GEROKOMOS/HELCOS
Volumen VI
Número 14
Páginas VII a XIV
Julio 1995

Rincón científico

ORIGINALES

P. Brea Rivero*
S. Almazán González**

* Subdirectora Enfermería.
** Directora Enfermería.

Estudio sobre úlceras por presión en pacientes hospitalizados

Premio SEEGG-BRAUN 1995.
Terapéutica de las lesiones cutáneas.
Santander, Abril 1995.

Correspondencia:
P. Brea Rivero/S. Almazán
Hospital Costa del Sol
Ctra. Nacional 340 - km 187
29600 Marbella (Málaga)

RESUMEN

La cumplimentación de las escalas de identificación de pacientes de riesgo de padecer UPP como herramienta más eficaz de detección precoz es el primer procedimiento preventivo y prólogo de una planificación de cuidados adecuada. La mejor terapéutica de las úlceras por presión parte de la identificación de aquellos pacientes susceptibles, como demuestra nuestro estudio.

PALABRAS CLAVE

Escala de riesgo; Identificación; Prevención; Ulceras por presión.

SUMMARY

Classifying patients at risk of suffering from pressure ulcers in identifying scales, as the most efficient tool for early diagnosis, is the first preventive procedure and the introduction for planning appropriate care. The best therapy for pressure ulcers arises from the identification of susceptible people, as revealed in our study.

KEY WORDS

Risk scale; Identification; Prevention; Pressure ulcers.

VIII INTRODUCCION

El desarrollo de Ulceras por Presión (UP) en los pacientes durante su estancia hospitalaria constituye una importante complicación en su evolución y recuperación, de modo que empeora su estado general, hace más complejo el proceso de atención y los cuidados de enfermería, se complica el estado de salud que le ha llevado a requerir asistencia y provoca un alargamiento de la estancia del paciente.

La prevención, control, tratamiento y seguimiento del paciente con una UP atañe al profesional de enfermería y es responsabilidad de este profesional evitar las consecuencias adversas que, sobre el paciente, tiene la aparición de una UP.

Todo ello hace necesario que en los Centros Hospitalarios se realice un seguimiento exhaustivo de los casos que se presentan de UP, con el fin de reducir su incidencia y minimizar al máximo las complicaciones que puedan surgir durante la evolución del paciente que ha acudido al Hospital para resolver un problema de salud.

En este sentido y con este fin, hemos realizado este *estudio sobre ulceras por presión en pacientes hospitalizados*, que consta de dos fases:

- En la primera, realizada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid (HGGM), llegamos a *identificar el perfil* de pacientes con riesgo de desarrollar una UP.
- En la segunda fase, realizándose en la actualidad en el Hospital Costa del Sol de Marbella (HCS), pretendemos demostrar que, una vez identificado el paciente de riesgo por medio de la valoración de enfermería, y *planificadas las medidas preventivas* en el Plan de Cuidados, la incidencia de casos de UP disminuye.

Estudio: 1ª Fase

Hasta el mes de septiembre de 1993 ha tenido la responsabilidad de la Subdirección de Enfermería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid (HGGM), cuya Subdirección estaba integrada por el Area Médico-Quirúrgica de adultos, con un aforo de 1.169 camas.

A fin de desarrollar el Programa de Garantía de Calidad establecido por la Dirección de Enfermería, nos propusimos como uno de los objetivos de mi Area, llegar a conocer el número de pacientes que desarrollaban úlceras por presión durante su estancia en el Hospital, con el fin de reducir el índice de dichas úlceras.

Para ello, planteamos un estudio que, además de efectuar un seguimiento del número de UP producidas, pretendía detectar los factores de riesgo comunes a todos los pacientes que desarrollaban úlceras, con el fin de modificar, en un futuro, los Planes de Cuidados de modo que éstos previnieran precozmente el desarrollo de UP en los pacientes ingresados.

Con esta finalidad, nos planteamos cuatro *objetivos* en el estudio:

1. *Conocer el número de pacientes* ingresados en el Hospital que desarrollan una UP;
2. *Realizar un análisis descriptivo* del estado del enfermo en el momento en el que se detectó la UP;
3. *Determinar factores predisponentes de riesgo* comunes a los pacientes que desarrollaron una UP;
4. *Dirigir la toma de decisiones* para prevenir el desarrollo de las úlceras, realizando una planificación de cuidados específica en aquellos pacientes que presenten los factores de riesgo detectados.

El *método* que empleamos consistió, en primer lugar, en la elaboración de un *registro de casos*, para lo cual consultamos abundante bibliografía. Dicho Registro era cumplimentado por la Supervisora de la Unidad de Enfermería cada vez que se detectaba el caso de un paciente con úlcera, siempre desarrollada durante la estancia en el Hospital. El Registro debía ser cumplimentado en las 24 horas siguientes a la detección de la úlcera, e incluía datos de filiación del paciente, características de la úlcera y abundantes datos sobre el estado del enfermo. El tratamiento de los datos obtenidos se realizó con el programa informático DBase, y en este sentido quiero agradecer la inestimable colaboración de Ana García-Pozo y Cristina Rodríguez, ambas enfermeras del Departamento de Formación Continuada.

Los datos se recogieron durante 7 meses (de noviembre de 1992 a mayo de 1993, ambos inclusive) obteniendo un total de 112 casos de UP.

Haciendo un análisis comparativo entre el número de ingresos y el número de úlceras detectadas, se obtuvieron los siguientes índices porcentuales que aparecen en el gráfico 1.

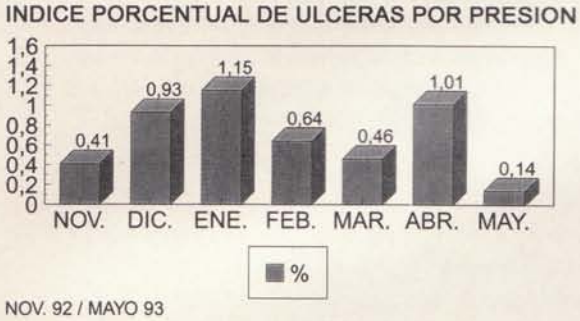

Gráfico 1. *Estudio de casos de úlceras por presión registradas.*

A partir del análisis de los Registros cumplimentados, realizamos un *estudio de las características de los pacientes* que desarrollaban UP durante su estancia en el Hospital, teniendo en cuenta las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Enfermedades de riesgo
- Momento de desarrollo de la úlcera
- Encamamiento
- Restricciones físicas y/o químicas
- Autonomía en la movilidad
- Incontinencia urinaria y/o sondaje vesical
- Tratamiento postural
- Registro del tratamiento postural
- Estado nutricional e hidratación
- Registro del plan de hidratación

Con respecto a la edad, el promedio de edad de los pacientes que desarrollaron UP fue de 72 años. El porcentaje mayor correspondió a los pacientes mayores de 75 años (59%), seguido del 18% perteneciente a los

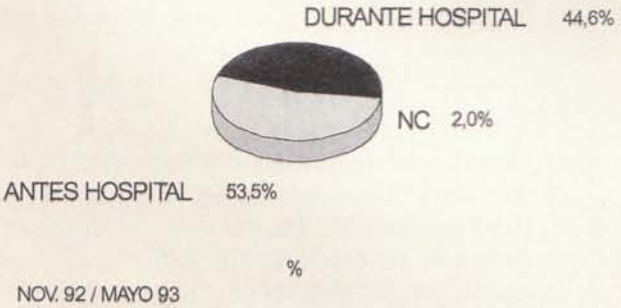

Gráfico 2. *Desarrollo de las úlceras.*

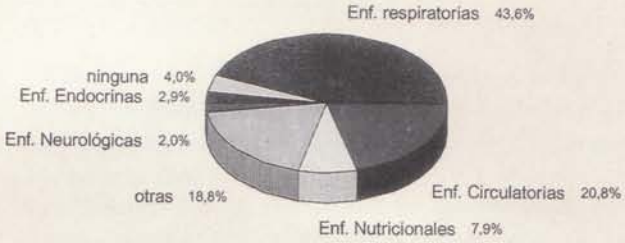

Gráfico 3. *Enfermedades de riesgo.*

comprendidos entre 60 y 70 años. Estos datos nos indicaron la necesidad de considerar, para la planificación de cuidados, que una edad superior a los 60 años era un factor de riesgo para desarrollar una UP.

Con respecto al sexo, encontramos una diferencia significativa entre hombres y mujeres, correspondiendo el 60,4% a los hombres y el 36,6% a las mujeres.

En cuanto al momento de desarrollo de la úlcera, un 53,5% de los pacientes ulcerados habían ingresado en el Hospital ya con la úlcera iniciada o desarrollada (Gráfico 2). Este dato indicaba el mal estado en el que ingresaban los pacientes, la mayoría de ellos procedentes de su domicilio o de Residencias Asistidas.

Con respecto a las enfermedades de riesgo que los pacientes presentaban, fueron las enfermedades respiratorias y circulatorias las más frecuentes. Curiosamente, los porcentajes más bajos correspondieron a los pacientes con enfermedades neurológicas, endocrinas y nutriciones (Gráfico 3). Al interpretar estos datos, consideramos que, obviamente, las enfermedades que afectan a la salud de los tejidos eran las de mayor riesgo. En estas enfermedades, en las que habitualmente se produce la inmovilización del paciente, los cuidados de enfermería preventivos se acentuaban. Sin embargo, en las enfermedades que «a priori» no son las de mayor riesgo (las respiratorias y circulatorias) los cuidados preventivos disminuían.

En relación a la variable encamamiento, el 68% de los pacientes que desarrollaron UP estaban encamados, frente a un 25% que no lo estaba. Este 25% nos pareció un índice muy elevado que, indiscutiblemente, nos hizo pensar en la importancia de valorar otros factores que pueden ser igualmente importantes para prevenir el desarrollo de úlceras.

El 72% de los pacientes ulcerados tenían algún tipo de restricción, lo cual nos indicaba la necesidad de re-

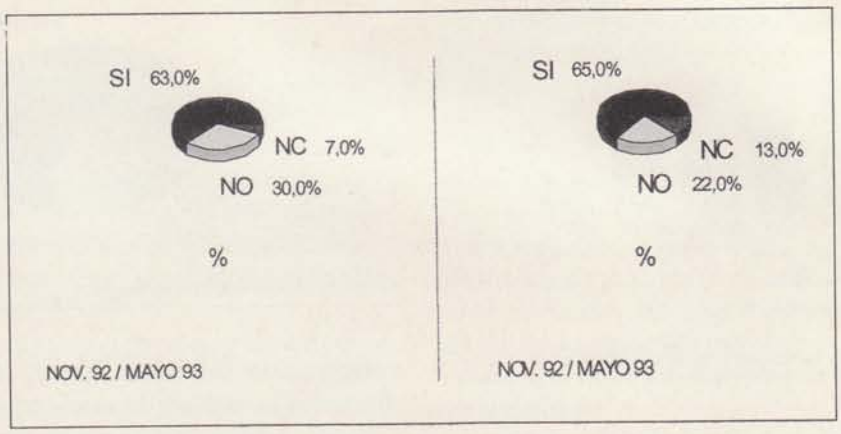

Gráfico 4. *a) Tratamiento postural. b) Registro de cambios posturales.*

plantearse la planificación de los cuidados en los pacientes a los que imponemos algún tipo de restricción física y/o química.

Con respecto a la variable autonomía en la movilidad, el 88,1% de los enfermos ulcerados no eran autónomos o requerían algún tipo de ayuda para moverse.

En el análisis de las variables presencia de incontinencia urinaria y presencia de un sondaje vesical, observamos que en un gran número de Registros de Casos de UP se señalaba en el mismo enfermo el item «incontinencia» y el item «sondaje». Este dato nos permitió conocer qué porcentaje de pacientes tenía alguna alteración en la eliminación, pero no pudimos afirmar que la incontinencia o el sondaje fueran elementos de riesgo.

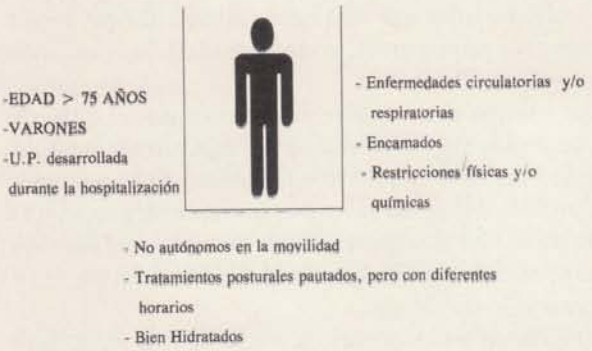

Gráfico 5.

En relación al tratamiento postural, resultó para nosotros muy significativo que el 30% de los pacientes ulcerados no tuvieran pautado en el Plan de Cuidados el tratamiento postural. Y además, en el 22% de los enfermos ulcerados, aunque tuviesen pautados los cambios posturales, la realización de éstos no aparecía registrada. Obviamente, esto no nos indujo a pensar que los cambios posturales no se hicieran; simplemente, su realización no estaba registrada (Gráfico 4).

Por otro lado, vimos que no había unificación de criterios con respecto a la planificación horaria de estos cambios posturales, existiendo una amplia banda de horarios pautados: desde cambios posturales horarios hasta cambios posturales cada ocho horas.

Finalmente, con respecto a la variable hidratación, en todos aquellos pacientes ulcerados y con un mal estado de hidratación, tan solo el 65% tenía pautado un plan de hidratación expresado como «administrar líquidos entre comidas». Este dato no lo tuvimos en cuenta, ya que desconocíamos a la causa de la falta de registro en el 35% restante de los pacientes.

Al finalizar este estudio, llegamos a las siguientes conclusiones:

- *El número total de úlceras por presión* detectadas durante el período en estudio fue de 112 casos.
- *El índice medio de UP* desarrolladas, con respecto al número de ingresos, fue del 0,66%.
- *El desarrollo de UP* aumentaba en los períodos vacacionales, en los que quedaba parcialmente reducida la plantilla de Personal de Enfermería, y ade-

más se producía la llegada de gran número de enfermeras suplentes al Hospital.

- Las características más destacables o *el perfil del paciente que podemos definir «de riesgo»* es el siguiente:
  - Edad superior a 75 años;
  - Varones;
  - Ulcera desarrollada durante la hospitalización;
  - Las enfermedades más frecuentes que estos pacientes presentaban eran respiratorias y circulatorias;
  - Estaban encamados;
  - Tenían restricciones físicas y/o químicas;
  - No eran autónomos en la movilidad;
  - Sí tenían pautados en el Plan de Cuidados los tratamientos posturales, aunque con muy diferentes horarios;
  - Estaban bien hidratados.

Del análisis de todos los datos obtenidos, de las características de los pacientes que desarrollaron UP y de las circunstancias en las que éstas se produjeron, se desprende la necesidad de introducir cambios en el Proceso de Atención de Enfermería a los pacientes hospitalizados. Así pues, para llevar a cabo estos cambios, realizamos las siguientes acciones:

- Dimos a conocer a todas las enfermeras de mi Area el estudio realizado y las conclusiones a las que habíamos llegado, con el fin de que las propias enfermeras, en el momento de realizar la Valoración de Enfermería, pudieran estar alerta y reconocer «a priori» a los pacientes susceptibles de desarrollar una UP durante su estancia en el Hospital. Esta detección precoz, obviamente, perseguía orientar a los profesionales de enfermería en la planificación de los cuidados de forma minuciosa en el caso de detectar a un paciente de riesgo.
- Además, se establecieron pautas uniformes para la planificación del tratamiento postural a través de Procedimientos de Enfermería estandarizados.
- Incluimos en el Programa de Orientación de las enfermeras de nueva contratación los resultados de este estudio, así como los Procedimientos de Enfermería, con el fin de evitar que esta situación suponga un factor de riesgo en la incidencia de aparición de UP.

Estudio: 2ª fase

Desde septiembre de 1993, ocupó el puesto de Directora del Area Integrada de Gestión de Enfermería del Hospital Costa del Sol, en Marbella (HCS). Imagino que muchos de ustedes conocerán el proyecto de este Hospital debido a su innovador sistema de gestión como Empresa Pública, que en la actualidad es pionero y cuyo Centro se encuentra abierto desde hace algo más de un año.

Al iniciarse nuestro trabajo en el Hospital Costa del Sol, nos planteamos como uno de nuestros primeros *objetivos* la creación inmediata de una «Comisión de Calidad para el Control de Ulceras por Presión». Conociendo, por la experiencia anterior, el perfil del paciente de riesgo de desarrollar UP, vimos la necesidad de constatar mediante registro si, efectivamente, las enfermeras identificaban a dichos pacientes. Por ello, *el método* de trabajo que esta Comisión utilizó fue la elaboración de una *«escala de identificación de pacientes»* que tenía como objetivo identificar a aquellos pacientes que presentaban riesgo o predisposición para desarrollar una UP durante su estancia hospitalaria.

Para la confección de esta Escala se consultó abundantísima bibliografía y se analizó la conocida Escala de Norton. La Escala que elaboramos finalmente es la que aparece en el Gráfico 6. En ella se tienen en cuenta un total de 9 parámetros, con 4 niveles de riesgo cada uno: desde el nivel de «Normalidad» hasta el de «Máximo nivel de riesgo».

Antes de poner en marcha la cumplimentación de esta Escala, la Comisión elaboró una *«normativa de cumplimentación»*, en la que se explicaba exahustivamente cómo había de hacerse y qué significaba cada parámetro y cada nivel, con el fin de que todos los profesionales de enfermería se refirieran a los mismos términos y tuvieran un lenguaje común. Al ingreso de un paciente, la enfermera responsable que recibe al nuevo ingreso realiza la Escala al paciente, siempre en las primeras 24 horas de su estancia en el Hospital. Y, además, repite la Escala cada vez que el paciente sufre un cambio importante en su estado general (como es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos).

Por ejemplo: en la valoración del parámetro «Nivel de Conciencia», que se encuentra en primer lugar en la imagen, si el paciente está consciente y orientado se le da

XII DIRECCION DE ENFERMERIA
COMISION DE CALIDAD DE ULCERAS POR PRESION

Hospital Costa del Sol

ESCALA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE CON RIESGO DE ULCERA POR PRESION

NOMBRE PACIENTE: _____ Nº CAMA: _____
FECHA: _____ UNIDAD: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ Nº HOJA: ____

Nivel de conciencia	Control de Esfínteres	*Autonomía movilidad*	*Nivel de actividad*	*Estado nutricional*	*Hidratación*	*Aspecto de la piel*	*Sensibilidad cutánea*	*Intervenciones enfermería*
Consciente y orientado	Controla esfínteres siempre	Autonomía compleja	Camina solo	Bueno. Come satisfactoriamente	Buena. Ingesta normal de líquidos	Buen aspecto	Sin alteraciones	Ninguna
Desorientado	Ocasionalmente no controla esfínteres	Autonomía ligeramente limitada	Camina con ayuda	Bueno. Inapetente –Dieta absoluta	Bien hidratado. Requiere aportes	Edema localizado	Disminuida	Canalización venosa y/o arterial
Obnubilado	Incontinencia urinaria o fecal	Autonomía muy limitada	Sillón/Cama	Mal estado nutricional	Signo de pliegue positivo	Eritema y/o descamación localizado	Ausencia de sensibilidad localizada	Sondas, tubos, drenajes, gafas nasales y/o mascarillas
Inconsciente	Incontinencia urinaria y fecal	Autonomía nula	Encamado	Caquéctico	Deshidratado	Edema, eritema y/o descamación generalizada	Ausencia de sensibilidad generalizada	Combinación de niveles 2 y 3

TOTAL ESCALA: _____

NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA/O:

Gráfico 6.

1 punto; si está desorientado, 2 puntos; si está obnubilado, 3 puntos; y si está inconsciente, 4 puntos. Y así sucesivamente con los nuevos parámetros de valoración.

Una vez que la enfermera da una puntuación a cada parámetro en función de la situación del paciente, debe realizar la suma total de las puntuaciones de cada parámetro. De este modo, cuando se obtiene una puntuación máxima de 9 puntos, el paciente es considerado «sin riesgo». Si se obtienen entre 10 y 20 puntos, el paciente es identificado como de «bajo riesgo»; de 21 a 30 puntos, de «riesgo medio»; y las puntuaciones entre 31 y 36 identifican al enfermo como de «alto riesgo» para desarrollar una UP. En cualquier caso, siempre que el enfermo obtiene una Escala con puntuación total de 10 o más puntos, el Equipo de Enfermería debe planificar cuidados preventivos para evitar el desarrollo de una UP, registrar estos cuidados y controlar los resultados y la evolución del paciente.

Como método de control, la Supervisora de cada Unidad de Enfermería confirma diariamente que la Escala ha sido realizada a la totalidad de los pacientes ingresados el día anterior, siendo posteriormente remitidas todas las Escalas a la Comisión de Calidad con el fin de que se realice su posterior estudio y análisis.

Además de la puesta en marcha de esta Escala de Identificación de Pacientes de Riesgo, la Comisión ha elaborado una *«hoja de registro de casos de UP»* para poder conocer el número de casos de úlceras que se producen en nuestros pacientes.

Como puede verse en la Hoja de Registro de Casos de UP, aparte de los datos de filiación del paciente, los distintos items que se cumplimentan coinciden exacta-

Hospital Costa del Sol

NOMBRE DEL PACIENTE _____
ESCALA AL INGRESO _____ Nº REGISTRO _____

REGISTRO DE ULCERAS POR PRESION

Fecha de Ingreso __/__/__ Unidad _____
Nº Cama _____ Edad _____ Peso _____
Diagnóstico médico _____
Sexo: Mujer ❑ Hombre ❑ Consciente: Sí ❑ No ❑ Orientado: Sí ❑ No ❑
¿Cuándo se desarrolló la úlcera? Fuera del Hospital ❑ En el Hospital ❑
Estadio de la úlcera cuando se detecta:
I ❑ II ❑ III ❑ IV ❑
Localización de la úlcera: _____

ESTADO DEL ENFERMO

¿Es diabético? Sí ❑ No ❑
¿Tiene dificultad en el retorno venoso en miembros inferiores?
Sí ❑
No ❑
¿Tiene problemas neurológicos?
Sí ❑
No ❑
Tetrapléjico ❑
Parapléjico ❑
otras parálisis ❑
¿Cuáles? _____
Otros ❑
¿Cuáles? _____

CONTROL DE ESFINTERES
- Controla esfínteres siempre ❑
- Ocasionalmente no controla esfínteres ❑
- Incontinencia urinaria o fecal ❑
- Incontinencia urinaria y fecal ❑

AUTONOMIA EN LA MOVILIDAD
- Autonomía completa ❑
- Autonomía ligeramente limitada ❑
- Autonomía muy limitada ❑
- Autonomía nula ❑

¿Tiene el paciente contención mecánica o restricciones físicas?
Si ❑ ¿Cuáles? _____
No ❑
¿Tiene el paciente restricciones químicas?
Si ❑ ¿Cuáles? _____
No ❑

NIVEL DE ACTIVIDAD
- Camina solo ❑
- Camina con ayuda ❑
- Sillón/Cama ❑
- Encamado ❑

ESTADO NUTRICIONAL
- Bueno. Come satisfactoriamente ❑
- Bueno. Inapetente ❑
- Mal estado nutricional ❑
- Caquéctico ❑

HIDRATACION
- Buena. Ingesta norma de líquidos ❑
- Bien hidratado. Requiere aportes ❑
- Signo del pliegue positivo ❑
- Deshidratado ❑

ASPECTO DE LA PIEL
- Buen aspecto ❑
- Edema localizado ❑
- Eritema y/o descamación localizado ❑
- Edema, eritema y/o descamación generalizados ❑

SENSIBILIDAD CUTANEA
- Sin alteraciones ❑
- Disminuida ❑
- Falta de sensibilidad localizada ❑
- Falta de sensibilidad generalizada ❑

INTERVENCION DE ENFERMERIA
- Ninguna ❑
- Canalización venosa y/o arterial ❑
- Sondas, tubos y/o drenajes ❑
- Combinación de los niveles 2-3 ❑

MOTIVO AL QUE USTED ATRIBUYE LA APARICION DE LA ULCERA POR PRESION (Contestar si no se ha reflejado previamente).

Nombre y firma Enfermera:
Nombre y firma Supervisora:
Fecha detección de la úlcera:

Gráfico 7.

mente con los parámetros que se valoran en la Escala de Identificación de Pacientes de Riesgo (Gráfico 7):

- Control de esfínteres;
- Autonomía en la movilidad;
- Nivel de actividad;
- Estrado nutricional;
- Hidratación;
- Estado de la piel;

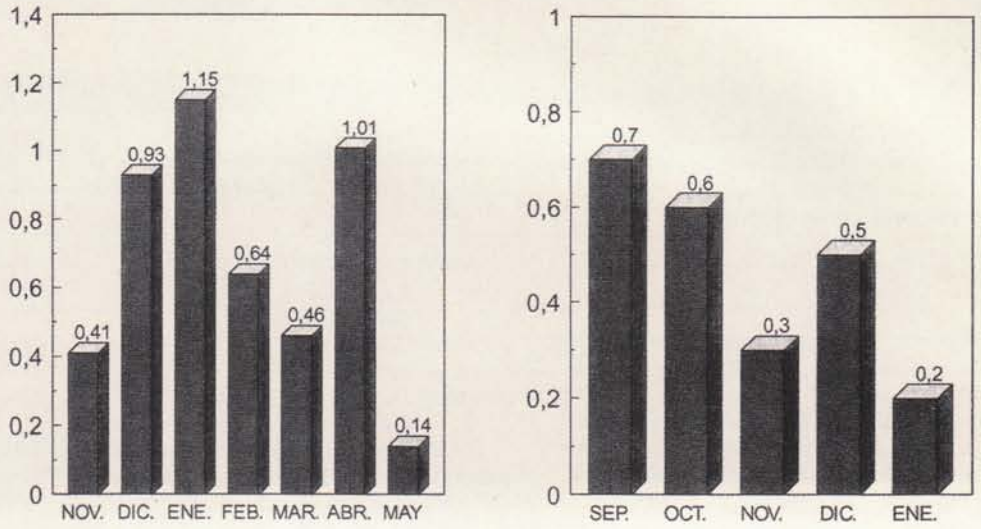

Gráfico 8. *a) Indice porcentual UP HGCM. b) Indice porcentual UP HCS.*

– Sensibilidad cutánea;
– Intervenciones de Enfermería.

La cumplimentación de las Escalas y el control del número de casos de UP se inició en el Hospital en el mes de septiembre, habiendo realizado hasta el mes de enero un total de 1.631 Escalas, y recogiéndose un total de 9 casos de UP, distribuidos 2 en septiembre, 2 en octubre, 1 en noviembre, 3 en diciembre y 1 en enero.

Como *conclusión*, el estudio realizado hasta hoy sólo nos permite conocer el índice porcentual de Escalas por Ingresos y por mes (Gráfico 8), y el índice porcentual de casos de UP por Ingresos y por mes. Puede observarse y en una valoración muy grosera, *cuanto mayor es el número de escalas de identificación que se realizan a los pacientes, menor es el número de casos de úlceras que se producen.*

CONCLUSIONES

Si extrapolamos el número de ingresos y el número de úlceras producidos en el Hospital Gregorio Marañón (a cuyos pacientes no se les valoraba como susceptibles de padecer una UP), y el número de úlceras e ingresos producidos en el Hospital Costa del Sol (a cuyos pacientes sí se les identifica como pacientes de riesgo mediante la Escala de Identificación) observamos con claridad que el índice porcentual de úlceras por presión ha disminuido. Podemos afirmar, por tanto, que la mejor terapéutica de las 'ulceras por presión parte de la identificación de aquellos pacientes que, por sus características, son susceptibles de desarrollar una úlcera.

Y para finalizar, y como conclusión, tras los resultados obtenidos en este trabajo y que les hemos presentado aquí, nos atrevemos a afirmar que *el mejor tratamiento para las úlceras por presión parte de la detección precoz de los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras, siendo la base de dicho tratamiento la prevención de su aparición y desarrollo, a través de una planificación de cuidados adecuada.*