

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS ENFERMEROS, RELACIONADOS CON LA ESCALA BRADEN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SIERRALLANA / TRESMARES.

Assessment in comply with the level of the nurse s electronic records, related with the Braden Scale and the Pressure ulcers of the hospitalization units in the Hospital Sierrallana / Tres Mares.

Autora: R. Isabel Gómez Muñoz
Tutor: Jaime Zabala Blanco

Proyecto Fin de Máster: Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas Septiembre 2014
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Agradecimientos

A mi familia por estar siempre.

A mi tutor, Jaime que ha sido mucho más que eso.

INDICE

1.- TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	4
2.- EXPERIENCIA DEL INVESTIGADOR Y TUTOR	5
3. RESUMEN	7
4.- PALABRAS CLAVE	8
5.-ABSTRACT	9
6.-KEY WORDS	10
7.-INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	11
8. HIPÓTESIS	31
9. OBJETIVOS	32
A-DISEÑO DEL ESTUDIO.....	33
B-EMPLAZAMIENTO.....	33
C-DURACIÓN DEL ESTUDIO.....	34
D-POBLACIÓN A ESTUDIO	34
E-CRITERIOS DE INCLUSION.....	34
F-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	34
G-MUESTRA.....	34
H-VARIABLES.....	34
I-PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	40
J-ANÁLISIS DEL ESTUDIO.....	41
K-LIMITES DEL ESTUDIO.....	41
11. ASPECTOS ÉTICOS	42
12.-RESULTADOS	44

13.-DISCUSIÓN	49
14. CONCLUSIONES.....	51
15. BIBLIOGRAFÍA	52
16. ANEXO I.....	57
17.ANEXO II.....	58
18. ANEXO III.....	59

1.- TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

Evaluación del grado de cumplimiento de los registros electrónicos enfermeros, relacionados con la escala Braden y úlceras por presión, en Unidades de Hospitalización del Hospital Sierrallana / Tresmares.

Assessment in comply with the level of the nurse´s electronic records, related with the Braden Scale and the Pressure ulcers of the hospitalization units in the Hospital Sierrallana / Tres Mares.

2.- EXPERIENCIA DEL INVESTIGADOR Y TUTOR

INVESTIGADORA PRINCIPAL: R. M. Isabel Gómez Muñoz

- Diplomada en Profesorado de EGB, Universidad de Cantabria. 1977/80
- Diplomada en Enfermería, Universidad de Cantabria. 1984/87
- Diplomada en Puericultura, Instituto de la salud Carlos III. 1988/89
- Graduada en Enfermería, Universidad de Cantabria. 2011/12
- Experiencia profesional:
 - Asistencial:
 - Enfermera asistencial en Unidades de Urología, ORL MI y CG 1987/2005 (Hospital Cruz Roja de Torrelavega y Sierrallana)
 - Supervisora de Tardes/Noches, 2005/...
 - Docente: Actualización en Cuidados Generales del Paciente. Servicio Cántabro de Salud .2011/12 y 2012/13
 - Investigadora: autora de diversas ponencias y comunicaciones científicas a Congresos Nacionales. Se detallan los más recientes (2011/13):
 - Comunicación: Evaluación de la alerta sanitaria de Identificación de Pacientes tras 6 años después de su implantación. XVI Congreso Nacional e Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Gran Canaria. Mayo 2011.
 - Comunicación: Evaluación de la alerta sanitaria de "Identificación

de Pacientes".2ª Jornadas de Intercambio de Buenas Practicas Área de Salud de Torrelavega y Reinosa. Noviembre 2011.

- Comunicación: Estrategias formativas para Impulsores de Guías de Buenas Prácticas. VIII Congreso Nacional de Enfermería en Ostmías. Tenerife, Mayo 2013.

TUTOR DE PROYECTO FIN DE MASTER: Dr. Jaime Zabala Blanco

- Diplomado en Enfermería
- Especialista en Dirección de Hospitales
- Máster en Bioética
- Licenciado en Antropología Social y Cultural
- Doctor por la Universidad de Cantabria
- Profesor titular. Universidad de Cantabria
- Co-Director del Curso de Experto en el cuidado de heridas
- Director del Máster Oficial en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas.

3. RESUMEN

Las úlceras por presión se producen a diario en nuestros hospitales, con una prevalencia media de 10.05%, sin embargo autores como Palm Hibbs han puesto de manifiesto que el 95% son evitables. Este hecho lleva a cuestionar la buena práctica profesional en la prevención de estas lesiones. Prevenir no es fácil, pues a pesar de las evidencias existentes estas no llegan al paciente por la existencia de múltiples barreras de diferentes entidades, impidiendo prestar los cuidados adecuados. Es fundamental desde el punto de vista del cuidado el tener unos completos registros de las intervenciones enfermeras, que nos permitan tener un proceso de comunicación entre el equipo de salud fluido, faciliten el trabajo en base a la seguridad del paciente, un eficaz trabajo de Enfermería y garanticen la continuidad de los cuidados.

Para valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión de forma objetiva se utilizan Escalas de Valoración de Riesgo de Úlceras por Presión. Existen varias escalas validadas, una de las más utilizadas en el ámbito hospitalario es la Braden.

Objetivo: Evaluar la adecuada cumplimentación de los registros electrónicos enfermeros relacionados con la Escala de Valoración de Riesgo Braden y úlceras por presión en las Unidades de Hospitalización del Hospital Sierrallana / Tres Mares.

Se estudian 745 pacientes ingresados durante el periodo de 1/1/2014 a 31/1/2014 en el Hospital Sierrallana/ Tres Mares, de los cuales 85,4% (636) tienen cumplimentada la Escala de Valoración de Riesgo Braden al ingreso, 75,77% (219) tienen realizada la reevaluación en la primera semana, y un 37,66% (29) reevaluada la Escala Braden en la segunda semana. La estancia media es de 7,33 días y la de edad de 74 años.

En el periodo del estudio se registran 173 úlceras de la que un 61,84% (107) son úlceras de origen extrahospitalario y un 26,01% (45) intrahospitalario.

En dicho periodo se han monitorizado 76 pacientes en los que 85,5% (65) pacientes tienen registro y 21,05%(16) tienen cumplimentados todos los ítems.

Dados los resultados obtenidos, sería importante dotar de herramientas a los profesionales para realizar la valoración del riesgo de forma fiable y precisa, realizar monitorizaciones frecuentes para garantizar la realización de las mismas y revisiones en el protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión institucional con el fin de disminuir su incidencia.

4.- PALABRAS CLAVE

1. Úlcera por presión
2. Medición de riesgo
3. Escalas
4. Evaluación en Enfermería
5. Registros de Enfermería

5.-ABSTRACT

The pressure ulcers occur daily in our hospitals, with an average prevalence of 10,05 % however authors like Palm Hibbs, have expressed that 95 % of the cases are preventable. This statement questions the good practice in the prevention of these injuries. Nevertheless prevention isn't easy, because although there are clear evidences, these don't reach the patient due to the multiple impediments by different entities, that block the provision of the appropriate care. It's very important from the patient's point of view to have total records of the nurseries interventions, which would allow us to have a fluent communication process among the medical team, it would also ease us in our work according to the patient's security and an efficient Nursing's work to guarantee the continuity of the care.

To evaluate objectively the risk of appearance of pressure ulcers, Pressure Ulcers Risk Evaluation Scales are used. There are different validated scales, but one of the most used in the hospital sector is the Braden Scale.

Purpose: To evaluate the appropriate fulfillment of the nurse's electronic records, related with the assessment's scale of both, Braden's and Pressure ulcers` risks , of the hospitalization units in the Hospital Sierrallana /Tres Mares.

745 hospitalized patients are studied during the period from 1/1/2014 to 31/1 /2014 in the Hospital Sierrallana / Tres mares, of which 85,4 % (636) have fulfilled the Braden Risk Evaluation Scale at their entrance, 75,77 % (219) received the first week's reappraisal , and 37,66 % (29) received the Braden Scale reappraisal during the second week. The average stay in the hospital was 7,334 days and the age was 74 years.

During this study's period a record of 173 ulcers are made, from which 61,84 % (107) were not hospital-acquired ulcers and 26.01 % (45) were intrahospital-acquired ulcers.

During this period 76 patients were controlled . 85,5 % (65) patients are registrated and 21,05 % (16) have fulfilled all the items.

Due to the obtained results, it would be important to supply with tools the professionals so they could realize the evaluation reliably and precisely, to carry out frequent monitoring to guarantee their development /realization with revisions made in the institutional UPP´s prevention protocol and an institutional pressure ulcer´s treatment to reduce the effects.

6.-KEY WORDS

- 1. Pressure ulcer.*
- 2. Risk assessment.*
- 3. Scales.*
- 4. Nursing assessment.*
- 5. Nursing records.*

7.-INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Etimológicamente la palabra úlcera viene del latín que ya creó una forma de úlcera por derivación regresiva del verbo ulcerare (llagar, herir). Este verbo se forma a partir del vocablo latino ulcus, ulceris (llaga, herida en carne viva, úlcera).

Según la Real Academia de la Lengua (RAE), úlcera es: solución de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos, acompañada ordinariamente de secreción de pus y sostenida por un vicio local o por una causa interna.

Son numerosos los nombres con que se ha conocido la lesión a lo largo del tiempo, a modo de ejemplo los más conocidos: úlceras por decúbito, escaras, llagas.

El Panel de Expertos Europeos en Úlceras Por Presión (EPUAP) da la siguiente definición: “Área de daño localizada en la piel y en los tejidos subyacentes causada por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas”¹.

En 2009, tanto en Estados Unidos la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como en Europa, la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) acuerdan una nueva definición:

“Lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla”.

Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian a las úlceras por presión (UPP); la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado².

La NPUAP en los Estados Unidos de Norteamérica en el año 2007 había dado la siguiente definición: “Lesión localizada de la piel y/o tejido subyacente a ella,

generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o cizallamiento”³.

Las heridas crónicas han convivido con la propia humanidad, afectando a un gran número de personas sin una distinción debido a su situación social, tenemos constancia de su aparición ya en el papiro egipcio de Edward Smith, escrito 1900 años antes de Cristo, las describe y habla de ellas también Hipócrates, considerado el padre de la Medicina. En la Biblia encontramos también referencias en Éxodo 9:8-12 y a las que padecieron en Egipto durante la sexta plaga, enviada por Moisés para la liberación del pueblo judío. Aunque en nuestro ámbito histórico más cercano podemos citar a personajes como Carlos I o Felipe II, que está constatado que fallecieron por su causa⁴.

Su conocimiento y los cuidados que precisan han evolucionado muy poco durante el paso de los siglos, puesto que al pensarse que era un proceso inmejorable, inevitable y en todo caso un mal menor asociado a más serios padecimientos no parecía preciso.

Observamos, por tanto, como la aparición de una úlcera no es algo reciente, sino que se viene produciendo desde hace siglos. A dichas lesiones no se les adjudicará una etiología relacionada con la presión hasta la aportación de Brown Séquard y Sir James Paget.

Durante el mismo periodo en Francia, Ambrose Paré obtuvo fama con el tratamiento de heridas de guerra y también de las úlceras. Florence Nightingale, es la primera en reconocer la responsabilidad de la Enfermería en la prevención de las UPP, aporta la evidencia de que se podían evitar estableciendo unos buenos cuidados enfermeros, llegando a concluir la relación entre su aparición y unos cuidados inadecuados⁵.

Es en el siglo XVI cuando el cirujano holandés Fabricius Hildanus quien se refiere de forma explícita a su prevención por primera vez⁶. Y lo más terrible es que son prevenibles en un 95% en casi la totalidad de los casos, lo que deriva en

consideraciones ético-legales. Siendo consideradas en la actualidad una negligencia asistencial.

Aunque como ya se dijo hasta hace muy pocos años era un evento que quedaba circunscrito a una complicación inevitable de una situación en principio más complicada (pacientes ancianos, desnutridos, inmovilizados...), en la actualidad empieza a tomar importancia como un verdadero problema. Es importante entender que no es únicamente a nivel asistencial, sino que afecta también al ámbito social, económico y legal.

La consideración de las UPP como inevitables, conlleva a su invisibilidad y las convierte en un problema menor. Fue Pamela Hibbs la que la denominó como “epidemia bajo las sabanas”⁷. Con el trascurso del tiempo se ha comprobado que no puede ser considerado como un problema secundario, sino que constituye uno de primer orden y que afecta a todos los estamentos de la sociedad indiscriminadamente, convirtiéndose en una epidemia viva y en constante evolución que causa una gran alarma en nuestros Servicios Sociales y Sanitarios y por ende a la sociedad globalmente, atentando contra la calidad de vida, no sólo de quienes la padecen, sino en paralelo de sus familiares/cuidadores, aumentando considerablemente el riesgo de muerte y con elevados costes económicos⁸.

A finales del pasado siglo se crearon Sociedades Científicas, formadas por grupos interdisciplinarios de trabajo, centradas en el estudio de las UPP y heridas crónicas como la estadounidense National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y la europea European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

En España, es en 1994 cuando se crea El Grupo nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Como se indica en su página web (GNEAUPP, 2011)⁹ sus principales objetivos son:

- Dimensionar el problema de las UPP y otras heridas crónicas en nuestro medio y concienciar a la sociedad ante estos importantes problemas de salud para conseguir disminuir su incidencia y prevalencia.

- Colaborar en la génesis, discusión y difusión de conocimientos científicos que permitan a los distintos profesionales implicados en la atención a las UPP y otras heridas crónicas desarrollar una práctica asistencial integral basada en las últimas evidencias científicas.

El esfuerzo de esta sociedad ha obtenido su recompensa con la inclusión en el Plan Nacional de Calidad en una línea específica de trabajo para la Prevención de las Úlceras por Presión.

Es en la Declaración de Rio de Janeiro, firmada en el año 2011, donde se eleva la prevención de las úlceras por presión a la categoría de Derecho Universal, haciéndose un llamamiento a los Estados, ya que es su responsabilidad el garantizar el Derecho a la Salud y a la Vida de las personas, y estas lesiones son un evento adverso y suponen una seria amenaza a la seguridad de los pacientes en todos los Sistemas Sanitarios, Sociales y en la Comunidad¹⁰.

Este importante problema de salud, afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados, haciendo evidentes las significativas repercusiones en el paciente y su entorno familiar, disminuyendo de forma importante la calidad de vida del paciente, con el aumento del riesgo de infecciones que le pueden ocasionar mayores complicaciones e incluso la muerte¹¹.

Es preciso conocer la magnitud del problema para poder abordarlo, y a pesar de como ya se ha dicho, las UPP no son algo nuevo, si es cierto que se han minimizado.

Es en el año 2001¹² cuando se realiza el primer estudio nacional de prevalencia de UPP en nuestro país, posteriormente se han realizado otros en los años 2005¹³ y 2009¹⁴. Los datos del último estudio, han puesto de manifiesto que los resultados en España estaban al nivel de los de otros países europeos similares socioeconómicamente. Según dicho estudio el 75,8% de los pacientes hospitalizados con UPP es mayor a 65 años.

No Hay que olvidar los gastos que esto supone para la Sanidad Pública, sobre

todo en una época en que la crisis económica la azota fuertemente. Es necesario tener presente que el cuidado de las heridas supone el 5% del presupuesto sanitario¹⁵.

Es necesario reflexionar sobre el impacto epidemiológico, tanto por su prevalencia, que los datos del 2009 estiman de un 10,05% en hospitales y 5,89% en Centros de Atención Primaria y un 7,35% en Residencias Geriátricas, como por su mortalidad¹⁴.

Para el objeto del presente trabajo y a la vista de lo expuesto debemos plantearnos que el número de úlceras desarrolladas es un indicador de calidad, muy significativamente ligado a la práctica médica y los factores intrínsecos que las desencadenan, pero especialmente a la labor de la enfermería y sus cuidados.

Aunque se han asociado generalmente con personas ancianas, que son las que mayoritariamente las padecen, los diferentes estudios de prevalencia^{12,14} ponen de manifiesto que son una realidad en pacientes lesionados medulares y crecientes en pacientes pediátricos, especialmente en el contexto de los cuidados intensivos

Entre los factores que pueden favorecer su desarrollo están: edad, inmovilidad, enfermedades crónicas, fármacos, nutrición, humedad, presión e higiene (Grafico 1).

Desde que Pam Hibbs demostrara hace casi tres décadas que al menos el 95% de las UPP se pueden prevenir, con cuidados y dispositivos adecuados¹⁷ existe un reconocimiento rotundo de toda la comunidad científica de que esto es posible y la prevención es considerada como la mejor estrategia frente al problema de las UPP.

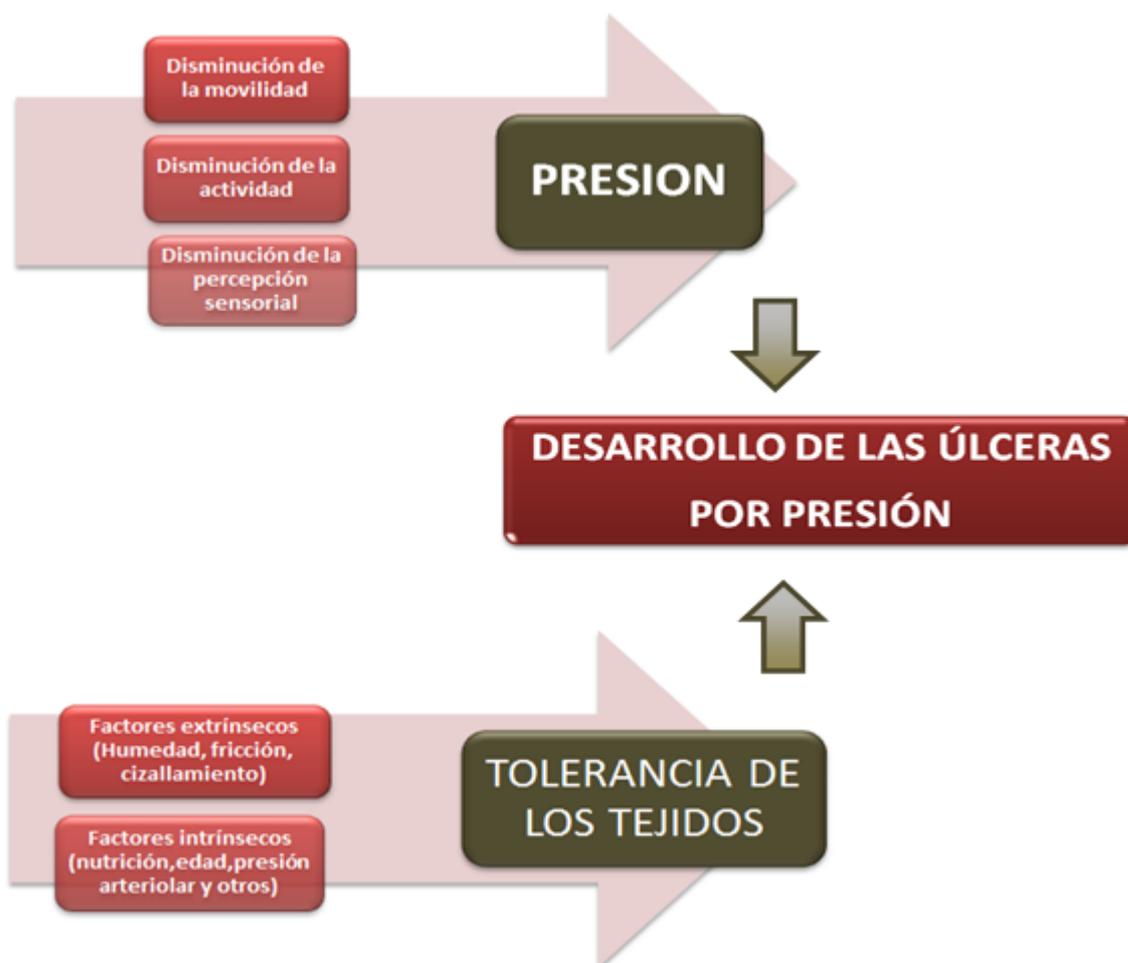


Gráfico 1.- Esquema conceptual del desarrollo de las úlceras por presión. Tomado de Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the study of the etiology of pressure sores. Rehab Nurs.1987; 12(1):8-16¹⁶

Sin lugar a dudas, la prevención se considera la forma más efectiva de enfrentarse a las úlceras por presión, constituyendo la calidad de los cuidados de enfermería uno de los factores clave para manejarlas (Reddy 2006). Pero el desarrollo de la prevención no es fácil, pues a pesar de las evidencias existentes, estas medidas no siempre llegan al paciente, existiendo múltiples barreras de diferentes entidades, impidiendo prestar los cuidados adecuados¹⁸ Sin embargo, la prevención también tiene un elevado coste, tanto en recursos humanos como materiales lo cual obliga a utilizar unos instrumentos de medida que permitan

precisar qué pacientes necesitan los cuidados preventivos y cuáles no, así como determinar el tipo de cuidados preventivos que precisan¹⁹.

La prevención comienza con una valoración exhaustiva del paciente, en la que la medición del riesgo es un aspecto clave en la prevención. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar una valoración del riesgo en todas las personas en su primer contacto con el Sistema Sanitario, tanto en hospitales, en centros geriátricos o en pacientes atendidos en sus domicilios identificando tempranamente a los individuos susceptibles de desarrollar una^{20,21}.

Hay cuatro estrategias que abordan la prevención²¹

- La valoración del riesgo de desarrollar una UPP.
- Los cuidados de la piel.
- La reducción de la presión: con medidas generales, mediante el uso de superficies especiales de manejo de la presión, y locales, mediante apósito y otros materiales específicos.
- La educación. Con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, investigadores e instituciones de diversos países han desarrollado guías de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de las UPP²².

Aunque la importancia de las guías clínicas a la hora de facilitar la diseminación de los resultados es innegable, su existencia por sí misma, no puede garantizar que los profesionales de enfermería conozcan los cuidados de las UPP basados en la mejor evidencia, y desde luego tampoco que los incorporen en su práctica clínica diaria. Es de resaltar el diseño por diferentes investigadores de herramientas metodológicas con la finalidad de identificar a los pacientes que tienen un riesgo de desarrollar úlceras por presión. Para su consecución han propuesto diferentes instrumentos de valoración del riesgo que reciben el nombre de escalas de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP)²³.

Una EVRUPP es un instrumento que establece una puntuación en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo²⁴.

La valoración del riesgo es imprescindible ya que va a ser una herramienta fundamental que nos permitirá:

- Optimizar los recursos, ya que la prevención tiene un elevado coste, tanto en recursos humanos como materiales lo que obliga a utilizar instrumentos de medida que permitan precisar los pacientes que necesitan cuidados preventivos²⁵.
- Determinar el tipo de cuidados que precisa cada paciente en función del riesgo y su aplicación de forma precoz²³.
- Contar con una salvaguarda importante para el profesional y las instituciones²⁶.

Sin embargo, hay varias concepciones y no existe un consenso claro entre los expertos y los profesionales sobre cómo debe ser la forma idónea de realizar esta valoración del riesgo de UPP. Algunas de las guías de práctica clínica más antiguas consideran como fundamental el juicio clínico de las enfermeras y sitúan el uso de las escalas de valoración como un complemento²¹ mientras otras investigaciones recientes concluyen que varias de las escalas validadas pueden ser una alternativa mejor que el juicio clínico, sobre todo cuando se trata de Enfermeras no expertas²⁴.

Lo que no admite dudas es la importancia de enseñar a los profesionales a realizar la valoración del riesgo de forma fiable y precisa².

La mera inclusión de una EVRUPP sin un activo protocolo de prevención que permita facilitar los cuidados de prevención que requieren los pacientes de acuerdo con su nivel de riesgo tiene un efecto muy limitado en la reducción de la incidencia de las UPP. Por lo tanto las EVRUPP deben utilizarse en un contexto de protocolización de los cuidados mediante guías de práctica clínica basada en

la mejor evidencia posible²⁷.

Hay que tomar como norma general la consideración del riesgo de padecer úlceras por presión a todos los pacientes que ingresan en nuestras Unidades, procediendo a descartar o confirmar este riesgo con la aplicación de una EVRUPP.

Los objetivos de la aplicación de una escala de valoración de riesgo de UPP serian:

- Identificar de forma precoz a los pacientes que puedan presentar UPP en base a la presencia de factores de riesgo.
- Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.
- Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o efectividad.

Además de las ya mencionadas una revisión reciente encuentra cinco ventajas adicionales al uso de escalas de valoración de riesgo²⁸.

- Aseguran la asignación eficiente y efectiva de los recursos preventivos limitados.
- Sirven de soporte de las decisiones clínicas.
- Permiten el ajuste de casos, en función del riesgo en estudios epidemiológicos.
- Facilitan el desarrollo de protocolos de valoración del riesgo.
- Sirven como prueba en casos de litigio.

El primer paso y quizás el esencial, para instaurar un programa de prevención de UPP puede ser la elección de la EVRUPP.

Diferentes autores²⁹⁻³¹, han descrito los requisitos que debe reunir la escala ideal, o lo que es igual, los criterios exigibles a una EVRUPP y por tanto necesarios evaluar al validar una escala, que serían:

- Alta sensibilidad. Definida como la habilidad de una escala para identificar correctamente a los pacientes que tienen la enfermedad o condición entre todos los de riesgo.
- Alta especificidad. La habilidad de la escala para identificar correctamente a los pacientes que no tienen la enfermedad o condición entre los que no son de riesgo.
- Buen valor predictivo. Tanto positivo, entendiendo como cuantos de los pacientes con úlcera han sido catalogados de riesgo entre el total de los que la desarrollaron, como negativo, entendido como cuantos pacientes sin úlcera, han sido catalogados sin riesgo entre el total de los que no la han desarrollado.
- Ser fácil de usar.
- Criterios claros y definidos que eviten al máximo la variabilidad interobservadores.
- Aplicable en los diferentes contextos asistenciales.

La validación de una escala permite demostrar que realmente está midiendo aquello para lo que se construyó. Por lo tanto, al haber definido una escala como un instrumento que permite identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP, es preciso validarlas, para poder determinar si realmente son eficaces o no para prevenir el desarrollo de estas lesiones. Como norma general, se considera que una escala está validada cuando tiene dos o más trabajos que demuestran su eficacia. Además de los parámetros anteriormente citados (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo), algunos autores²³⁻²⁴ han descrito la necesidad de determinar otros factores para considerar realmente

válida una escala. Estos otros factores serían:

1. Eficacia o porcentaje correcto: mide la proporción de verdaderos positivos y verdaderos negativos entre el total de pacientes, es decir, la suma de pacientes correctamente clasificados.
2. Área bajo la curva ROC (AUC): la curva ROC (Receiver-Operator Curve) es un gráfico que se obtiene representando en ordenadas los valores de sensibilidad (sens) y en abscisas la inversa de la especificidad (1-espec) para todos los posibles puntos de corte de una escala. Se calcula el área que queda comprendida bajo la curva así formada, de forma que un valor de AUC de 1 indica una perfecta sensibilidad y especificidad de la escala, mientras que un valor de 0,5 indica que la escala carece de sensibilidad diagnóstica.

Además es importante que los autores de la validación aporten los indicadores de riesgo, fundamentalmente:

- Odds ratio o razón de ventajas (OR): mide el cociente entre la posibilidad (ODD) de tener la enfermedad (UPP) entre los pacientes expuestos (con riesgo) y la posibilidad de tener la enfermedad entre los pacientes no expuestos (sin riesgo). Una OR igual a 1 indica ausencia de efecto; mientras que $OR > 1$ indica un aumento del riesgo de UPP entre los pacientes expuestos, es decir, con riesgo según la EVRUPP considerada.
- Intervalo de confianza del 95%: proporciona un rango de valores de un indicador obtenido a partir de una muestra cuando se considera el conjunto posible de muestras obtenibles de la población de partida. Es una medida de grado de incertidumbre de un indicador. Si el intervalo de confianza incluye el valor 1, la OR no sería significativa, pues no habría garantías de que las diferencias no se deberían al azar.

Existen un gran número de escalas descritas y publicadas, lo que no cercena que se sigan desarrollando y proponiendo otras nuevas. Entre este conjunto de

escalas, se pueden encontrar algunas para uso general en cualquier contexto asistencial y otras destinadas a pacientes o contextos específicos (cuidados críticos, pediatría, atención domiciliaria). El problema reside en que la mayoría de ellas no han sido sometidas a un proceso de validación adecuado por lo que no hay garantías sobre su validez.

Al aunar dichos factores, muchas escalas por una parte y falta de validación por otra, se contribuye a la confusión creada respecto a su uso en la práctica clínica, aunque afortunadamente la publicación de varias revisiones sistemáticas han venido a arrojar luz sobre el tema en los últimos años²⁴.

Dentro de las EVRUPP validadas hay tres que destacan en la literatura científica y son:

Escala de Norton

La primera EVRUPP que encontramos descrita en la literatura fue desarrollada en 1962 por Norton, McLaren y Exton-Smith³², en el desarrollo de una investigación sobre pacientes geriátricos. Dicha escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico; puntuados de 4 (que indica la mejor situación de cada parámetro) a 1 (la peor situación). La puntuación de la escala es negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. Una puntuación de 14 o menor supone riesgo moderado de UPP, y 12 o menor riesgo alto. Posteriormente, en 1987, Norton propuso modificar el punto de corte situándolo en 16³².

Siendo esta escala bastante fácil de usar³¹, estando ampliamente validada³³.

ESCALA NORTON		
Sensibilidad	66%	Rango 0,92%
Especificidad	65%	Rango 31-94%
Valor predictivo positivo	27%	Rango 7-53%
Valor predictivo negativo	93%	Rango 80-99%

Tabla 1.- Criterios de validación de la escala Norton

Sin embargo presenta algunos problemas que pueden limitar su efectividad clínica. Sus principales deficiencias son:

1. No realiza una definición operativa de los parámetros utilizados.
2. No considera los factores nutricionales.
3. No considera la fricción sobre la piel.

Existen numerosas escalas derivadas de la escala Norton, en las que a partir de los 5 parámetros básicos se añaden otros nuevos. Entre ellas se encuentran:

- Escala de Gosnell (1973) incluye 5 parámetros: Estado mental, Incontinencia, Actividad, Movilidad, Nutrición; más 3 que se valoran sin puntuación: Signos vitales, Aspecto de la piel y Medicación. La puntuación es similar a la Escala Norton³⁴.
- Escala de EK (1987), o escala de Norton modificada. Añade a la escala de Norton básica, dos parámetros nutricionales: Ingesta de alimentos e Ingesta de líquidos. Se ha utilizado en varios estudios realizados en países escandinavos³⁵.
- Escala Nova-4, desarrollada en 1994 en el Hospital de Bellvitge de Barcelona solo incluye 4 factores: Estado mental, Incontinencia, Estado

nutricional y Actividad²³.

- Escala Norton modificada del Insalud (1998), elaborada por un grupo de trabajo creado en el INSALUD en Madrid. Mantiene los 5 parámetros de la escala inicial y la puntuación de cada uno, pero añade una definición operativa de términos para cada parámetro, lo que aumenta la fiabilidad interobservadores. No se han realizado estudios de validez predictiva³⁶.
- Escala Emina (1998) fue elaborada por un grupo de trabajo constituido en el seno del Institut Catalá de la Salut para el seguimiento de las UPP, empleando una técnica de consenso. Inicialmente fue denominada escala ICS³⁷. Incluye 5 parámetros: Estado mental, Movilidad, Humedad relacionada con la incontinencia, Nutrición y Actividad, con puntuación de 0 a 3, de forma que mayor puntuación indica mayor riesgo. Los puntos de corte son: 0, sin riesgo; 1-3, riesgo bajo; 4-7, riesgo medio; 8-15, riesgo alto. Cada parámetro presenta una definición operativa que facilita su aplicación³⁸.

Escala de Waterlow

Su desarrollo se produjo en Inglaterra en 1985 a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que se encontró que la escala Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que finalmente presentaban úlceras³⁹.

Waterlow presenta una escala con 6 sub-escalas: relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, sexo/edad, apetito, y 4 categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación). La puntuación es positiva, considerando al paciente como de riesgo a partir de 10 puntos.

La escala Waterlow es utilizada sobre todo en Inglaterra.

ESCALA WATERLOW		
Sensibilidad	89%	Rango 73-100%
Especificidad	29%	Rango 10-44%
Valor predictivo positivo	14%	Rango 7-29%
Valor predictivo negativo	98%	Rango 97-100%

Tabla 2.- Criterios de validación de la escala Waterlow

Las principales críticas que se le han hecho son:

- ✓ Tiende a clasificar en el grupo de riesgo a más pacientes de los que realmente lo tienen.
- ✓ Es compleja de aplicar por el elevado número de parámetros que contempla.
- ✓ Establece mayor puntuación de riesgo a pacientes de sexo femenino frente al masculino.

Escala de Braden

Es una escala que se desarrolló en 1987 en Estados Unidos, en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton⁴⁰.

Bárbara Braden y Nancy Bergstrom a través de un esquema conceptual desarrollaron su escala, reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una EVRUPP³⁰. La Escala Braden consta de 6 subescalas (anexo I): Percepción Sensorial, Exposición de la piel a la humedad, Actividad física, Movilidad, Nutrición, Roce y

peligro de lesiones cutáneas y lo que es más importante definiendo exactamente lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. Los 3 primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros 3 están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

Es una escala que mide sus resultados en negativo, es decir, que el mayor riesgo va asociado directamente a la menor puntuación, con un rango que oscila entre los 5 y los 23 puntos. Se considera a los pacientes de riesgo a aquellos que obtienen puntuaciones iguales o inferiores a 16. Siendo de 15-16 puntos riesgo bajo. De 13-14 puntos riesgo moderado y entre 5 y 12 riesgo alto.

ESCALA BRADEN		
Sensibilidad	74%	Rango 27-100%
Especificidad	69%	Rango 19-95%
Valor predictivo positivo	43%	Rango 8-77%
Valor predictivo negativo	90%	Rango 71-100%

Tabla 3.- Criterios de validación de la escala Braden

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la humedad	Completamente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Roce/ peligro de lesión	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	

Tabla 4.- Subíndices de la escala Braden y su puntuación

➔ EVRUPP EN PACIENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS

El progresivo desarrollo del estado de conocimiento en relación a las EVRUPP ha conllevado al debate acerca de la necesidad de disponer de instrumentos específicos para situaciones clínicas complejas y específicas como es el caso de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o en pacientes pediátricos.

La literatura existente evidencia las discrepancias respecto a la utilización de las escalas de tipo general en dichas situaciones especiales.

- ✓ Escala de Cubin y Jackson, una EVRUPP que apareció en 1991 y es una modificación de la escala de Norton.
- ✓ Cornell Ulcer Risk Score.
- ✓ Escala Sunderland, aparecida en 1995.
- ✓ Birty Pressure Risk Assessment Scale⁴¹⁻⁴⁴.

Aunque ninguna de ellas ha sido validada y sus citaciones en la literatura suelen ser puntuales, o cuando se han intentado validar, su sensibilidad es menor a la de la Escala Braden en los mismos pacientes⁴⁵.

Séller et cols⁴⁴ ,mantienen la no existencia de factores de riesgo de UPP específicos en pacientes de UCI que justifiquen la creación de EVRUPP específicas para éste tipo de pacientes, lo que daría como resultado que muchos profesionales de dichos Servicios y específicamente de la UCI basen más en el daño en los tejidos que no en escalas para determinar las medidas de prevención de UPP^{46,47}.

Las escalas Braden y Cubin-Jackson son escalas válidas para medir el riesgo en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

➔ EVRUPP EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Waterlow destaca en 1997 la existencia de niños en riesgo de desarrollar UPP y apuntan que su EVRUPP no era apropiada para su utilización en pacientes pediátricos, y más específicamente en los de más corta edad. Posteriormente Cockett en 1998 publicó el Paediatric Pressure Sore Risk Assessment^{48, 49}, una EVRUPP para pacientes pediátricos que no había sido validada.

Más recientemente Curley y cols han publicado en el 2003 un trabajo en el que partiendo de la escala de Braden validan una adaptación para pacientes

pediátricos, Braden Q. En la escala Braden Q modificada que consta de 3 subescalas, movilidad, percepción sensorial y perfusión/oxigenación de tejidos, se ha podido calcular en un punto de corte 7, una sensibilidad del 92% y una especificidad del 59%, valores similares a los de la Escala Braden aplicada a pacientes adultos. Su fiabilidad aún no es concluyente y no ha sido medida por los interobservadores lo que hace preciso el desarrollo de más estudios que confirmen estos datos⁵⁰.

Los registros enfermeros son fundamentales en el trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población. Desde el punto de vista histórico, se han llevado a cabo de manera poco metodológica de forma que relataban todas las intervenciones en los comentarios evolutivos, pero no existían registros específicos para cada una de sus actividades. Los profesionales debemos ser conscientes de su importancia, conocer la adecuada forma de cumplimentarlos, y las repercusiones de no realizarlos correctamente tanto desde el punto de vista asistencial como legal. Constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria.

Nos permiten:

- Intercambiar información de cuidados,
- Facilitar la investigación clínica,
- Continuidad de cuidados
- Servir de base para gestionar recursos materiales y humanos
- Evaluación de los cuidados
- Valorar la praxis profesional

El beneficio del registro electrónico versus el registro tradicional permite a los diferentes niveles de salud acceder a la información de forma completa y actualizada y proporciona una visión holística del mismo.

Es por todo ello que se precisa de unos registros concisos, claros, basados en la evidencia, que disminuyan la variabilidad en un proceso de salud. Forman parte de la buena praxis profesional.

8. HIPÓTESIS

Al tratarse de un estudio de carácter descriptivo, para un posible y posterior estudio más amplio del grado de cumplimentación de registros electrónicos enfermeros (REE) no procede elaborar una hipótesis de investigación. Partimos de la premisa de que unos rigurosos registros favorecen la continuidad de cuidados de las UPPs por parte de los profesionales de enfermería y nos permiten evaluar la calidad de dicho cuidado. Así mismo permitirán abordar puntos débiles y fuertes en el cuidado y llevar a cabo medidas correctoras tanto en el propio registro como en los protocolos de actuación.

9. OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar la adecuada cumplimentación de los REE relacionados con la escala de valoración de riesgo Braden y úlceras por presión en las Unidades de Hospitalización del Hospital Sierrallana/ Tres Mares.

.

Objetivos específicos

- 1.- Valorar el grado de cumplimentación de los REE de EVRUPP al ingreso del paciente en una Unidad de Hospitalización en el HsII/H3M.
- 2.- Identificar el grado de cumplimiento de la reevaluación del REE Braden durante el ingreso en las Unidades de Hospitalización en el HsII/H3M..
- 3.- Evaluar el grado de cumplimentación del registro electrónico enfermero específico de Úlceras en las Unidades de Hospitalización en el HsII/H3M.
- 4.-Determinar la procedencia de las lesiones.

10. METODOLOGÍA

A-DISEÑO DEL ESTUDIO

Se plantea un estudio observacional, descriptivo simple, de tipo transversal.

B-EMPLAZAMIENTO

Se realiza en el Complejo Hospitalario Sierrallana / TresMares perteneciente a la Gerencia de Atención Especializada de las Áreas de Salud Torrelavega-Reinosa, contando con dos espacios físicos: Hospital Sierrallana (HsII) y Hospital Tres Mares (H3M) (imágenes 1 y 2). El primero abrió sus puertas el 1 de Noviembre de 1994, en Torrelavega y el



Imagen 1.- Hospital Sierrallana



Imagen 2.- Hospital Tres Mares

segundo el 10 de Marzo de 2010 en Reinosa; dos poblaciones distantes entre sí 40 Kilómetros. Son Hospitales Públicos de segundo nivel pertenecientes al Servicio Cántabro de Salud, dedicados a prestar asistencia especializada de carácter médico, quirúrgico y rehabilitador, tanto en régimen de Hospitalización como Ambulatorio. En él trabajan alrededor de 1.000 personas.

En el complejo hospitalario HsII/H3M las Unidades de Hospitalización se diferencian según especialidades en médicas y quirúrgicas, siendo las médicas: -3A, 3B, 3C y la hospitalización del H3M y las UQ 1A, 1B y 1C. Las UM acogen los servicios de: MI, Neurología, Digestivo, Neumología, Cardiología, Endocrino, Cuidados Paliativos, Hematología y Reumatología y las Unidades quirúrgicas: CG, Urología, Ginecología, Traumatología y Otorrinolaringología. Todas estas Unidades realizan los registros enfermeros en un aplicativo informático llamado

GACELA.

C-DURACIÓN DEL ESTUDIO

La duración del estudio está estimada en el periodo comprendido entre el 1 Enero del 2014 y el 31 Enero del 2014.

D-POBLACIÓN A ESTUDIO

Se incluyen a todos los pacientes ingresados en el HsII/H3M durante el periodo de recogida de datos del estudio en Unidades de hospitalización con soporte informático GACELA.

E-CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los pacientes ingresados en el HsII/H3M en las Unidades de Hospitalización que realicen registros electrónicos a través del aplicativo informático GACELA (1A, 1B, 1C, 3A, 3B, 3C y H3M) durante las fechas 1 al 31 Enero 2014.

F-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los pacientes ingresados en el HsII/H3M en: Unidad de Cuidados Intermedios(UCI), Sala de Evolución (SE), Unidad de Corta Estancia (UCE) y Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos(URCC). Se justifica la exclusión por que ninguna de estas Unidades/Servicios aplica registros electrónicos.

G-MUESTRA

Todos los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización que cumplen criterios de inclusión, durante el periodo definido para la recogida de datos

H-VARIABLES

- *Sexo.* Variable cualitativa nominal dicotómica.
- *Edad.* Variable cuantitativa continúa.
- *Valoración de la escala Braden al ingreso del paciente:* se considerará adecuadamente cumplimentada cuando en las primeras 24 horas se hayan evaluado completamente los seis subapartados de la escala y conste en el

registro la puntuación final. La variable es dicotómica, es decir tendrá hecho el registro de reevaluación o no. el propio sistema no permite dejarlo a medias una vez iniciado el proceso.

- *Reevaluación de la escala Braden*, se considerará adecuadamente realizada cuando este realizada a los 7 días (1ª reevaluación) y a los 14 días (2ª reevaluación) después de su ingreso y todos los ítems cumplimentados, constando en el registro la puntuación final. La variable es dicotómica, es decir tendrá hecho el registro de reevaluación o no.
- *Úlcera registrada*: La variable es dicotómica, tendrá registrada la úlcera o no. (Independientemente de que el registro este totalmente cumplimentado o no).
- *Grado de cumplimentación del registro de UPP en aplicativo informático GACELA*. Se consideraran 4 grados de adecuación del registro:
 - *Grado 4 (G4) (totalmente cumplimentado)*
 - *Grado 3 (G3) (falta 1 ítem de cumplimentar)*
 - *Grado 2 (G2) (faltan 2 ítems de cumplimentar)*
 - *Grado 1 (G1) (faltan 3 o más ítems de cumplimentar)*

El registro de las UPP se realizará en las primeras 24h tras el ingreso y recoge los siguientes ítems:

- Fecha de registro de la UPP
- Fecha de aparición de la UPP
- Procedencia del Registro, en la que se especifica:
 - Unidad
 - Extrahospitalaria (si viene de otro lugar)

- Domicilio
- Residencia
- Intrahospitalaria
- Urgencias
- Reanimación
- Quirófano
- Otra Unidad
- Localización de la úlcera: en este ítem se especifican todas las localizaciones anatómicas con posibilidad de desarrollar UPP
- Tipo:
 - Por presión
 - Venosa
 - Arterial
 - Vascular
- Grado de la úlcera
 - Estadio I
 - Estadio II
 - Estadio III
 - Estadio IV
- Diámetro en cm.
- Longitud en cm
- Índice de severidad
- Forma

- Circular
- Ovalada
- Reniforme
- Irregular
- Herradura
- Dolor: Del 0 al 10
- Volumen: Método Berg (De 1 a 60ml, sin volumen)
- Borde
 - Mellado
 - Evertido
 - Oblicuo
 - Perpendicular
 - Esfacelado
 - Hipertrófico
 - Necrosado
 - Sin borde
- Piel perilesional
 - Integra
 - Macerada
 - Lacerada
 - Eczema
 - Celulitis
 - Eritema

- Tejido
 - Necrótico
 - Esfacelado
 - Granulación
 - Cavitado
 - Epitelización
 - Integro
- Secreción
 - Escasa
 - Profusa
 - Hemorrágica
 - Moderada
 - Sin secreción
- Signos de infección
 - Exudado purulento
 - Mal olor
 - Bordes inflamados
 - Fiebre sin otro foco
 - Sin signos de infección
- Curas
 - Cura húmeda
 - Desbridamiento autolítico
 - Desbridamiento químico (enzimático)

- Desbridamiento quirúrgico
- Limpieza de la herida
- Prevención y abordaje de la infección
- Toma muestra de cultivo
- Método Berg (semanal)
- Frecuencia de la cura
 - 12 horas
 - 24 horas
 - 48 horas
 - 72 horas
 - 96 horas
- Productos
 - Alginatos
 - Hidrogeles
 - Hidrocoloides
 - Poliuretanos
 - Apósitos de plata
 - Absorbente compuesto
 - Acido hialurónico
 - Apósito silicona
 - Apósito no adherente
 - Apósito con carga iónica
 - Apósito carbón activado

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS ENFERMEROS, RELACIONADOS CON LA ESCALA BRADEN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SIERRALLANA/TRESMARES.

- Apósito colágeno
- Apósitos y geles salinos
- Película barrera
- AGHO
- Evolución, con campo abierto para descripción de la lesión
- Comentarios.
 - *Procedencia de las úlceras.* Variable dicotómica: origen intrahospitalario/origen extrahospitalario. Se entiende por intrahospitalario cualquier Unidad dentro del Centro.

I-PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

La escala Braden se aplica a todos los pacientes en las primeras 24h de ingreso. La reevaluación de dicha escala se lleva a cabo una vez a la semana.

Valoraciones Anteriores	
(Enfermera)	(Enfermera)
15/12/2013 20:48	16/12/2013 19:27
4	4
4	4
4	4
4	4
3	3
2	2
21	21

Apartado	Valor
PERCEPCION SENSORIAL	4-SIN LIMITACIONES
EXPOSIC. A LA HUMEDAD	4-RARAMENTE HUMEDA
ACTIVIDAD	4-DEAMBULA FRECUENTEMENTE
MOVILIDAD	4-SIN LIMITACIONES
NUTRICION	3-ADECUADA
ROCE PELIGRO DE LESION	2-PROBLEMA POTENCIAL

Puntuación: 21,00 Comentarios:

Grado Total: RIESGO BAJO

Aceptar Valoración Salir

Todos los pacientes que presenten una UPP al ingreso o que desarrollen una durante el periodo hospitalario, tendrán registrada la lesión en el apartado de registros especiales del aplicativo informático.

Son los profesionales de enfermería los que realizan las valoraciones

Imagen 3.- Vista del registro Braden en GACELA

y los registros electrónicos según asignación de pacientes a su cargo.

El registro electrónico se vuelca en el aplicativo informático GACELA (imagen 3 y 4).

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS ENFERMEROS, RELACIONADOS CON LA ESCALA BRADEN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SIERRALLANA/TRESMARES.

El investigador del estudio solicitará al servicio de Admisión, la relación de pacientes ingresados en el HsII/H3M en el periodo comprendido entre el 1 y el 31 Enero 2014.

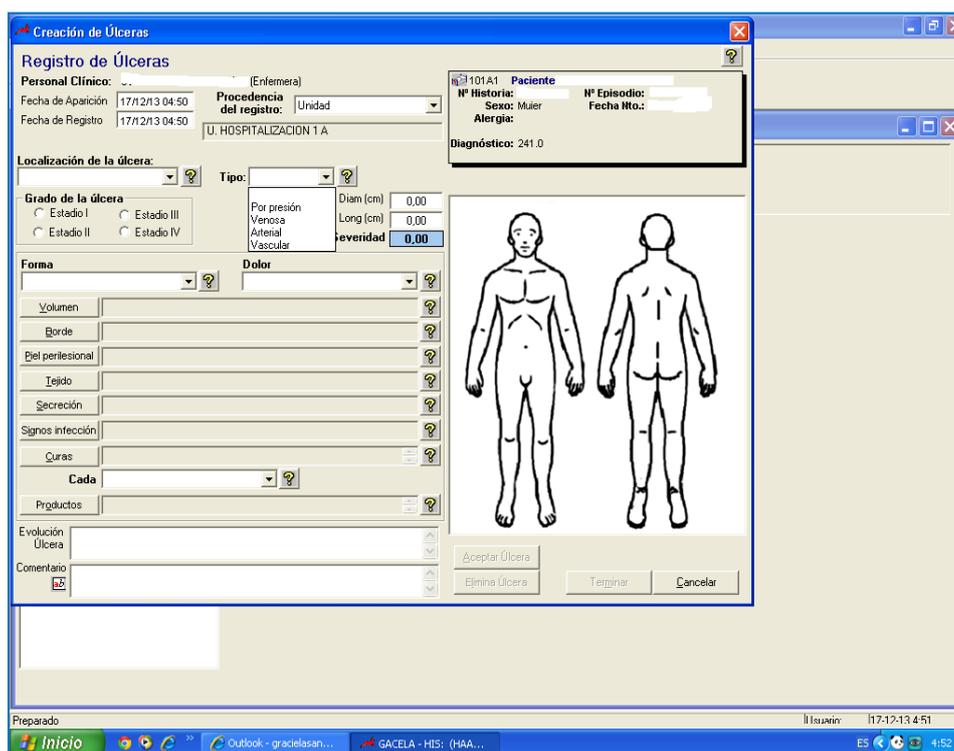


Imagen 4.-Vista del registro de UPP en GACELA

Se procederá a revisar los registros electrónicos enfermeros de dichos pacientes valorando en cada una de las variables el grado de cumplimiento, registrando los datos en una hoja confeccionada ad hoc.

J-ANÁLISIS DEL ESTUDIO.

El análisis de resultados se lleva a cabo a través del paquete estadístico SPSS 19. con datos en frecuencias y porcentajes.

K-LIMITES DEL ESTUDIO

Al ser un estudio descriptivo no permite asociaciones entre las variables, ni establecer relaciones causales entre ellas.

Tampoco permite estimar el riesgo en relación de variables a medir (valoración de

la escala/ producción de la úlcera).

Es un estudio que tiene acotado el acceso y las fechas y no presenta mayores limitaciones.

11. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación será llevada a cabo valorando cada uno de los principios de la bioética:

AUTONOMIA

El presente estudio no vulnera la autonomía del paciente, puesto que no afecta a su atención, información que se le proporciona, intimidad, ni a las decisiones que este pueda adoptar

NO MALEFICIENCIA

No existe en esta investigación efectos a terceros derivados del estudio

BENEFICIENCIA

La esencia de la propia investigación pretende, a partir del análisis de los datos obtenidos con el estudio, establecer acciones de mejora, que favorezcan la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente

JUSTICIA

Este estudio no representa ningún perjuicio para pacientes, profesionales o usuarios. No hay riesgos en cuanto a la seguridad del paciente o la actividad profesional. Las bases de datos para el análisis cuantitativo estarán protegidas en cuanto a la limitación de los accesos al investigador.

El acceso se realiza a través de un número ICU (no datos identificativos), sólo el Investigador principal accede a ellos en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

En la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre básica reguladora de la autonomía del

paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se especifica el uso de las Historias Clínicas con fines investigadores.

Para llevar a cabo el estudio se solicita autorización de la Gerencia/Dirección de Enfermería del Hospital Sierrallana/Tres Mares. (Anexo II).

Se solicita aprobación del Comité de Ética Asistencial del Centro. (Anexo III).

12.-RESULTADOS

Durante el período del estudio 984 pacientes ingresaron en el HsII/H3M, de los cuales 745 cumplen criterios de inclusión. Con una media de edad de 74 años, una distribución por sexos

(gráfico 2) de 51,8% hombres y 48,2% mujeres y una estancia de 7,33 días. El mayor número de pacientes ingresados corresponden a Servicios de Medicina Interna con

56,9% (424), seguido de Cirugía General con 10,6% (79).

El 55,9% (416) de los pacientes han ingresado en Unidades quirúrgicas, y (44,2%) (329) en Médicas (grafico 3).

DISTRIBUCION POR SEXO

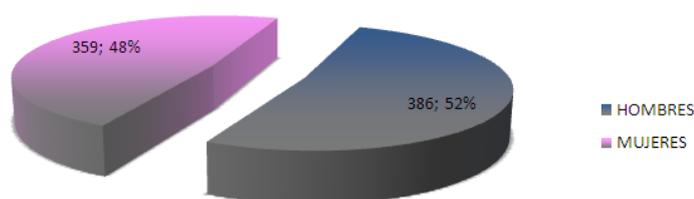


Gráfico 2.- Distribución por sexo

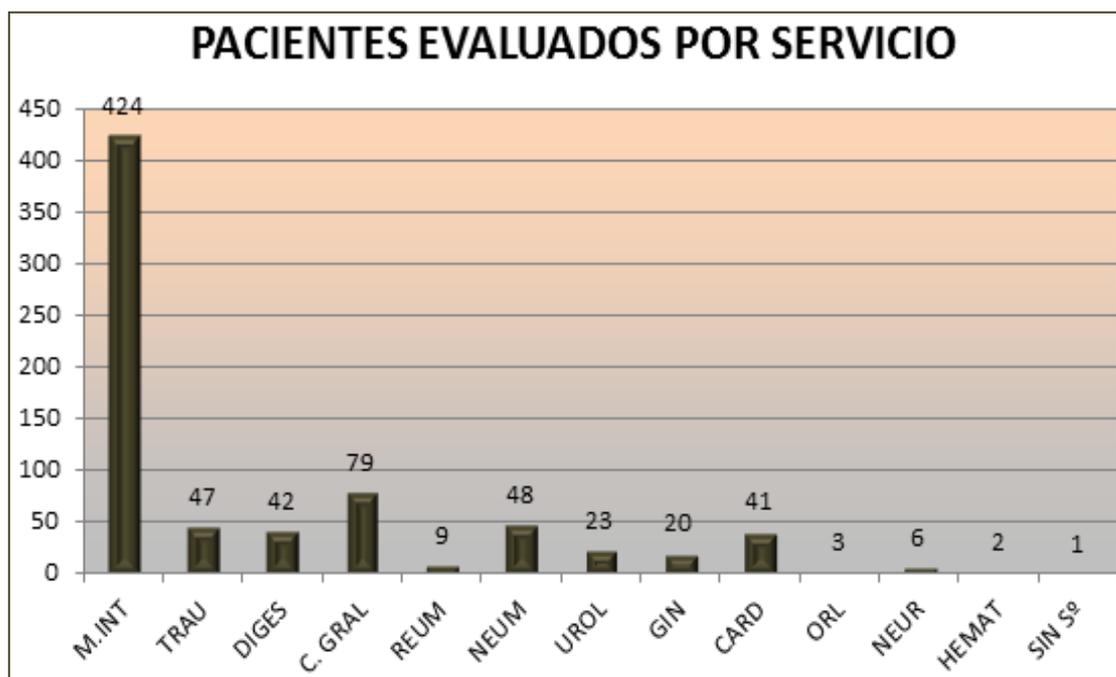


Gráfico 3. Pacientes ingresados evaluados por servicio

El 85,4% (636) de los pacientes tienen cumplimentado el registro de la Escala Braden al ingreso (gráfico 4)

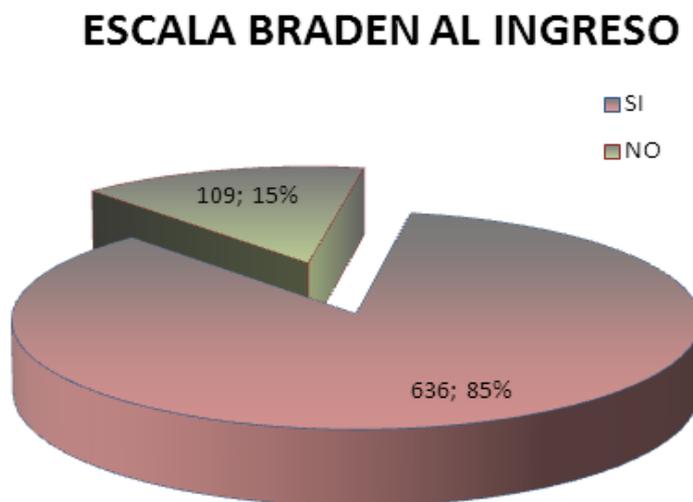
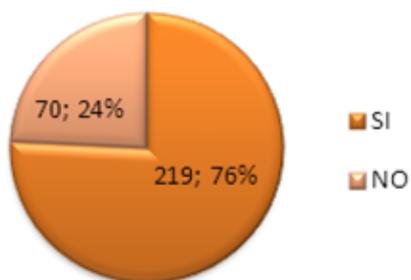


Gráfico 4.- Evaluación de la Escala Braden al ingreso

La primera revisión semanal de la Escala Braden se cumplimentó en el 75,77% (219), descendiendo a un 37,66% (29) la revisión de dicha escala en la segunda semana. Los pacientes que permanecen ingresados más de 7 días son 289 y 77 permanecen ingresados más de 14 días (gráfico 5).

1ª REEVALUACION



2ª REEVALUACION

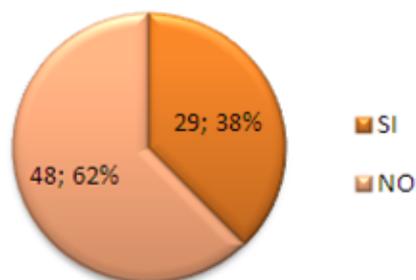


Gráfico 5.- Reevaluación de la Escala Braden.

Según la Escala de valoración de riesgo Braden al ingreso 76,88% (489) de los pacientes presentaban un riesgo Bajo, un riesgo alto 10,53%(67), aumentando este último en la primera reevaluación a 19,17% (42).

De los 745 pacientes que se monitorizan en el Centro durante el período de estudio, se identifican 76 pacientes con un total de 173 UPP, de los cuales son 17 el número de pacientes que desarrollan las UPP (45). En las Unidades de hospitalización. La proporción de hombres 48,68% (37) y de mujeres 51,31% (39). La estancia media de 10,45 días. Y la edad de 83,67 años. El intervalo de confianza es del 95%.

El registro de úlceras está cumplimentado en su totalidad (G4) en 21,05% (16), en un 13,15% en G3 (10), un 7,89% (6) tienen cumplimentado el registro en grado G2 y G1 el 57,89% (44) se lleva a cabo el registro pero no cumplimentadas todas las variables. Los ítems menos cumplimentados son: volumen, bordes y piel perilesional.

La relación de número de úlceras por paciente queda reflejada en la tabla 5

Numero de úlceras/paciente	Numero pacientes	Porcentaje pacientes
Con 1 UPP	29	38,15%
Con 2 UPP	21	27,63%
Con 3 UPP	14	18,42%
Con 4 UPP	4	5,26%
Con 5 UPP	5	6,75%
Con 6 UPP	2	2,63%
Con 7 UPP	1	1,31%

Tabla 5.- Relación de úlceras por paciente

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS ENFERMEROS, RELACIONADOS CON LA ESCALA BRADEN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SIERRALLANA/TRESMARES.

Las localizaciones más frecuentes de las lesiones se localizan en un alto porcentaje en extremidades inferiores con casi el 67% de las úlceras halladas (ver tabla 6)

LOCALIZACION DE LAS ULCERAS	NUMERO	PORCENTAJE
TALONES	58	33.52%
PIERNAS	44	25.43%
1ER DEDO PIE	14	8.09%
SACRO	24	13.87%
TROCANTER	16	9.24%
OTRAS	17	9.82%

Tabla 6. Localización anatómica de las úlceras por presión

El mayor porcentaje de la lesiones se encuentra en estadios I y II (105 UPP), lo que se corresponde a un 60,69%. En estadio III encontramos 26 UPP y 23 en estadio IV, hallando un 11% de úlceras en las que no consta el estadiaje (gráfico 6)

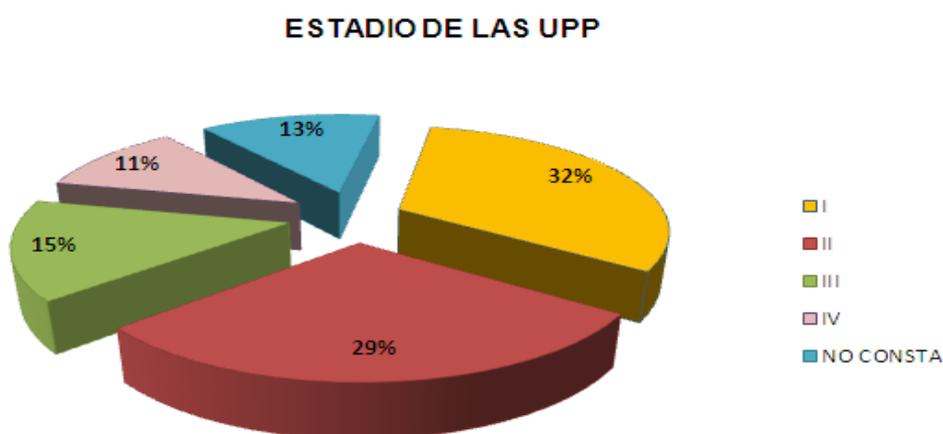


Gráfico 6.- Estadiaje de las UPP

El origen de las úlceras es extrahospitalario en un 61,84% (107 UPP) e intrahospitalario 26,01% (45 UPP), no constando el origen en el registro en un 12,13% (21 UPP) (gráfico 7). Por lo tanto la incidencia de pacientes con UPP durante el periodo estudiado fue de 2,28% y la incidencia de úlceras durante el mismo período de 6,04%.

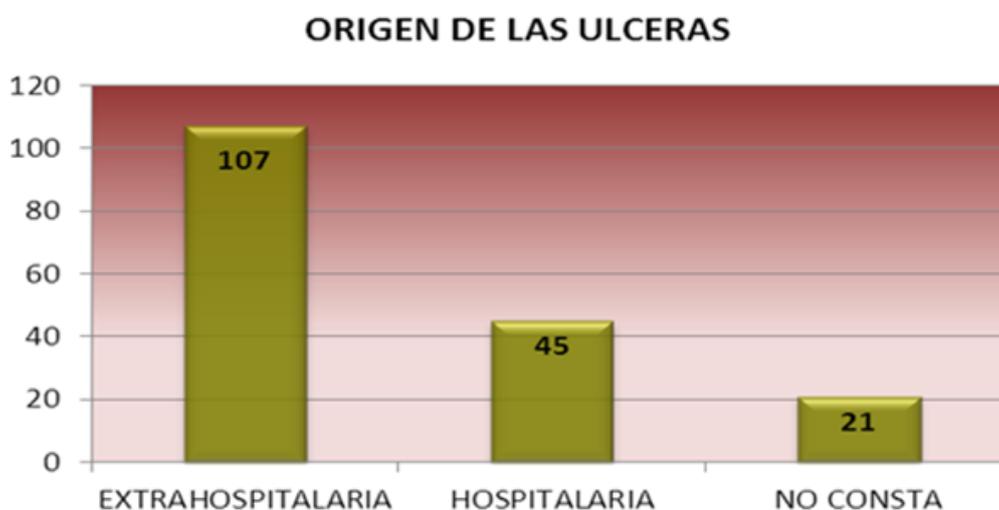


Gráfico 7.- Origen de las UPP

13.-DISCUSIÓN

El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y de los factores específicos que los ponen en situación de peligro. Las EVRUPP son instrumentos de ayuda al juicio clínico de las enfermeras para identificar a los pacientes en situación de vulnerabilidad e iniciar medidas preventivas ²¹.

Las EVRUPP precisan de un activo protocolo de prevención que permita facilitar los cuidados que requieren los pacientes, de acuerdo con su nivel de riesgo, para lograr un efecto positivo en la reducción de incidencia de UPP.. La utilización de una escala de valoración del riesgo validada como criterio en la asignación de recursos preventivos aumenta la eficacia del protocolo y la puesta en marcha de intervenciones preventivas y precoces sobre los pacientes. Es por tanto uno de los indicadores de calidad en los cuidados de enfermería, determinando la efectividad del cuidado de la piel dado por el profesional²⁰

La evaluación del estudio llevado a cabo, pretende conocer la situación en nuestra institución para poder implementar medidas correctoras, si se precisa.

Se observa como la cumplimentación de la Escala Braden al ingreso del paciente se realiza en un alto porcentaje (85,4%) acorde a estándares propuestos y disminuye notablemente en la reevaluación a los 14 días (37,66%). Del 14,6% (109) de los pacientes que no tienen cumplimentada la EVRUPP al ingreso, hay un 10,8% que ingresaron los días: 12, 13,16, 26 y 30, fechas en las que no funcionó correctamente el soporte informático de manera que ninguno de ellos tuvieron registros especiales (UPP, Braden, caídas...), independientemente de la Unidad en que se produjese su ingreso,

De los 745 pacientes que se incluyen en el estudio, 76 de ellos han presentado UPP con un total de 176 lesiones. De estos 76 pacientes, 17 presentan úlceras nosocomiales sumando entre ellos 45 lesiones. La OMS reconoce que la incidencia de UPP es uno de los indicadores que reflejan la calidad asistencial de

la red hospitalaria de un país. La incidencia de pacientes con lesiones nosocomiales (2,28%) es por lo tanto muy inferior a la media nacional ¹⁴ (10,05%) sin embargo el número de lesiones por paciente es elevado (media=2,64)

Del 85,52% de los registros de úlceras cumplimentados, solo el 21,05% lo tiene hecho en su totalidad, posiblemente la baja adhesión a este registro se deba a lo exhaustivo del mismo.

La evaluación periódica del riesgo da, al personal encargado de su cuidado, la oportunidad de ajustar, y adaptar, las acciones de prevención a los cambios en las necesidades de los pacientes. El conjunto de actividades que la Enfermera realiza, debe estar fundamentado en el conocimiento y en el juicio clínico, estos conocimientos deben tener una base científica demostrable, por ello debemos trabajar para dar evidencia a nuestra práctica profesional.

“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero ninguno al que no podamos dañar” (Arthur L. Bloomfield)

14. CONCLUSIONES

En este estudio exploratorio se cumplen los objetivos propuestos, sin embargo los resultados se alejan del grado de idoneidad propuesto por la Institución.

El grado de cumplimentación de la valoración del riesgo de UPP al ingreso del paciente tiene una adhesión aceptable aunque aún lejos de la excelencia, lo que determina la necesidad de seguir incidiendo en su importancia (a través de sesiones formativas, talleres, ect).

En las reevaluaciones de la escala se detecta una progresiva disminución en el proceso de registro.

En relación a las úlceras, el registro se realiza en un alto porcentaje sin embargo llama la atención sensibles deficiencias cuando se analiza la cumplimentación de los diferentes ítems.

El origen de las lesiones es mayoritariamente extrahospitalario, aunque la existencia de un número importante de lesiones intrahospitalarias hace que se deba incidir en el estudio de sus causas.

Esta evaluación nos ha permitido conocer cómo se lleva a cabo el registro instaurado en el Centro, evaluarlo y ver sus fortalezas y debilidades. Los resultados llevan a plantearnos un estudio pormenorizado para conocer las causas que generan estas deficiencias en el cumplimiento del protocolo, e implementar medidas correctoras.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. - European pressure ulcer advisory panel and national pressure ulcer advisory panel. EPUAP y NPUAP (1999). Guidelines on treatment of pressure ulcers. EPUAP review; 1:31-3.
- 2 -European pressure ulcer advisory panel and national pressure ulcer advisory panel (2009). Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide. Washington DC: National pressure ulcer advisory panel.
3. - National pressure ulcer advisory panel. Support surface standards initiative. Terms and definitions related to support surfaces. 01/29/2007.
- 4.- García Fernández F, López Casanova P, Pancorbo Hidalgo P, Verdú Soriano J. Anecdotario histórico de las heridas crónicas: personajes ilustres que las han padecido. Rev. Rol Enf 2009; 32 (1): 60-3.
- 5.- Nightingale F. Notas de Enfermería. Que es y que no es. Barcelona: Masson, S.A.; 1999.
- 6.-Defloor T. The risk of pressure sores: a conceptual scheme. Journal of clinical nursing 1999; 8:206-16.
- 7.-Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Authority. London St Bartholomews Hospital, 1987.
- 8.-Soldevilla Agreda J, Navarro S, Rossell C, Sarabia R, Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. En Soldevilla Agreda J, Torra i Bou (Eds.).2004
- 9.-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), 2014.
- 10.- Zabala Blanco J, Torra i Bou JE, Sarabia Lavin R, Soldevilla Agreda JJ. Bioética y úlceras por presión: una reflexión sobre la ética de mínimos.

Gerokomos 2011; 22(4): 184-90.

11. Panagiotopoulou K, Kerr SM. Pressure are acare: an exploration of greed nurses knowledge and practice. J. Adv. Nurs 2002; 40 (3): 285-96.

12.- Torra i Bou J, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2003; 14(1): 37-47.

13.- Soldevilla Agreda JJ, Torrá y Bou JE, Verdú Soriano J, Martinez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2ª Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2006; 17(3): 154-72.

14.- Soldevilla Agreda JJ, Torrá i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3ª Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011; 22(2):77-90.

15.- Soldevilla Agreda JJ, Torrá i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007; 18(4): 43-52.

16. - Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehab Nurs.1987. 12 (1): 8-16.

17.-WaterlowJ. Pressure sore prevention manual. Taunton, 1996.

18.- Rodríguez Palma M, Vallejo Sánchez JM. La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores. Obstáculos y facilitadores. Gerokomos.2010; 21(3):108-13.

19.-Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria.

Gerokomos.2002 13 (3): 164-171.

20.-García Fernández F, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A et al, Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía; 2007-2008.

21. - Bergstrom N, Allman RM, Carlson CE et al. Prevention of pressure ulcers. Clinical practice guideline, nº 3. Rockville, MD. US: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research, 1992.

22.-Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión. Directrices generales sobre prevención de úlceras por presión. Gerokomos/ Helcos 1995; 6 (15): 9-10.

23.-García FP, Pancorbo PL, Torra JE, Blanco C. Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 1ª ed. Madrid. SPA; 209-26.

24.-Pancorbo Hidalgo PL, Garcia Fernandez FP, López Medina IM, Álvarez Nieto C.Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs 2006; 54(1): 94-110.

25.- Pancorbo Hidalgo P, García Fernández F. Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. Gerokomos 2002; 13 (3): 164-71.

26. - Ayello E, Leask K, Fowler E, Mulder G. Legal issues in the care of pressure ulcer patients: key concepts for healthcare providers. Chicago: Panel IEWCA Editor; 2009.

27.-Halfens RJG. Risk assessment scales for pressure ulcers: A theoretical methodological and clinical perspective. Ostomy Wound Manag 2000; 46(8):36-44.

28.-Papanikolau P, Lyne P, Anthony D. Risk assessment scales for pressure ulcers: a methodological review. *Int J Nurs Stud* 2007; 44 (2): 285-96.

29.-Ayelo EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Adv Skin Wound Care* 2002; 15(3): 125-131.

30.-Torra I Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. *Rev ROL Enf.* 1997. 224:23-30.

31.-Smith LN, Booth N, Douglas D. et al. A critique of "at risk" pressure sore assessment tools. *J. Clin. Nurs.* 1995. 4: 153-59.

32.-Norton D. Norton revised risk scores. *Nursing Times.* 1987. 83 (41):6

33.-Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. National Corporation for the care of old people. London 1962.

34.-Gosnell DJ. An assessment tool to identify pressure sores. *Nursing Research.* 1973. 22:55-59.

35.-Berglund B, Nordström G. The use of the modified Norton scale in nursing-home patient. *Scand J Caring Sci.* 1995. 9:165-69.

36.-Bermejo CJ, Beamud M, Puerta M. de la, Ayuso ME, Martín S, Martín-Cocinas Mc. Fiabilidad interobservadores de dos escalas de detección del riesgo de formación de úlceras por presión en enfermos de 65 o más años. *Enfermería clínica.* 1998.8(6): 242-47.

37.-Grupo de Enfermería del Institut Catalá de la Salut. Úlceras por presión: método de consenso como estrategia de mejora de la calidad asistencial. *Enfermería clínica.* 1998. 8(3): 110-15.

38.-Fuentelsalz C. Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enfermería clínica,* 2001. 11(3): 97-103.

- 39.-Waterlow J. A risk assessment card. Nursing times. 1985. 81 (49):5155
- 40.-Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk: reliability studies (Abstract). Nurs Res. 1985; 34 (6):383
- 41.-Weststrate JT, Aalbers AG. The clinical relevance of the Waterlow pressure sore risk scale in the ICU. Intensive care Med 1998; 24 (8): 815-20.
- 42.- Eachempti SR, Hydo LJ, Barie PS. Crit Care Med 2001; 29 (9): 1678-82.
- 43.-Sollars A. Pressure area risk assessment in intensive care. Nurs Crit Care 1998; 3 (6): 267-73.
- 44.-Birtswistle J. Pressure sor formation and risk assessment in intensive care. Care crit Ill 1995; 11: 121-5.
- 45.-Jiricka MK, Ryan P, Carvalho MA et al. Pressure ulcer risk factors in ICU population. Am J Crit Care 1995; 4(5): 361-7.
- 46.-Séller BP, Wille J, van Ramsshort B et al. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. Intensive Care Med 2002; 28 (10): 1379-88.
- 47.-Weststrate JT, Bruining HA. Pressure sores in an intensive care unit and related variables: a descriptive study. Intensive Crit care Nurs 1996; 12 (5): 280-4.
- 48.-Waterlow JA. Pressure sore risk assessment in children. Paediatr Nurs 1997; 9(6): 21-4.
- 49.-Cocket JA. Pressure sore risk assessment. J Tissue Viab 1998; 8(1): 30.
- 50.-Curley M, Razmus Is, Roberts KE, Wypij D. Predicting pressure ulcer risk in paediatric patients: The Braden Q Scale. Nurs Res 2003; 52(1): 22-33.

16. ANEXO I

ESCALA BRADEN

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL. Capacidad para responder significativamente al disconfor relacionado con la presión	Completamente limitada. No responde a estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal	Muy limitada. Responde a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfor , excepto por quejas o agitación. Tiene deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor en la mitad de su cuerpo	Ligeramente limitada. Responde a estímulos verbales pero no siempre puede comunicar el disconfor , la necesidad de cambios posturales , o tiene limitada la capacidad para sentir dolor en extremidades	Sin limitaciones. Responde a estímulos verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir dolor o disconfor .
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD. La piel se encuentra permanentemente expuesta a la humedad	Completamente húmeda. La piel permanece húmeda casi constantemente. Cada vez que es movilizado o girado se encuentra mojado	A menudo húmeda. La piel está frecuentemente húmeda. La ropa de cama debe cambiarse al menos una vez cada 8 horas.	Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio de la ropa cada 12 horas	Raramente húmeda. La piel está usualmente seca, la ropa requiere cambios con los intervalos de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	Encamado/a Paciente continuamente en cama	En silla. Capacidad para caminar severamente limitada. Necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas. No puede soportar su propio peso	Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente con o sin ayuda durante el día distancias muy cortas. Pasa la mayor parte del día en silla o cama.	Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día , y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad	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	Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo	Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Bebe pocos líquidos . Esta en ayunas y/o dieta líquida o sueros más de 5 días	Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa. Ocasionalmente toma un suplemento dietético .	Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral	Excelente. Come la mayoría de todas las comidas, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio
ROCE/PELIGRO DE LESIÓN	Problema. Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo es imposible. Requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia	Problema potencial. Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza	No existe problema aparente. Se mueve en la cama o en la silla. Mantiene buena posición en todo momento.	

17.ANEXO II

A/A de la Directora de Enfermería
D^a. M^a Nela Fernández
Hospital Sierrallana/ Tresmares

Torrelavega a 22 de Julio de 2014

Por la presente Dña. R. Isabel Gómez Muñoz, Graduada en Enfermería, solicita a esa Dirección autorización para llevar a cabo el proyecto de investigación "Evaluación del grado de cumplimiento de los registros enfermeros de la Escala Braden y úlceras por presión en el Hospital Sierrallana/TresMares

Investigador Principal:
R. Isabel Gómez Muñoz

Diseño de la Investigación
Se plantea un estudio observacional, descriptivo simple de tipo transversal

Fechas previstas para su desarrollo:
1 al 31 de Enero de 2014

Objetivo:
Evaluar la adecuada cumplimentación de los registros enfermeros relacionados con la Escala de Valoración de riesgo Braden y los cuidados de úlceras en el Hospital Sierrallana/TresMares

Para su valoración, se adjunta protocolo del estudio

Atentamente

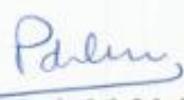
Fdo.: R. Isabel Gómez Muñoz

Autou 20
Maria Nela Fernández Ruiz


SEGG
SCS
GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA
Dña. NELA FERNÁNDEZ RUIZ



18. ANEXO III

 <p>Comité de Etica Asistencial Hospital Sierrallana</p>	 <p>HOSPITAL SIERRALLANA (CANTABRIA)</p>					
<table border="1"><tr><td>GERENCIA A-E. AREAS III-IV</td></tr><tr><td>TORRELAVEGA - CANTABRIA</td></tr><tr><td>REGISTRO GENERAL ENTRADA</td></tr><tr><td>011994 21-08-14 09:25:27</td></tr><tr><td>PROYECTO INVESTIGACION MASTER</td></tr></table>		GERENCIA A-E. AREAS III-IV	TORRELAVEGA - CANTABRIA	REGISTRO GENERAL ENTRADA	011994 21-08-14 09:25:27	PROYECTO INVESTIGACION MASTER
GERENCIA A-E. AREAS III-IV						
TORRELAVEGA - CANTABRIA						
REGISTRO GENERAL ENTRADA						
011994 21-08-14 09:25:27						
PROYECTO INVESTIGACION MASTER						
<p>El Comité de Etica Asistencial del H. Sierrallana reunido el 1 de Agosto de 2014, ha valorado desde el punto de vista ético-asistencial el proyecto presentado por Dña. Isabel R. Gómez Muñoz "Evaluación del grado de cumplimiento de los registros electrónicos enfermeros relacionados con la Escala Braden y úlceras por presión, en unidades de hospitalización del Hospital Sierrallana-Tresmares", incluida en las actividades docentes del "Máster Universitario en Gestión integral e Investigación de las heridas crónicas", de la Universidad de Cantabria.</p> <p>Analizado dicho proyecto, no se han puesto de manifiesto problemas ético-asistenciales en su realización, pudiéndose, pues, aprobar desde el punto de vista ético.</p> <p>Para que así conste,</p>						
 <p>José Pedro Aguilera Diego Presidente del CAE- Sierrallana</p>	 <p>Pilar de Lucio de la Iglesia Secretaria del CAE Sierrallana</p>					
Correo electrónico: iefm@hdsierrall.es	Torrelavega, 2 de Agosto de 2014 Calle de Garzo, s/n 39100 Torrelavega Teléfono: 942 84 74 00 FAX: 942 84 75 01					

19. GLOSARIO

AUC	Área bajo la curva ROC
CG	Cirugía General
EPUAP	Panel expertos europeos en úlceras por presión
ESCALA DE EK	Escala de Norton modificada
EVRUPP	Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión
GNEAUPP	Grupo nacional para el estudio y asesoramiento de úlceras por presión y heridas crónicas
HSLL	Hospital Sierrallana
H3M	Hospital TresMares
ICU	Número de atención en Urgencias
MI	Medicina Interna
NPUAP	National pressure ulcer advisory panel (Estados Unidos)
ODD	Posibilidad de tener la enfermedad
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds ratio o Razón de ventajas
RAE	Real academia de la lengua
REE	Registros electrónicos enfermeros
ROC	Receiver-operator curve

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS ENFERMEROS, RELACIONADOS CON LA ESCALA BRADEN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN, EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SIERRALLANA/TRESMARES.

SE	Sala de evolución
SENS	Sensibilidad
SCS	Servicio Cantabro de Salud
UCE	Unidad de corta estancia
UCI	Unidad de cuidados intermedios
1-ESPEC	Inversa de la especificidad
UH	Unidad de hospitalización
UM	Unidad médica
UPP	Úlcera por presión
UQ	Unidad quirúrgica
URCC	Unidad de reanimación y cuidados críticos

