

Cuidado de heridas (Interdepartamental)

Hernández Martínez, F.J.; Jiménez Díaz, J.F.; Rodríguez de Vera, B.C.; Navarro García, E.; Navarro García R.

Introducción

Los estudios epidemiológicos constituyen un parámetro de gran eficacia para la gestión clínica de los diversos procesos patológicos que se pretendan abordar. En el caso concreto que nos ocupa, las úlceras por presión, representan un problema de salud pública de gran repercusión, no solamente en los pacientes afectados sino también en su entorno familiar y social. Asimismo, los esfuerzos económicos y de recursos humanos significan una alta dedicación de los profesionales sanitarios, en especial los de enfermería para resolver las situaciones planteadas como señala Van Rijswijk.

La especial predisposición, por las características de su trabajo profesional, de los enfermeros indica la calidad de los cuidados prestados en la resolución de las UPP. Los cuidados dispensados deben basarse por tanto en estudios de campo que corroboren o rechacen tales iniciativas. Dentro de estos estudios de campo, adquiere una especial relevancia los de prevalencia ya que los mismos permiten efectuar un diagnóstico de la situación en un momento determinado cuando lo planteamos con un carácter transversal. No obstante, también los estudios de prevalencia pueden enfocarse desde una óptica longitudinal. Por ello, es fundamental predefinir antes de iniciar el estudio respectivo el punto de prevalencia o periodo de prevalencia que se pretende analizar así como el método a seguir para llevar a cabo dichos estudios debido a que las tasas de prevalencia de estudios variados pueden resultar difíciles de compa-

rar en función de la circunstancia mencionada.

La investigación en cuidados, y más concretamente en úlceras por presión, tiene por objetivo desarrollar los conocimientos que guíen y apoyen todo el espectro de la práctica de enfermería. Hasta fechas muy recientes, en nuestro país apenas se ha prestado interés por parte de organizaciones y profesionales por visualizar el calado del problema de las úlceras por presión. El reciente Plan de Calidad del Sistema Nacional de la Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2006; establece por primera vez estrategias tendentes a aumentar la seguridad de los pacientes durante su estancia hospitalaria, reseñando las úlceras por presión como un proceso que la perturba y que es necesario minimizar.

Objetivo del estudio

Determinar a través de una escala de valoración de úlceras por presión (EVRUPP), la prevalencia de las mismas y los factores asociados en los pacientes ingresados en el Hospital General de Lanzarote Dr. Molina Orosa.

Para poder dar respuesta a este planteamiento anterior, se definen los siguientes objetivos:

- Averiguar la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en la isla de Lanzarote
- Evaluar cuál es el riesgo a padecer una UPP
- Identificar el grado de UPP
- Detectar el lugar dónde se originó la UPP

- Obtener información sobre las medidas preventivas utilizadas por cada centro en el cuidado de pacientes con riesgo a sufrir UPP.
- Dar a conocer cuál es la intervención de los enfermeros y enfermeras para la prevención de las UPP.

Metodología

La metodología consiste en la descripción de los métodos utilizados en la elaboración de un estudio de investigación, siendo el método, el conjunto de operaciones orientadas con que se pretende obtener un resultado.

Justificación del estudio

Hemos hablado anteriormente de que las UPP, constituyen un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados, existiendo por tanto, un amplio grado de consenso en considerar que la prevención constituye el método más eficiente de abordar el problema.

En la elaboración de este trabajo de investigación, han influido dos motivos, uno de carácter académico y otro personal. Respecto al primer motivo, no podemos omitir el considerable impacto económico que todavía tienen en España las UPP, tanto por su prevalencia (8.91% en hospitales, 9.11% en centros de Atención Primaria y 13% en Residencias Geriátricas, según datos del año 2005) como por su mortalidad.

En segundo lugar, ha influido en esta elección, el aumento durante estos últimos años de la población mayor de 60 años en la Isla de

Lanzarote, que ha pasado de ser, con lo que respecta a hombres y mujeres, de 3.388 personas en el año 1.981 a 10.540 habitantes mayores de 65 años en el año 2.007, lo que supone un 7.96% del total de población.

Tipo de estudio

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio de prevalencia de UPP, que consistirá en revisar en un determinado periodo de tiempo a todos los pacientes ingresados en diferentes unidades del Hospital General de Lanzarote perteneciente al Servicio Canario de Salud, para determinar la prevalencia de úlceras por presión.

Representan un corte transversal o fotografía instantánea del centro en lo que al fenómeno se refiere. Proporcionará información puntual en el momento de realizar el estudio, y aunque su validez interna puede ser muy buena, muchos autores afirman que no detectan situaciones de riesgo si no tienen continuidad en el tiempo.

Para la realización de este estudio se eligió un estudio de tipo observacional descriptivo, de corte transversal y abordaje cuantitativo. El estudio se realizó en las unidades de hospitalización del hospital al igual que ya se efectuó en el 2º estudio nacional de prevalencia y de tendencia de prevención de las UPP realizado en España por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en el año 2006.

A diferencia de este último estudio, en éste lo realizan los profesionales enfermeros tomando un determinado número de muestras, en vez de utilizar una encuesta por correo postal, que puede ser o no contestada, que fue el método utilizado por el GNEAUPP.

Población y muestra de estudio

El periodo de recogida de datos se realizó entre el 13 de enero y el 25 de febrero de 2010. Como cri-

Nivel Asistencial	Criterios
Cuidados Hospitalarios: <ul style="list-style-type: none"> • Agudos • Crónicos • Intensivos • Rehabilitación 	Todos los individuos internados a partir de las 00:00 horas del día de la recogida de datos en: <ul style="list-style-type: none"> • Unidades de hospitalización • Salas de observación • Reanimación • Unidades de Cuidados Intensivos

Cuadro nº 1 Criterios de inclusión de pacientes para el estudio
Fuente: Torra i Bou J.E. (1997).

terios de inclusión en la muestra se determinan una serie de condiciones por nivel asistencial, las cuales las vamos a ver en el cuadro adjunto (Cuadro 1), referenciado por el estudio de Torra i Bou (1997).

En cuanto a los criterios de exclusión, no forman parte de la muestra los individuos que en el momento del estudio se encuentren en:

- Servicios de obstetricia y maternidad
- Servicios de urgencia
- Bloque operatorio
- Unidades psiquiátricas de internamiento breve
- Hospitales de Día

El número total de pacientes que fueron evaluados fueron 226, siendo la distribución la siguiente:

- 100 camas en las Unidades de Hospitalización
- 100 camas en las Unidades de Especialidades Médicas
- 26 camas en la Unidad de Pediatría.

La muestra (n=226) corresponde a todas las camas del Hospital General de Lanzarote incluidas en el estudio, exceptuando las nombradas con anterioridad.

Instrumento de recogida de datos

El instrumento de recogida de datos que se ha utilizado para este estudio de prevalencia y factores asociados en UPP (Anexo I), es

una adaptación del original cedido por el EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel, y validada por los asesores técnicos.

El instrumento de recogida de datos estudia seis componentes:

- El primer componente, registra el número de institución, tipo de la misma, unidad de estudio, número de paciente y las observaciones efectuadas. A cada sujeto participante se le atribuye un código.
- El segundo componente indica los datos del paciente: edad, sexo.
- El tercer componente corresponde a naturaleza de los cuidados.
- El cuarto mide el riesgo de UPP. Incluye como instrumento de medida la Escala de Braden y el ítem de incontinencia utilizado en la escala de Norton.
- El quinto hace referencia a la observación de la piel: presencia, localización y gravedad de la herida. Utilizando la clasificación recomendada por el EPUAP. En el caso de que existan múltiples UPP, el observador debe clasificar la de mayor gravedad. Ante la presencia de varias UPP con el mismo grado, la úlcera a clasificar debe ser la que tenga mayor impacto para el paciente y para su calidad de vida.
- El último componente, se refiere a la prevención de las UPP, en lo que hace referencia

al equipamiento estático y dinámico, así como a la frecuencia de los cambios posturales en la cama o silla. Los datos sobre el registro de los cambios deberán estar recogidos en los registros de enfermería o en el plan de cuidados. Este sexto componente, incluye el lugar dónde la UPP fue adquirida.

A diferencia de este último estudio del GNEAUPP, que utilizaba una encuesta por correo postal, que puede ser o no contestada; el proceso de recogida de datos de este estudio, se realizó en dos etapas. El investigador recogió los datos a través de un cuestionario con preguntas cerradas y una abierta para registrar la edad, para lo cual utilizó la avalada por la EPUAP, que incluye la escala de Braden.

Se utiliza como instrumento de recogida de datos una EVRUPP, la escala de Braden (Anexo II), como un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. No fue necesario realizar un pre-test porque la escala de Braden ya está valorada y la hoja de recogida de datos contiene cuestiones muy objetivas que tampoco constituyen lugar a duda en su aplicación.

A todos los pacientes se les invitó a colaborar en el estudio y a participar voluntariamente. Como paso previo a la recogida de datos, en cada centro donde se realizó el estudio, le fue solicitado un permiso para poder realizar el estudio.

Tratamiento de los datos

Se realizó un tratamiento estadístico de los datos recogidos de la muestra de 226 pacientes, mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 17.0 para Windows XP.

Salvo la variable aleatoria de la edad, el resto de las variables del estudio son de tipo dicotómicas.

Para el análisis de los datos se utilizaron métodos estadísticos para poder resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información numérica. Se calcula la

media y la desviación estándar de la muestra.

Resultados

Hospital General de Lanzarote	n	%
U. Hospitalización	100	44.2
U. Especialización	100	44.2
Pediatría	26	11.6
Total	226	100.0

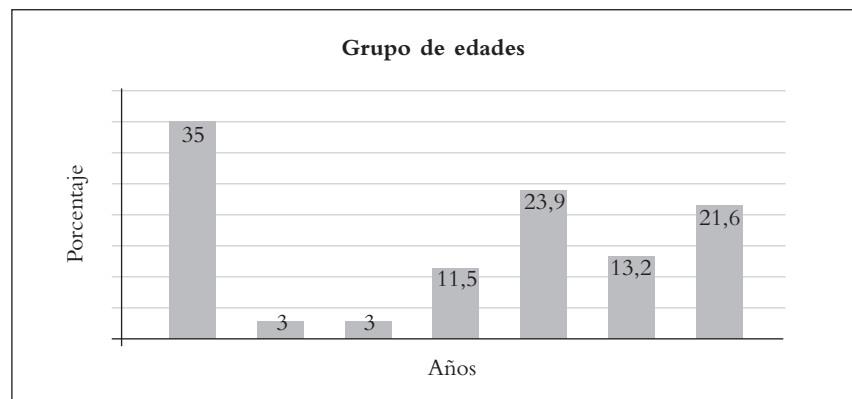
Tabla Nº 1.

La muestra se distribuye de la siguiente manera

En cuanto al sexo, nuestro estudio refleja cifras similares a las obtenidas en otros estudios de prevalencia con predominio del sexo femenino (62,4%) debido a la mayor

supervivencia de este, aunque en un estudio efectuado en 1999 por Thoroddsen refleja cifras mas elevadas de los hombres respecto a las mujeres.

Considerando la variable Grupo de Edades se observa que el 35% (79 pacientes) de la muestra tiene 60 o más años, frente al 11.5% que está compuesta por menores de 10 años (26 pacientes), 3% entre 11 y 20 años (7 pacientes), y del resto de la muestra (n=226), también 7 pacientes están en el grupo comprendido entre 21 y 30 años, 54 son los ingresados con edades de 31 a 40 años (23.9 %) y el resto, los que corresponden al grupo de 41-50 años y 51 a 60, les corresponde respectivamente un porcentaje del 13.2 % (30 pacientes) y del 21.6% que son 49 pacientes-clientes del Hospital.

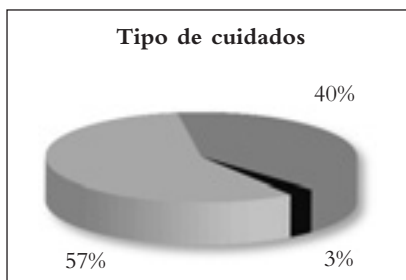


La muestra de tamaño de 226 pacientes, tiene una edad media de 57.11 años, con una desviación típica de 19,42 años, siendo la edad mínima de 0 años y una máxima de 96 años.

Respecto a la cifra global de prevalencia obtenida en nuestro estudio 8.84 %, está dentro de los límites que ya describe el estudio de la EPUAP (2001), aunque las tasas de prevalencia son difíciles de comparar entre diversos estudios dado que utilizan metodologías diferentes (Bours, 2003) así como emplean definiciones y clasificaciones diferentes para las UPP incluyendo o excluyendo tipos particulares de los daños ocasionados por la presión en la estructura cutánea (Bours, 2003;

Defloor,2004; Puclas 2, 2006). Desglosadas las cifras de UPP entre las tres unidades de hospitalización del Hospital General de Lanzarote, encontramos un 10.1% en las unidades de hospitalización (medicina interna, media estancia y paliativos), 8.01% en las Unidades de Especialización Médico – Quirúrgica (cirugía, traumatología, urología, otorrino, oftalmología, nefrología...) y un 7.6% en la Unidad de Pediatría.

En la muestra considerada (n= 266) se detectaron 7 pacientes que requerían cuidados de Neurología/Rehabilitación (3%), sujetos tenían cuidados crónicos (56,95%) y pacientes eran del grupo de cuidados agudos/alta dependencia (40,05%).



Referente al grupo de edad y tipo de cuidados son los mayores de 60 años los que requieren más cuidados crónicos (47.56%) y de alta dependencia (31,32%), mientras que en el grupo de los menores de 60 años, llama la atención también la necesidad de cuidados agudos y de alta con un 112,27%. Referente al tipo de cuidados por sexo, los patrones de cuidados son muy similares entre los dos sexos.

Respecto a la EVRUPP, se ha utilizado la Escala de Braden, y en los diferentes parámetros que la forman, han proporcionado los siguientes resultados:

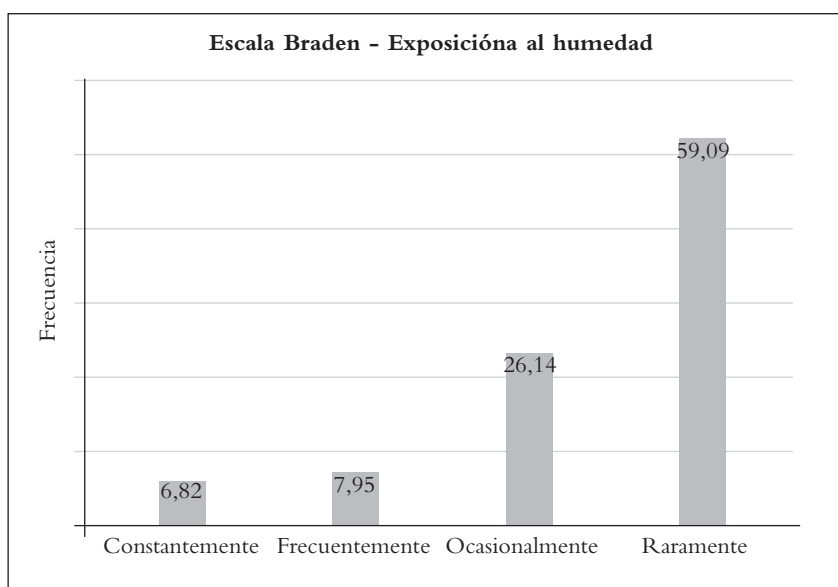
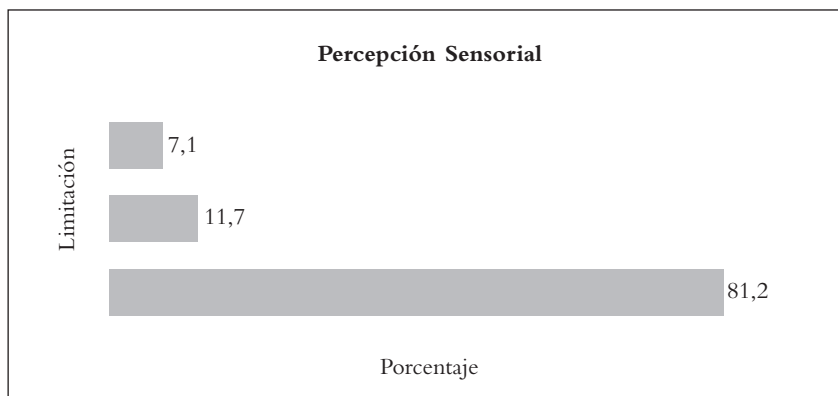
Respecto a la percepción sensorial, en las encuestas se determina que para el total de la muestra.

El 81.2%, no tienen limitaciones sensoriales, siendo los que tienen una ligera limitación el 11.7% y están muy limitados el 7.1%.

En cuanto a la **exposición a la humedad**.

La exposición a la humedad está relacionada con la incontinencia ($p < 0.0001$), siendo significativa y atribuyendo una mayor probabilidad a la incontinencia fecal, como factor que coloca a los pacientes en riesgo de sufrir una UPP, más que la incontinencia urinaria por sí misma; esto es debido a como se analiza en el gráfico que se ve a continuación, de la muestra estudiada ($n=226$), el 6.8%, es decir 15 personas están constantemente expuestas a la humedad, 18 pacientes (8%), frecuentemente, y el 26.1% (59 usuarios), están ocasionalmente expuestos a la humedad.

Al evaluar la **Actividad**, del total de los pacientes evaluados, 20 están encamados, 27 usuarios hacen una vida cama-sillón, mientras que caminan ocasionalmente 34 y el res-

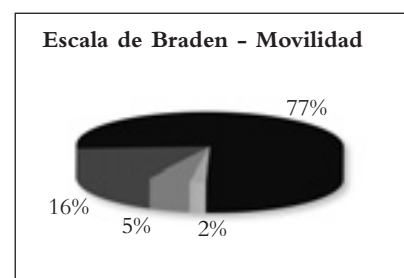
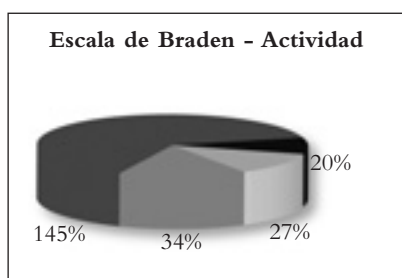


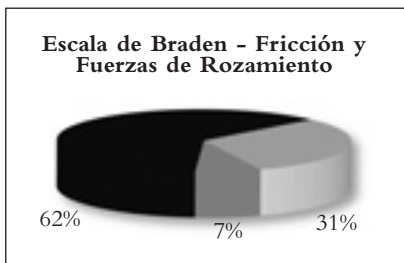
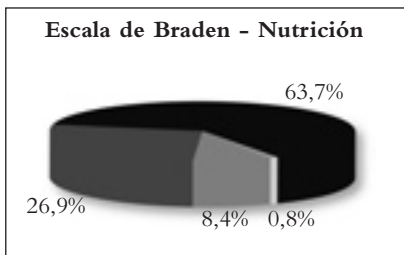
to de pacientes evaluados de la muestra ($n=226$), es decir, 145 usuarios (64,15%) andan frecuentemente.

Los resultados que se han obtenido al evaluar la **Movilidad** según la Escala de Braden son los siguientes: más de la mitad de los pacientes no tienen ninguna dificultad con respecto a la movilidad, siendo únicamente 4 pacientes los que están completamente inmovilizados (1.7%), 12 muy limitados (5,3%), y 37 (16.3%) ligeramente limitados.

Respecto al **estado nutricional**, únicamente aparecen dos pacientes con un estado nutricional muy pobre (0.8%) y un 8.4% (19 usuarios) probablemente inadecuada. El resto de pacientes 144 (63,7%) su nutrición es adecuada y el 26,9% (61 pacientes) con excelente estado de nutrición.

Al evaluar en la Escala de Braden los efectos que producen sobre los pacientes la fricción y las fuerzas de rozamiento, obtenemos los siguientes resultados que vemos reflejados en el gráfico siguiente:

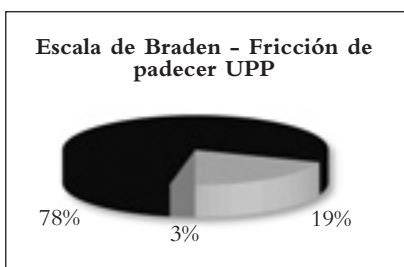




Más de la mitad de los 226 pacientes del estudio, no presentan ningún problema respecto a los problemas de fricción y ante fuerzas de deslizamiento, concretamente el 62,83% (142 individuos), mientras el 30,53% (69 usuarios), tienen un problema potencial y solamente 15 pacientes, el 6,63% presentan un problema real.

La variable **riesgo de padecer UPP** se ha construido como una variable que es consecuencia de los resultados obtenidos de aplicar la Escala de Braden (véase el anexo II), donde las mismas autoras propusieron los siguientes valores de clasificación de riesgo de padecer UPP: Riesgo Alto, cuando la suma del total de las subescalas que componen la Escala de Braden es; ≤ 12 . Existe Riesgo Medio: entre 13 y 15 puntos y se considera Riesgo Bajo cuando la puntuación es; ≥ 16 .

De los 226 pacientes del estudio, 176 (77,8%) presentaban un riesgo bajo de padecer una UPP, 44 casos (19,4%) moderado y 6 pacientes (2,6 %) un riesgo alto. Esta evaluación la encontramos en la siguiente representación:



Analizando la relación que aparece respecto al **sexo con el riesgo de padecer UPP**, se aprecia que en el grupo de mujeres existe un riesgo alto de 7,11%, mientras que en el grupo de hombres no se detecta.

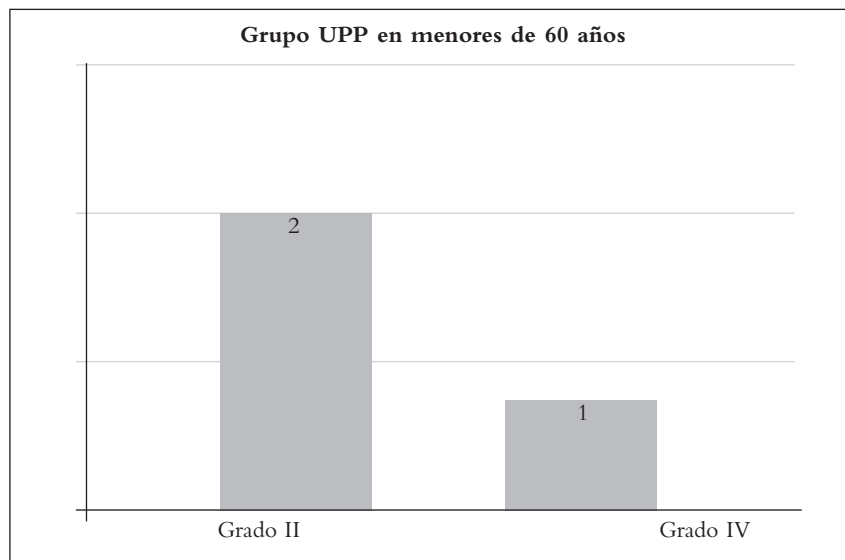
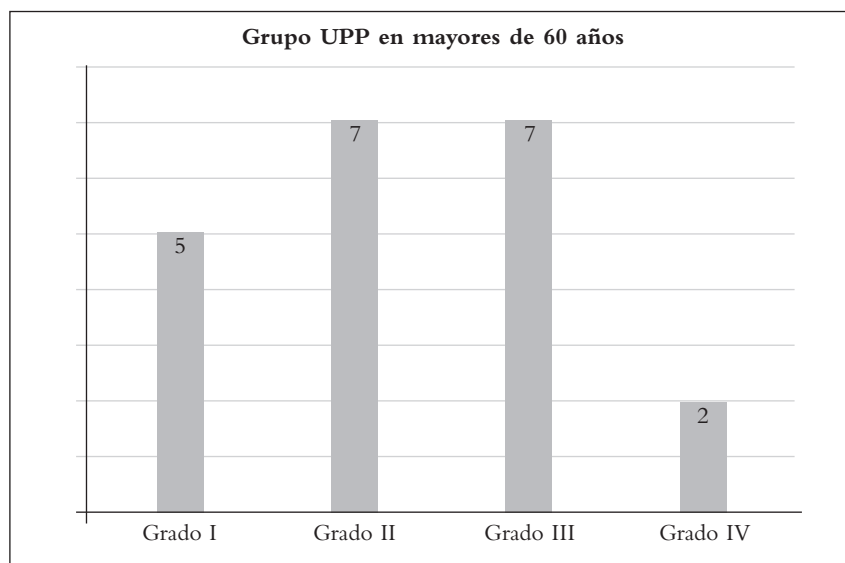
Respecto a este grupo de mujeres que padecen alto riesgo de UPP, todas son mayores de 76 años y están ingresadas en la unidad de medicina interna del hospital, excepto una señora de 93 años que presenta un lesión por humedad y que requiere cuidados agudos de alta dependencia por estar ingresada en la unidad de traumatología tras una fractura de cadera.

Cuando analizamos los resultados obtenidos al evaluar lo referente a la Edad y Úlceras por Presión, nos encontramos que en lo que se refiere al **Grupo de edad y frecuencia**

de UPP, de todos los pacientes evaluados, el grupo de edad que padece más número de UPP, son los mayores de 60 años, donde se localizan el 78% de las mismas, es decir de los 20 pacientes –usuarios con UPP ingresados en el hospital con UPP, 17 son mayores de 60 años; destacando que en el resto de porcentaje, aparece un caso en un lactante de la unidad de pediatría.

Respecto a la edad y el grado de UPP, encontramos que en los mayores de 60 años, de los 17 casos, 7 pacientes están afectados de una UPP en III estadio, 2 UPP grado IV, 5 grado I, y el resto, es decir 7 pacientes con UPP grado II.

El resto de UPP, se encuentra en pacientes entre 31 y 40 años con UPP grado II y un neonato menor de 1 año con una UPP grado I.



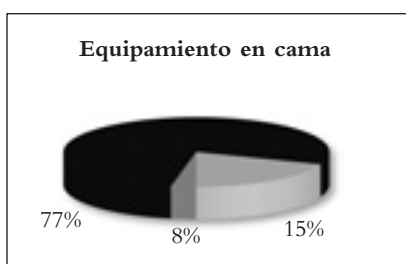
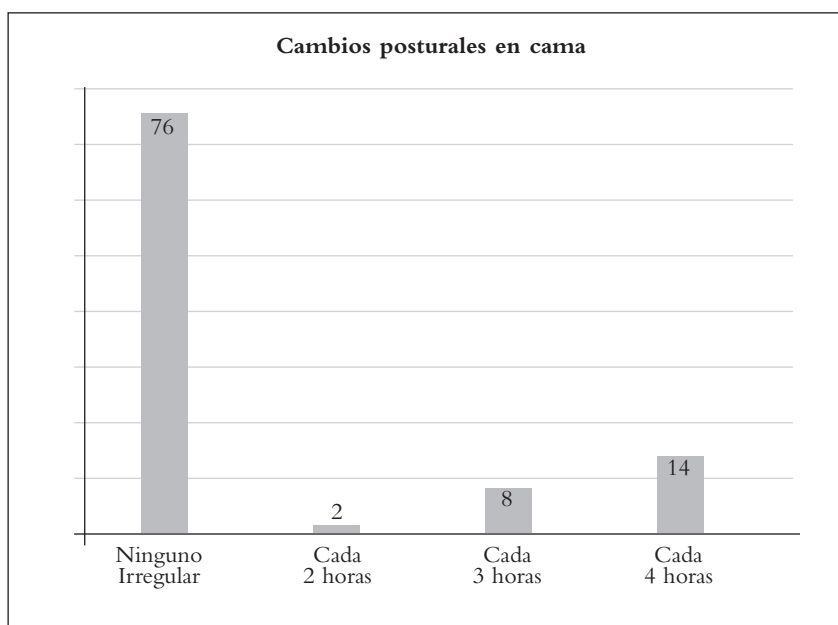
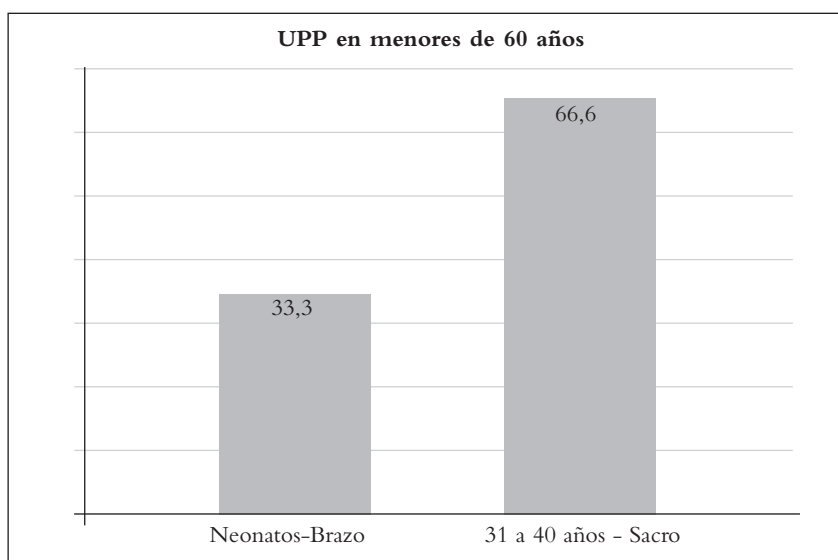
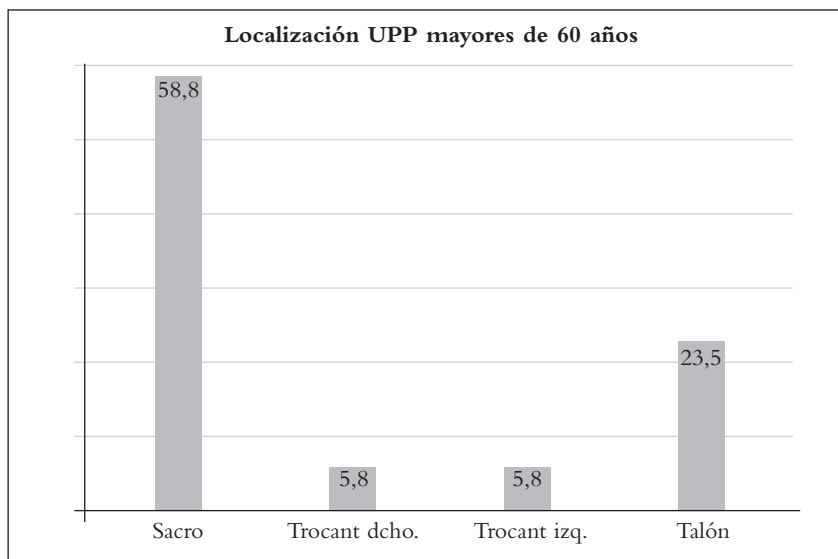
En cuanto al **Sexo y su relación con las UPP**, son las mujeres, en el grupo de mayores de 60 años las que padecen más UPP que los hombres (12 de 17 casos), encontrándose en un grupo de edad entre 67 y 78 años. Ahora bien, únicamente hay 5 hombres, de edades comprendidas entre 78 y 83 años, los que padecen UPP. En cambio, son varones todos los que padecen UPP menores de 60 años, con edades de 34, 31 años y 8 meses.

En cuanto al **Grado y la localización de las UPP**, la mayor parte de las UPP en mayores de 60 años, se localizan en sacro (58,8%), es decir 10 de las 17 UPP, una en trocánter derecho (5,8%), otra en izquierdo, 4 en talón (23,5%) y una en escápula derecha. En cambio en los menores de 60 años, se localizan, una en la flexura de la mano derecha, de grado II y en el niño lactante, y las otras dos, tanto en el varón de 31 y 34 años, en el sacro. Estas últimas, una de grado I y la otra de grado II.

Prevención UPP mediante la utilización de equipamiento en cama y cambios posturales

En este apartado se observa que de toda la muestra estudiada (n=226), el 77%, es decir 174 pacientes, no utilizan ningún tipo de material, el 15 % utiliza material dinámico, y el resto, que corresponde a un 8% está utilizando en cama material estático. Si comparamos el equipamiento utilizado en función del riesgo de UPP, comprobamos que de los pacientes con riesgo alto (7.11%), únicamente 2 utilizan material dinámico en cama.

Los cambios posturales dispensados a los pacientes en cama, prácticamente no existen o se presentan de forma irregular en el 76% de los casos.



Prevención UPP mediante la utilización de equipamiento en silla y cambios posturales

Únicamente utilizan equipamiento en silla 19 pacientes del total de la muestra (n=226), es decir sólo el 8,40% y este equipamiento de material estático, el resto de pacientes que utilizan silla, no disponen de material de prevención de UPP de ningún tipo.

El 84% de pacientes de toda la muestra (n=226), es decir, 189 personas, no tienen ningún tipo de cambio postural pautado en la silla, únicamente se realiza el cambio cada 2 horas a 14 pacientes y cada 4 horas 23 usuarios.

Lugar dónde la UPP fue adquirida

De las 20 UPP localizadas en este estudio, el gráfico siguiente nos indica que 14 UPP se produjeron en el centro hospitalario, el 70%, mientras que 5 se originaron en el domicilio de los pacientes, es decir el 25% y una en un centro geriátrico donde residía un paciente (5%).

Y para finalizar, haremos referencia a quién fue el encargado de avisar o informar sobre el lugar dónde se originó la UPP. 15 casos fueron informados por los cuidadores formales o profesional y el resto por un cuidador informal o no profesional.

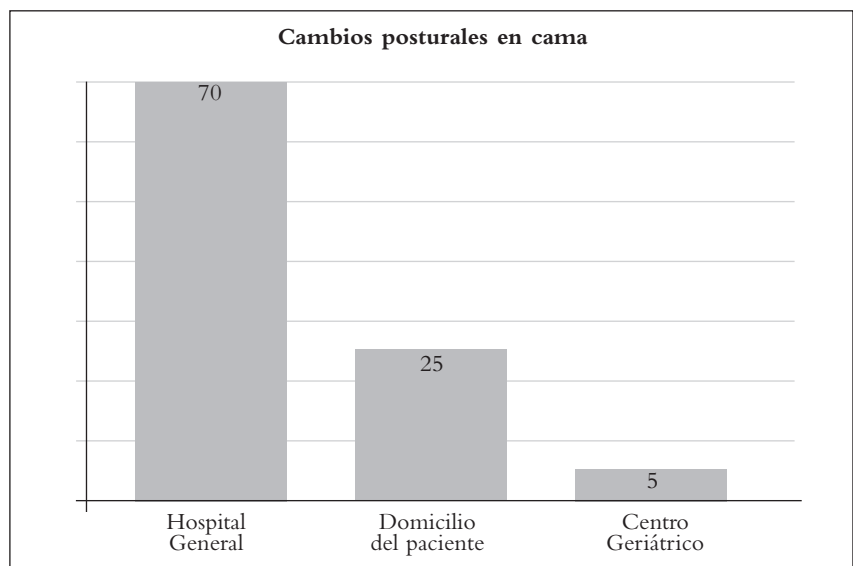
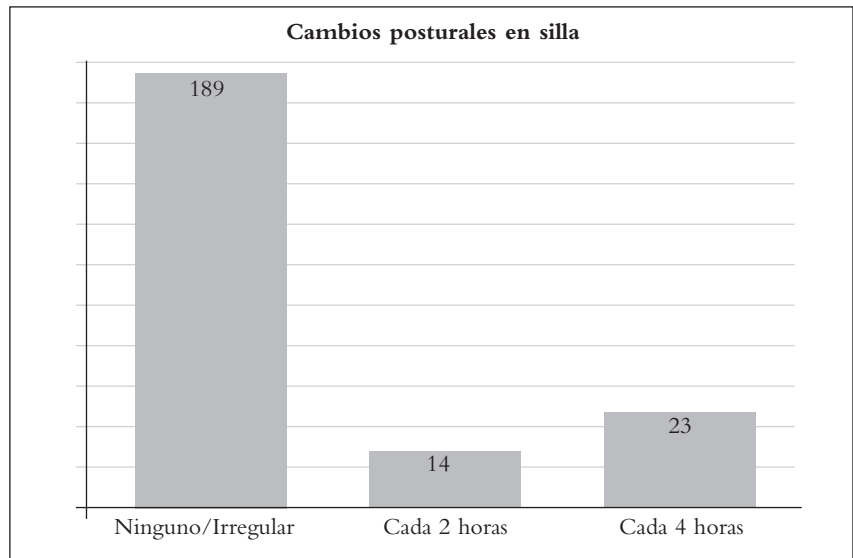
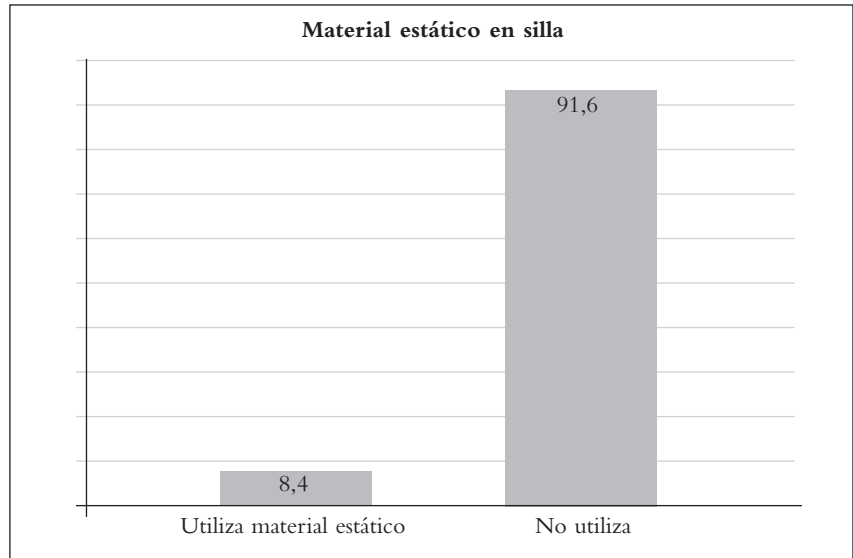
Prevalencia UPP

De la muestra estudiada, 226 pacientes (81,16%) no padecen UPP frente a 20 pacientes (8,84%) que si presentan UPP.

La prevalencia de UPP estimada con la muestra seleccionada de 226 pacientes/clientes resultó con un porcentaje del 8,84%. Por lo tanto el porcentaje obtenido no es significativo en relación al porcentaje considerado en los estudios realizados a nivel europeo y español, considerando que la prevalencia de esos estudios fue del 11%.

Discusión de los Resultados

En cuanto al sexo, este estudio refleja cifras similares a otros estu-



dios de prevalencia, con predominio del sexo femenino, es decir 62.4% de mujeres en el total de la muestra estudiada (n=226); al igual que dice Soldevilla en su estudio publicado en 2007.

La edad media que tiene el grupo valorado es de 57,11 años, con una desviación típica de 19,42 años, siendo la edad mínima de 0 años y una máxima de 96 años y correspondiéndose con cifras de otros estudios (Thoroddsen, 1999, Soldevilla, 2006, Defloor et al, 2005).

Respecto a la cifra global de prevalencia que se ha obtenido en el estudio: 8,84%, está incluida en los datos que describe el estudio de la EPAUP (2001), aunque las tasas de prevalencia son difíciles de comparar entre diversos estudios, ya que se utilizan metodologías diferentes (Bours,2003) o distinto material de recogida de datos, como ocurre entre este estudio y el de Torra i Bou et al (2003), donde utilizan una encuesta que se envía por correo. También se emplean definiciones y clasificaciones distintas para las UPP, como es el caso Bours (2003) y Puclas 2 (2006).

Analizando el tipo de cuidado que necesitan los pacientes del estudio, existe un predominio de sujetos que tenían cuidados crónicos (47,56%), siendo los mayores de 60 años los que requieren más cuidados crónicos; aunque en el estudio predomina de manera global, el riesgo bajo de UPP con un porcentaje del 77.8% de pacientes con riesgo bajo de UPP según la escala de Braden. Al comparar la relación entre el sexo y el riesgo a padecer UPP según la escala de Braden, se determina que son las mujeres valoradas, las que tienen el riesgo más alto de padecer UPP (7,11%), frente a ningún hombre.

Respecto a la incontinencia predominante que se observa en los pacientes estudiados, es la incontinencia doble la más numerosa con un 40.1% de pacientes incontinentes, seguida de un 15.9% de personas con incontinencia urinaria y sólo un 2.1% de pacientes incontinentes fecales, siendo el total de in-

continentes el 58.1%. La exposición a la humedad está relacionada con la incontinencia ($p < 0.0001$), siendo significativa y atribuyendo una mayor probabilidad a la incontinencia fecal, como factor que coloca a los pacientes en riesgo de sufrir una UPP, más que la incontinencia urinaria por sí misma.

Aplicando la clasificación Puclas II, (2006) resulta que el mayor porcentaje de UPP son las que presentan un estadio II (45%) y de este porcentaje anterior, el 35% pertenecen a personas ingresadas mayores de 60 años, siendo a su vez las mujeres mayores las que padecen más UPP que los hombres. A continuación encontramos con un 35% las de estadio III.

En nuestro estudio, las úlceras de mayor gravedad se localizan a nivel del sacro (60%), seguidas de las localizadas a nivel del hueso calcáneo con un 23.5%, y cadera/trocánter con el 11.6. Estos datos coinciden con los aportados por otros autores, dependiendo de la posición en que se encuentra el paciente (Atkinson y Murry, 1989; Luckmann y Sorensen, 1998; Wounds UK, 2006).

Respecto a la disponibilidad de equipamientos de prevención del riesgo de padecer UPP, el 77% de nuestros pacientes no dispone de ningún tipo de equipamiento de prevención en la cama y el 91.6% en silla. Estos datos no se alejan excesivamente del riesgo detectado al aplicar la escala de Braden (77,8% riesgo bajo). Sin embargo, si es de destacar que existiendo un 19,4% de pacientes con riesgo medio y 2.6% con alto, solo se dispone de materiales dinámicos y estáticos en un 15% en cama y de un 8.4% en silla. Por ello es necesario insistir en la estrategia primordial para reducir y/o aliviar eficazmente la presión que soporta el paciente sobre la superficie de apoyo (Cullum, 1995). Estos datos reflejan una escasa disposición de materiales de prevención en la cama y todavía menor en la silla.

El segundo de los elementos que configuran las medidas de preven-

ción en los pacientes con riesgo de UPP, es decir los cambios posturales, en los pacientes estudiados sólo se aplican en un 24% en la cama y en un 16% en la silla, con diferentes intervalos horarios. Los cambios posturales siguen representando una controversia respecto a los intervalos horarios idóneos que deben observarse en los cuidados de enfermería (Cullum, 1995, Bienza et al, 2004), llegando incluso a ser cuestionada que dicha medida pueda garantizar la prevención de las UPP (Clark, 1998, 2004). Es más, algunos autores precisan que los cambios posturales deben ser realizados de acuerdo con las características individuales de cada paciente, teniendo en cuenta el tipo de superficie de apoyo que este dispone (GNEAUPP, 2003^a; Gunningberg, 2005). Incluso Clark (2004) llega a establecer, además de superficies de apoyo estáticas o de baja presión constante y superficies dinámicas, la necesidad de disponer de superficies giratorias o de inclinación que varían de forma sistemática el centro de gravedad corporal, modificando la carga en los puntos anatómicos específicos a través de la elevación o disminución de la superficie de apoyo a lo largo del eje longitudinal, con lo cual sumaría el efecto de descarga corporal y de cambio postural. A pesar de la disparidad de opiniones de los diversos autores, si resulta necesario a la vista de nuestros resultados, realizar una mayor disponibilidad del personal de enfermería a esta tarea. Hay que tener siempre en cuenta que; las superficies de apoyo no deben sustituir los cuidados enfermeros que persiguen cambios posturales adecuados y regulares (GNEAUPP, 2003^a; Rocha, Miranda y Andrade, 2006).

En cuanto al lugar de adquisición de la úlcera mas grave, hay un 70% que se produce en el Hospital, seguidas por un 25% en los domicilios particulares y en menor proporción, 5% en centros sociosanitarios. Reforzando aún más si cabe, lo expresado en cuanto a mejorar las medidas de prevención tanto

materiales como humanas en los centros sanitarios y domicilios de los pacientes atendidos en los programas de atención domiciliaria de los centros de salud.

Conclusiones

El estudio revela una prevalencia de UPP del 8,84 % en el Hospital General de Lanzarote, apareciendo el mayor porcentaje de las mismas en las personas mayores del 60 años, donde se localizan el 85% del total de las UPP del estudio. El mayor porcentaje se localiza en las unidades de hospitalización de Medicina Interna, originándose el 70% de las mismas en el Centro Hospitalario y un 25% en el domicilio de los pacientes.

Estos indicadores demuestran la importancia que tiene en la prevención y cuidados de las UPP el personal de enfermería, tanto de atención primaria como de hospitalaria, debido a la presencia de esta patología en los dos medios, por lo que hay que considerar fundamental el papel de los enfermeros y enfermeras en la prevención y detección precoz de UPP.

Debido a la multitud de factores predisponentes para padecer una UPP, se recomienda la utilización sistemática de una escala de valoración del riesgo de sufrir una úlcera por presión, y después de este estudio se

constata que la utilización de la Escala de Braden es conveniente. La valoración no se debería de hacer solamente al ingreso en el Hospital, o en la primera visita domiciliaria, sino que se debería de protocolizar el uso de la misma, estableciendo periodos de tiempo concretos.

Prestar especial atención a las personas mayores, ya que es en este grupo donde se encuentran localizadas la mayoría de las UPP del estudio. En este grupo de personas mayores, y sobre todo debido a los cambios fisiológicos propios de la edad, influyen muchos factores de riesgo evaluados en la escala de Braden: movilidad y actividad, percepción sensorial, estado nutricional, alteraciones de la piel, exposición a la humedad que pueden ser los causantes de desarrollar una UPP. Por ese motivo, sería conveniente realizar, sobre todo para aquellos familiares que se encargan del cuidado de personas mayores o pacientes con síndrome de inmovilidad o movilidad reducida, programas formativos en movilización de pacientes, higiene postural, cuidados básicos de enfermería e incluso formación en materia de nutrición para pacientes con riesgo a desarrollar úlceras por presión. Dentro de este apartado formativo, debería de hacerse hincapié en la importancia del manejo al paciente con incontinencia, debido a la

relación que existe entre la prevalencia, el riesgo de UPP, y la incontinencia fecal y doble.

En materia de prevención es muy importante la utilización de las distintas superficies existentes hoy en día en el mercado, pero parece no existir un criterio de naturaleza preventiva en la utilización de las mismas, tanto en la cama como en la silla. Al igual que existe la necesidad de utilizar una EVRUPP, se debería actuar en materia de prevención de UPP, utilizando equipamiento estático y/o dinámico tanto en cama como en silla. Además, esta utilización debería de complementarse con unas pautas de cambios posturales cada 2 horas a todos los pacientes con riesgo de UPP, utilizando diferentes protocolos como puede ser el reloj de cambio postural, que se utiliza en las unidades de agudos de los hospitales generales y en las unidades de geriatría de muchos países europeos.

Siendo 95% de las UPP evitables, se recomienda: implementar protocolos de prevención y/o revisar los existentes; monitorizar las prácticas enfermeras; educar a los profesionales así como a los familiares y cuidadores, disponer y facilitar dispositivos de prevención, estáticos o dinámicos, en materia de UPP para asegurar una prevención efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Atkinson, D. Murry, M** (1989) Fundamentos de Enfermagem. Río de Janeiro, Guanabara: 538-546
2. **Bienza, David,** et al (2004) Sentar, posicionar e superficies de apoio. in Baranoski e Ayello O esencial sobre o tratamento de feridas. Princípios práticos. Loures. Lusodidacta. Pp215-246.
3. **Bours, G.** (2003). Pressure Ulcers: Prevalence measurements as a tool for improving care. Universitaire Pers Maastricht: 11-14.
4. **Clark, M** (2004). Prevenção das Úlceras de Pressão In: Morrison, J. Moya. Prevenção e Tratamento de úlceras de pressão. Lusociência, Loures.
5. **Clark, M.** (1998). Repositioning to prevent pressure sores – What is de evidence? In Nursing Standart, 13 (3):58-64.
6. **Clay, M.** (2000). Pressure sore prevention in nursing homes. Nursing Standard, 14, 44, 45 – 50.
7. **Cullum, N,** et al. (1995) The prevention and treatment of pressure sores. Effective Health Care 2(1):1-16.
8. **Defloor, T** (2004) What are risk factors: sense or nonsense of pressure Ulcer risk assessment scales, 2nd World Union of Wound Healing Societies Meeting, 8-14 July, Paris, Abstract.
9. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (2001). Estudio Piloto de Prevalência sobre úlceras de pressão Europeu.
10. **Fleiss JL.** Statistical methods for rates and proportions, 2nd edition. New York: Wiley; 2000.
11. **Foster C.** et al (1992) Prevalence of Pressure ulcers in Canadian Institutions. J Can Ass Ent Ther 11(2):23-31.
12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (2003) Directrices para la elaboración de indicadores epidemiológicos sobre las úlceras por presión. Logroño.
13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (2003a) Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. Logroño.

14. **Gunningberg, L** (2005) – Are patients with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures? *International Journal of Nursing Practice*, 11:58-67.
15. **Haalboom, J.R.E.; van Everdingen J.J.E.**(1997). Incidence, Prevalence, and Classification. in Parish L.C. Witkowski, J.A.; Crissey (eds). *The decubitus ulcer in clinical practice*. London: Springer.
16. **López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández, S.** (2001) Medidas de concordancia: el índice de Kappa: *Cad Aten Primaria* 1999; 6: 169-171 A Coruña (España)
17. **Luckmann, e Sorensen** (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Primeira edição Portuguesa, Lusodidata. Lisboa, p. 1963.
18. **Lyder, C.; Yu, C.; Stevenson, D.; Mangat, R.; Empleo-Frazier, O.; Emerling, J. & McKay, J.** (1998). Validating the Braden scale for predicting pressure sore risk in Black and Latino/Hispanic elders: A pilot study. *Ostomy Wound Management*, 44 (3^a), 42S – 50S.
19. **Meehan, M** (1990). Multisite pressure ulcer prevalence survey. *Decubitus*. 3:14-17.
20. **Morison, M** (2004). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: problemas e paradoxos*, ISBN 972-8383-68-1, Lusociência, Loures.
21. OMS (2002) *Active Aging: A policy framework*, Genebra: DHP
22. **Zamora Sánchez, J. J.** (2006). Knowledge and use of the guidelines for prevention and treatment of pressure ulcers in acute-care hospital. *Gerokomos*, 17 (2): 100 – 110.
23. PUCLAS 2, (2006) – Pressure Ulcer Classification apresentado no 9th European Pressure Ulcer Advisory Panel open Meeting, Berlim, EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)
24. **Rocha, J; Miranda, M e Andrade, J** (2006) Abordagem terapêuticas úlceras de pressão – Intervenções baseadas na evidência – *Acta Médica Portuguesa*, 19:29-38.
25. **Soldevilla Agreda, J** et al (2006) 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología e variables definitorias de las lesiones y pacientes, *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico*, 17(3):154-172.
26. **Thoroddsen, A** (1999) Pressure sore prevalence: a national survey, *Journal of Clinical Nursing*, 8:170-179.
27. **Van Rijswijk, L.** (1997). The language of wounds. In: Krasner D, Kane D (eds) *Chronic wound care: a clinical source book for health care professionals* Wayne, 2nd edn. Health.
28. **Versluysen, M.** (2000). Úlceras de Pressão: causas e prevenção. *Nursing*; *Revista Técnica de Enfermagem*, nº 12, Janeiro, Ano I, P. 21.
29. **Wilborn, D.; Halfens, R. & Dassen, T.** (2006). Pressure ulcer: Prevention protocols and prevalence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (6), 630 – 638.
30. **Wishing, Judith** et al (2008). Emerging options for the Management of fecal incontinence in hospitalized patients., *Journal wound ostomy continence nurs.* 104-110