

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA "CASA DE SALUD VALDECILLA"

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN GESTIÓN INTEGRAL E  
INVESTIGACIÓN DE LAS HERIDAS CRÓNICAS.**



**Trabajo Fin de Máster.**

Proyecto de investigación: Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay.

**TUTOR RESPONSABLE:  
J. JAVIER SOLDEVILLA AGREDA.**

**AUTOR: MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ GARCÍA**

**Junio 2013.**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>PÁG.2</b>
<b>ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>PÁG.4</b>
MAGNITUD DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	<b>PÁG.4</b>
EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	<b>PÁG.12</b>
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE URUGUAY.....	<b>PÁG.16</b>
SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD DE URUGUAY.....	<b>PÁG.19</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN</b> .....	<b>PÁG.31</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>PÁG.33</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>PÁG.34</b>
<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>PÁG.34</b>
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	<b>PÁG.35</b>
UNIDAD DE ESTUDIO.....	<b>PÁG.35</b>
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	<b>PÁG.35</b>
CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL.....	<b>PÁG.36</b>
VARIABLES DE ESTUDIO.....	<b>PÁG.37</b>
RECOGIDA DE DATOS.....	<b>PÁG.46</b>
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS</b> .....	<b>PÁG.48</b>
<b>ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>PÁG.51</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>PÁG.53</b>
<b>PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	<b>PÁG.58</b>
<b>GRÁFICOS</b> .....	<b>PÁG.60</b>
GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN CENSADA POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. CENSO 2004-FASE I Y CENSO 2011.....	<b>PÁG.60</b>
<b>TABLAS</b>	
TABLA 1. POBLACIÓN CENSADA EN LOS ÚLTIMOS DOS CENSOS Y TASA ANUAL MEDIA DE CRECIMIENTO , SEGÚN DEPARTAMENTO.....	<b>PÁG.61</b>
TABLA 2. POBLACIÓN RESIDENTE EN HOGARES COLECTIVOS POR SEXO EN URUGUAY.....	<b>PÁG.62</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1 MANUAL PARA LA RECOGIDA DE DATOS.....	<b>PÁG.63</b>
ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	<b>PÁG.73</b>
ANEXO 3 INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	<b>PÁG.81</b>
ANEXO 4 LISTADO DE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS.....	<b>PÁG.84</b>
ANEXO 5 LISTADO DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA.....	<b>PÁG.88</b>

## RESUMEN.

Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en el mundo.

A nivel internacional, la presencia o ausencia de una úlcera por presión es considerado un indicador de la calidad de la asistencia sanitaria brindada.

En Uruguay no existen datos sobre la epidemiología de estas lesiones, sobre las estrategias de prevención de las mismas así como del impacto que éstas tienen sobre los pacientes, cuidadores, instituciones de salud, Sistema Sanitario ni para el País en su conjunto.

Nos enfrentamos al desafío de asistir a una población, que por su perfil socio demográfico, representa una población de riesgo de desarrollar estas lesiones y ello implica una gran demanda de cuidados vinculados a la prevención y tratamiento de las mismas.

Se hace indispensable contar con Políticas Nacionales de Salud orientadas a prevenirlas, pero para el diseño de las mismas, es imprescindible tener conocimiento epidemiológico del problema.

Con el propósito de conocer, especificar las características de los pacientes con úlceras por presión así como aspectos relacionados con las estrategias y prácticas actuales en la prevención de las mismas en los pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay, se desarrollará un estudio descriptivo simple transversal en el período abril – agosto 2014 en los citados centros.

El mismo se realizará con el apoyo de la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas y del Ministerio de Salud Pública.

Una vez obtenida la autorización de las instituciones y previa comunicación a los centros participantes, la recogida de datos en las mismas será realizado en el período de una semana por enfermeras voluntarias entrenadas por el equipo investigador.

Se utilizará un instrumento de elaboración propia para la recogida y registro de datos el que previamente será utilizado en una prueba piloto.

Para el cálculo de la epidemiología de las UPP se utilizarán las directrices de clasificación de EPUAP (2009) e indicadores epidemiológicos recomendados por el GNEAUPP (2003).

Se calculará la prevalencia cruda (PC) y prevalencia media (PM) para cada nivel asistencial.

Teniendo en cuenta los objetivos y el diseño del estudio, en el análisis de los datos se utilizarán los siguientes estadísticos descriptivos: valores de frecuencia, medidas de tendencia central (media, mediana, modo,) y de dispersión (varianza, desvío estándar).

Los datos serán procesados a través del paquete estadístico SPSS. Versión 19.

**PALABRAS CLAVE:** Úlceras por presión, epidemiología, prevalencia, prevención, instituciones de salud, residencias geriátricas, Uruguay.

## ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

### MAGNITUD DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en el mundo perturbando su salud, su calidad de vida y que pueden conducir a la discapacidad o a la muerte<sup>1</sup>.

Pese a que se han producido avances muy significativos en la comunidad científica en relación al conocimiento de la etiología, en cómo evitarlas en casi la totalidad de las situaciones y las directrices de tratamiento más eficaces, las UPP aún hoy, en el siglo XXI, constituyen un problema en todos los niveles asistenciales de Salud, afectando a personas de todos los grupos de edad y produciendo elevados costes, tanto a nivel de sufrimiento individual y familiar como a nivel socio-económico<sup>2</sup>.

Un aspecto relevante a tener en cuenta lo representa la gravedad de sus complicaciones (dolor, infección local, sepsis y aumento de la mortalidad), el aumento del gasto sanitario, el aumento de las estancias hospitalarias (pudiendo elevarse hasta cinco veces más que en los pacientes que no presentan UPP) y el incremento del tiempo requerido de cuidados de salud, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería<sup>3</sup>.

La mortalidad es utilizada como indicador para dimensionar diversos problemas de Salud Pública, siendo de gran utilidad para la gestión de servicios sanitarios, permitiendo obtener información relevante a la hora de asignación de recursos en salud por parte de los diferentes sistemas sanitarios.

En ese sentido debemos señalar que en relación con las UPP, son escasos los estudios que han contemplado en la literatura mundial a las úlceras por presión como causa complementaria de la muerte, uno de los de mayor relevancia es el realizado por Tsokos (Tsokos M et al, 2000) en Alemania, donde hallaron que el 11,2% de todas las autopsias realizadas en un año en el Instituto de Medicina Legal presentaban úlceras por presión en diferentes estadios.

Diversos estudios han señalado que 60.000 pacientes en Estados Unidos mueren cada año por complicaciones relacionadas con las úlceras por presión adquiridas en el hospital .<sup>3</sup>

En el año 2003 Verdú et al publicaron un estudio sobre la mortalidad por úlceras por presión como causa básica de defunción en España desde el año 1987 hasta el año 1999 en personas mayores de 65 años.

Entre los hallazgos más importantes de este trabajo debemos destacar que se evidenció que la probabilidad de que una persona muera como consecuencia de una úlcera por presión aumenta con la edad y que es un problema que afecta en mayor medida a las mujeres. Se hallaron tasas ajustadas de hasta 20 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres, según comunidad autónoma y período estudiado<sup>3</sup>.

Debemos de subrayar que la presencia de una UPP se ha asociado con un riesgo de muerte 2 a 4 veces superior a no presentar este tipo de lesiones en personas de edad avanzada (Thomas DR,1996) y si aparecen complicaciones en la cicatrización la tasa se multiplica hasta seis veces<sup>4</sup>.

Esta situación de vulnerabilidad es aún más importante cuando quienes padecen las UPP son ancianos institucionalizados. Los que desarrollan UPP, tienen una tasa de mortalidad de un 32% superior (Takahashi PY, Cha SS, Kiemele LJ, 2008) y si las úlceras están asociadas a fractura de cadera, la tasa de mortalidad puede llegar a ser un 70% mayor (Berry S et al, 2009).

Diversas publicaciones han puesto de manifiesto que estas lesiones además de presentar una morbimortalidad asociada importante<sup>5</sup>, disminuyen la calidad de vida de quienes las padecen y de sus cuidadores.

En una revisión sistemática, Gorecki et al (2009), reflejan detalladamente el impacto de las UPP sobre el paciente y la familia, y en la calidad de vida a todos los niveles: físico, psicológico y social (García, 2011).

Las UPP suponen un importante consumo de recursos para el sistema de salud, tanto en recursos humanos como en materiales, prolongan la estancia hospitalaria y son responsables de importantes costes sociales y sanitarios (Posnett et al., 2007)<sup>6</sup>.

El coste de tratar las UPP supone un importante dispendio para el sistema sanitario y la sociedad en general.

El gasto anual estimado en uno de los estudios más precisos en relación a costes asociados al cuidado de úlceras por presión representa alrededor del 4% del presupuesto del UK National Health Service. (Bennett G, Dealey C, Posnett J, 2004).

Con base en el citado estudio, el Dr. Posnett y Torra (GNEAUPP, 2003), extrapolaron en 2003 los datos a la realidad económica española y los valores epidemiológicos disponibles, determinando costes por episodio de 211 euros para el Estadio I y de 16.600 euros para el Estadio IV. El coste global anual para el sistema de salud español se estimó en 1.687 millones de Euros, lo que supondría un 5,2% del gasto sanitario anual total del país<sup>7</sup>.

En las últimas décadas, nuestra comprensión de los factores implicados en el desarrollo de úlceras por presión ha mejorado<sup>8,9</sup> y se ha reconocido a nivel internacional que la mayoría de las UPP son evitables (Hibbs 1988).

Desde que Pam Hibbs demostrara que la mayoría de las UPP se pueden prevenir, con cuidados oportunos y dispositivos adecuados, existe un reconocimiento categórico de toda la comunidad científica de que ésto es posible y la prevención es considerada como la mejor estrategia frente al problema de las UPP.

Pueden evitarse al menos en un 95% de los casos (Waterlow J, 1995), lo que supone que la aparición de estas lesiones pueden ser, a primera vista, consideradas como una muestra de negligencia asistencial con importantes implicaciones legales para los profesionales, así como para las instituciones en las que estos prestan sus servicios y por ende los gestores de las mismas (Taylor JS, 1994; Martell R, 1998; Green CH, 1995; Moody M, 2000; Petro JA, 1990; Tingle J, 1992; Moody M, 1992; Dimond B, 2005). Pero aún es una dimensión poco contemplada y conocida por parte de los profesionales y de las

instituciones, y entendemos, aún en menor medida por parte de los usuarios del Sistema de Salud y de sus representantes a nivel de la autoridad sanitaria.

Si realizamos una revisión del impacto y tratamiento legal del problema de las UPP en los diferentes países desde el derecho penal, el derecho civil o mediante procedimientos disciplinarios, observamos que si bien se han producido en forma paulatina, cambios en el comportamiento de profesionales, instituciones y ciudadanía con respecto a este tema (y a pesar del creciente número de sentencias en las que se les hace mención), son escasas las que pronuncian mala praxis, negligencia y las condenas e indemnizaciones generalmente no se correlacionan con el daño provocado.

En algunos países como el Reino Unido el problema legal de las UPP se puede tratar tanto desde el derecho penal, el derecho civil, mediante procedimientos disciplinarios, ya sean a profesionales o de la propia institución<sup>10</sup>.

El derecho penal puede resultar de aplicación si se pueden establecer elementos de negligencia graves y se puede demostrar que ésta provocó la muerte o severas complicaciones. En tales casos, los individuos que hayan intervenido en el proceso se pueden llegar incluso a encontrar frente acusaciones de homicidio.

En EE.UU<sup>11</sup>, las consecuencias por un defectuoso tratamiento en pacientes con UPP tradicionalmente han consistido en la suspensión o retiro de licencias de ejercicio, y en demandas civiles contra el centro y sus funcionarios, con una clara finalidad de resarcimiento económico con cuantías considerables.

Como antecedentes en la órbita de Latinoamérica señalar que los casos de demandas en la órbita penal en relación a UPP son anecdóticas, en Uruguay no hay referencias de demandas en las que se hagan referencia a UPP, tan solo se han registrado en algunas oportunidades reclamaciones a nivel de las Instituciones de Salud por parte de familiares de pacientes a propósito de la aparición de una UPP, pero las mismas no han pretendido indemnizaciones económicas.

En Uruguay la ley N° 18.335 del 15 de agosto de 2008, establece los derechos y las obligaciones de los pacientes y de los usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.

En sus disposiciones generales, la misma señala que los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Focalizando en el grupo de población adulto mayor y en sintonía con la definición que propone la OMS en la conocida como Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato en las personas mayores, la presencia de estos evitables procesos suponen para el paciente un sufrimiento innecesario y una situación que por la gravedad de sus consecuencias constituye y debe contemplarse como fórmula o expresión de maltrato y una clara vulneración de normas internacionales tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos.

En dicho sentido, la comunidad científica americana incluye a las UPP entre los biomarcadores forenses que pueden ayudar a evaluar la existencia de abuso o maltrato en ancianos (Pearsall C, 2005). El maltrato a los ancianos supone, según la comunidad científica de ese país, una violación de los derechos humanos.

Ésta Declaración de Derechos Humanos de 1948 puede tener gran impacto en la órbita penal en el caso de litigios ya que las acciones por negligencia pueden basarse en vulneración de los derechos humanos al suponer un trato inhumano, cuando el estado actual de la ciencia permite evitar, tanto la aparición como el deterioro de UPP a categorías superiores o graves complicaciones.

Debemos de reconocer que la mejor defensa en casos abiertos contra profesionales de enfermería, transita por la utilización en sus intervenciones de directrices de actuación (nacionales o locales) pudiendo justificar y fundamentar adecuadamente la actuación mediante registros en la historia clínica de cada paciente.

Se deberá evaluar si la actuación sanitaria ha sido cuidadosa, adecuada, responsable y si se ha empleado la diligencia del buen especialista, es decir, si se ha cumplido la Lex Artis<sup>8</sup>.

Recordemos que la llamada Lex Artis ad hoc la establecen los propios profesionales sanitarios, a través de protocolos de actuación que las Universidades, sociedades científicas, colegios profesionales y academias efectúan, como entidades docentes, colegiadas y representativas que son del saber técnico y profesional<sup>12</sup>.

El seguimiento de los protocolos y guías de práctica clínica forman, junto con el deber de informar al paciente y la consecuente obtención de su consentimiento informado, parte de la Lex Artis.

Como aseveran Pancorbo y colaboradores <sup>13</sup> en uno de sus artículos: “un recurso importante para la prevención y el tratamiento de UPP son los protocolos o planes de actuación concretos”; “la protocolización de las intervenciones preventivas contribuye de forma notable a la disminución de la incidencia de UPP”

Se ha evidenciado el hecho de que la falta de protocolos de actuación aumenta la variabilidad de la práctica clínica y conduce a la ejecución de intervenciones poco adecuadas, lo que puede ser causa de responsabilidad legal del centro.

La Mala Praxis, la actuación profesional inadecuada, se produce, precisamente, cuando el sanitario realiza su actividad sin ajustarse a la Lex Artis, sin seguir las normas y principios establecidos por la comunidad científica, actuando de una forma descuidada, negligente, imprudente y técnicamente inadecuada.

El desarrollo de una de estas lesiones supone un fracaso de las medidas preventivas ya que, como reconoce la comunidad científica internacional, se puede evitar su aparición prácticamente en la totalidad de los casos por tanto se debería respetar el derecho universal de los pacientes a la prevención de estas lesiones. (Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de Úlceras por Presión como Derecho Universal .Octubre 2011.)

La citada declaración surge desde el seno de la Sociedad Iberolatinoamericana de Úlceras y Heridas (SILAUHE). Desde sus inicios el citado movimiento ha realizado una intensa campaña para evitar estas lesiones integrando a diferentes organizaciones científicas vinculadas a la temática.

Cabe señalar que la SILAUHE se crea en el año 2008, con el objeto de fomentar y defender dentro de su ámbito todo lo relacionado con la atención de las úlceras y otras heridas y los profesionales encargados de su cuidado, en aspectos deontológicos, ético-sociales, así como la dignidad y prestigio técnico cultural de éstos, y el nivel de desarrollo científico e investigador en torno a estos procesos.

A nivel internacional, la presencia o ausencia de una úlcera por presión es considerado un indicador de la calidad de la asistencia sanitaria brindada (Departamento de Salud del Reino Unido 1993, Gunningberg et al. 1999, Pearson et al. 2000, Wipke-Tevis et al. 2004, Pancorbo-Hidalgo et al. 2007).

Por tanto la aparición úlceras por presión representa una falla importante en los sistemas sanitarios para asegurar seguridad del paciente y la calidad de la atención.<sup>14</sup>

Desde el desarrollo por parte de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de su Guía de Práctica Clínica de prevención (AHCPR, 1992), se han considerado cuatro grandes áreas en la aplicación de medidas de prevención, secundado por documentos publicados posteriormente (EPUAP, 1999; NICE, 2004; RNAO, 2004; García-Fernández et al, 2007; Joanna Briggs Institute, 2008; Ávila et al, 2008; Rycroft-Malone, 2000; SS Illes Balears, 2007, EPUAP-NPUAP 2009): Valoración del riesgo de desarrollar una UPP, cuidados de la piel, reducción de la presión, educación.

La prevención se considera la forma más efectiva de enfrentarse a las UPP, constituyendo la calidad de los cuidados de enfermería un elemento medular en el éxito de las estrategias que se establezcan, garantizando la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles asistenciales.

En la actualidad los profesionales utilizan medidas preventivas en función del riesgo evaluado, lo que supone una optimización de los recursos y una adecuación de los medios disponibles.<sup>15</sup>

En la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención deben de estar implicados todos los miembros del equipo asistencial, los gestores, el propio paciente y la red de cuidadores informales. El objetivo es facilitar, mediante programas de Educación para la Salud, los conocimientos y

habilidades necesarias para la prevención de las UPP en los propios pacientes y cuidadores.

Recientes investigaciones han puesto de manifiesto una vez más como intervenciones multimodales en las que se integran (además de las intervenciones preventivas específicas recomendadas) la educación del equipo de enfermería, la designación de referentes institucionales en la temática y el contar con programas específicos para la prevención de estas lesiones contribuye a disminuir la aparición de estas lesiones.<sup>16</sup>

Debemos de considerar de que el proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y estrategias preventivas de las UPP, en ese sentido los indicadores epidemiológicos nos permiten cuantificar los resultados de las medidas preventivas realizadas.

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

El conocimiento y ulterior difusión de los datos epidemiológicos relacionados con las UPP se debería considerar una herramienta básica, además de para dimensionar la problemática, para la ruptura de una concepción cultural que admite a las UPP como proceso inevitable y secundario pero especialmente banal.

Su conocimiento constituye la piedra angular para el diseño y seguimiento de políticas sanitarias orientadas a su prevención y para una adecuada atención de los pacientes con UPP o que están en riesgo de padecerlas.

Se han realizado a nivel internacional múltiples estudios de prevalencia e incidencia de UPP que han logrado dimensionar la problemática pero han puesto de manifiesto variantes significativas entre ellos de acuerdo a los diferentes métodos de cálculo de los indicadores, así como criterios de inclusión y exclusión contemplados al tiempo de la recogida de datos.

De acuerdo a datos obtenidos en los mismos podemos señalar que a nivel hospitalario en Italia las cifras se han estimado en 8,3%, Francia (8,9%) Alemania (10,2%)<sup>17</sup>, Portugal (12,5%) Irlanda (18,5%), País de Gales (26,7%), Bélgica (21,1%), Reino Unido (21,9%), Dinamarca (22,7%), Suecia (23,0%),<sup>18</sup> España (7,2%)<sup>19</sup>, Canadá (22,9%)<sup>20</sup>, EEUU (14% -17%)<sup>21</sup>

Recientemente, en otros países también se ha comenzado a estudiar este problema, como es el caso de China que se estima en un dudoso 1,8%<sup>22</sup>

A nivel de las unidades o centros de larga estancia, diversos estudios muestran cifras de prevalencia mayor que a nivel hospitalario, por ejemplo en Canadá se han hallado cifras que varían entre el 53,2 y el 36,8% (Davis & Caseby 2001), entre el 29,2 y 8,8% en los Países Bajos y Alemania, respectivamente (Tannen et al. 2006) aunque Lahmann et al. (2006) informaron de un 13,9% con un ajuste similar en Alemania.

En relación a las residencias geriátricas (Park-Lee E, Caffrey C, 2004) presenta el conjunto de Residencias Asistidas Norteamericanas (datos del NCHS National- Center for Health Statistics del CDC) y que muestran una prevalencia

similar a la encontrada por el GNEAUPP en el tercer estudio de prevalencia nacional en España, del 11%

En Italia, se informó que la prevalencia a través de 10 unidades de largo plazo era de un 27% (Capon et al. 2007), y en los EE.UU. el 26,2% de los pacientes admitidos en unidades de cuidados de larga estancia se encontró que tenían una úlcera por presión (Keelaghan et al. 2008). Horn et al. han identificado una prevalencia del 9,8%<sup>23</sup>, 14,4% en la atención a largo plazo en los EE.UU., con tasas de prevalencia que se mantienen relativamente estables durante un período de 16 años (Vangilder et al. 2008). En Irlanda las cifras encontradas fueron del 9% (Moore et al. 2011)

Un reciente estudio muestra que en Japón, la prevalencia de las UPP encontrada en los hospitales de atención a largo plazo fue del 9,6%<sup>5</sup>. En el citado país se enfrentan hoy a un urgente problema de calidad de la atención vinculado a una adecuada prestación de atención de los pacientes con úlceras por presión o en riesgo de padecerlas.<sup>5</sup>

Si profundizamos en los estudios de prevalencia en donde se describen directrices en prevención o medidas preventivas, destacamos el estudio realizado por Bours et al. donde el objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de las úlceras por presión y el uso de las directrices holandesas para la prevención y tratamiento de úlceras por presión.

En el estudio participaron 16.344 pacientes de 89 instituciones de salud en donde la prevalencia media de fue de 23,1%. Se encontró que no se están siguiendo las directrices holandesas en algunos aspectos de la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sólo 53% de los pacientes que deberían haber sido colocados en una superficie especial para el manejo de la presión se había colocado en tal dispositivo.

Menos de un tercio de los pacientes que deberían haber sido reposicionados, debería haber recibido un apoyo nutricional, o debería haber sido educado, había recibido estas intervenciones.

Los autores concluyen que es necesario fomentar la difusión y enfatizar la aplicación de las directrices para reducir esta alta prevalencia de las úlceras por presión.<sup>24</sup>

En el 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, realizado por el GNEAUPP en el año 2009, se destaca el hecho de que a nivel hospitalario, en el 93,6% de los casos se utiliza una escala de valoración de riesgo de UPP, en el 92,3% se registran las medidas de prevención, en el 95,5% de los hospitales poseen un protocolo escrito de prevención y en el 87,4% de los centros existe una comisión de UPP a nivel hospitalario.

Estas cifras son menores en los centros Socio sanitarios y Atención primaria, excepto en el registro de las medidas preventivas donde las mismas en los centros Socio sanitarios correspondieron al 94,3%<sup>19</sup>.

A nivel latinoamericano, se han comenzado a desarrollar y a publicar algunos estudios de prevalencia nacional en algunos de los países, pero no han sido ajenos a las diferencias metodológicas encontradas en otros estudios.

Entre ellos cabe citar cifras de prevalencia en hospitales de segundo nivel en México de 17%<sup>6</sup> y en Brasil, donde se desarrolló un reciente estudio de prevalencia con el objetivo de determinar la prevalencia de UPP en pacientes en hospitales públicos e instituciones privadas brasileñas asociando las UPP con el estado nutricional y otros factores de riesgo, la prevalencia encontrada de UPP fue de 16.9%<sup>25</sup>.

Los autores concluyeron que la prevalencia de la UPP en los hospitales generales brasileños es alta, y la prevalencia de los malnutridos es extremadamente alta (52,4%). Destacan la desnutrición como uno de los factores de riesgo más importantes asociados con el desarrollo y la gravedad de las UPP en los hospitales.

El estudio en México determinó la Prevalencia puntual de UPP en tres hospitales de segundo nivel en México. Se incluyeron como variables: edad, sexo, planta de hospitalización, la puntuación de Braden y el número, localización y estadio de las úlceras encontradas, así como las medidas de alivio de presión.

En total, se analizaron 294 pacientes, de los cuales 63 fueron considerados de riesgo. La edad media fue de 48,6 años. La prevalencia global de la PU de 17%. El servicio con mayor prevalencia fue la UCI. El puntaje promedio de Braden de los pacientes con úlceras era de 10.

De ellos, el 60,3% tenía úlceras y sólo el 46% tenía alguna medida preventiva vinculada con el alivio de la presión.

En Uruguay no existen datos a nivel nacional sobre la epidemiología de estas lesiones así como del impacto que éstas tienen sobre los pacientes, cuidadores, instituciones de salud, Sistema Sanitario ni para el País en su conjunto.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE URUGUAY

Uruguay cuenta con una superficie de 176 220 km<sup>2</sup> y está dividido en 19 Departamentos.

Los datos obtenidos en el último Censo de Población del año 2011 señalan que la población total contabilizada es de 3.286.314 personas, el 40 % de las mismas residen en la ciudad de Montevideo, capital del país (Tabla 1). El 93% de la población se concentra en zonas urbanas<sup>26</sup>.

La composición de la población por sexo y edad es el resultado de la interacción de los componentes del crecimiento poblacional: mortalidad, natalidad y migración. Los datos obtenidos en el mismo ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya con descenso en las tasas de natalidad y mortalidad propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica similar a la que se encuentran los países desarrollados, pero en un contexto de subdesarrollo<sup>26</sup>.

En el contexto latinoamericano la transición demográfica en Uruguay ha tenido un perfil diferente, más acelerado y heterogéneo. A mediados del siglo XX, se encontraban países de transición avanzada (como Uruguay, Argentina y Cuba) y otros que han iniciado el proceso recientemente, como Bolivia y Haití (Chackiel, 2004).

Uruguay en su historia poblacional se caracteriza, como se ha señalado, por su peculiar transición demográfica, iniciada tempranamente, a fines del siglo XIX, y finalizada a mediados del siglo XX. En los primeros años, la transición de la mortalidad fue seguida por la transición en la fecundidad y acompañada de una tasa de crecimiento relativamente bajo a lo largo de todo el siglo pasado (Pellegrino, 2008). Fruto de ello, actualmente Uruguay se ubica en el segundo lugar de América Latina (luego de Cuba) en relación con las tasas de crecimiento bajo y la estructura envejecida de la población.

Difiere del proceso demográfico de Latinoamérica en el sentido de que no ha presentado en su historia altas tasas de crecimiento poblacional lo que ha contribuido a establecer un proceso de envejecimiento lento pero de mayor duración y en forma más profunda.

La población uruguaya crece a un ritmo anual de 0,19 por ciento. Esta reducción en el ritmo de crecimiento confirma la tendencia a la baja iniciada en el período intercensal 1996-2004. (Instituto Nacional de Estadística de Uruguay).

Las pirámides de población que se presentan en el Gráfico 1 muestran una disminución del porcentaje de niños menores de 10 años, fruto del descenso de la natalidad observado en los períodos intercensales.

En contrapartida al descenso de la población infantil, se observa en 2011 un aumento de la proporción de personas mayores de 50 años con respecto al año 2004. Este fenómeno está asociado al alargamiento de la vida producto del aumento de la probabilidad de supervivencia en las diferentes edades (incremento de la esperanza de vida al nacer) de 72 años para los hombres y 79 años para las mujeres.

Otro aspecto importante que influyó en el actual perfil sociodemográfico lo constituyó la emigración de jóvenes hacia el extranjero en busca de mejoras socioeconómicas y durante la dictadura militar en busca de asilo político lo que llevó desde entonces a que los saldos intercensales fuesen negativos (INE 2006).

La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011. De esta población, el 35% se ubica entre los más envejecidos (mayores de 75 años), en tanto que, del 65% restante, un 25% se ubica en la franja más joven (60 - 64 años) <sup>26</sup>.

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.

Este envejecimiento afecta de manera más acentuada a la población femenina que a la masculina, debido a las diferencias en la esperanza de vida de ambas poblaciones. Paralelamente, se puede afirmar que la población de adultos mayores de Uruguay presenta niveles de urbanización (93%), educación y alfabetización relativamente altos en relación con la región. Es una población homogénea desde el punto de vista étnico y presenta un alto porcentaje que se

reconoce dentro de la población blanca. En relación a los vínculos conyugales, se puede afirmar que los adultos mayores uruguayos se encuentran mayormente casados en valores promedios del continente, cercanos al 50%.

La condición de viudez se encuentra entre las más altas del continente y afecta en mayor medida a la población femenina que a la masculina<sup>27</sup>.

El porcentaje de hogares donde reside al menos un adulto mayor se ha mantenido relativamente estable durante la última década, alcanzando casi al 40% del total de hogares en Uruguay.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad, planteándose un enorme desafío para un sistema de salud basado exclusivamente en la responsabilidad y capacidad individual o el soporte familiar.

Se estima que un porcentaje importante de las personas de más de 65 años se encuentran en instituciones de atención a largo plazo o residencias geriátricas, de acuerdo a datos arrojados por el INE relativos al censo 2011, entre el 20% y 30% de los adultos mayores padecen alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria por lo que dependen de los cuidados realizados por otra persona.

El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos. (Programa Nacional del Adulto Mayor .MSP 2008)

Las proyecciones previstas para el año 2030 dan cuenta de una acentuación de esta transformación demográfica donde los mayores alcanzarán el 22,3% del total de la población y continuará la tendencia a la feminización de la vejez.

Esta situación nos obliga a pensar en un proyecto de país que tienda a la mejora sostenida de los procesos de envejecimiento. (Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, MIDES 2013)

Por lo antedicho, hemos definido a la sociedad uruguaya con un perfil de “sociedad envejecida” en donde las enfermedades crónicas, degenerativas y la pluripatología han ido adquiriendo un creciente y significativo protagonismo.

## SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD EN URUGUAY

La Constitución de la República Oriental del Uruguay establece en su artículo 44 la competencia general del Estado en cuanto a la orientación de la política de salud. También garantiza la atención gratuita de todos los habitantes del país que carezcan de recursos suficientes para su asistencia.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), creado por la Ley 9.202 de 1934, es el responsable de conducir la política nacional de salud. Su ley fundacional establece una serie de competencias fundamentales en materia de higiene pública, vigilancia y establecimiento de normativas. Es responsable por la organización y regulación del sector salud, por el establecimiento de las políticas de salud y supervisión del funcionamiento del sector en su conjunto.

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

- Responsabilidad de la 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. Incluye la capacidad de regulación mediante la creación de normas, la garantía de financiamiento y aseguramiento así como la equidad en el acceso.
- Regulación: marco normativo sanitario que protege y promueva la salud.  
Fiscalización
- Modulación del financiamiento
- Garantía del aseguramiento 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.
- Incorporación de 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

En Uruguay a partir del año 2005, se inició una reforma estructural para el sector salud, la cual se consolida en 2007 con la aprobación del Sistema Nacional

Integrado de Salud (SNIS) por medio de la Ley 18.211 que garantiza la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad a los servicios de salud. La reforma introduce tres cambios estratégicos para su implementación, el cumplimiento de sus objetivos y fines. En tal sentido se trazan cambios en el Modelo de Atención, Modelo de Financiamiento; y Modelo de Gestión<sup>28</sup>.

Ello significa cambios en las prácticas de trabajo, la distribución de los recursos, las decisiones de inversión, las competencias del sistema de salud, las normas que rigen el funcionamiento del sector y las relaciones entre los distintos componentes del sistema.

El artículo cuarto de la ley 18.211 señala los objetivos generales del Sistema Nacional Integrado:

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.

El SNIS del Uruguay está constituido por los subsectores público y privado.

1. Componen el sector público de prestación de servicios de salud:

1.1 La red de servicios de salud de la **Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)** es la principal del país, y comprende hospitales, centros de salud y policlínicas. Da cobertura a una población de 1.192.580 personas, corresponde aproximadamente al 36% de la población total del país. Brinda asistencia a lo largo de todo el territorio nacional a través de 48 hospitales generales, 11 hospitales especializados, 170 policlínicas y 27 centros de salud.

El número total de camas disponibles es de 5850 (1439 de cuidados básicos, 4217 de cuidados moderados, 194 de cuidados intermedios-intensivos (119 adultos, 75 pediatría).

La Universidad de la República mediante el Hospital de Clínicas cubre población de ASSE y actualmente funciona con 450 camas.

1.2 **Sanidad de las Fuerzas Armadas** cuenta con infraestructura hospitalaria propia en Montevideo, con 450 camas y servicios de enfermería en las unidades militares del resto del país. Brinda cobertura a aproximadamente 250.000 personas (militares en actividad y retirados y sus familiares).

1.3 **Sanidad Policial** tiene una infraestructura hospitalaria de 132 camas en Montevideo y en el interior contrata servicios de ASSE y de prestadores privados. Da cobertura a 70.000 personas (policías en actividad, retirados y familiares).

1.4 **El Banco de Previsión Social** cuenta con el Servicio Materno Infantil con instalaciones propias ambulatorias y brinda cobertura a cónyuges e hijos de beneficiarios del Seguro de Enfermedad, que no cuenten con cobertura privada.

1.5 **El Banco de Seguros del Estado** dispone de un sanatorio propio de 160 camas en Montevideo y contrata servicios en el interior del país. Cubre accidentes laborales y enfermedades profesionales del sector privado de la actividad.

1.6 **La mayoría de las Intendencias Municipales** cuentan con atención de primer nivel, mediante convenios con ASSE.

2. En el sector privado se ubican:

2.1 Las **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)**. Estas entidades, cualquiera sea la modalidad legal adoptada (asociaciones asistenciales o mutuales, cooperativas de profesionales o servicios de asistencia) son sin fines de lucro, 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. Cuentan con 47 instituciones prestadoras de servicios de salud integrales de prepago, 12 de las cuales tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) determina sus prestaciones obligatorias, controla, supervisa la asistencia, su economía y finanzas. La mayoría de estas organizaciones cuentan con servicios de internación propios y sus beneficiarios ascienden a 2.045.300 personas lo que representa el 61,5% de la población. Las instituciones tienen entre 3.000 y 240.000 afiliados cada una. El porcentaje de usuarios de más de 65 años asciende al 15%.

De acuerdo a los datos brindados por el MSP sobre indicadores asistenciales 2012 por el Sistema Nacional de Información, las IAMC disponen en todo el país de 3297 camas de cuidados moderados y 624 camas de cuidados críticos.

2.2 Una parte menor de la demanda privada de cuidados de salud lo cubren las **Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP)**. Estas instituciones 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.

2.3 Los siete **Seguros Privados** son empresas privadas (con fines de lucro), que brindan prestaciones asistenciales integrales en régimen de prepago a unas 89.182 personas lo que corresponde al 2,2% del total de la población.

La propuesta de gasto y financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se basa en un Seguro Nacional de Salud (SNS) que está articulado sobre la unificación de los recursos que se vuelcan al financiamiento del sistema en un único fondo de financiamiento. Este fondo único está destinado a financiar un conjunto definido de servicios médicos para toda la población, ya sean de alta, mediana y baja complejidad.

Los usuarios del sistema aportan al Fondo un porcentaje de su ingreso y obtienen atención médica de parte de los prestadores. Por su parte, los organismos que administran el Fondo pagan a los prestadores una cápita ajustada por sexo y edad del usuario, y un pago fijo por afiliado o usuario condicionado al cumplimiento de metas asistenciales.

La Ley 18.131 creó el fondo único de financiamiento denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA), al que se le estableció el objetivo de financiar el régimen de prestación de asistencia médica de un colectivo de trabajadores dentro de los que se incluía a los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (BPS), los jubilados de menores ingresos que hubieran optado por este seguro y los funcionarios públicos y otros dependientes del estado<sup>26</sup>.

Asimismo, la ley define que el BPS es el encargado de la administración del FONASA y, abona, por orden de la Junta Nacional de la Salud, una cuota ajustada por edad y sexo, uniforme a todos los prestadores por los que optaron los beneficiarios además de una cuota variable asociada al cumplimiento de metas asistenciales.

Este último componente de la cuota salud se ajustará periódicamente de acuerdo a la variación del IPC y se establece que ante la verificación del incumplimiento de las metas se determinará que se suspendan total o parcialmente los pagos por este componente.

Por su parte, la Ley 18.211 es la que formalmente crea el Seguro Nacional de Salud (SNS) que es financiado a través del FONASA y está constituido en el BPS, aunque es la Junta Nacional de Salud creada por esta ley quien está a cargo de la administración del mismo.

Las cápitas (la media del monto de dinero que se paga por persona) ajustadas por sexo y edad que el FONASA paga a las instituciones prestadoras, financia el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Este Plan es un paquete integral de atención médica, que comprende los servicios médicos esenciales, de mayor costo-efectividad, que constituyan acciones respaldadas por la medicina basada en la evidencia, que hayan superado las fases experimentales y que, por lo tanto, hayan sido validados por centros académicos de referencia.

Como se ha mencionado, el MSP es la principal autoridad sanitaria del país y es el responsable de planificar, regular y conducir la política de salud. Cuenta con cuatro Unidades Ejecutoras. Sus funciones de conducción y regulación sectorial son ejercidas fundamentalmente a través de la DIGESA (Dirección General de Salud), JUNASA (Junta Nacional de Salud) y en parte a través de la DIGESE (Dirección General de Secretaría), por último, el Instituto Nacional de Donaciones y Transplantes.

La DIGESA es responsable de promover la salud de la población, desarrollando las bases técnicas de políticas que garanticen el acceso a las prestaciones de salud a la población, regulando los servicios de salud, tecnologías, medicamentos, alimentos y productos que actúan sobre la salud humana. La DIGESA ejerce las funciones técnicas-políticas de supervisión, planificación y vigilancia sanitaria en todo el territorio nacional, a través de sus 19 direcciones departamentales. También cuenta con un Cuerpo de Fiscalizadores de la Salud, que es responsable de ejercer las funciones de vigilancia y policía sanitaria.

La DIGESE es responsable de proporcionar los servicios de apoyo administrativo y financiero para el correcto funcionamiento de todo el MSP. La DIGESE cuenta también con una División de Economía de la Salud, responsable de generar información y análisis sobre el funcionamiento económico-asistencial de los servicios de salud, además de los estudios concernientes a la implementación del Seguro Nacional de Salud.

La JUNASA es un organismo desconcentrado, responsable de administrar el Seguro de Salud y de orientar la construcción y conducción del sistema. La JUNASA está integrada por dos miembros del MSP, uno de los cuales lo preside, más un miembro del MEF y del BPS. También lo integran representantes de las

organizaciones de usuarios, trabajadores y por los prestadores integrales de salud. La JUNASA es responsable de dar seguimiento a los Contratos de Gestión que los Prestadores de Salud firman con el MSP, donde se definen los derechos y obligaciones de la población amparada por el Seguro. Los Contratos de Gestión son la herramienta por la cual los prestadores se comprometen para el cumplimiento del objetivo principal que radica en el cambio de modelo asistencial. En tal sentido, en estos contratos se determinan y regulan las prestaciones, los mecanismos de pagos por cápitas y metas asistenciales.

También existe un amplio abanico de instituciones públicas autónomas administradas por Comisiones Honorarias, que son supervisadas y orientadas por el MSP. Estas comisiones se integran por representantes del Estado y de la sociedad. Dentro de las comisiones más importantes se cuenta al Fondo Nacional de Recursos, responsable de financiar a las prestaciones de complejidad tecnológica y alto costo, y las comisiones relativas a tuberculosis, cáncer, hidatidosis, etc.

En lo que respecta a la salud de la población adulta 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 geriátricas.

En su órbita funciona el Hospital Centro Geriátrico Doctor Luis Piñeiro del Campo, es una unidad hospitalaria polivalente especializada en Adultos Mayores que se encuentra en el marco de los Servicios de Salud del Estado. Cuenta con 250 camas Este centro posee una unidad de larga estancia, unidad de media estancia y el servicio de atención e inserción comunitaria o centro diurno.

Brinda como prestaciones sanitarias a sus usuarios: Prevención, valoración y tratamiento Geriátrico Gerontológico Integral; Atención Psiquiátrica; Valoración Nutricional y planificación alimenticia; Prevención, control y tratamiento Odontológico incluyendo prótesis dentarias; Atención y cuidados de Enfermería; Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

La Ley N° 18.617, promulgada en octubre de 2009, creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor en la órbita del MIDES. La misma asigna al instituto las siguientes competencias: la promoción integral de las personas mayores; la planificación,

el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas a las personas adultas mayores; la coordinación y co ejecución con los organismos estatales y privados; el asesoramiento a los organismos del Estado sobre los derechos de las personas mayores; y la realización de convenios con los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera.

Debemos de señalar que el envejecimiento poblacional de Uruguay se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares potenciales, esto se expresa en la razón de dependencia, que de 100 cuidadores potenciales cada 55 adultos mayores existente en 1995, se pasará a 100 cuidadores potenciales por cada 93 adultos mayores en el año 2025.(Programa Nacional del Adulto Mayor MSP)

Los cambios en la estructura familiar se asocian con la fuerte reducción del número de integrantes de la familia, la baja natalidad y la emigración internacional de cohortes jóvenes durante la dictadura y en las sucesivas crisis económicas.

La integración de la mujer al mundo laboral ha significado también la disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables.

La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas, sistemas de respiro), que proporcionen soporte a las familias en la comunidad, ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia de carácter privado (residencias geriátricas - "casas de salud", hogares de ancianos).

En relación a las Residencias Geriátricas Privadas señalar que la reglamentación técnica de estos centros está regulada por el Decreto N° 320/999 en la órbita del MSP y el Ministerio de trabajo y seguridad social.

El mismo establece en forma precisa y detallada todos los requisitos técnicos que deberán cumplir los establecimientos privados que alojan ancianos en nuestro país.

Los establecimientos privados a que se refiere la ley que se reglamenta son aquéllos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios.

A estos efectos se considera Adulto Mayor a toda persona que haya cumplido sesenta y cinco años de edad.

El citado Decreto establece:

**Artículo 3º.**- (Concepto de hogares).- Dichos establecimientos se denominarán "hogares" cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores.

**Artículo 4º.**- (Concepto de residencia).- Se denominarán "residencias", los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico - gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.

**Artículo 7º.**- (Habilitación y registro).- Todas las residencias, hogares, centros y demás servicios para adultos mayores, autoválidos o discapacitados, deberán contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública y estar inscriptos en el Registro Unico Nacional a cargo de dicho Ministerio, a través de la División Control de Calidad, quien a la vez tendrá a cargo el control sobre dichos establecimientos.

Como requisitos para la habilitación se establece en primera instancia que todos los establecimientos deberán realizar una solicitud de habilitación ante la División Control de Calidad del Ministerio de Salud Pública, una vez inscriptos en el Registro Único Nacional.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la División Control de Calidad, realiza el control de aquellas instituciones previamente habilitadas a través de inspecciones regulares, mediante ciclos de inspección periódicos cada 2 años. Se realizarán inspecciones adicionales ante denuncias de irregularidades o para seguimiento de los cronogramas de correcciones acordados en las inspecciones regulares y en la inspección inicial.

Otro recurso lo constituyen las Residencias Geriátricas Públicas, en las que se encuentran habilitadas 150 camas de hogares.

De acuerdo a datos del último censo (INE 2011, 13817 ancianos residen en 843 residencias geriátricas (Tabla 2), pero según el MSP existen más de 1.000 residencias geriátricas pero las que figuran en el Registro Único de acuerdo establece la normativa es un bajo porcentaje de éstos.

En este apartado se debe señalar que pese a que se han iniciado instancias de trabajo en forma conjunta con las autoridades ministeriales correspondientes, debido al cambio de responsables en las áreas específicas vinculadas a la temática, (vale decir en el Programa de Ancianidad), no se cuenta al momento de la presentación del proyecto de investigación con datos consecuentes sobre el número de residencias geriátricas habilitadas por el MSP así como del número de personas que en ellas residen.

#### **RED DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL**

La red asistencial de atención primaria en Uruguay está formada fundamentalmente en el sector público por la Red de Atención de Primer Nivel (RAP ASSE), también la integran los prestadores públicos mencionados anteriormente (Sanidad Policial, Militar, etc) y en el sector privado por las diferentes Instituciones prestadoras de salud (IAMC) pero además se integran otros múltiples efectores que ofrecen prestaciones integrales o parciales (Seguros Privados, etc).

**Sector público: Red de Atención Primaria–ASSE:** integra 114 puntos de contacto de efectores de salud con la población, en la capital del país y parte de la zona metropolitana.

RAP-ASSE es una unidad ejecutora de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo, responsable de la atención a la salud en el Primer Nivel, de alrededor de 350.000 ciudadanos con cobertura formal del sector público a través de ASSE.

Deben señalarse aquí rasgos relevantes del perfil institucional, que también caracterizarán a su Red de Atención del Primer Nivel: a partir de la Reforma

iniciada en el año 2005, ASSE se configuró en un organismo descentralizado, empresa pública prestadora de servicios de salud perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud; a la vez, por el mandato constitucional de que el Estado debe asegurar la atención a la salud de las personas en situación de indigencia, constituye el brazo operativo estatal para dar cobertura en salud a todas las personas en situación de exclusión social, inclusive extranjeros.

En la RAP-ASSE anualmente se brindan aproximadamente 1.000.000 de consultas médicas a sus usuarios. Incluye servicios territoriales (Centros de Salud, Policlínicas, Consultorios de Área) y un Sistema de Unidades Móviles para emergencia, urgencia y traslados.

En 1983, los Centros de Salud del Interior del país pasaron a depender de los Centros Departamentales, mientras que el Nivel Central del Departamento de Centros de Salud y los Centros de Salud de Montevideo quedaron integrando el Servicio de Asistencia Externa.

La reorganización de la base territorial se inició en el año 2005 y ha implicado la definición de tres Regiones de Salud: Oeste, Este y Centro Sur, que a su vez contienen cada una 6 Zonas de Salud, totalizando 18 zonas en la ciudad de Montevideo, compatibles con la división territorial administrativa municipal. En un proceso participativo que integró actores institucionales del campo de la salud y actores comunitarios, han sido definidas 71 Áreas de Salud en la ciudad, que configuran unidades de territorio-población, cuya atención sanitaria está provista por, al menos, un efector de la Red.

Las Zonas de Salud son coordinadas por alguno de los 12 Centros de Salud de la RAP, que son nodos claves en la estructuración y el funcionamiento de la Red. En el interior del país no existe una organización específica de servicios de APS, ésta se brinda en ASSE a través de centros de salud, policlínicas y consultorios dependientes de los hospitales departamentales.

### **Sector Privado:**

En las IAMCs, la red asistencial a de APS la conforman los servicios ambulatorios de las 47 IAMCs distribuidas en todo el territorio.

Cabe señalar que en lo que se refiere a atención domiciliaria muchas de las Instituciones cuentan con servicios contratados a terceros para dar cobertura a este servicio.

Pese a que se han producido diversas reestructuras en el marco de la Reforma Sanitaria aún hoy contamos con una red asistencial en el primer nivel fragmentada, heterogénea.

## FUNDAMENTACIÓN

Teniendo en cuenta lo que hemos referido anteriormente, podemos señalar que hoy nos enfrentamos al desafío de asistir a una población, que por su perfil socio demográfico y por sus características, representa una población de riesgo de padecer UPP<sup>29</sup>, presentando una gran demanda de cuidados vinculados a la prevención y tratamiento de estas lesiones.

La temática de las UPP aún no ha sido incluída en ninguno de los Programas de Salud hasta el momento existentes y es entendido mayoritariamente por parte de los gestores, profesionales y técnicos del área de la salud y población en general como “un proceso inevitable”.

Entendemos que se hace imprescindible poder contar con Políticas Nacionales de Salud orientadas a prevenirlas, pero el diseño de políticas en el orden sanitario o social siempre ha de estar basado en el conocimiento epidemiológico del problema. (Soldevilla et col 2009).

Como señala el Dr Soldevilla “la epidemiología de las Úlceras por Presión (UPP) se debería considerar una herramienta básica, además de para la adecuación de su impacto, para la ruptura con un pasado tildado de proceso inevitable y secundario pero especialmente banal, como piedra angular para el diseño y seguimiento de políticas sanitarias orientadas a su prevención y para una adecuada atención”.

Los estudios de incidencia y prevalencia tienen el potencial de proporcionar información importante para evaluar la calidad de la atención y de la eficacia de protocolos de prevención de las úlceras de presión, y cada vez se utilizan con mayor frecuencia para determinar la financiación de la atención de la salud y el reembolso.<sup>30,31</sup>

Pese a los avances de la comunidad científica de las ciencias de la salud y el continuo desarrollo y mayor accesibilidad a los adelantos tecnológicos, las UPP continúan siendo hoy un importante problema en todos los niveles asistenciales.

Es necesario un cambio cultural con respecto a la concepción de estas lesiones que erradique la asunción de las mismas como algo inevitable, cambio del que

deberán participar todos los profesionales del equipo asistencial , gestores, autoridades sanitarias y población en general.

Para promover el cambio indudablemente debemos trabajar en forma conjunta con Organismos Gubernamentales y Sociedades Científicas vinculadas a la temática.

La Sociedad Científica Uruguaya de Heridas es una Sociedad Civil sin fines de lucro, fundada en el año 2009 y cuya misión es el estudio, desarrollo y difusión de todos los aspectos (o disciplinas) que refieren a la prevención, manejo y tratamiento de heridas y úlceras.

Se ha propuesto desde sus inicios obtener valores epidemiológicos que permitan dimensionar el problema de modo de iniciar un trabajo conjunto con todos los actores con el objetivo de aunar esfuerzos y propuestas para prevenir estas lesiones.

En ese sentido se ha propuesto a las autoridades ministeriales la realización del presente estudio en forma conjunta, aspecto fundamental para lograr una mayor adherencia de las diferentes instituciones prestadoras de salud y de los profesionales sanitarios y para iniciar un trabajo conjunto en aras de establecer estrategias sanitarias que mejoren el estado de salud de nuestra población.

A través de este estudio se busca dar respuesta a interrogantes aún no resueltos. Su propósito es conocer, especificar las características de los pacientes con úlceras por presión así como los aspectos relacionados con las estrategias y prácticas actuales de prevención de las mismas en los pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.

El poder realizar un diagnóstico primario sobre las estrategias y prácticas actuales en relación a la prevención de estas lesiones en las diferentes instituciones del país nos permitirá reconocer el posicionamiento en relación a la problemática.

El poder dimensionar esta problemática y adecuar su impacto, constituye un elemento de valor para el desarrollo de planes nacionales de actuación, movilizandolos recursos políticos, sociales y humanos, en la prevención de las UPP en pro de la salud de los ciudadanos en general.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.

### **ESPECÍFICOS**

Describir el perfil de los pacientes con úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.

Describir variables relacionadas con estrategias y prácticas actuales de prevención de úlceras por presión en las instituciones de salud y en las residencias geriátricas.

El diseño de esta investigación es descriptivo. Se busca conocer, especificar las características de los pacientes con úlceras por presión así como los aspectos relacionados con las estrategias de prevención de las mismas en los pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.

## METODOLOGÍA

### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo al problema de investigación y los objetivos planteados, se realizará un estudio descriptivo simple transversal. Se estudiarán las características de una muestra, identificando la ocurrencia de un fenómeno y describiendo las variables que lo conforman en un momento determinado.

En ese sentido se efectuarán mediciones, se establecerán frecuencias y se usarán algunas herramientas estadísticas para retratar mejor la situación, no se establecerán relaciones de causa.

Para el cálculo de la epidemiología de las UPP se utilizarán las directrices de clasificación de EPUAP-NPUAP (2009)<sup>32</sup> e indicadores epidemiológicos del GNEAUPP<sup>33</sup>.

Aunque la incidencia es considerada como un mejor indicador que la prevalencia<sup>32,33,34</sup>, se seleccionó el cálculo de la prevalencia de UPP debido a la facilidad de su determinación en poblaciones de estudio de gran tamaño y contextos multicéntricos.

La prevalencia mide la proporción de personas en una población determinada con una cierta condición o que presenta un determinado evento (UPP) en un momento dado.

Este diseño de investigación no permite identificar relaciones causales entre los factores estudiados, puesto que mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente).

Debido a esto, no es posible determinar si un supuesto factor de exposición precedió al aparente efecto y establecer causalidad entre exposición y efecto.

Se calculará “prevalencia puntual” dado que se obtendrá la información solo en un momento del tiempo (cuando se proceda a la recolección de los datos).

La prevalencia puntual para cada nivel asistencial, se calculará en dos sentidos:

- Prevalencia cruda (PC) = (todos los pacientes con UPP/total de pacientes estudiados en cada nivel) x 100
- Prevalencia media (PM) = se calcula la prevalencia en cada unidad de estudio y posteriormente se calcula la media estadística  $\pm$  la desviación estándar (DE).

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio serán todos los pacientes mayores de 18 años que se encuentren ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas públicas y privadas habilitadas por el MSP de Uruguay.

## **UNIDAD DE ESTUDIO**

Se han tomado como criterios de inclusión todos los pacientes mayores de 18 años que se encuentren ingresados en las instituciones de salud pública y privada y en las residencias geriátricas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) al momento de realizar la recogida de datos.

Se excluirán los pacientes hospitalizados en los servicios de hemodiálisis, obstetricia, hospital de día y servicios de psiquiatría y a aquellos pacientes con menos de 24 hs. desde su ingreso en la institución o residencia hasta el momento de la recogida de datos.

Sin duda el integrar los tres niveles asistenciales (hospitalaria, atención primaria y socio sanitaria o residencias geriátricas) contribuiría en la validez externa del estudio pero, debido a las características de la red asistencial en atención primaria en nuestro país (heterogénea y compleja en relación a la accesibilidad de información), en esta investigación no será factible incluir los pacientes que se asistan en este nivel.

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Una muestra será representativa únicamente si es válida y fiable, esencialmente las muestras deben ser representativas de la población de donde proceden, aleatorias y tener el tamaño suficiente, de este modo se obtendrán muestras representativas con mayor fiabilidad y sus resultados podrán ser extrapolados a la población de referencia.

Si bien tendría mayor validez externa una selección de la muestra de forma aleatoria, se ha considerado que ello no sería posible debido a que las Instituciones que participarán en el estudio serán en carácter voluntario, por tanto el muestreo será por conveniencia.

La selección de la muestra, se determinará a partir de la población de estudio que cumplan con el criterio de inclusión, la misma se realizará en forma no aleatoria y los criterios de selección serán determinados en forma conjunta con el MSP, con el propósito de obtener el mayor número posible de instituciones de salud participando en el estudio.

Debemos tener en cuenta que el tipo de muestreo seleccionado y los probables errores en la clasificación de los participantes al momento de incorporarlos al estudio, puede generar sesgos en la selección (sesgo de muestreo o de selección). El mismo se produce cuando se elige una muestra que no representa adecuadamente a la población de estudio.

### **EL CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL**

El tamaño de muestra (TM) permite controlar la precisión de los resultados y hace posible la generalización de los resultados, es decir, controla su fiabilidad.

El TM representa el número mínimo de elementos que debería tener una muestra para que proporcione resultados suficientemente fiables. Dicho tamaño depende del tipo de variable respuesta, en el presente estudio.

A grandes rasgos el TM está relacionado, entre otros, con:

- Las expectativas de resultados
- El conocimiento o experiencias previas en el asunto que se va a estudiar
- En la aversión al riesgo del investigador
- En la precisión deseada
- En la confianza que se desea que merezcan los resultados
- En la variabilidad del fenómeno o proceso estudiado
- En la relevancia científica o clínica de los objetivos
- En la posición abierta o dirigida que se quiera dar a los resultados

En el presente estudio el cálculo se ha realizado estimando la ocurrencia de un determinado fenómeno para poblaciones infinitas, en ese sentido tenemos que 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% (teniendo como referencia la tasa de prevalencia de UPP de España en el último estudio de prevalencia realizado en el 2009 por el GNEAUPP) será necesario

incluir 315 unidades experimentales en el estudio teniendo en cuenta que el porcentaje de abandono es del 10% sería necesario entonces reclutar 350 unidades experimentales.

Se han tomado como referencia los datos hallados en España teniendo en cuenta la similitud sociodemográfica poblacional con Uruguay y considerando que en el entorno latinoamericano en los países con perfiles poblacionales similares no hay estudios de carácter nacional.

#### **VARIABLES DE ESTUDIO:**

Las variables de estudio que se tendrán en cuenta han sido seleccionadas teniendo como referencia los datos mínimos establecidos por el EPUAP<sup>35,36</sup> para reunir datos de prevalencia, los utilizados en estudios de prevalencia realizados en España por el GNEAUPP<sup>17</sup> y Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (GNEAUPP 2012)<sup>37</sup>.

Se han considerado variables relativas a datos generales de la institución, características del paciente con UPP, relativas a las UPP y a las medidas y estrategias de prevención de UPP que desarrollen las Instituciones y Residencias Geriátricas en donde se realizará el estudio.

#### ***Información general de la Institución de Salud y Residenciales Geriátricos.***

Definición: Conjunto de datos significativos y pertinentes que describan cada entidad.

- **Institución de Salud:** 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.

Categorías: Pública-Privada

- **Residencia Geriátrica:** variable cualitativa nominal.

Definición: 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.

Categorías: Pública-Privada

- **Departamento en donde se encuentra la Institución de Salud o Residencia Geriátrica:** cualitativa nominal

Definición: Área geográfica del territorio nacional en donde se encuentra la Institución o Residencia.

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 la Institución de salud:** variable cualitativa nominal.

Definición: 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.

Categorías:

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: 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.

- **Número de camas habilitadas de la Institución:** 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:** variable cualitativa nominal.

Definición: es aquella 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. Unidad asistencial en donde se encuentra ingresado el paciente en el momento de la recogida de datos.

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.

- **Número de camas habilitadas por el MSP en la unidad asistencial** variable cuantitativa discreta.

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

Categoría: Numérica.

- **Número de camas ocupadas en la unidad asistencial en el momento del relevamiento de datos.** 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

### ***Características del paciente con UPP:***

Definición: son aquellos aspectos o variables que configuran el estado e identidad de los pacientes con UPP.

- **Edad:** variable cuantitativa continua.

Definición: Tiempo que ha vivido una persona.

Categoría: años

- **Sexo:** variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo.

Categoría: Hombre-Mujer

- **Días de internación:** Cuantitativa discreta.

Definición: Números de días desde que el paciente ingresó a la institución hasta el momento en que se realiza la recogida de datos.

Categoría: días

- **Riesgo de UPP evaluado por escala Braden:** Cualitativa ordinal.

Definición: Riesgo del paciente de desarrollar UPP evaluado por la aplicación de la Escala de Valoración de Riesgo de Braden en el momento de la recogida de datos.

Categorías:

Alto riesgo: Puntuación obtenida  $\leq 12$  puntos

Moderado Riesgo:  $\leq 14$  puntos

Bajo Riesgo:  $\leq 16$  puntos

- **Incontinencia:** Cualitativa nominal.

Definición: Pérdida involuntaria de heces u orina. (Documento Técnico GNEAUPP nº10)

Categorías:

No presenta

Incontinencia urinaria

Incontinencia fecal

Incontinencia mixta

- **Utilización de Superficie especial para el manejo de la presión.**

Cualitativa nominal.

Definición: Utilización en el momento de la recogida de datos de superficie o dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, de la fricción, cizalla y/o microclima, y que abarca el cuerpo de un individuo o una parte del mismo, según las diferentes posturas funcionales posibles.

Categorías:

No utiliza

Colchoneta / sobrecolchón estático (espuma o fibra)

Colchoneta / sobrecolchón dinámico (aire alternante)

Colchón estático (espuma o fibra)

Colchón dinámico (aire alternante)

Cama especial fluidificada

Almohadón (cojín) estático (espuma o fibra)

Almohadón (cojín) dinámico (aire alternante)

- **Úlcera por presión:** cualitativa nominal dicotómica.

Definición: 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. (EPUAP-NPUAP, 2009).

Categorías corresponden a: Presente, Ausente

- **Número de úlceras por presión por paciente:** 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.

Categorías: 1, 2, 3, 4, 5, >5

- **Lugar donde se originó la lesión:** 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 de Salud

En residencia geriátrica

En el domicilio

Se desconoce

- **Antigüedad de la úlcera por presión:** variable cuantitativa discreta.

Definición: Tiempo transcurrido entre la aparición de la úlcera por presión y el momento de la recogida de datos.

Categorías: días

- **Categoría de la úlcera por presión:** Variable cualitativa ordinal

Definición: Clasificación de la úlcera por presión de acuerdo al alcance en profundidad de la lesión. Se utilizará la categorización establecida por la EPUAP (2009).

Categorías:

*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.

*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.

*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.

*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.

### ***Estrategias de prevención de úlceras por presión:***

Definición: conjunto de las reglas y medios que aseguran una decisión óptima en cada momento con el objetivo prevenir las UPP.

- **Existencia de Comisión de UPP** Cualitativa nominal dicotómica.

Definición: Existencia en la institución sanitaria de grupo técnico asesor de las Direcciones o Gerencias de las Áreas Sanitarias, Centros Hospitalarios, Residencias y Centros socio-sanitarios, encargados de fomentar, organizar y coordinar los cuidados de los pacientes con Úlceras por Presión o con riesgo de desarrollarlas, en sus vertientes de prevención, tratamiento, control epidemiológico, formación e investigación, con el fin último, de garantizar a los mismos, unos cuidados excelentes basados en la última evidencia científica.<sup>38</sup>

Categorías: Presente-Ausente.

- **Realización de estudios de prevalencia en la Institución (en los últimos 5 años):** Cualitativa nominal dicotómica

Definición: Realización de estudio descriptivo en donde el atributo seleccionado de la población o muestra poblacional se mide en un punto determinado del tiempo, en lo que es equivalente a tratar de obtener una "fotografía" del problema. Se busca conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado (presencia de UPP)

Categorías: Presente-Ausente

- **Realización de estudios de incidencia en la Institución (en los últimos 5 años):** Cualitativa nominal dicotómica

Definición: Realización de estudio longitudinal que permite medir la proporción de personas en una población determinada que inicialmente no tenían UPP y que las han desarrollado en un período de tiempo determinado.

Categorías: Presente-Ausente

- **Existencia de protocolo de prevención de UPP escrito** Cualitativa nominal dicotómica.

Definición: Descripción detallada 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.

- **Realización de actividades de capacitación sobre prevención de UPP (en el último año) en la Institución.** Variable cualitativa nominal dicotómica

Definición: Realización de actividades que promuevan la adquisición de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que van a contribuir al desarrollo del individuo en el desempeño de actividades vinculadas a la prevención de las úlceras por presión.

Categorías: *Presente-Ausente*

- **Uso de Escala de valoración de riesgo en forma sistemática.** Variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición: Utilización de un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo en el momento del ingreso y en forma periódica.

Categorías: Presente – Ausente.

- **Disponibilidad de Superficies Especiales para el Manejo de la Presión en la Institución** Cualitativa nominal dicotómica.

Definición: Capacidad de la Institución de disponer de Superficies Especiales para el manejo de la Presión listas para utilizarse sin demora cuando son necesarias.

Categorías: Presente – Ausente.

### ***Realización de medidas preventivas en las Instituciones de Salud y en las Residencias Geriátricas.***

Definición: Conjunto de intervenciones que realiza el personal de enfermería con el objetivo de prevenir la aparición de UPP.

- **Cambios Posturales en cama:** cualitativa nominal

Definición: técnica mediante la cual se reposiciona al paciente en la cama: Decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito supino, decúbito prono.

Categorías: Presente-Ausente- Se desconoce

- **Cambios Posturales en pacientes sentados:** cualitativa nominal

Definición: técnica mediante la cual se reposiciona al paciente cuando se encuentra sentado en la el sillón, silla,etc:

Categorías: Presente-Ausente- Se desconoce

- **Protección local:** variable cualitativa nominal dicotómica

Definición: El paciente tiene aplicado dispositivos locales para aliviar la presión en zonas de riesgo en el momento de la recogida de datos.

Categorías: Presente-Ausente

- **Cuidados de la piel:** Cualitativa nominal

Definición: Conjunto de actividades relacionadas con la limpieza, humedad y manejo de la presión, que se realizan al paciente para mantener una piel sana en forma diaria.

Categorías: Presente-Ausente-Se desconoce

## RECOGIDA DE DATOS

El período de recogida de datos por institución será de siete días una vez que se ha comunicado la autorización del centro en donde se recogerán los datos y la fecha de inicio a los encuestadores.

La recogida de datos será realizada por dos enfermeras voluntarias por institución previamente entrenadas por el grupo investigador.

El momento de recogida de datos en cada institución será coordinado por las enfermeras voluntarias con las autoridades de cada centro.

Se les entregará un manual (Anexo 1) que incluirá las definiciones de las variables del estudio y detallará elementos importantes que permitan un correcto registro de los datos obtenidos en el instrumento de recogida de datos a utilizar.

El número reducido de observadores, el entrenamiento previo de los mismos y la inclusión de material didáctico escrito se ha considerado ayudarán a disminuir sesgos en la obtención de los datos.

El método de recolección de datos será estructurado dado que se definirá previamente la información que deberá obtenerse y la forma de hacerlo.

Los métodos a utilizar serán la observación, entrevista estructurada con la realización de un cuestionario, utilización de una escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (Braden)

Para la recogida de datos se elaborará como instrumento, una hoja de registro de datos (Anexo 2) a la que le será previamente evaluada su fiabilidad y validez en una prueba piloto previo a su definitiva aplicación en al menos en tres centros.

Para su elaboración se han tomado en cuenta instrumentos de recogida de datos de estudios similares anteriormente realizados <sup>6,18</sup>.

La fiabilidad del instrumento es esencial para asegurar la coherencia interna de los datos obtenidos.

Para valorar la fiabilidad del instrumento de recogida de datos se evaluará su estabilidad (aplicando la medición dos o más veces al mismo sujeto), equivalencia (calculando el porcentaje de la concordancia inter observador) y

homogeneidad o consistencia interna (mediante el cálculo del estadístico alfa de Cronbach).

Las fuentes de obtención de datos primarias serán la observación directa, la inspección y la realización de entrevistas. Como fuentes secundarias se utilizarán distintos documentos: la historia clínica y estadísticas de cada institución.

Las dificultades mayores podrían radicar en la aplicación de la EVRUPP de Braden, la identificación de las UPP y su categorización.

Pese a que la escala de Braden presenta como inconveniente la dificultad en su uso, se seleccionó dado que la misma, junto con la escala Emina y Norton son escalas válidas y efectivas para valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Además, estas escalas son superiores al juicio clínico en la predicción de dicho riesgo. Como podemos observar es la escala más validada por la literatura científica, sobre la que existe una mejor evidencia de su utilidad, tratándose de una escala muy sensible y específica.<sup>11</sup>

Para controlar los sesgos vinculados a la identificación y categorización de las UPP se realizarán módulos de capacitación de las enfermeras voluntarias que recogerán los datos.

Estos módulos de capacitación incluirán además de aspectos teóricos instancias prácticas con uso de recursos interactivos para facilitar el aprendizaje. Como por ejemplo PUCLAS 2 disponible en <http://www.puclas.ugent.be/puclas/e/>

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Teniendo en cuenta los objetivos y el diseño del estudio, en la técnica de análisis de los datos se utilizarán como estadísticos descriptivos: valores de frecuencia, medidas de tendencia central o de posición (media, mediana) y de dispersión (varianza, desvío estándar).

Previamente se realizará una descripción de los datos con el fin de eliminar la información superflua y disponer la pertinente del modo más adecuado para su análisis.

### PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS PROPUESTO.

Objetivos	Variables	Plan de tabulación	Análisis estadístico
Determinar la prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.	Instituciones de salud públicas y privadas y Residencias geriátricas Localización geográfica	Distribución de las Instituciones y residencias geriátricas	Porcentaje
		Distribución de las Instituciones de salud y residencias geriátricas por Departamento.	Porcentaje
	Nivel de complejidad asistencial	Distribución de las Instituciones de salud según el nivel de complejidad asistencial.	Porcentaje
	Úlceras por presión	Prevalencia de UPP según nivel asistencial.	Prevalencia cruda (PC) = (todos los pacientes con UPP/total de pacientes estudiados en cada nivel) x 100 Intervalo de confianza al 95% Prevalencia media-Desviación Estándar (DE), IC 95%, mediana.
Prevalencia de UPP según tipo de Institución de salud (públicas y privadas) y residencias geriátricas Prevalencia de UPP según tipo de unidad asistencial (públicas y privadas)		Media y Desviación Estándar (D.E.). Intervalo de confianza (I.C 95%) Mínimo y Máximo Media y Desviación Estándar (D.E.). Intervalo de confianza (I.C 95%)	

Objetivos	Variables	Plan de tabulación	Análisis estadístico
<b>Describir el perfil de los pacientes con úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.</b>	Características de los pacientes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Días de internación</li> <li>• Riesgo de UPP de acuerdo a escala de Braden</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Utilización de SEMP</li> <li>• Número de UPP por paciente</li> <li>• Lugar de origen</li> <li>• Antigüedad</li> <li>• Categoría de UPP</li> </ul>	Distribución de pacientes según edad ( edad media) y sexo  Distribución de pacientes según días de internación.  Distribución de pacientes según días de internación y categoría de la UPP.  Riesgo de UPP de acuerdo al tipo de Institución.  Riesgo de UPP de acuerdo al tipo de unidad asistencia.  Tipo de incontinencia de los pacientes con UPP según sexo  Pacientes con UPP en que se utilizaba SEMP  Pacientes con UPP en que se utilizaba SEMP de acuerdo al riesgo.  Número de UPP por paciente según sexo  Origen de las UPP  Antigüedad de las UPP  Distribución de los pacientes con UPP de acuerdo a la categoría de UPP.	Media y Desviación Estándar Intervalo de confianza (95%) Mínimo y Máximo  Media, DE, IC 95%  Mediana.  Media, DE ,IC 95%  Porcentajes. Porcentaje  Porcentaje  Porcentaje  Media y Desviación Estándar (D.E.). Intervalo de confianza (I.C 95%)  Porcentaje  Mediana  Porcentaje
<b>Describir variables relacionadas con estrategias y prácticas actuales de prevención de úlceras por presión en las instituciones de salud y en las residencias geriátricas</b>	Estrategias de prevención. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia Comisión de UPP</li> <li>• Cálculo periódico de prevalencia</li> <li>• Cálculo periódico de Incidencia</li> <li>• Existencia de Protocolo de prevención</li> <li>• Realización de actividades de capacitación</li> <li>• Uso sistemático de EVRUPP</li> <li>• Disponibilidad de SEMP</li> </ul>	Estrategias de prevención según nivel asistencial, tipo de Institución, tipo de unidad asistencial	Porcentaje

	Medidas preventivas	Medidas preventivas según nivel asistencial y tipo de Institución y tipo de unidad asistencial	Porcentaje
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios posturales</li> <li>• Protección local</li> <li>• Cuidados de la piel</li> </ul>		

Los datos serán procesados a través del paquete estadístico (Statistical Package for the Social Sciences) SPSS. Versión 19.

## 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).

En Uruguay el marco general de investigación en seres humanos está normatizado por el Decreto N° 379/008.

El art 3 del presente decreto establece que: Previamente a toda Investigación se deberá contar con la aprobación del Comité de Ética Institucional, el que deberá ser acompañado de su respectivo Protocolo de Investigación, por tanto el presente estudio será considerado por el Comité de Ética en la Institución de salud donde desempeña funciones el investigador principal.

Cabe destacar que los Comité de Ética Institucionales están regulados por la Comisión Nacional de Ética en Investigación (de naturaleza consultiva, educativa, normativa, independiente), en la órbita de la Dirección General de Salud del MSP.

El Capítulo III establece normativa vinculada a la obtención del consentimiento informado donde cita: El respeto debido a la dignidad humana exige que la investigación se procese después del consentimiento libre e informado de sujetos, que manifiesten su aprobación a la participación en la investigación, dado de conformidad con las normas legales.

En él se desarrollan normativas respecto a la información necesaria a transmitir al paciente así como las condiciones que debe presentar el citado consentimiento para que sea válido.

Debemos de señalar que los métodos utilizados en el presente estudio no implicarán experimentos clínicos ni aspecto que conlleven riesgos para la integridad física de aquellos que participen.

Los pacientes serán informados en forma verbal por las enfermeras responsables de la recogida de datos sobre objetivos, características, importancia de la investigación, forma en que de participará de la misma, etc.

(se adjunta en anexo 3 modelo de aspectos a informar al paciente y consentimiento informado)

Una vez verificada su comprensión se les invitará a participar de manera voluntaria y libre, para que posteriormente puedan otorgar su consentimiento informado de forma escrita. Si el paciente fuera incapaz de dar su consentimiento informado por escrito, su familiar más cercano o responsable legal será consultado acerca de la participación.

En el Capítulo III se establece además la obligatoriedad de garantizar el secreto que asegure la privacidad de los sujetos respecto a los datos confidenciales involucrados en la investigación.

En ese sentido, los investigadores involucrados en el estudio, en todo momento preservarán la confidencialidad de los datos mediante el tratamiento agregado de los mismos y la codificación de los nombres de los pacientes, así como de las Instituciones Sanitarias participantes.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).
2. Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos*. 1999; 10(2): 75-87.
3. Verdú Soriano J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987 - 1999. *Gerokomos* 2003;14 (4): 212-26.
4. Suntken G, Starr B, Ermer-Seltun JA, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPR pressure ulcers prevention and treatment guidelines. *Ostomy/Wound Management*. 1996; 42(2): 20- 32.
5. Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013 Jan-Feb;56(1):220-6.
6. Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, Lozano-Platonoff A, Contreras-Ruiz J. Point prevalence of pressure ulcers in three second level hospitals in Mexico. *Int Wound J*. 2012 Dec 17. doi: 10.1111/iwj.12013. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23253894.
7. Soldevilla Agreda J, Torra i Bou JE, Posnett J, et al. The burden of pressure ulcers in Spain. *WOUNDS*. 2007; 19 (7):201-206.
8. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003.

9. Torra i Bou J, Garcia-Fernandez FP, Pancorbo- Hidalgo PL, Furtado K. Risk assessment scale for predicting the risk of developing pressure ulcers. In: Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T, editors. Science and practice of pressure ulcer management. London: Springer-Verlag, 2006.
10. Dimond B. Litigation and pressure ulcers. En: Glover D. Science of Surfaces. London: Emap Healthcare, 2005: 4-5.
11. Knowlton SP. Legal Aspects of wound care. En: Baranoski S; Ayello EA. Wound Care Essentials. Practice Principles. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:19-33
12. Cabrera J; Fuertes J. Medicina Legal en Atención Primaria. Cauce Editorial. 2004.
13. Pancorbo PL.; García Fernández. FP.; López Medina IM; López Ortega J. Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía. Gerokomos 2005; 16 (4): 219-228.
14. Hurd T, Posnett J. Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. Int Wound J 2009;6:287–293
15. Pancorbo-Hidalgo, P.L.; García-Fernández, F.P.; Soldevilla-Agreda, J.J.; Martínez-Cuervo, F.: Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos 2008; 19 (2): 84-98
16. Armour-Burton T, Fields W, Outlaw L, DeLeon E. The healthy skin project: changing nursing practice to prevent and treat hospital-acquired pressure ulcers. Crit Care Nurse. 2013 Jun;33(3):32-9.
17. Kottner J, Wilborn D, Dassen T, Lahmann N. The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. J Tissue Viability 2008; 18 (2): 36-46.

18. 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.
19. Soldevilla Agreda, J. J.; Torra i Bou, J.-E.; 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 (3): 77-90
20. Hurd T, Posnett J. Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *Int Wound J* 2009; 6:287–293.
21. Whittington, K. T. & Briones, R. (2004) National Prevalence and Incidence Study: 6-year sequential acute care data. *Advances in Skin & Wound Care*, 17, 490–494.
22. Zhao G, Hiltabidel E, Liu Y, Chen L, Liao Y. A cross-sectional descriptive study of pressure ulcer prevalence in a teaching hospital in China. *Ostomy Wound Manage* 2010; 56 (2): 38-42.
23. Horn, SD; Bender, SA; Ferguson, ML; Smout, RJ; Bergstrom, N; Taler, GA; Cook, AS; Sharkey, SS; Voss, AC. The National pressure ulcer long-term care study: Pressure ulcer development in long-term care residents. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Mar;52(3):359-67
24. Bours, G. J.J.W., Halfens, R. J.G., Abu-Saad, H. H. and Grol, R. T.P.M. (2002), Prevalence, prevention, and treatment of pressure ulcers: Descriptive study in 89 institutions in The Netherlands. *Res. Nurs. Health*, 25: 99–110.
25. Brito PA, Generoso Sde V, Correia MI. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status--a multicenter, cross-sectional study. *Nutrition.* 2013 Apr;29(4):646-9.
26. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. Uruguay. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>

27. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor INMAYORES. Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez. Montevideo, 2012. 29-30
28. Organización Panamericana de la Salud. "Perfil del Sistema de salud República Oriental del Uruguay: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma" Washington, D.C.: OPS, 2009. 2-38
29. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 mar; 32(1):143-50.
30. Torra i Bou JE. Epidemiología de las UPP o el peligro de una nueva Torre de Babel. Rev Rol Enf 1998; 238: 75-88.
31. Baharestani MM, Black JM, Carville K, Clark M, Cuddigan JE, Dealey C, Defloor T, Harding KG, Lahmann NA, Lubbers MJ, Lyder CH, Ohura T, Orsted HL, Reger SI, Romanelli M, Sanada H. Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. Int Wound J 2009; 6:97–104.
32. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: reference guide Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
33. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices para la elaboración de indicadores epidemiológicos sobre las úlceras por presión. Doc.V. Logroño: GNEAUPP; 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org>
34. Soldevilla JJ, Torra JE, Martínez F, Orbegozo A, Blasco C, San Sebastián JA, Lyder C, Posnett J, Chapman N. Capítulo 3.1. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE. (Eds). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA, S.A.; 2004.
35. Ayello EA, Frantz R, Cuddigan J, Lordan R. Methods for determining pressure ulcer prevalence and incidence. En: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C. (eds). Pressure

- ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future. Reston, VA: NPUPA; 1991.
36. James J, Evans JA, Young, T, Clark M. Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopaedic units and community hospitals: surveys based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set. *Int Wound J* 2010;7:147–15
  37. Ibars-Moncasi, P; San Sebastián-Domínguez, J.A.; Soldevilla-Agreda, JJ. Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (CMBD-UPP). Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.
  38. Soldevilla-Agreda, JJ. Garcia-Fernández, FP. Comisiones de Úlceras por Presión. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 1. (Segunda Edición). Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.

## CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO

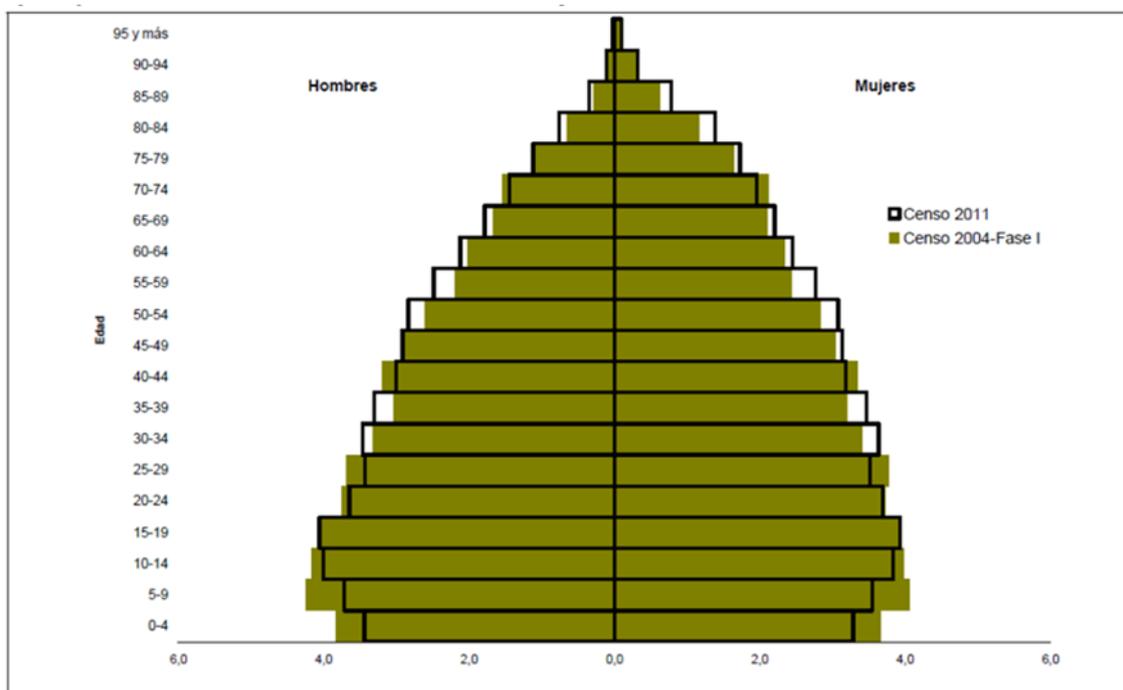
- 1) Fase de Planificación del Proyecto. Responsable: Investigador principal. Dic 2012 - Junio 2013.
- 2) Realización de propuesta de la investigación a las autoridades Ministeriales con el objetivo de obtener apoyo para la ejecución de la misma. Responsable: Investigador principal. Febrero 2013.
- 3) Presentación del proyecto al Comité de Ética de la Institución en donde trabaja el investigador principal. Abril 2013. Responsable Investigador principal.
- 4) Presentación del Proyecto definitivo de Investigación a las Autoridades Ministeriales con el objetivo de obtener apoyo Institucional. Responsable: Investigador principal. Julio 2013.
- 5) Búsqueda de financiamiento del proyecto (MSP, Agencia Nacional de Investigación e Innovación) Responsable: Investigador principal Agosto- Octubre 2013
- 6) Trabajo en conjunto con Ministerio de Salud Pública y Sociedad Científica Uruguaya de Heridas en aspectos de planificación. Responsable: investigador principal, representantes del MSP, representantes de la SCUH. Noviembre 2013
- 7) Difusión de la investigación a las Autoridades de las Instituciones de Salud. Responsable: Investigador principal Oct-Dic 2013.
- 8) Reclutamiento de dos participantes voluntarios por institución de salud que participarán en el estudio a través de los Departamentos de Enfermería en coordinación con las Direcciones Técnicas. Noviembre 2013-Diciembre2013 Responsable: Investigador principal
- 9) Capacitación de los voluntarios reclutados Enero 2014- Febrero 2014 Responsable: Investigador principal
- 10) Realización de prueba piloto Febrero- Marzo 2014 Responsables: Enfermeras voluntarias reclutadas.
- 11) Ejecución del estudio: Relevamiento de datos Abril –Agosto 2014.
- 12) Procesamiento análisis, evaluación de la información obtenida y conclusiones. Agosto-Octubre 2014. Responsable investigador principal

- 13) Realización de comunicación o informe final del estudio. Responsable Investigador principal. Octubre 2014.
- 14) Presentación de los datos Obtenidos al MSP. Responsable: Investigador principal. Noviembre 2014
- 15) Divulgación de los resultados obtenidos en, MSP, Congreso Nacional de Heridas y Congreso SILAUHE. Noviembre- Diciembre 2014. Responsable: Investigador principal.
- 16) Publicación de la investigación en revistas científicas nacionales e internacionales.

### DIAGRAMA DE GANTT

Id.	Nombre de tarea	Comienzo	Fin	Duración	T1 13				T2 13				T3 13				T4 13				T1 14				T2 14				T3 14				T4 14			
					dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	set	oct	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago
1	Fase de Planificación del Proyecto	13/12/2012	10/06/2013	25s 3d	[Barra de Gantt]																															
2	Propuesta de la investigación a las autoridades Ministeriales	01/02/2013	28/02/2013	4s	[Barra de Gantt]																															
3	Presentación del proyecto al Comité de Ética Institucional	01/04/2013	19/04/2013	3s	[Barra de Gantt]																															
4	Presentación del Proyecto de Investigación definitivo A MSP	01/07/2013	30/07/2013	4s 2d	[Barra de Gantt]																															
5	Búsqueda de financiación	01/08/2013	01/10/2013	8s 4d	[Barra de Gantt]																															
6	Trabajo en conjunto con MSP y SCUH en aspectos de planificación	01/10/2013	29/10/2013	4s 1d	[Barra de Gantt]																															
7	Difusión de la investigación con las Autoridades de las Instituciones	15/10/2013	13/12/2013	8s 4d	[Barra de Gantt]																															
8	Reclutamiento de participantes voluntarios	11/11/2013	20/12/2013	6s	[Barra de Gantt]																															
9	Capacitación de los voluntarios	07/01/2014	17/02/2014	6s	[Barra de Gantt]																															
10	Realización de prueba piloto	28/02/2014	14/03/2014	2s 1d	[Barra de Gantt]																															
11	Ejecución del estudio	01/04/2014	15/08/2014	19s 4d	[Barra de Gantt]																															
12	Procesamiento análisis datos	20/08/2014	01/10/2014	6s 1d	[Barra de Gantt]																															
13	Comunicación o informe final del estudio	10/10/2014	30/10/2014	3s	[Barra de Gantt]																															
14	Presentación de los datos MSP	03/11/2014	14/11/2014	2s	[Barra de Gantt]																															
15	Divulgación de los resultados obtenidos MSP, congresos	20/11/2014	28/11/2014	1s 2d	[Barra de Gantt]																															

**GRÁFICO 1– DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN CENSADA POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. CENSO 2004-FASE I Y CENSO 2011.**



Fuente: INE – Censo 1963, Censo 1975, Censo 1985, Censo 1996, Censo 2004-Fase I y Censo 2011

**TABLA 1 – POBLACIÓN CENSADA EN LOS ÚLTIMOS DOS CENSOS Y TASA ANUAL MEDIA DE CRECIMIENTO (POR CIENTO), SEGÚN DEPARTAMENTO.**

Resultados del Censo de Población 2011

**Cuadro 1 – Población censada en los últimos dos censos y tasa anual media de crecimiento (por cien), según departamento**

Departamento	Población censada. Censo 2004-Fase I	Población censada. Censo 2011	Población contabilizada (corregida por moradores ausentes). Censo 2011	Tasa de crecimiento 2004-2011 (por cien) (1)
<b>Total país</b>	<b>3.241.003</b>	<b>3.252.091</b>	<b>3.286.314</b>	<b>0,19</b>
Montevideo	1.325.968	1.292.486	1.319.108	-0,07
Artigas	78.019	73.171	73.378	-0,85
Canelones	485.240	518.544	520.187	0,96
Cerro Largo	86.564	84.486	84.698	-0,30
Colonia	119.266	122.743	123.203	0,45
Durazno	58.859	57.065	57.088	-0,42
Flores	25.104	25.008	25.050	-0,03
Florida	68.181	67.040	67.048	-0,23
Lavalleja	60.925	58.775	58.815	-0,49
Maldonado	140.192	161.594	164.300	2,19
Paysandú	113.244	113.056	113.124	-0,01
Río Negro	53.989	54.655	54.765	0,20
Rivera	104.921	103.441	103.493	-0,19
Rocha	69.937	67.199	68.088	-0,37
Salto	123.120	124.645	124.878	0,20
San José	103.104	108.094	108.309	0,68
Soriano	84.563	82.075	82.595	-0,32
Tacuarembó	90.489	89.925	90.053	-0,07
Treinta y Tres	49.318	48.089	48.134	-0,34

Fuente: INE – Censo 2004-Fase I y Censo 2011

(1): las tasas de crecimiento de la población están calculadas incluyendo la estimación de población en viviendas con moradores ausentes en el Censo 2011 (en el Censo 2004-Fase I no estaba contemplada esta categoría).

**TABLA 2 – POBLACIÓN RESIDENTE EN HOGARES COLECTIVOS POR SEXO EN URUGUAY.**

Region y tipo de hogar colectivo	Población residente en hogares colectivos			Hogares colectivos por tamaño de los hogares				
	Total	Hombres	Mujeres	Total	De 1 a 4	De 5 a 9	De 10 a 29	Más de 30
<b>Total</b>	<b>38.507</b>	<b>21.950</b>	<b>16.557</b>	<b>2.522</b>	<b>1.036</b>	<b>424</b>	<b>843</b>	<b>219</b>
Hotel, pensión u otra casa de hospedaje	1.773	1.035	738	234	113	53	63	5
Hospital, sanatorio (con internación)	1.272	826	446	13	4	-	4	5
Residencial de ancianos	13.817	4.207	9.610	843	75	162	528	78
Residencial de estudiantes	3.561	1.503	2.058	198	29	45	87	37
Casa de peones	1.521	1.240	281	714	662	49	3	-
Internado religioso	707	254	453	123	70	41	9	3
Establecimiento de reclusión	9.521	8.794	727	37	-	1	6	30
Hogar de guarda o similar	3.952	2.341	1.611	170	10	35	86	39
Cuartel militar o policial	491	459	32	62	38	11	9	4
Refugios	837	641	196	32	2	2	17	11
Otra colectiva	1.055	650	405	96	33	25	31	7
<b>Montevideo</b>	<b>19.044</b>	<b>9.929</b>	<b>9.115</b>	<b>873</b>	<b>126</b>	<b>180</b>	<b>446</b>	<b>121</b>
Hotel, pensión u otra casa de hospedaje	984	548	436	87	25	20	39	3
Hospital, sanatorio (con internación)	377	230	147	7	2	-	3	2
Residencial de ancianos	6.476	1.570	4.906	396	34	76	249	37
Residencial de estudiantes	2.869	1.210	1.659	149	8	33	78	30
Casa de peones	16	11	5	4	3	-	1	-
Internado religioso	464	191	273	70	34	27	6	3
Establecimiento de reclusión	4.468	4.033	435	9	-	1	1	7
Hogar de guarda o similar	2.016	1.137	879	73	1	8	41	23
Cuartel militar o policial	212	195	17	18	10	2	4	2
Refugios	670	494	176	21	-	1	9	11
Otra colectiva	492	310	182	39	9	12	15	3
<b>Resto País</b>	<b>19.463</b>	<b>12.021</b>	<b>7.442</b>	<b>1.649</b>	<b>910</b>	<b>244</b>	<b>397</b>	<b>98</b>
Hotel, pensión u otra casa de hospedaje	789	487	302	147	88	33	24	2
Hospital, sanatorio (con internación)	895	596	299	6	2	-	1	3
Residencial de ancianos	7.341	2.637	4.704	447	41	86	279	41
Residencial de estudiantes	692	293	399	49	21	12	9	7
Casa de peones	1.505	1.229	276	710	659	49	2	-
Internado religioso	243	63	180	53	36	14	3	-
Establecimiento de reclusión	5.053	4.761	292	28	-	-	5	23
Hogar de guarda o similar	1.936	1.204	732	97	9	27	45	16
Cuartel militar o policial	279	264	15	44	28	9	5	2
Refugios	167	147	20	11	2	1	8	-
Otra colectiva	563	340	223	57	24	13	16	4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) - Censos 2011.

Nota: El cuadro no incluye 437 personas en situación de calle.

# **ANEXO 1.**

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

## MANUAL PARA LA RECOGIDA DE DATOS

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

A continuación se detallarán conceptos 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.

**Al inicio de la hoja de recogida de datos debe de registrar el código del encuestador con el objetivo de poder consultarle en caso de dudas 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 nivel asistencial donde se realizará el relevamiento de datos para poder tipificarlo.

- 1) **Departamento en el que se encuentra la Institución de Salud o el Residencial Geriátrico de donde reporta los datos:** Seleccione el departamento correspondiente de la lista que se despliega en el formulario.
- 2) **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 DE PREVALENCIA PARA INSTITUCIÓN 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 a 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.

## **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN INSTITUCIONALES EN INSTITUCIÓN DE SALUD O RESIDENCIA GERIÁTRICA.**

1) **Existencia en la Institución una Comisión o un grupo específico de trabajo en el área de las UPP.**

Existencia en la institución sanitaria de grupo técnico asesor de las Direcciones o Gerencias de las Áreas Sanitarias, Centros Hospitalarios, Residencias y Centros socio-sanitarios, encargados de fomentar, organizar y coordinar los cuidados de los pacientes con Úlceras por Presión o con riesgo de desarrollarlas, en sus vertientes de prevención, tratamiento, control epidemiológico, formación e investigación, con el fin último, de garantizar a los mismos, unos cuidados excelentes basados en la última evidencia científica.

2) **Estudios de Prevalencia:** Realización de estudios de corte descriptivos que miden la proporción de personas en una población determinada que presentan UPP en un momento determinado.

3) **Estudios de Incidencia:** En ellos se mide la proporción de personas en una población determinada que inicialmente no tenían UPP y que las han desarrollado en un período de tiempo determinado

4) **Existencia de Protocolo de prevención de UPP escrito.**

Descripción detallada 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.

Para considerar este punto como afirmativo el mismo debe ser revisado por el encuestador en el momento de recogida de datos.

**5) Realización de actividades de capacitación sobre prevención de UPP (en el último año) en la Institución.**

Realización de actividades que promuevan la adquisición de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que van a contribuir al desarrollo del individuo en el desempeño de actividades vinculadas a la prevención de las úlceras por presión.

Para considerar este punto como afirmativo debe de haber registro en la institución de al menos una actividad con las citadas características en el último año (Enero 2013-a la fecha de recogida de datos).

**6) Uso de Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (EVRUPP) en forma sistemática.**

Definición: Utilización de un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo en el momento del ingreso y en forma periódica. Para considerar este punto como afirmativo debe de utilizarse una EVRUPP en el momento del ingreso y en forma periódica.

**7) Disponibilidad de Superficies Especiales para el Manejo de la Presión en la Institución**

Definición: Capacidad de la Institución de disponer de Superficies Especiales para el manejo de la Presión listas para utilizarse sin demora cuando son necesarias.

Superficie especial para el manejo de la presión (SEMP): Superficie o dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, de la fricción, cizalla y/o microclima, y que abarca el cuerpo de un individuo o una parte del mismo, según las diferentes posturas funcionales posibles

## INSTITUCION DE SALUD: DATOS SOBRE UNIDAD ASISTENCIAL

### 1) Tipo de unidad asistencial:

*Definición:* es aquella 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. Unidad asistencial en donde se encuentra ingresado el paciente en el momento de la recogida de datos.

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.

### 2) Número de camas habilitadas por el MSP en la unidad asistencial en el momento de la recolección de datos.

Registre la cantidad de camas habilitadas por el MSP en el momento en que se realiza la recogida de datos.

### 3) Número de camas ocupadas en la unidad asistencial en el momento de recolección de datos.

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

## CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON UPP:

- 1) **Código paciente:** Codifique al paciente con el número asignado por el equipo investigador
- 2) **Edad:** *Definición:* Tiempo que ha vivido una persona. Registre en años la edad del paciente
- 3) **Sexo:** Registre el sexo del paciente. Hombre-Mujer
- 4) **Días de internación:** Registre el número de días desde que el paciente ingresó a la institución hasta el momento en que se realiza el relevamiento de datos. Si lleva menos de 24 hs de ingresado en la Institución recuerde que debe de excluirse del estudio.
- 5) **Riesgo de UPP evaluado por escala Braden:**

*Definición:* Riesgo del paciente de desarrollar UPP evaluado por la aplicación de la Escala de Valoración de Riesgo (EVRUPP) de Braden en el momento de la recogida de datos.

Aplique la EVRUPP teniendo en cuenta la descripción de cada elemento que la integra. Registre el puntaje obtenido

Alto riesgo: Puntaje obtenido  $\leq$  12 puntos

Moderado Riesgo:  $\leq$ 14 puntos

Bajo Riesgo:  $\leq$ 16 puntos

### ESCALA DE BRADEN

Percepción sensorial	Exposición a la Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1.Completamente limitada	1.Constantemente húmeda	1.Encamado	1.Completamente inmóvil	1.Muy pobre	1.Problema
2.Muy limitada	2.A menudo húmedo	2.En silla	2.Muy limitada	2.Probablemente inadecuada	2.Problema potencial
3.Ligeramente limitada	3.Ocasionalmente húmeda	3.Deambula ocasionalmente	3.Ligeramente limitada	3.Adecuada	3.No existe problema
4.Sin limitaciones	4.Raramente húmeda	4.Deambula frecuentemente	4.Sin limitaciones	4.Exelente	

### DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Percepción sensorial: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

3. Ligeramente limitada. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

Exposición a la humedad: Nivel de exposición de la piel a la humedad

1. Constantemente húmeda. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

Actividad: Nivel de actividad física.

1. Encamado/a. Paciente constantemente encamado/a.

2. En silla. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.

4. Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

Movilidad: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo

1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a

4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Nutrición: Patrón usual de ingesta de alimentos

1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

#### Roce y peligro de lesiones:

1. Problema. Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

2. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

3. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

**6) Incontinencia:** Registre si el paciente tiene pérdida involuntaria de heces u orina o de ambas.

**7) Utilización de Superficies Especiales para el Manejo de la Presión:** Registre si en el momento de la recogida de datos el paciente está utilizando alguna SEMP y si es así especifique de que tipo.

**SEMP:** superficie o dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, de la fricción, cizalla y/o microclima, y que abarca el cuerpo de un individuo o una parte del mismo, según las diferentes posturas funcionales posibles.

Colchoneta / sobrecolchón estático (el paciente se encuentra sobre una colchoneta de espuma o fibra)

Colchoneta / sobrecolchón dinámico (el paciente se encuentra sobre una colchoneta de aire alternante)

Colchón estático (el paciente se encuentra sobre un colchón de espuma o fibra)

Colchón dinámico (el paciente se encuentra sobre un colchón de aire alternante de grandes celdas)

Cama especial fluidificada

Almohadón estático (almohadón de espuma o fibra)

Almohadón dinámico (aire alternante)

#### **8) Número de úlceras por presión que presenta el paciente**

Registre el número total de úlceras por presión de cualquier categoría o estadio que presenta el paciente en el momento de la recogida de datos.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS UPP

**Úlcera por presión:** Definición: 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. (EPUAP-NPUAP, 2009).

**RECUERDE:** Deberá registrar cada UPP que presente el paciente en forma independiente indicando el código del paciente y el número de UPP que está describiendo.

- 1) **Lugar donde se originó la lesión:** Registre el entorno de cuidados o nivel asistencial en donde se originó la úlcera por presión.
- 2) **Antigüedad de la úlcera por presión:** Registre el tiempo transcurrido en días entre la aparición de la úlcera por presión y el momento de la recogida de datos.
- 3) **Categoría de la úlcera por presión:** Categorice la lesión de acuerdo a los siguientes criterios:

**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.



**MEDIDAS PREVENTIVAS DE UPP:**

- 1) **Cambios posturales en cama al paciente en forma sistemática** Registre como afirmativo este ítem cuando al paciente se le realicen cambios posturales en la cama al menos cada 3 hs. Para obtener la citada información deberá valerse en primera instancia de los registros en la historia clínica del paciente, si no es posible acceder a ella se consultará al paciente o a su cuidador pero tenga en cuenta que puede haber un sesgo de información.
- 2) **Protección local para aliviar la presión en las zonas de riesgo** .Registre si en el momento de la recogida de datos al paciente le han sido colocados dispositivos para alivio de la presión local en las zonas de riesgo.
- 3) **Cuidados de la piel diariamente**. Registre si al paciente se le realizan cuidados de la piel (higiene, hidratación, aplicación de cremas hidratantes, ácidos grasos esenciales) al menos en forma diaria. Para obtener la citada información deberá valerse en primera instancia de los registros en la historia clínica del paciente, si no es posible acceder a ella se consultará al paciente o a su cuidador pero tenga en cuenta que puede haber un sesgo de información.

# **ANEXO 2**

## **INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.**

### INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

<b>IDENTIFICACIÓN.</b>	<b>Núm. de formulario</b> <input type="text"/>
<b>Código del encuestador:</b> <input type="text"/>	
<b>Fecha de recogida de datos:</b> <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	

### DATOS GENERALES DEL CENTRO

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

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

#### 2. Tipo de Institución:

- Institución de salud
- Residencia geriátrica

### DATOS SOBRE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

#### 1. Dependencia

- Pública
- Privada

**Número de camas disponibles:**

## DATOS SOBRE INSTITUCIONES DE SALUD

### 1. Dependencia

Pública

Privada

### 2. Tipo de Institución

Hospital

IAMC

3. Código de Institución:

### 4. Nivel de complejidad de la Institución de salud.

Baja Complejidad

Mediana Complejidad

Alta Complejidad

Especializado

Crónicos

### 5. Número de camas habilitadas de la Institución

< 100

100- 149

150- 199

200-249

>249

## DATOS DE PREVALENCIA DE UPP INSTIUCION SANITARIA O RESIDENCIA GERIÁTRICA

### ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA INSTITUCIÓN:

¿Existe en la Institución una Comisión o un grupo específico de trabajo en el área de las UPP?

SI

NO

¿Se ha realizado algún estudio de Prevalencia de UPP en la Institución en los últimos 5 años?

SI

NO

¿Se ha realizado algún estudio de Incidencia de UPP en la Institución en los últimos 5 años?

SI

NO

¿Existe un protocolo de prevención de UPP escrito?

SI

NO

¿Se ha realizado en la Institución alguna actividad de capacitación sobre prevención de UPP en el último año?

SI

NO

¿Se utiliza alguna Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión en forma sistemática?

SI

NO

¿La institución dispone de Superficies Especiales para el Manejo de la Presión?

SI

NO

**1.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 LA UNIDAD ASISTENCIAL EN EL MOMENTO DE LA RECOGIDA DE DATOS.**

**NUMERO DE CAMAS OCUPADAS EN LA UNIDAD ASISTENCIAL EN EL MOMENTO DE LA RECOGIDA DE DATOS.**

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

**Código paciente:**

**Edad:**

**Sexo:**

Hombre

Mujer

**Días de internación:**

**Riesgo de UPP del paciente evaluado por escala Braden:**

Alto riesgo: Puntaje obtenido ≤ 12 puntos

Moderado Riesgo: ≤14 puntos

Bajo Riesgo: ≤16 puntos

Percepción sensorial	Exposición a la Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1.Completamente limitada	1.Constantemente húmeda	1.Encamado	1.Completamente inmóvil	1.Muy pobre	1.Problema
2.Muy limitada	2.A menudo húmedo	2.En silla	2.Muy limitada	2.Probablemente inadecuada	2.Problema potencial
3.Ligeramente limitada	3.Ocasionalmente húmeda	3.Deambula ocasionalmente	3.Ligeramente limitada	3.Adecuada	3.No existe problema
4.Sin limitaciones	4.Raramente húmeda	4.Deambula frecuentemente	4.Sin limitaciones	4.Exelente	

**El paciente presenta algún tipo de incontinencia?**

No

Urinaria

Fecal

Mixta

**El paciente está utilizando una Superficie especial para el manejo de la presión?:**

No utiliza

Colchoneta / sobrecolchón estático (espuma o fibra)

Colchoneta / sobrecolchón dinámico (aire alternante)

Colchón estático (espuma o fibra)

Colchón dinámico (aire alternante)

Cama especial fluidificada

Almohadón estático (espuma o fibra)

Almohadón dinámico (aire alternante)

## MEDIDAS PREVENTIVAS EN INSTITUCIONES DE SALUD Y RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

¿Se han realizado cambios posturales en cama al paciente en forma sistemática?

- SI
- NO
- SE DESCONOCE

¿Se han realizado cambios posturales en forma sistemática cuando el paciente se encuentra sentado?

- SI
- NO
- SE DESCONOCE

¿El paciente tiene colocado dispositivos de Protección local para aliviar la presión en las zonas de riesgo?

- SI
- NO

¿Se realizan al paciente Cuidados de la piel diariamente?:

- SI
- NO
- SE DESCONOCE

Número de úlceras por presión que presenta el paciente:

## CARACTERÍSTICAS DE LAS UPP

Código de paciente:

UPP Número:

### Lugar donde se originó la lesión:

- 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 la úlcera por presión:

Días

Se desconoce

### Categoría de la úlcera por presión:

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

# **ANEXO 3**

## **INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

## **HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Se le ofrece la posibilidad de participar en el proyecto de investigación titulado “Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay” que está siendo realizado por la Lic. Enf. Rocío González y que ha sido ya evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Institución.

### **¿Cuál es el objetivo de este estudio?**

Determinar la prevalencia de úlceras por presión (número de personas que padecen este problema de salud) en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay, es decir poder determinar cuántos pacientes presentan escaras o llagas (que son lesiones o heridas en la piel que pueden desarrollarse en personas enfermas que están inmovilizadas en cama o en sillón o que no pueden moverse normalmente )en las instituciones y en las residencias geriátricas de nuestro país, conocer algunas características de esos pacientes, así como las estrategias de prevención de las mismas en las diferentes instituciones.

### **¿Por qué se le ha pedido que participe?**

La participación sólo supondrá la recogida de algunos datos relacionados con usted y su situación actual. Se trata de un estudio sin intervención alguna sobre usted: el hecho de participar no supone ningún riesgo para su salud, y tampoco se verá sometido a ninguna prueba complementaria: va a ser tratado y cuidado exactamente igual que si no estuviera participando en el estudio.

### **¿En qué consiste su participación? ¿Qué tipo de pruebas o procedimientos se le realizarán?**

Se le solicita permiso para utilizar con fines científicos ciertos datos. En el estudio no se investiga ningún tratamiento, sólo se registrará la situación del paciente (estado general, movilidad, actividad, percepción sensorial, humedad). La participación en el presente proyecto no supone ninguna alteración del tratamiento que esté llevando (si lo tiene) ni en sus cuidados.

Únicamente se le realizará un examen físico y se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el desarrollo de las lesiones en estudio.

### **¿Cuáles son los riesgos generales de participar en este estudio?**

Este estudio no supone ningún riesgo para su salud, ni ninguna intervención con ningún tratamiento.

### **¿Cuáles son los beneficios de la participación en este estudio?**

Es muy posible que los resultados obtenidos en esta investigación tengan poco valor diagnóstico para usted, pero podrá ayudar a conocer mejor su enfermedad y mejorar el pronóstico y la prevención de las citadas lesiones de futuros pacientes, evitando así sufrimiento innecesario.

### **¿Qué pasará si decido no participar en este estudio?**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. En caso de que decida no participar en el estudio, solo bastará con que nos lo transmita verbalmente, esto no modificará el trato, el cuidado y seguimiento que de su enfermedad realicen ni su médico ni el resto del personal sanitario que se ocupa de su asistencia.

### **¿A quién puedo consultar en caso de duda?**

Es importante que comente con cualquiera de los investigadores de este proyecto los pormenores o dudas que surjan antes de otorgar por escrito el consentimiento para su participación.

Así mismo, podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con el investigador principal del proyecto, el Lic Rocío González Telf 099270558.

### **Confidencialidad:**

Todos sus datos, así como, toda la información médica relacionada con su enfermedad será tratada con absoluta confidencialidad por parte del personal encargado de la investigación. Así mismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarían datos personales de los pacientes que han colaborado en esta investigación.

**En caso que debido a su condición clínica, el paciente no pueda expresar su consentimiento se le otorgará la información anteriormente mencionada y se solicitará el correspondiente consentimiento al familiar más cercano o responsable legal.**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....

Declaro que he leído la información facilitada sobre el Estudio de Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay; se han respondido a mis dudas y comprendo que se mantendrá la confidencialidad de mis datos en todo momento.

Doy mi consentimiento para participar en el citado estudio.

**Fecha y firma del paciente o familiar-tutor.  
Numero de C.I**

**Firma del profesional que le entrega la hoja  
informativa.**

# **ANEXO 4**

## **LISTADO DE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS.**

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 (COMECCEL)</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 Vasconsellos 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	Batlle 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 Batlle y Ordóñez 2759 – Montevideo
<b>Casa de Galicia</b>	400-8400	18 de Julio 1471 B 3er Piso – Montevideo
<b>Centro de Asistencia del Sindiato 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

## SEGUROS PRIVADOS

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

# **ANEXO 5.**

## **LISTADO DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA.**

## **INTEGRADOS 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 ( Pediatrico)

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