedios 194 camas (119 adultos, 75 pediatría)

Contiene la mayor parte de la oferta prestacional pública, y es la más extendida territorialmente en todo el país. Brinda cobertura a través de:

- 48 hospitales generales
- 11 hospitales especializados
- 170 policlínicas
- 27 centros de salud

### **Atención Primaria en Salud a nivel Público**

La Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) es una unidad ejecutora de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo y zona metropolitana, responsable de la atención a la salud en el Primer Nivel, de alrededor de 350.000 ciudadanos con cobertura formal del sector público. Incluye servicios territoriales de área (Centros de Salud, Policlínicas, Consultorios) y un Sistema de Unidades Móviles para emergencia, urgencia y traslados.

En Montevideo y área metropolitana está integrada por 114 puntos de contacto de efectores que brindan asistencia en 14 centros de salud y 109 policlínicas, en el interior

del país la atención primaria es realizada en consultorios y centros de las distintas instituciones públicas.

#### Otras entidades públicas de salud

*Sanidad Militar y Sanidad Policial:* brindan cobertura a los funcionarios, ex funcionarios y sus familiares del Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior. Se asiste a 250000 personas con un hospital con 450 camas (sanidad militar) y 132 camas (sanidad policial).

*Hospital de Clínicas:* propiedad de la Universidad de la República (UDELAR) donde se realizan tareas de enseñanza e investigación. Posee 450 camas

*Banco de Previsión Social (BPS),* que atiende directamente a hijos y cónyuges embarazadas de trabajadores formales que cotizan a la seguridad social.

*Banco de Seguros del Estado (BSE),* que tiene a su cargo principalmente la atención de trabajadores asegurados por accidentes de trabajo. Posee 160 camas

*Servicios de Salud de las Intendencias Municipales (SSIM),* que brindan servicios de Atención Primaria en Salud principalmente a la misma población que se atienden en ASSE.

(11,12)

#### **Subsector Privado**

El conjunto de prestadores más importantes son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que actúan como seguros de prepago. Cuentan con una red de prestadores propios, funcionando como aseguradores y prestadores de servicios de salud integrados. Mediante esta modalidad de financiamiento permiten el acceso a sus afiliados a un plan de servicios de salud prácticamente integral que en algunos casos provee de forma directa y en otros mediante la contratación de servicios (tercerización).

Estas entidades, cualquiera sea la modalidad legal adoptada (*asociaciones asistenciales o mutuales, cooperativas de profesionales o servicios de asistencia*) son sin fines de lucro y sus actividades están reguladas por el Ministerio de Salud Pública.

Al igual que en el caso de ASSE para el sector público, las IAMC son las instituciones que concentran la mayor parte de la demanda privada de servicios de salud.

De acuerdo con los datos brindados por el MSP- SINADI (Sistema Nacional de Información) sobre indicadores asistenciales del año 2012, las IAMC disponen de 3297 camas de cuidados moderados y 624 camas de cuidados críticos para la asistencia de 2045.300 afiliados (correspondiente a un 61,5%).

Dichos afiliados se asisten en 47 instituciones prestadoras de servicios de salud integral de prepago, 12 tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país.

El sector privado cuenta también con los llamados Seguros Privados que brinda atención a 89182 personas, estas son empresas privadas lucrativas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de los asegurados. Estos seguros cubren alrededor de 2,2% de la población.

En menor medida la demanda privada de cuidados de salud es realizada también por las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP). Ellas ofrecen una cobertura parcial o total, a cambio de un prepago, y que a diferencia del caso de las IAMC están poco reguladas por el Estado. Un elemento a considerar es que parte de las IAMPP que ofrecen cobertura parcial, en muchos casos no han sido para la población una alternativa a las IAMC, sino que han actuado como un servicio complementario a la cartera de prestaciones que éstas les ofrecen. Las IAMPP pueden clasificarse según el tipo de cobertura que ofrecen en:

- Seguros de cobertura total (médica y quirúrgica):
- Seguros de cobertura parcial médicos
- Seguros de cobertura parcial quirúrgica
- Seguros de diagnóstico
- Emergencia móvil

Existen básicamente tres categorías de afiliados en este subsistema:

- Seguros de cobertura total (médica y quirúrgica):
- Seguros de cobertura parcial médicos
- Seguros de cobertura parcial quirúrgica
- Seguros de diagnóstico
- Emergencia móvil

Existen básicamente tres categorías de afiliados en este subsistema

a. **Afiliados individuales**, que contratan voluntariamente con las IAMC y tienen derecho a acceder a una cartera integral de prestaciones, pagando por ello directamente a la institución una cuota mensual. Bajo esta modalidad de afiliación existe la posibilidad de contratar con la IAMC una canasta parcial de prestaciones básicamente restringida a la atención de policlínica, pagando una cuota menor por ello (no pueden superar el 10% del total de sus afiliados).

b. **Afiliados Colectivos**, pertenecientes a gremios de distintas ramas, empresas públicas y cajas de auxilio que contratan de forma grupal con las IAMC. Es práctica común que se realice algún tipo de descuento en las cuotas o establezcan otro tipo de beneficios a estos afiliados.

c. **Afiliados a través de la Seguridad Social**. Este tipo de contratos los realiza DISSE para los trabajadores formales del sector privado, pasivos de menores ingresos, funcionarios del poder judicial, maestros y a partir de 2007 profesores de secundaria. Estos tienen la opción de elegir libremente la IAMC a la cual quieren afiliarse, pero no pueden cambiarse de institución por 2 años. El BPS transfiere mensualmente cuotas de prepago de acuerdo a la cantidad de afiliados a la IAMC bajo esta modalidad.<sup>11,15</sup>

#### Atención Primaria en Salud en el sector Privado

La atención primaria en Salud se encuentra a cargo de las Instituciones de Asistencia Medica Colectiva (IAMC) a través de sus distintas policlínicas y servicios de asistencia domiciliaria. Este último depende en múltiples ocasiones de servicios contratados o para la asistencia ambulatoria de sus afiliados

#### Atención de Salud del Adulto Mayor

El Ministerio de Salud Pública (MSP) gestiona programas de salud específicos dirigidos a adultos mayores en el marco del Programa Nacional del Adulto Mayor y fiscaliza las casas de salud o residencias de larga estancia.<sup>1</sup>

En relación con la cobertura de salud, la misma es total en la población de adultos mayor debido a los cambios surgidos a partir de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Apenas un 2% de esta población se encuentra institucionalizada mayoritariamente en residenciales de ancianos (92%).<sup>2</sup>

La ley N° 17066 establece que el Ministerio de Salud Pública (MSP), en el ejercicio de sus competencias será el encargado de ejecutar las políticas específicas relacionadas con la ancianidad realizando la coordinación y aplicación de las mismas con otras instituciones públicas. Dicha ley realiza una clasificación y descripción de los establecimientos privados para adultos mayores (mayor de 65 años de edad).

De acuerdo los datos del último censo, 13817 ancianos residen en 843 residencias geriátricas, pero según el MSP existen más de 1.000 residenciales geriátricos que figuran en el Registro Único de acuerdo establece la normativa.<sup>11</sup>

### En el sistema Privado

La atención de los adultos mayores se establece a nivel privado en distintos establecimientos para la cual la ley antes mencionada especifica sus características.

Define a los **hogares** como establecimientos que sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores.

**Residencias** : establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico - gerontológica tendente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

**Centros diurnos y refugios nocturnos:** aquellos establecimientos privados con o sin fines de lucro, que brinden alojamiento de horario parcial (diurno o nocturno), ofreciendo servicios de corta estadía, recreación, alimentación, higiene y atención psicosocial.

**Servicios de Inserción familiar:** son los ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autónomas, en número no superior a tres, no incluyendo aquéllas a quienes se deben obligaciones alimentarias

Todas las residencias, hogares, centros y demás servicios para adultos mayores, válidos o discapacitados, deberán contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública y estar inscriptos en el Registro Único Nacional a cargo de dicho Ministerio, quien a la vez tendrá a su cargo el control sobre dichos establecimientos.<sup>16</sup>

### En el Sistema Público

La atención del Adulto Mayor se realiza en varios Hogares anexos a los hospitales generales del interior del país y en el Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”.

De un total de 400 camas que asisten al adulto mayor en todo el país, 150 camas corresponden a hogares (residencia geriátricas públicas) y 250 camas corresponden al Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo.

Este centro posee:

Este centro posee:

- una Unidad de larga estancia,
- unidad de media estancia para ancianos en rehabilitación,
- servicio de atención e Inserción comunitaria (brinda atención a adultos mayores válidos), que poseen una red primaria de soporte social.

La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas), que les proporcionen apoyo, tiene como consecuencia un crecimiento sostenido de la población anciana en instituciones de larga estancia (residencias “casas de salud”, hogares de ancianos)<sup>(1,13)</sup>

### **Situación de las Ulceras por Presión**

A nivel Nacional no existen datos sobre prevalencia ni incidencia de las UPP como tampoco sobre el impacto que esta problemática provoca tanto para el paciente, familia e Institución, como para el país en su conjunto

A nivel Internacional numerosos trabajos evidencian que la prevalencia de las UPP en la población hospitalizada muestra una amplia variabilidad desde el 3.5 hasta el 29.5 % mientras que la incidencia oscila entre el 3 y el 29 %

En España, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) realizó en el año 2009 el “3er Estudio del Prevalencia de Ulceras por Presión en España” cuyos resultados muestran que estas lesiones afectan a un 5,89 % de los pacientes que reciben atención primaria, a un 7,2 % de los pacientes

ingresados en hospitales y a un 6,39% de los pacientes ingresados en centros sociosanitarios.<sup>17</sup>

En Japón la prevalencia media de UPP en hospitales e instalaciones de atención a largo plazo se sitúa en el 9,6% mientras que la incidencia es del 1,9% mensual.<sup>18</sup>

Recientes estudios realizados en hospitales de Suecia muestran que la prevalencia de UPP oscila entre el 16,6% en hospitales y el 14,5% en hogares de ancianos.<sup>19</sup>

Un reciente estudio realizado en Instituciones de salud públicas y privadas en Brasil mostró que la prevalencia se sitúa en un 16,9% en los hospitales.<sup>20</sup>

La prevalencia de UPP en establecimientos de salud de Canadá se situó en el 25,1% en centros de atención aguda.<sup>21</sup>

Otros países mantienen cifras de prevalencia en hospitales muy heterogéneas entre sí : Italia(8,3%), Francia (8,9%) Alemania (10,2%) o Portugal (12,5%) , Irlanda (18,5%), Bélgica(21,1%), Reino Unido (21,9%), Dinamarca (22,7%) |<sup>22</sup>

El 3er Estudio Nacional de Prevalencia de las Ulceras por Presión en España (2009) realizado por el GNEAUPP, analiza la prevalencia y las características de las Ulceras por Presión en dicho país. En el mismo se observa que la mayoría de UPP se desarrollan en los hospitales (39,2%) las cuales en un alto porcentaje corresponden a Ulceras de categoría I y II (63%), la localización más frecuente fue el sacro (32,8%).

En el mencionado estudio no se abordaron en forma específica las estrategias de tratamiento de las Ulceras por Presión en los distintos contextos sanitarios.<sup>17</sup>

### **Tratamiento de las Ulceras por Presión**

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizado se han encontrado escasos estudios que analicen en forma global las estrategias de tratamiento de las ulceras por presión en los distintos contextos sanitarios

Un estudio realizado en Australia demuestra que los datos de prevalencia y tratamiento de Ulceras por Presión varían según el tipo de institución de salud, debido a que los criterios utilizados en la definición de las UPP son muy variables de acuerdo a las características del observador. A pesar de estas dificultades, varios estudios revelan que las úlceras por presión son difíciles de tratar debido a la variabilidad en los tratamientos y sus altos costos.<sup>23</sup>

En cuanto al tipo de tratamiento (cura en ambiente húmedo CAH y cura tradicional) múltiples estudios han demostrado la eficacia y relación costo beneficio de la CAH frente a la cura tradicional <sup>24, 25, 26</sup>

La utilización de protocolos de prevención y tratamiento por parte de los profesionales de la salud (y particularmente por enfermería como responsable del cuidado) ha sido demostrado como una estrategia eficaz en la atención del paciente que presentan Ulceras por presión en los distintos ámbitos sanitarios. Esto ha sido evidenciado en múltiples estudios. <sup>27,28,29,30,31</sup>

## Objetivos e Hipótesis

**Objetivo General:** Conocer las características de las Ulceras por Presión y las estrategias de tratamiento de los pacientes ingresados en Instituciones de salud públicas y privadas y residencias geriátricas de todo el país

**Objetivos Específicos:**

- ⤴ Obtener indicadores epidemiológicos sobre el problema de las Ulceras por Presión en el ámbito de las instituciones de salud públicas y privadas y residencias geriátricas del Uruguay
  
- ⤴ Describir las características de las úlceras por Presión en cuanto a su localización, antigüedad, origen, categorización y severidad de las mismas.
  
- ⤴ Conocer el tipo de tratamiento que reciben los pacientes que presentan dichas lesiones: frecuencia de las curas, utilización de productos basados en CAH (cura en ambiente húmedo) o tradicional, utilización de protocolos de tratamiento.

En este estudio, por ser descriptivo, no se plantean hipótesis debido a que no existe manipulación de variables o comparación entre grupos. El propósito del estudio es conocer la magnitud del problema, describiendo en forma precisa y completa, las características del fenómeno (en este caso las Ulceras por presión y las estrategias de tratamiento que reciben los pacientes).

## Metodología

### **Diseño de investigación:**

**Tipo de estudio:** El estudio es de tipo descriptivo simple: ya que estudia características de una sola muestra, identificando un fenómeno y describiendo las variables que lo conforman y Transversal, ya que se estudiará un problema de salud (ulceras por presión) de una población en un momento determinado.

**Población de estudio:** Todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en Instituciones de salud públicas y privadas y residencias geriátricas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

### **Unidad de estudio:**

**Criterios de Inclusión:** pacientes mayores de 18 años que se encuentren ingresados en las Instituciones de salud públicas y privadas y en los residencias geriátricas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública al momento de realizar la recogida de datos.

**Criterios de Exclusión:** pacientes de los servicios de diálisis, obstetricia, hospital de día, servicio de psiquiatría y todos aquellos pacientes con menos de 24 horas al momento de realizar la recogida de datos.

Debido a las características de la Red Asistencial encargada de la Atención Primaria en salud (heterogeneidad de los servicios y dificultades en el acceso a la información de los mismos) en este estudio no será factible incluirlo.

**Selección de la muestra:** La selección de la muestra se realizará en forma no aleatoria a partir de la población de estudio que cumplan con los criterios de inclusión. Los criterios de selección se decidirán en forma conjunta con el Ministerio de Salud Pública (MSP) de modo que facilite la participación voluntaria de las instituciones de salud.

Debemos considerar que este tipo de muestreo (no aleatorio), y los probables errores en la clasificación de los participantes (durante el ingreso al estudio) puede generar un sesgo de muestreo o de selección. El mismo se produce cuando se elige una muestra que no representa adecuadamente a la población de estudio.

Para la selección de la muestra y el cálculo de la misma, estimaremos la ocurrencia de determinado fenómeno para poblaciones infinitas por lo cual para una precisión del 3% en la estimación de una proporción mediante un IC asintótico normal al 95% bilateral, asumiendo que la proporción es del 8% (aprox. Valores de prevalencia de España) será necesario incluir **315 unidades experimentales** en el estudio. Teniendo en cuenta que el

porcentaje de abandono es del 10%, sería necesario reclutar **350 unidades experimentales.**

## **VARIABLES DE ESTUDIO:**

Para la definición de las variables del estudio se han tenido en cuenta las incluidas en el documento técnico: Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (GNEAUPP 2012)

### **1) CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD Y RESIDENCIALES GERIÁTRICAS**

#### ***Instituciones de Salud***

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición: Establecimiento que brinda atención destinada a los individuos que por las características de su proceso patológico requieren cuidados médicos y de enfermería permanentes. Se consideran distintos niveles de cuidado según el tipo de paciente y sus necesidades en atención médica, y las características de la oferta de servicios.

Categoría público/privado

**Residencias geriátricas:** establecimientos que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico - gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación

Categoría: público/privado

#### ***Departamento en donde se encuentra la Institución de Salud o Residencia Geriátrica:***

Tipo de Variable: cualitativa nominal

Definición: Área geográfica del territorio nacional en donde se encuentra la institución de salud o Residencia Geriátrica

Categorías: Montevideo, Canelones, Maldonado, Salto, Colonia, Paysandú Rivera, San José, Tacuarembó, Cerro Largo, Soriano, Artigas, Rocha, Florida, Lavalleja, Durazno, Río Negro, Treinta y Tres, Flores.

### ***Nivel de Complejidad de las Instituciones de Salud:***

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Definición: Se define como nivel de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento diferentes que comprenden la actividad de un establecimiento o servicio de salud y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas.

El nivel de complejidad condiciona la estructura del establecimiento y los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros necesarios para el cumplimiento de los objetivos.

Baja Complejidad: se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.

Mediana Complejidad: se ubicaría a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.

Alta complejidad: se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

Especializados: establecimientos que realizan prestaciones médico quirúrgicas especializadas.

Crónicos: Establecimientos que brindan atención a pacientes que ingresan en forma definitiva al centro

Categorías: Baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad, especializados y crónicos.

### ***Número de camas habilitadas en la Institución:***

Tipo de Variable: Cuantitativa discreta

Definición: Número de camas habilitadas por el MSP en el momento en que se realiza la recogida de datos.

Categorías:

< 100

100- 149

150- 199

200-249

>249

***Tipo de Unidad Asistencial :***

Tipo de Variable: Cualitativa nominal

Definición: es aquel que efectúa prestaciones vinculadas a la atención de salud, con profesionales habilitados a tal fin, organizándose los servicios brindados a través de una administración única.

Categorías:

- Urgencias o Emergencia
- Cuidados convencionales médicos
- Cuidados convencionales quirúrgicos,
- Cuidados convencionales polivalentes
- Ortopedia y traumatología
- Cuidados Intermedios,
- Unidad de terapia intensiva polivalente
- Unidad de terapia intensiva cardiológica
- Unidad de terapia intensiva neurológica
- Unidad de Oncología
- Otros.

***Numero de habilitadas en el Servicio en el momento del relevamiento de datos***

Tipo de variable: cuantitativa discreta

Definición: cantidad de camas habilitadas por el MSP en la unidad asistencial en el momento en que se realiza la recogida de datos.

Categoría: numérica

### ***Número de camas ocupadas en el Servicio en el momento del relevamiento de datos***

Tipo de variable: cuantitativa discreta

Definición: cantidad de camas ocupadas en la unidad asistencial en el momento en que se realiza la recogida de datos.

Categoría: numérica

### ***CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES:***

#### ***Edad:***

Tipo de variable: cuantitativa continua

Definición: Tiempo que ha vivido una persona

Categoría: años

#### ***Sexo:***

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo

Categoría: hombres o mujeres

#### ***Úlcera por Presión:***

Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica .

Definición: “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 las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado” (EPUAP-NPUAP, 2009).

Categoría: presenta/no presentan

### ***Número de Úlceras por presión por paciente***

Tipo de variable: cuantitativa discreta

Definición: Número total de úlceras por presión de cualquier categoría o estadio que presenta el paciente en el momento de la recogida de datos

Categoría: 1, 2,3, 4, 5, >5

### ***Características de las Úlceras por Presión:***

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición: atributo o cualidad que presenta una entidad o/u objeto. En este caso esta entidad se configuraría la presencia de la lesión o daño corporal determinado.

Categoría: categoría de UPP , localización, severidad de las lesiones, origen y antigüedad de las UPP

### ***Localización de UPP :***

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Definición: definición anatómica que incluye términos descriptivos que ayudan a identificar posiciones relativas y direcciones de las mismas a nivel corporal

Categorías: sacro, talón, trocánter, maléolos, glúteos, pies, isquiones, escápulas, hombros, omoplatos, codos, occipital, orejas, rodilla, cadera , cara, zona nasal , Otros (apófisis vertebrales , mano, zona genital, antebrazo, cabeza, labios, zona abdominal, zona frontal)

### ***Categorías de UPP:***

Tipo de variable: cuantitativa ordinal

Categorías: I, II, III, IV

Definición: clasificación de las UPP de acuerdo al alcance o profundidad de la lesión

Categoría I: Eritema no blanqueable en piel intacta: Piel intacta con eritema no blanqueable de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea.

Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. (EPUAP-NPUAP, 2009).

Categoría II: pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfacelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento.

Categoría III: pérdida total del espesor de la piel (grasa visible). Pérdida completa del grosor del tejido la grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfacelos, incluir tunelizaciones y cavitaciones.

Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos (músculo/hueso visible)

### ***Origen de UPP:***

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición: Entorno de cuidados o nivel asistencial en donde se originó la úlcera por presión.

Categorías:

En el mismo centro y en la misma unidad

En el mismo centro y en otra unidad

En otra institución sanitaria

En residencia geriátrica

En el domicilio

Se desconoce

### ***Antigüedad de las UPP:***

Tipo de variable: cuantitativa discreta

Definición: tiempo transcurrido entre la aparición de la Úlcera por presión y la detección o identificación de la misma

Categorías: días, se desconoce

### ***Dimensión de la UPP :***

Tipo de variable: cuantitativa continua

Definición: Superficie o área que posee una lesión. En el caso de lesiones de forma más o menos esférica se recomienda utilizar la siguiente fórmula: Largo x Ancho x 0,785 (fórmula de la superficie de una esfera)

Categoría: numérica

### ***Severidad de UPP:***

Tipo de variable: cuantitativa continua

Definición: instrumento para evaluar la evolución de estas heridas.

Categoría numérica: Índice de severidad (B.Braden) : $[(\text{longitud} + \text{anchura}) / 2] \times \text{categoría de la UPP}$

### ***Estrategias de Tratamiento de las UPP:***

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición: conjunto de reglas y medios que aseguran una decisión óptima en cada momento (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación de las lesiones (ulceras por presión) luego de realizada la valoración y diagnóstico de los mismos.

Categorías: toma de decisión, tipo de cura, frecuencia de curas y presencia de protocolos

### ***Toma de decisión sobre Tratamiento***

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición: resolución que se toma con el objetivo de determinar el tratamiento de la UPP (como se cura, frecuencia y producto a utilizar)

Categorías: medico, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería, otro profesional

### ***Tipo de Tratamiento (Cura) :***

Tipo de variable: cualitativa nominal

Definición: tipo de tratamiento local que se realiza para favorecer el proceso de cicatrización de la Ulcera por presión

Cura en ambiente Húmedo (CAH): pauta de tratamiento teniendo como principio la creación de un ambiente húmedo y controlado en la herida con la finalidad de mejorar de la síntesis del colágeno, la proliferación celular y la angiogénesis.

Cura tradicional: pauta de tratamiento basada en la aplicación en el lecho de la lesión de un producto pasivo: (cura seca)

Categorías: cura en ambiente húmedo/cura tradicional

***Frecuencia de curas:***

Tipo de variable: Cuantitativa discreta

Definición: tiempo transcurrido entre procedimientos de curación de estas lesiones

Categorías numérica: horas:

Cada 8, 12, 24, 48, más de 48 horas

***Presencia de Protocolo de Tratamiento***

Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica

Definición: descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que lo lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto.

Categorías: presente/ausente

### **Método y Técnicas de recogida de datos:**

El periodo de recogida de datos por Institución se realizará en 7 días sucesivos previamente comunicado a los encuestadores.

La recogida de los datos la realizarán dos enfermeras en forma voluntaria por Institución previamente entrenadas a través de instancias presenciales por el grupo investigador.

Se les entregará un dossier que contendrá la definiciones de las variables del estudio y un manual sobre el instrumento de recogida de datos a utilizar (Anexo 1).

Para la recogida de los datos se elaborará como instrumento una hoja de recogida de datos (Anexo 2). Previamente a su aplicación y con el fin de controlar la calidad de los datos que se obtengan, se evaluará su fiabilidad y validez a través de una prueba piloto en al menos tres centros.

Evaluar la fiabilidad del instrumento de recogida de datos es fundamental para asegurar la coherencia interna de los datos obtenidos. Se comprobará por tanto:

- Equivalencia : calculando la concordancia o fiabilidad interobservador a través del porcentaje de concordancia interobservador
- Homogeneidad o consistencia interna: se realizará el cálculo del test alfa de Cronbach

La forma de obtención de datos será a través de fuentes primarias: entrevista, observación estructurada, inspección (medición) y como fuentes secundarias se utilizarán distintos documentos (historias clínica, y estadísticas institucionales)

Para controlar el sesgo vinculado a la identificación de la categorización de las UPP por partes de las enfermeras participantes, se realizarán módulos de capacitación en forma previa a la recogida de datos

## **Análisis de los datos**

Previo al análisis de los datos se incluirá un plan de tabulación con el propósito de resumir los datos más importantes de acuerdo con el objetivo de la investigación

### **Plan de Tabulación y Análisis**

Para el análisis de los datos se utilizarán estadísticos descriptivos de acuerdo con el problema a estudiar, los objetivos y el tipo de estudio (descriptivo simple).

OBJETIVOS	VARIABLES	PLAN DE TABULACIÓN	PLAN DE ANALISIS
<p>Obtener Indicadores epidemiológicos sobre las UPP en las Instituciones de salud Publicas y Privadas y Residenciales de Ancianos</p>	<p>Instituciones de salud públicas y privadas y Residencias Geriátricas</p>	<p>Distribución de las Instituciones de salud y residencias geriátricas</p>	<p>Porcentaje</p>
		<p>Distribución de las Instituciones de salud y residencias geriátricas según localización geográfica (departamento)</p>	<p>Porcentaje</p>
		<p>Distribución de las Instituciones de salud según el nivel de complejidad asistencial</p>	<p>Porcentaje</p>
		<p>Prevalencia de UPP según tipo de Institución de salud (públicas y privadas) y residencias geriátricas</p>	<p>Media y Desvío Estándar (D.E.). Intervalo de confianza (I.C 95%)</p>
		<p>Prevalencia de UPP según nivel asistencial y unidad asistencial</p>	<p>Media y Desvío Estándar (D.E.). Intervalo de confianza (I.C 95%)</p>

<b>Describir las características de las Ulceras por presión</b>	<b>Características de los pacientes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> </ul>	Distribución de pacientes según edad ( edad media) y sexo	Media y Desvío Estándar Intervalo de confianza (95%) Mínimo y Máximo
	<b>Características de las Ulceras por Presión (UPP)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UPP</li> <li>• Categoría</li> <li>• Localización</li> <li>• Origen</li> <li>• Antigüedad</li> <li>• Severidad</li> </ul>	Número de UPP por paciente según sexo	Media y Desvío Estándar (D.E.). Intervalo de confianza (I.C 95%)
		Categoría de UPP según nivel asistencial	Porcentaje
		Categoría de UPP según unidad asistencial y tipo de Institución	Porcentaje
		Localización anatómica de las UPP de acuerdo con el tipo de unidad asistencial	Porcentaje
		Localización anatómica de las UPP según categoría	Porcentaje
		Origen de las UPP	Porcentaje
		Antigüedad de las UPP ( días)	Mediana
		Dimensión de las UPP (cm)	Mediana
		Índice de severidad según el tipo de unidad asistencial	Mediana

<b>Conocer las estrategias de Tratamiento de las Ulceras por presión</b>	<b>Estrategias de Tratamiento :</b>	Toma de decisión según tipo de institución y unidad asistencial	Porcentaje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de decisión sobre el tratamiento de las UPP</li> </ul>	Tipo de cura ( CAH o tradicional) según nivel asistencial, tipo de institución y unidad asistencial	Porcentaje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de cura</li> </ul>	Frecuencia de cura según nivel asistencial y tipo de unidad asistencial	Porcentaje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia y de cura</li> </ul>	Utilización de protocolo de tratamiento según nivel asistencial	Porcentaje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos de tratamiento</li> </ul>	Utilización de protocolo de tratamiento según tipo de institución de salud	Porcentaje

Los estadísticos descriptivos incluyen valores de frecuencia, porcentajes medidas de tendencia central o de posición (media, mediana) y de dispersión (varianza, desvío estándar). Los datos se procesarán a través del paquete estadístico SPSS versión 17 (Statistical Package for the Social Sciences)

## *Aspectos éticos de la investigación*

El presente estudio contempla el cumplimiento de los principios éticos (respeto por las personas, beneficio y justicia) y legales de los pacientes que conformarán el mismo. Los mismos se encuentran contemplados en la Ley Nacional N° 18335 Derechos y Deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud (Cap.4 art. 17, cap. 69 art. 21).

Los métodos utilizados no implicarán experimentos clínicos ni aspecto que conlleven riesgos para la integridad física de aquellos que participen.

Los pacientes serán invitados a participar de manera voluntaria y libremente, previamente informados y verificada su comprensión (alcance de los mismo, etc.), otorgando posteriormente su consentimiento informado de forma verbal.

Al mismo tiempo, los investigadores involucrados en el estudio, en todo momento preservaran la confidencialidad de los datos mediante el tratamiento agregado de los mismos y la codificación de los nombres de los pacientes.

El presente estudio será considerado por el Comité de Ética en la Institución de salud participante del mismo y donde desempeña funciones el investigador principal

## Referencias Bibliográficas

1. Pellegrino, A et. al. “De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX”, El Uruguay del siglo XX. La sociedad, Montevideo, Departamento de Sociología-FCS-Ediciones Banda Oriental , 2008 (20-42)
2. Paredes M, Ciarniello M, Brunet N. Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. Universidad de la república, NIEVE (Núcleo Interdisciplinario de Estudio, Vejez y Envejecimiento), UNFPA. Uruguay: Lucida Ediciones, 2010 (13-27).
3. Instituto Nacional de Estadística INE, Estadísticas Vitales Censo 2006. <http://ine.gub.uy>
4. Varela, C : Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI, Montevideo,FCS-UNFPA-Trilce.,2008 (56-78)
5. CELADE –CEPAL “El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores socio demográficos para América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile, 2009
6. CELADE: Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, Documentos de proyectos n.º 113, Santiago de Chile, CEPAL., 2009
7. Instituto Nacional de Estadística INE estadísticas Vitales Censo 2011 <http://ine.gub.uy>
8. Constitución de la República Oriental del Uruguay .Versión electrónica <http://www.rau.edu.uy>,
9. Ministerio de Salud Pública , Ley Orgánica 9202 . Capítulo 1, año 1934
10. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Logros y desafíos en términos de equidad en salud en Uruguay. Montevideo, Uruguay: MSP, 2010
11. Aran, D., Laca, H. Sistema de Salud del Uruguay , Salud Publica Mex. .53 supl 2: (265-274), 2013.
12. La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud . Ministerio de Salud Pública 2005-2009
13. Cifra - González Raga & Asociados - “La atención a la salud en Uruguay”. Informe elaborado para el Ministerio de Salud Pública. Diciembre de 2011

14. Sistema Nacional de Información SINADI. Ministerio de Salud Pública año 2012
15. Lema, A., Rosselli, P. Evolución del sistema de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y de los principales impulsores de costos del sector. Biomedicina. Revista de la Universidad de Montevideo. Uruguay 2010.
16. Ley N° 17.066 - Política general en materia de ancianidad. República Oriental del Uruguay
17. 3er estudio de Prevalencia de Ulceras por Presión GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas). 2009
18. Igarashi, U, Yamamoto, M, Gushiken Y , Takai Y , Tanaka M , Okamoto, Y “La prevalencia y la incidencia de úlceras por presión en los hospitales y centros de atención a largo plazo de Japón”, Departamento de Enfermería Gerontológica, Facultad de Ciencias de la Salud, Tokio y Dental Medical University, (113-8519), Japón 2011 . Ed. Elsevier 2012
19. Gunningberg L , Hommel A , Bååth C , E Idvall .Primera Encuesta Nacional de prevalencias de Ulceras por Presión en el condado y municipios de Suecia . Journal of evaluation in clinical practice , 2012
20. Brito PA, Generoso Sde V , Correia MI . Prevalencia de las úlceras por presión en los hospitales de Brasil y de asociación con el estado nutricional - un estudio multicéntrico, transversal., Facultad de Medicina, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil., 2012
21. Woodbury, MG; Houghton, P.E. Lawson Health Research Institute, Programa de Rehabilitación y Atención Geriátrica, Londres, Ontario, Canadá. 2010
22. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract 2007; 13 (2): 227-35.
23. Alan Pearson, Karen Francis, Brent Hodgkinson and George Curry. Prevalence and Treatment of Pressure Ulcers in Northern New South Wales SOUTH WALES- Department of Clinical Nursing, The University of Adelaide, Adelaide, South Australia,200

24. Capillas Pérez R , Cabré Aguilar V , Gil Colomé AM , Gaitano García A , Torra i Bou JE  
Comparación de la eficacia y el costo del tratamiento con ambiente húmedo en comparación con el tradicional de curación. Ensayo clínico en pacientes de atención primaria con úlceras venosas de las piernas y úlceras por presión. ABS Sant Josep, ICS, L'Hospitalet de Llobregat.. Apocalipsis Enferm 2000 Jan; 23 (1) :17-24.
25. Campo FK , Kerstein MD .Visión general de la cicatrización de heridas en un húmedo ambiente. Am J Surg. 1994 Jan; 167 (1ª): 2S-6S.
26. Gates, JL , Holloway GA .Una comparación de la herida entornos. Ostomy Wound Manage. 1992 Oct; 38 (8) :34-7.
27. Genoud C , J Weller . Protocolo para la evaluación y el tratamiento de las heridas crónicas en el ámbito de la atención en casa. Praxis 2008 ; 97 (6) :317-21.
28. Brem H , C Lyder .Protocolo para el buen tratamiento de las úlceras por presión . Am J Surg 07 2004; 188 (Supl 1 A) :9-17.
29. Frantz RA .Basada en la evidencia protocolo. Tratamiento de las úlceras por presión . a Universidad de Iowa College of Nursing, EE.UU. J Enfermería Gerontol. mayo 2004, 30 (5): 4-10.
30. Bale S, Tebble N , Jones V , P Precio . Los beneficios de la implementación de un nuevo cuidado de la piel protocolo en hogares de ancianos. Universidad de Gales del Colegio de Medicina de Cardiff. UK J viabilidad del tejido. 2004 Apr. 14 (2) :44-50.
31. Brem H, Jacobs T, Vileikyte L , S Weinberger , Gibber M , Gill K , Tarnovskaya A , Entero H , AJ Boulton .Protocolos de curación de heridas de pie diabético y las úlceras por presión. Laboratorio de Sanidad Programa de cicatrización de heridas, la angiogénesis y la herida, el Centro Médico Mount Sinai, Nueva York, NY, EE.UU. Surg Technol int. 2003; 11:85-92.

# Cronograma

## Planificación de actividades:

FASE	RESPONSABLE	TIEMPO
1) Planificación del proyecto	Investigador principal	Diciembre 2012 a junio 2013
2) Realización de propuesta del proyecto a las autoridades ministeriales	Investigador principal	Febrero 2013
3) Presentación al comité de ética de la institución	Investigador principal	Abril 2013
4) Presentación del proyecto definitivo a las autoridades ministeriales de salud y Sociedades científicas relacionadas con el tema en estudio	Investigador principal	Julio 2013
5) Búsqueda del financiación del proyecto en organizaciones de apoyo a la investigación: Asociación Nacional de Investigación ANNI y Ministerio de Salud Pública	Investigador principal	Agosto – Octubre 2013
6) Actividades conjuntas con autoridades del Ministerio de salud y la Sociedad Científica Uruguay de Heridas (SCUH) en aspectos de planificación	Investigador principal Representante del MSP Representante de la SCUH	Noviembre 2013

7) Difusión de las investigación a las autoridades de las Instituciones de Salud	Investigador Principal	Octubre- Diciembre 2013
8) Reclutamiento de dos participantes voluntarios por institución que participarán en la investigación en coordinación con la dirección y el departamento de enfermería de la institución	Investigador principal	Noviembre – Diciembre 2013
9) Actividades de capacitación de los participantes en el proyecto	Investigador principal	Enero – Febrero 2014
10) Realización de prueba piloto	Investigador principal	Febrero – marzo 2014
11) Ejecución del estudio	Investigador principal	Abril – agosto 2014
12) Procesamiento, análisis y evaluación de la información	Investigador principal	Agosto – octubre 2014
13) Realización de informe final del estudio	Investigador principal	Octubre 2014
14) Presentación de los datos obtenidos al Ministerio de Salud Pública	Investigador principal	Noviembre 2014

<p>15) Difusión y divulgación de los resultados al Ministerio de salud Publica en congresos nacionales e internacionales</p>	<p>Investigador principal</p>	<p>Noviembre – Diciembre 2014</p>
<p>16) Publicación de la investigación en Revistas científicas</p>	<p>Investigador Principal</p>	

# ANEXOS

## Anexo 1 Manual para la recogida de datos

Para asegurar la fiabilidad de los resultados que se obtengan en este estudio sobre la caracterización y tratamiento de úlceras por presión, es MUY IMPORTANTE que los datos que nos facilite sean exactos, completos y detallados.

A continuación se detallarán los conceptos más importantes para facilitar la recogida de datos y disminuir la variabilidad inter observador.

De todos modos ante una duda no tenga reparos en consultar al investigador principal.

Recuerde que luego de haber coordinado el día de recogida de datos en el centro con las Autoridades Institucionales, deberá concurrir al citado centro el día acordado con un carnet de identificación y presentarse con la persona referente previo al inicio de la recolección de datos.

### **MANUAL PARA LA RECOGIDA DE DATOS**

**Previo al comienzo del relevamiento de los, debe de registrar el código del encuestador con el objetivo de poder consultarle en caso duda respecto a algún registro de los datos obtenidos.**

**Fecha de recogida de datos:** Registre el día, mes y año en el que realiza la recolección de datos en el centro referido.

### **DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD Y RESIDENCIALES GERIÁTRICOS**

En este apartado le solicitamos información concreta sobre el centro donde se realizará el relevamiento de datos para poder tipificarlo.

- 1) **Departamento en el que se encuentra la Institución de salud o Residencial Geriátrico de donde reporta los datos:** Seleccione el departamento correspondiente de la lista que se despliega en el formulario.
- 2) **Tipo de nivel asistencial :** Señale si se trata de una Institución de salud o una Residencia Geriátrica

**Institución de Salud:** Centro sanitario en el que permanecen pacientes hospitalizados.

**Residencia Geriátrica:** Establecimiento que ofrezca vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico - gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

## DATOS GENERALES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

- 1) **Dependencia** deberá especificar si se trata de un prestador público o privado .
- 2) **Tipo de Institución: Deberá especificar si se trata de un centro hospitalario o de una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)**
- 3) **Código de la Institución:** deberá completar el código asignado por institución correspondiente.
- 4) **Nivel de complejidad de la Institución de salud:** Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

**Baja Complejidad:** se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.

**Mediana Complejidad** comprende los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.

**Alta Complejidad:** establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

**Especializados:** establecimientos que realizan prestaciones médico quirúrgicas especializadas.

**Crónicos:** Establecimientos que brindan atención a pacientes que ingresan en forma definitiva al centro.

- 5) **Número total de camas de la Institución:** Se refiere al número de camas habilitadas por el MSP en el momento de la recogida de datos.
- 6) **Tipo de Unidad Asistencial:** es aquel que efectúa prestaciones vinculadas a la atención de salud, con profesionales habilitados a tal fin, organizándose los servicios brindados a través de una administración única.

Codifique la unidad asistencial en donde realiza el relevamiento de datos de acuerdo a lo establecido

- 01-Urgencias o Emergencia
- 02-Cuidados convencionales médicos
- 03-Cuidados convencionales quirúrgicos
- 04-Cuidados convencionales polivalentes
- 05-Ortopedia y traumatología
- 06-Cuidados Intermedios
- 07-Unidad de terapia intensiva polivalente
- 08-Unidad de terapia intensiva cardiológica
- 09-Unidad de terapia intensiva neurológica
- 10-Unidad de Oncología
- 11-Otros.

- 7) **Número de camas habilitadas en el Servicio en el momento de la recogida de datos:** Número de camas habilitadas por el MSP en la unidad asistencial en el momento en que se realiza el relevamiento de datos
- 8) **Número de camas ocupadas en el Servicio en el momento de la recogida de datos:** cantidad de camas ocupadas en la unidad asistencial en el momento en que se realiza el relevamiento de datos.

## DATOS SOBRE CARACTERIZACION DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD.

### **CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES:**

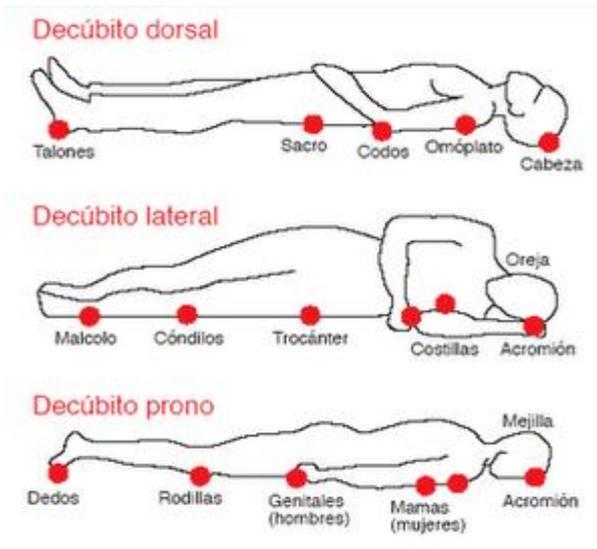
1. **Código del paciente:** codifique al paciente de acuerdo con el número asignado por el equipo investigador
2. **Edad ( años):** Registre en años la edad del paciente *Definición:* Tiempo que ha vivido una persona
3. **Sexo :** Hombre o mujer . Registre el sexo del paciente

### **CARACTERISTICAS DE LAS ULCERAS POR PRESION:**

Deberá registrar cada UPP en forma particular indicando el código del paciente y el número de UPP que esta describiendo

**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 las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado” (EPUAP-NPUAP, 2009).

4. **Número de Úlceras por Presión por paciente:** registre el número de úlceras por presión de cualquier categoría que presenta el paciente en el momento de la recogida de datos
5. **Localización de la UPP:** registre la zona anatómica del cuerpo en donde se encuentra la UPP . Categorías : sacro, talón, trocánter, maléolos, glúteos, pies, Isquiones, escápulas, hombros, omoplatos, codos ,Occipital, Orejas, Rodilla, cadera , Cara, ,Zona nasal , Otros (apófisis vertebrales , mano, zona genital, antebrazo, cabeza, labios, zona abdominal, zona frontal)



**6. Categoría de la úlcera por presión:** registre la clasificación de las UPP de acuerdo al alcance o profundidad de la lesión

**Clasificación o categorización de las úlceras por presión: Sistema de clasificación internacional de las úlceras por presión de la NPUAP / EPUAP**

**Categoría / Estadio I: Eritema no blanqueable en piel intacta.**

Piel intacta con eritema no blanqueable de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible.



*Otras características:* El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

**Para la determinación de la categoría I se complementará a la observación y palpación, la utilización de un disco de acrílico transparente que será proporcionado por el equipo investigador.**

### **Categoría / Estadio II: pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla.**

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfacelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento.



*Otras características:* Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación.

### **Categoría / Estadio III: pérdida total del grosor de la piel (grasa visible).**

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfacelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.



*Otras características:* La profundidad de las úlceras por presión de categoría / estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría / estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría / estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

### **Categoría / Estadio IV: pérdida total del espesor de los tejidos (músculo / hueso visible).**

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfacelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.



*Otras características:* La profundidad de la úlcera por presión de categoría / estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas.

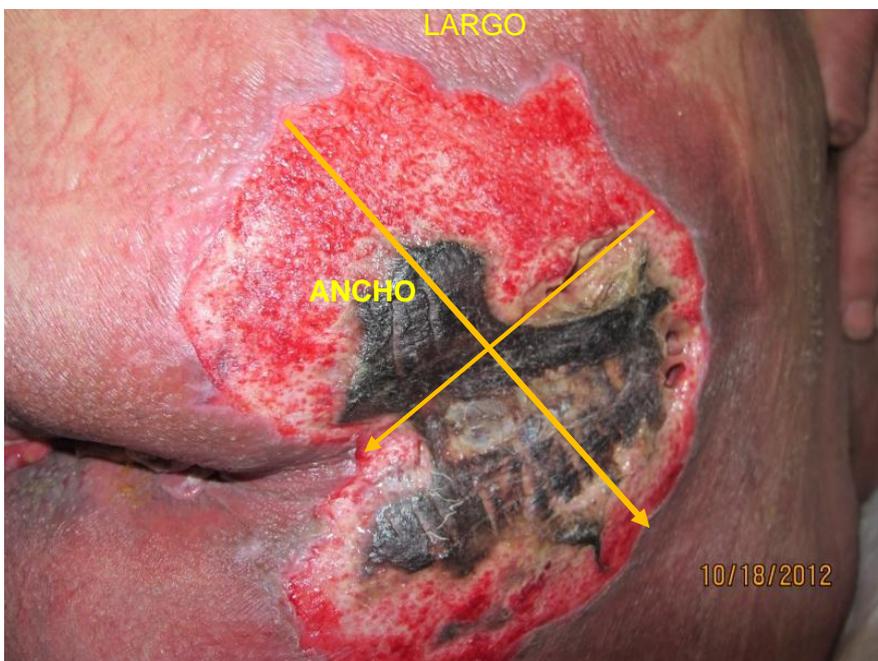
Las úlceras de categoría / estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

**7. Lugar donde se originó la lesión: En el mismo centro y en la misma unidad**

**( días):** registre el lugar o entorno de cuidados o nivel asistencial en donde se originó la úlcera por presión.

**8. Antigüedad de la úlcera por presión ( días):** registre el tiempo transcurrido entre la aparición de la Úlcera por presión y el momento de la recogida de datos.

**9. Dimensión de la lesión (cm):** realice el registro de la superficie o área de la lesión usando una regla con medidas en centímetros, se mide largo y ancho para posteriormente, calcular su superficie aproximada. Lo normal es utilizar este método mediante una medida perpendicular a la otra y en sentido céfalo-cauda



## **ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD :**

**Toma de decisión sobre Tratamiento de la UPP:** registre que profesional de la salud decide que tipo de curación se realizará, la frecuencia de las mismas (horas) y el producto a utilizar para el tratamiento de los pacientes que presentan UPP

**Tipo de Tratamiento (Curación) :** registre el tipo de tratamiento local que se realiza para favorecer el proceso de cicatrización de la Ulcera por presión

***Cura en Ambiente Húmedo:*** pauta de tratamiento teniendo como principio la creación de un ambiente húmedo y controlado en la herida con la finalidad de mejorar de la síntesis del colágeno, la proliferación celular y la angiogénesis.

***Cura tradicional:*** pauta de tratamiento basadas en la aplicación en el lecho de la lesión de un producto pasivo: (cura seca)

**Frecuencia de curas (horas):** tiempo transcurrido entre procedimientos de curación de estas lesiones

**Presencia de Protocolo de Tratamiento:** registre descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que lo lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto.

## Anexo 2 - Instrumento de recogida de datos

**Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay.**

### INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Identificación: Núm. de formulario .....

Código del encuestador. ....

Fecha de recogida de datos: .....

#### **Datos generales del centro**

Departamento en la que se encuentra el centro sobre el que proporciona los datos:

(marque con un X el correspondiente)

Montevideo .....

Canelones.....

Maldonado.....

Salto .....

Colonia .....

Paysandú .....

Rivera .....

San José .....

Tacuarembó .....

Cerro Largo .....

Soriano .....

Artigas .....

Rocha .....

Florida .....

Lavalleja .....

Durazno .....

Río Negro .....

Treinta y Tres .....

Flores .....

**Tipo de Institución:**

Institución de salud .....

Residencia geriátrica .....

## **DATOS GENERALES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

### **Dependencia**

Pública .....

Privada .....

### **Tipo de Institución**

Hospital .....

IAMC .....

**Código de Institución:** .....

### **Nivel de complejidad del Institución de salud.**

Baja Complejidad .....

Mediana Complejidad .....

Alta Complejidad .....

Especializado .....

Crónicos .....

### **Número de camas habilitadas de la Institución**

< 100

100- 149

150- 199

200-249

>249

**CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE INGRESADO EN INSTITUCION DE SALUD O RESIDENCIA GERIÁTRICA QUE PRESENTA UPP**

**Código paciente:** .....

**Edad ( años)** .....

**Sexo:**

Hombre .....

Mujer .....

**Número de úlceras por presión que presenta el paciente :** .....

**CARACTERÍSTICAS DE LAS UPP**

**Código de paciente:** .....

**UPP Número:** .....

**Localización de la UPP:**

Sacro .....

Talón .....

Trocánter .....

Maléolos .....

Glúteos .....

Pies .....

Isquiones .....

Escápulas .....

Hombros .....

Omoplatos .....

Codos .....

Occipital .....

Orejas .....

Rodilla .....

Cadera .....

Cara .....

Zona nasal .....

Otros (apófisis vertebrales , mano, zona genital, antebrazo, cabeza, labios, zona abdominal, zona frontal).....

**Categoría de la úlcera por presión:**

- Categoría I .....
- Categoría II .....
- Categoría III .....
- Categoría IV .....

**Lugar donde se originó la lesión:**

- En la misma Institución y unidad .....
- En el misma Institución pero otra unidad .....
- En otra institución sanitaria .....
- En residencia geriátrica .....
- En el domicilio .....
- Se desconoce .....

**Antigüedad de la úlcera por presión:**

- Días .....
- Se desconoce .....

**Dimensión de la lesión**

- Largo (cm) .....
- Ancho (cm) .....

**ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD :**

1) ¿Qué profesional de la salud decide el tipo de tratamiento (curación) a realizar al paciente que presenta una UPP?

- Médico .....
- Licenciada en enfermería .....
- Auxiliar de enfermería .....
- Otro profesional de la salud .....

2) ¿Qué profesional de la salud decide la frecuencia en el tratamiento ( curas) ?

- Médico .....
- Licenciada en enfermería.....
- Auxiliar de enfermería .....
- Otro profesional de la salud .....

3) ¿Qué profesional de la salud decide el tipo de producto a utilizar en el tratamiento de la UPP del paciente?

- Médico .....
- Licenciada en enfermería .....
- Auxiliar de enfermería .....
- Otro profesional de la salud.....

4) ¿Qué tipo de tratamiento (curación) se realiza al paciente con Ulceras por Presión ?

- Cura en Ambiente Húmedo (CAH).....
- Cura tradicional ( Cura seca) .....

5) ¿Con que frecuencia (horas) se realiza la curación de la UPP del paciente?

Cada 8 horas.....

Cada 12 horas.....

Cada 24 horas .....

Cada 48 horas .....

Más de 48 horas.....

6) ¿Existe un protocolo de tratamiento de UPP en el servicio donde se encuentra el paciente?

SI .....

NO.....

**NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE RECOGEN LOS DATOS**

**TIPO DE UNIDAD ASISTENCIAL: ( se asignará un código para cada unidad)**

Urgencias o Emergencia .....

Cuidados convencionales médicos .....

Cuidados convencionales quirúrgicos .....

Cuidados convencionales polivalentes .....

Ortopedia y traumatología .....

Cuidados Intermedios .....

Unidad de terapia intensiva polivalente .....

Unidad de terapia intensiva cardiológica .....

Unidad de terapia intensiva neurológica.....

Unidad de Oncología .....

Otros.....

NUMERO DE CAMAS HABILITADAS EN SU SERVICIO .....

NUMERO DE CAMAS OCUPADAS EN EL MOMENTO DE LA RECOGIDA DE

DATOS.....

## Anexo 3 Consentimiento Informado

**Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO para PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO SOBRE : “ Caracterización de las UPP y estrategias de tratamiento en las Instituciones de Salud públicas y privadas y residencias geriátricas del Uruguay”**

Sr/Sra. ....

con CI .....

mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente:

DECLARO que he sido amplia y satisfactoriamente informado, he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones sobre los objetivos y propósitos del estudio, y doy mi consentimiento, para pueda disponerse de mis datos personales y realización de procedimientos diagnósticos ( mediciones) para la realización del presente estudio

En caso de incapacidad o minoría de edad, representante o tutor (\*)

Representante legal:

Sr./ Sra. ....

Con CI.....

mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que como representante y/o tutor del paciente (parentesco .....)

Declaro que he sido informado, de las ventajas e inconvenientes de la técnica. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he solicitado.

....., a ... de ..... de .....

.....

Firma del pacientes/Representante Identificación y firma del médico o enfermera .....

Firma del paciente / representante .....

**Protección de DATOS : En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 18331 artículo 9** Principio del previo consentimiento informado.- El tratamiento de datos personales es lícito cuando el titular hubiere prestado su consentimiento libre, previo, expreso e informado, el que deberá documentarse y artículo 10 Principio de seguridad de los datos.- El responsable o usuario de la base de datos debe adoptar las medidas que resultaren necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información, intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción humana o del medio técnico utilizado.

## Anexo 4- Listado de Instituciones de salud privada

INSTITUCIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN
<b>CAMY</b>	(456) 72380	25 de Agosto 3450 – Young – Río Negro
<b>Asistencia Médica Departamental de Rivera (CASMER)</b>	(462) 27711	Carambula 1179 – Rivera
<b>Cooperativa Médica de Rivera (COMERI)</b>	(462) 24180	Ansina 639 esq. Rodó – Rivera – Rivera
<b>Cooperativa Médica de Rocha (COMERO)</b>	(447) 28373/28377	Treinta y Tres 1857 - Rocha
<b>Sociedad Médico Quirúrgica de Salto (SMQ SALTO)</b>	(473) 31000	Artigas 935/37 – Salto
<b>Asociación Médica de San José (AMSJ)</b>	(434) 22234/22215	Treinta y Tres 633 – San José
<b>Cooperativa Asistencial Médica de Soriano (CAMS)</b>	(453) 22813/23444	De Castro y Careaga 762 – Mercedes – Soriano
<b>Cooperativa Médica de Florida (COMEF)</b>	(435) 22640/25141	Antonio María Fernández 492 – Florida
<b>Cooperativa Asistencial Médica de Lavalleja (CAMDEL)</b>	(444) 22195/22795	Lavalleja esq. Juan Farina – Minas
<b>Asistencia Médica Departamental de Maldonado (AMECOM)</b>	(42) 223833/223576	Avda. Andrés Ceberio 649 – Ciudad de San Carlos – Maldonado
<b>Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este (CRAME)</b>	(42) 225474	Avda. Roosevelt S/Nº esq. Joaquín de Viana – Maldonado
<b>Cooperativa Médica de Paysandú (COMEPA)</b>	(472) 32100	Colón 1224 – Paysandú
<b>Asociación Médica Departamental de Río Negro (AMEDRIN)</b>	(456) 25555	Rincón 1051 esq. Argentina – Fray Bentos – Río Negro
<b>Unión Médica Regional Cooperativa de Asistencia (UMERCO)</b>	(453) 69630/69227	Libertad 136 esq. Joaquín Suárez – Cardona – Soriano
<b>Cooperativa Médica de Tacuarembó (COMTA)</b>	(463) 25111/6612	18 de Julio 309 – Tacuarembó
<b>Cooperativa Médica de Treinta y Tres (COMETT)</b>	(445) 23080	Juán Antonio Lavalleja 315 – Treinta y Tres
<b>Instituto Asistencial Colectivo Treinta y Tres (IAC)</b>	(445) 22005/22008	Simón del Pino 1366 – Treinta y Tres
<b>Cooperativa Médica de Cerro Largo (COMECEL)</b>	(464) 23491/28252	Durazno 660 – Melo – Cerro Largo
<b>Organización Asistencial Médica de Colonia (ORAMECO)</b>	(452) 22166/22057	Alberto Méndez 170 – Colonia
<b>Centro Asistencial de la Asociación Médica del Este de Colonia (CAMEC)</b>	(455) 22964 al 68/22702	Ituzaingó y Bolívar – Rosario – Colonia
<b>Centro Asistencial de la Asociación Médica del Oeste de Colonia (CAMOC)</b>	(454) 25002/22245	Zorrilla de San Martín 683 – Carmelo – Colonia

<b>Centro Asistencial del Sindicato Médico de Durazno (CAMEDUR)</b>	(036) 23381/23383	19 de Abril 972 – Durazno
<b>Asociación Médica Departamental de Flores (COMEFLO)</b>	(036) 42228/42202	Fray Ubeda 647 – Trinidad – Flores
<b>Gremial Médica de Artigas (GREMEDA)</b>	(077) 24001	Héctor Vasconellos 538 – Artiga
<b>Centro de Asistencia Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA)</b>	292-5111	Baltasar Brum 1224 – Pando – Canelones
<b>Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral (CRAMI)</b>	364-3384/364-3386	Ellauri 622 entre Rivera y Lavalleja – Canelones
<b>Cooperativa Médica de Canelones (COMECA)</b>	(033) 22250	Battle y Ordoñez 136 – Canelones – Canelones
<b>Centro Asistencial de la Asociación Médica de Cerro Largo (CAMCEL)</b>	(064) 23876/24529	Agustín de la Rosa 576 – Melo – Cerro Largo
<b>Universal Sociedad de Producción Sanitaria</b>	336-3572/336-3588	Avda. Millán 3588 – Montevideo
<b>Asociación Española Primera en Socorros Mutuos</b>	400-4101/401-1313	Bvar. Artigas 1515 – Montevideo
<b>Mutualista Hospital Evangélico</b>	487-2319	José Battle y Ordóñez 2759 – Montevideo
<b>Casa de Galicia</b>	400-8400	18 de Julio 1471 B 3er Piso – Montevideo
<b>Centro de Asistencia del Síndico Médico del Uruguay (CASMU)</b>	487-1050/487-1054	Asilo 3336 – Montevideo
<b>Círculo Católico de Obreros del Uruguay</b>	410-9261 al 68	Minas 1250 – Montevideo
<b>Centro de Producción Sanitaria del Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM)</b>	402-6494/409-2740	Eduardo Víctor Haedo 2358 Bis – Montevideo
<b>Cooperativa de Servicios Médico (COSEM)</b>	403-2121	Bvar. Artigas 1483 entre Chaná y Guaná – Montevideo
<b>Gremial Médica Centro Asistencial (GREMCA)</b>	480-9759/481-9870	Avda. 8 de Octubre 2870 – Montevideo
<b>Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM)</b>	487-0525	Avda. 8 de Octubre 2492 – Montevideo
<b>Servicio Médico Integral (SMI)</b>	902-2592	Mercedes 1286/90 – Montevideo
<b>Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)</b>	4021988 - 4089329	Cerro Largo 1816 esq. Fernández Crespo – Montevideo

<b>SEGUROS PRIVADOS</b>		
<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
<b>Medicina Personalizada</b>	711 1000	Avda. Ricaldoni 2452 – Montevideo
<b>Blue Cross and Blue Shield de Uruguay</b>	707 7575 / 708 7575	Lord Ponsonby 2456 – Montevideo
<b>Seguro Americano</b>	7082019 / 7086041	Avda. Ponce 1523 – Montevideo
<b>Hospital Británico</b>	487 1020	Avda. Italia 2420 – Montevideo
<b>SUMMUM</b>	7071212/ 709 7215	Bvar. Artigas 1198 – Montevideo
<b>MEDICARE</b>	480 0890 / 487 2274	Jorge Canning 2385 – Montevideo
<b>PRIMEDICA</b>	402 0244	Acevedo Díaz 1018 – Montevideo

## Anexo 5 - Listado de Instituciones de salud públicas



### INTEGRADO C DIRECCIÓN LOCALIDAD UNIDAD EJECUTORA

#### **Región Este**

##### **Cerro Largo**

017 Hospital . Cerro Largo

052 Hospital de Rio Branco

##### **Lavalleja**

022 Hospital de . Lavalleja

##### **Treinta y Tres**

032 Hospital de Treinta y Tres

##### **Maldonado**

023 Hospital de Maldonado

054 Hospital de San Carlos

##### **Rocha**

027 Hospital de Rocha

#### **Región Norte**

##### *Artigas*

015 Hospital de Artigas

034 Hospital de Bella Unión

##### *Rivera*

025 Hospital de Rivera

##### **Tacuarembó**

031 Hospital de Tacuarembó

051 Hospital de Paso de los Toros

##### **Paysandú**

024 Hospital de Paysandú

##### **Salto**

028 Hospital de Salto

#### **Región Sur**

##### **Montevideo**

004 Centro Hospitalario Pereyra Rossell ( Pediátrico)

005 Hospital Maciel

006 Hospital Pasteur

012 Hospital Saint Bois

076 Hospital Español

**Canelones**

016 Hospital de Canelones  
050 Hospital de Pando  
062 Hospital de Las Piedras

**OESTE****Región Oeste****Durazno**

019 Hospital de Durazno

**Flores**

020 Hospital de Flores

**Florida**

021 Hospital de Florida

**San José**

029 Hospital de San José

**Colonia**

018 Hospital de Colonia  
036 Hospital de Carmelo

**Río Negro**

026 Hospital de Río Negro  
040 Hospital de Young

**Soriano**

030 Hospital de Soriano

