GEROKOMOS/HELCOS
Volumen VIII
Número 22
Páginas XIV a XXII
Noviembre 1997

ORIGINALES

T. Santonja Pastor*
Mª D. Burguete Ramos**
J. Cebrián Doménech***

Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de Úlceras por Presión en pacientes ingresados en unidades críticas*

* Investigador principal. Enfermera de Gestión de Calidad.
** Enfermera Docencia.
*** Médico Adjunto Cuidados Intensivos.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Correspondencia:
T. Santonja Pastor
Unidad de Gestión de Calidad
Hospital Universitario La Fe
Avda. del Campanar, 21
46009 Valencia

* Estudio becado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramietno en **Úlceras por Presión**. Edición 1996.

RESUMEN

El objetivo del trabajo es analizar la posible existencia de patrones de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP) entre los pacientes ingresados en las unidades de críticos de un hospital de 3er nivel (H. U. La Fe. Valencia).
No se objetivó asociación entre variables analizadas y UPP. Aparentemente la UPP se asoció con medidas preventivas.
El comportamiento incongruente entre las medidas preventivas y UPP, hace pensar en la posible selección de los pacientes a los que se aplican medidas preventivas, lo que hace no disminuir la incidencia pero si la morbilidad.

PALABRAS CLAVE

UPP; Unidades críticas; Prevención.

SUMMARY

Possible patterns of risk for the development of pressure sores (PS) were studied in patients admitted to critical care units in tertiary hospitals (La Fe University Hospital, Valencia). No association was found between the variables analyzed and PS. PS apparently were associated with preventive measures.
The discrepancy between preventive measures and PS occurrence suggests a possible need for selecting patients in which preventive measures should be applied, although prevention reduces the morbidity but not the incidence of PS.

KEY WORDS

SP; Critical care units; Prevention.

INTRODUCCIÓN

El Hospital La Fe se construyó entre diciembre de 1968 y abril de 1971 en que se inauguró la Escuela de Enfermería.

En el curso 1987-1988 se obtuvo la clasificación de Hospital Universitario.

Nuestro hospital consta de 1.800 camas, tiene suscrita en su atención básica una población de 519.605 habitantes, aunque para algunas especialidades la cobertura es mayor, siendo centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma Valenciana e incluso para otras comunidades autónomas limítrofes

Dentro de los servicios de tercer nivel o de alta cualificación destaca la actividad de trasplantes, realizándose los primeros trasplantes de médula ósea en 1978, renales en 1979, cardíacos en 1987, hepáticos en 1991 y pulmonares en 1993 (H. U. La Fe, 1996).

El Hospital cuenta con una Unidad de Lesionados Medulares y un Servicio de Cirugía Plástica, cuyos profesionales, siempre han tenido como uno de los temas más relevantes en el cuidado de los pacientes que atienden, la prevención y el tratamiento de Úlceras por Presión (UPP). Estos profesionales han ido introduciendo en la cultura de la organización la preocupación por este tipo de problema.

Por tanto, las actividades de formación por profesionales expertos en el cuidado de pacientes de riesgo, son probablemente tan antiguas como el propio Hospital, siempre se ha contado con la dedicación y frecuentemente con el voluntarismo, de un buen número de personas. Sin embargo, la repercusión práctica ha sido variable.

En el año 1991-1992 el Hospital La Fe fue incluido en el proyecto COMAC (Estudio multicéntrico europeo comparativo de diferentes estrategias de garantía de calidad) con el subproyecto sobre cuidados en la prevención y tratamiento de Úlceras por Presión, que fue coordinado desde la Unidad de Gestión de Calidad, área de enfermería.

El intervenir en este estudio, fue la oportunidad de que profesionales expertos en este tema fueran reconocidos por el resto de la organización y de que se empezara a hablar de cifras, ya que muy pocas veces se tenía referencia de este tipo de patología en los informes del paciente y, por tanto, se desconocía cual era la situación real.

Se formó un grupo de mejora con profesionales de enfermería, que atendían a pacientes de riesgo cuya adscripción fue voluntaria, que estudió la bibliografía existente y adoptó una de las escalas de riesgo presentadas por la Coordinadora Nacional del COMAC.

Se elaboró un proyecto de investigación que fue aprobado por la Dirección del Hospital (tabla 1).

En este proyecto se incluían estudios de incidencia en Unidades de pacientes críticos y de prevalencia a todo el Hospital, quedando excluidos el H. Infantil, el área de Gestantes-Puérperas del H. Maternal y el Servicio de Quemados del H. de Rehabilitación.

Se elaboró un díptico informativo (tabla 2) con la finalidad de unificación de criterios, sobre:

a. Escala para medir la profundidad de la lesión y las estructuras que dañan. Grados de la UPP.
b. Zonas de presión producidas por la inmovilidad del paciente. Acomodación correcta.
c. Nivel de riesgo del paciente a padecer UPP. Escala de Norton modificada por EK (Ek A. C., 1989).

La adscripción de las Unidades para participar en los estudios de incidencia fue voluntaria, ya que los datos fueron recogidos por los propios profesionales de las Unidades.

En este periodo los servicios participantes fueron:

— Unidad de Lesionados Medulares.
— Unidad de Reanimación H. de Rehabilitación.
— Unidad de Reanimación H. General.

Se elaboraron procedimientos de cuidados con respecto a la prevención y tratamiento de UPP, apoyados por facultativos de Cirugía Plástica y de la Unidad de Lesionados Medulares.

Se realizaron estudios de eficacia sobre distintos recursos materiales, existentes en el Hospital.

Desde el año 1991 se producen evaluaciones periódicas y difusión de los resultados con la fi-

Tabla 1.

PROYECTO COMAC. ENFERMERÍA

	1991				
Tiempo	ENERO	FEBRERO/MARZO	ABRIL/JUNIO	OCTUBRE	NOVBRE'91 ENERO'92
Intervienen	G CALIDAD GRUPO ASESOR	REAN. RHB REAN. HG PARAPLEJ.	SUPERVIS. G. CALIDAD GRUPO ASESOR	SUPERVIS. HOSPITALIZ H. LA FE	PROGRAMA DE MEJORA
	PARTICIPANTES EN EL PROYECTO				
Acción	ELABORACIÓN PROYECTO INVESTIGACIÓN	ESTUDIO SITUACIÓN INCIDENCIA	ESTRATEGIAS PROTOCOLO PREVENC. Y TRATAMIENTO	CORTE DE PREVALENCIA	

	1992			
Tiempo	FEBRERO/MARZO	ABRIL	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Intervienen	REAN. RHB REAN. HG PARAPLEJ.	SUPERVIS. HOSPITALIZ. H. LA FE	SUPERVIS. HOSPITALIZ. H. LA FE	EVALUACIÓN SITUACIÓN FINAL
Acción	ESTUDIO SITUACIÓN INCIDENCIA	CORTE DE PREVALENCIA	CORTE DE PREVALENCIA	

Tabla 2. Escala de Norton modificada por EK.

Estado mental	Actividad	Movilidad	Alimentación	Hidratación	Incontinencia	Condic. física	
Bien orientado	Deambula	Completa	Normal	Normal	Ninguna	Buena	4
Ocasionalmente confuso	Anda con ayuda	Ligeramente limitado	Insuficiente	Insuficiente	Ocasional	Insuficiente	3
No puede responder adecuadamente	Se desplaza en silla de ruedas	Muy limitada	Parenteral	Parenteral	Urinaria	Mala	2
No hay respuesta	Encamado	Inmóvil	No hay aporte	No hay aporte	Urinaria y fecal	Muy mala	1

¿Cómo se mide?

El nivel de riesgo de formación de úlceras por presión se obtiene sumando la puntuación de cada número de los parámetros que correspondan a la situación en que se encuentra el paciente.

nalidad de controlar la situación y motivar a los profesionales.

En el año 1993 se incorpora a los estudios de incidencia el Servicio de Cuidados Intensivos del H. General.

En febrero de 1993 se realizó en el Hospital un Simposium de enfermería sobre UPP, que permitió a todos los grupos que habían realizado estudios, tanto de recursos materiales como de propuestas de mejora, presentarlo públicamente, así como abrir un debate en el Hospital, que sirviera de impulso para concienciar a los profesionales de enfermería de la importancia de los cuidados preventivos para evitar la aparición de úlceras.

Se dotó a las Unidades de críticos y de hospitalización de los recursos materiales propuestos por los profesionales. Los resultados en cuanto a la disminución de UPP y de su morbilidad durante este periodo fueron muy satisfactorios.

En el año 1994, se realizan, en nuestro hospital, estudios comparativos con el año 1993 del consumo entre apósitos preventivos y protectores materiales, utilizados para la prevención de UPP y apósitos para tratamiento de UPP y se comprueba la tendencia en aumento hacia la prevención (H. U. La Fe, 1994) (tabla 3).

En el año 1995-1996, se han ido incorporando a los estudios de incidencia todas las Unidades de pacientes críticos de nuestro Hospital, que son:

- Serv. de Reanimación H. Rehabilitación
- Serv. de Reanimación H. General
- Serv. de Reanimación H. Infantil
- Serv. de Cuidados Intensivos H. General
- Serv. de Lesionados Medulares H. Rehabilitación

Los estudios de incidencia se realizan por periodos de dos meses.

En el último estudio realizado en el periodo del 15 de enero al 15 de marzo de 1996, se estudiaron 824 pacientes que ingresaron en estas unidades. Ciento cincuenta y siete paciente fueron considerados de riesgo (19,05%) y la tasa de incidencia de pacientes de riesgo que desarrollaron UPP fue de 13,37%.

Las úlceras por presión representan un problema importante dentro del Hospital por múltiples razones: empeora la evolución del paciente, agrava su enfermedad, aumentando el riesgo de infecciones y complicaciones, ocasiona pérdida de autonomía y, por tanto, mayor dependencia de personal de apoyo, prolonga el tiempo de estancia hospitalaria con un considerable aumento en los costes en el tratamiento por hospitalización y mayores cargas de trabajo, además tiene una importante repercusión socio-laboral.

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera un indicador negativo de la calidad de atención que se presta al paciente que desarrolla una úlcera por presión en el Hospital, por todo lo

Tabla 3.

	CONSUMO 93	PRECIO	TOTAL 93	CONSUMO 94 (Enero-Octubre)	TOTAL 94 (Enero-Octubre)
MATERIAL PROTECTOR CODO-TALÓN	864	1.090	941,760	1.422	1.549,980
	61	963	58,743	62	59,706
APÓSITOS PREVENTIVOS	252	420	105,840	330	138,600
	319	407	129,833	417	169,719
			294,416		368,025
	4.118	275	1.132,450	4.458	1.225,950
APÓSITO TRATAMIENTO	2.221	600	1.332,600	1.522	913,200
	954	950	906,300	755	717,250
			3.371,350		2.856,400
			4.607,526		4.774,405

anterior nos planteamos el siguiente objetivo: analizar la posible existencia de patrones de riesgo en el desarrollo de úlceras por presión (UPP) entre los pacientes ingresados en las unidades de críticos, por las siguientes razones:

Interés científico

Utilizar en la prevención de las UPP de nuestro Hospital, un método avalado por una investigación.

Interés profesional

Establecer un perfil de pacientes de riesgo, que permita instaurar un plan de cuidados preventivos, en nuestras unidades de críticos y, de esta manera, distribuir más racionalmente la carga de trabajo.

Interés social

La visión del usuario, o personas allegadas, es un indicador de calidad, por lo tanto, el disminuir todo aquello que pueda alterar el disconfort del paciente/cliente va a repercutir directamente en la calidad percibida y real del servicio que prestamos.

Interés de gestión

Mejor aprovechamiento de los recursos humanos, ya que el tiempo dedicado a las tareas de cuidar las UPP es muy superior al dedicado a la prevención. Por otra parte, disminuirían los costes asociados (estancias, material, tratamiento, etc).

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en las unidades de Cuidados Intensivos y de Reanimación del Hospital General, así como en la unidad de Reanimación del Hospital Maternal del Hospital La Fe. Se trata de un hospital terciario, de referencia, y con acreditación universitaria. La elección de estos servicios se hizo en base a que son las unidades de mayor incidencia de pacientes de riesgo, dentro de nuestro hospital.

Reclutamiento de los casos

Se prevé la realización de dos estudios de incidencia, de pacientes de riesgo a desarrollar UPP.

Primer estudio (A)

A partir de un estudio de incidencia realizado durante el periodo 15/1/96-15/3/96 se reclutaron 109 casos consecutivamente ingresados y que cumplían los requisitos de inclusión, tener un periodo de estancia superior a los siete días y un nivel de riesgo según escala de valoración de Norton, modificada por EK (máximo 28 puntos) inferior a 15.

Las variables recogidas y analizadas en los pacientes incluyen:

— Área de pacientes críticos.
— Características demográficas.
— Diagnóstico médico y motivo de ingreso.
— Aspecto constitucional.
— Escala de riesgo de Norton modificada por EK.
— Aplicación de medidas de prevención y protección UPP.
— Aparición de UPP y sus características.
— Periodo de estancia en la unidad.

Segundo estudio (B)

Su finalidad fue la validación de los hallazgos del estudio A. En el caso de no detectarse ningún patrón específico de riesgo se utilizaría una modificación del protocolo del primer estudio que permitiera calcular tendencias temporales.

Definición de variables

La edad se midió en años cumplidos. El diagnóstico médico y la razón de ingreso se codificaron, basándose en el informe de alta o epicrisis, de acuerdo con la clasificación de Abizanda y cols. para pacientes críticos (tabla 4). El aspecto constitucional se clasificó por convención como delgado, normal y obeso. Dadas las dificultades técnicas y logísticas para el pesaje de los pacien-

Tabla 4. Listado de problemas-diagnóstico de ingreso en la Unidades Críticas.

1. CARDIOVASCULAR
   - 1.01 Infarto agudo de miocardio, incluyendo sus complicaciones arrítmicas.
   - 1.02 Angina estable.
   - 1.03 Angina inestable.
   - 1.04 Infarto agudo de miocardio complicado con fallo de bomba, incluso shock cardiógeno.
   - 1.05 Arritmias incluyendo bloqueos AV. no relacionadas con infarto.
   - 1.06 Insuficiencia cardíaca izquierda, derecha o biventricular.
   - 1.07 Edema agudo pulmonar cardiogénico.
   - 1.08 Paro cardiorrespiratorio y situaciones postparada.
   - 1.09 Crisis hipertensivas, incluyendo eclampsia.
   - 1.10 Shock hipovolémico.
   - 1.11 Shock cardiógeno (si secundario a infarto, 1.04).
   - 1.12 Shock séptico.
   - 1.13 Situaciones postcirugía cardíaca y sus complicaciones.
   - 1.14 Sepsis.
   - 1.15 Politrauma (sin traumatismo craneoencefálico).
   - 1.16 Shock anafiláctico y por secuestración.
   - 1.17 Otras situaciones: pericarditis y taponamientos, enfermedad cardíaca valvular descompensada, traumatismos cardíacos, intoxicación digitálica, tromboflebitis periferias y cirugía vascular y sus complicaciones
2. RESPIRATORIO
   - 2.01 Insuficiencia respiratoria crónica y sus reagudizaciones (BNCO).
   - 2.02 Insuficiencia respiratoria aguda y SDRA.
   - 2.03 Asma.
   - 2.04 Insuficiencia respiratoria postanestésica.
   - 2.05 Tromboembolismo pulmonar.
   - 2.06 Neoplasias (operadas o como causa de insuficiencia respiratoria).
   - 2.07 Neumonía, bronconeumonía y otras infecciones broncopulmonares.
   - 2.08 Situaciones postcirugía torácica.
   - 2.09 Trauma torácico.
   - 2.10 Insuficiencias respiratorios de otro origen.
   - 2.11 Otras situaciones que puedan afectar la vía aérea (ORL, Cirugía Maxilofacial, etc).
3. GASTROINTESTINAL
   - 3.01 Fracaso hepático crónico.
   - 3.02 Pancreatitis.
   - 3.03 Peritonitis.
   - 3.04 Fístulas gastrointestinales.
   - 3.05 Hemorragia gastrointestinal alta o baja.
   - 3.06 Hepatitis.
   - 3.07 Situación postcirugía de esófago.
   - 3.08 Resección gastrointestinal.
   - 3.09 Otras situaciones postcirugía digestiva.
   - 3.10 Trauma abdominal (incluye todas las vísceras abdominales).
   - 3.11 Otras situaciones no especificadas.
4. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO
   - 4.01 Accidentes vasculares agudos del SNC, incluyendo hemorragias no traumáticas.
   - 4.02 Comas estructurales no tóxicos.
   - 4.03 Trauma croneoencefálicos (incluye trauma espinal).
   - 4.04 Trauma craneoencefálico más otros traumas.
   - 4.05 Situaciones postquirúrgicas del SNC (no incluye cirugía postraumática que debe ser catalogada 4.03).
   - 4.06 Intoxicación farmacológica voluntario o casual.
   - 4.07 Tétanos.
   - 4.08 Síndrome de Gullan Barre y cuadros relacionados.
   - 4.09 Convulsiones.
   - 4.10 Meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales y otras infecciones del SNC.
   - 4.11 Sobredosis de drogas que causen adición e intoxicación alcohólica aguda.
   - 4.12 Otras situaciones no mencionadas.
5. RENAL Y EXCRETOR
   - 5.01 Fracaso renal agudo.
   - 5.02 Fracaso renal crónico.
   - 5.03 Situaciones de postcirugía urológica.
   - 5.04 Traumatismos nefrourológicos.
   - 5.05 Otras situaciones.
6. METABÓLICO
   - 6.01 Síndromes de descompensación diabética.
   - 6.02 Síndromes de deshidratación.
   - 6.03 Trastornos electrolíticos.
   - 6.04 Exigencia de nutrición parenteral.
   - 6.05 Fracaso multiorgánico establecido*.
   - 6.06 Otras situaciones (incluye crisis y trastornos endocrinológicos).
7. HEMATOLÓGICO Y DE COAGULACIÓN
   - 7.01 Síndrome de coagulación intravascular diseminada y cuadros relacionados.
   - 7.02 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y similares.
   - 7.03 Otras situaciones.

* Se codifica aquí este síndrome que afecta a distintos sistemas por el componente de enfermedad celular que implica y que determina el multifuncionamiento de los demás sistemas.

tes críticos se adoptó una actitud pragmática y se consideró esta variable como subjetiva.

Cada caso fue revisado de forma independiente por dos diplomados universitarios en enfermería con amplia formación y entrenamiento en el estudio de las UPP. Este procedimiento ha sido suficientemente validado en estudios realizados por nuestro grupo, alcanzándose un buen nivel de concordancia interobservador (índice Kappa = 68%).

En el supuesto de ausencia de concordancia, se sometió a juicio de la supervisora de la unidad que estableció finalmente su criterio. El riesgo de sufrir UPP se estableció mediante la escala de riesgo de Norton modificada por EK (tabla 2). Se registró la presencia o ausencia de protectores, apósitos preventivos, colchón antiescara, así como la utilización o no de medidas de movilización.

Se consideró la existencia de úlcera por presión cuando al menos presentaba un primer grado, entendiéndose como tal cuando la piel aparecía con un color rojo-rosado que no desaparecía al retirar la presión sobre la zona en el mismo tiempo que duró la presión. Como segundo grado se consideraron aquéllas en las cuales la piel aparece agrietada, con vesículas y una lesión dérmica entre superficial y profunda. El tercer grado lo constituyen las lesiones en las que la piel aparece rota, con lesión tisular y exudado y, generalmente, con una úlcera marginal diferenciada. Finalmente, las lesiones de cuarto grado implican participación extensa, con penetración hasta musculatura y hueso, con tejido necrótico y exudado abundante.

En cuanto a la localización anatómica de las UPP se consideraron las siguientes: cabeza, espalda, sacro, codos, talones y otras.

Estadística

Se realizó un análisis univariado para detectar asociación entre las variables estudiadas y el desarrollo de una UPP. Para ello, en el caso de variables categóricas se utilizaron la prueba ji cuadrado con la corrección de Yates cuando fue pertinente, o la prueba exacta de Fisher para muestras pequeñas. La asociación con variables cuantitativas se analizó mediante la prueba t de Student o la aproximación no paramétrica de Man-Whitney, cuando la variable no seguía una distribución normal según el test de Kolmogorov Smirnov, modificado por Lillieford. El nivel alfa se estableció como $p < 0,05$.

Posteriormente, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística para encontrar el mejor conjunto de variables explicativas para el desarrollo de la UPP. El método de codificación de variables categóricas para la inclusión en el modelo fue siempre el de codificación frente a categoría de referencia. Se utilizaron los programas estadísticos SPSS/PC+ y Confidence Interval Analysis (CIA). Para el segundo estudio se utilizó el modelo de regresión de Cox.

RESULTADOS

Primer estudio

La edad media fue de 58,9 y el 34,9% eran mujeres. De los 109 pacientes de riesgo reclutados 17 (15,6%) presentaron UPP. No se objetivó asociación entre variables analizadas y la presencia o no de UPP. La edad media de los pacientes con UPP era de 65,3 años (DE: 15,6), frente a 57,7 años (DE: 17) entre los que no la presentaron. La única variable que mostró significación estadística, tanto en el análisis univariante como en el multivariante fue la escala de riesgo de Norton que fue de 9,7 (DE: 3) entre los pacientes con UPP frente a 11,7 (DE: 4) entre los que no la presentaron ($p < 0,05$). No se objetivó, pues, ningún patrón específico que asociase un determinado diagnóstico o cualquier otra de las variables estudiadas con la presencia de UPP.

Segundo estudio

Se identificaron 143 pacientes de riesgo con una edad media de 60,1 años (DE 15,8), siendo el 29,4% mujeres. De ellos, 31 (21,7%) presentaron UPP. No se detectó ninguna asociación entre posibles factores de riesgo y presencia o no de UPP. Ni la edad, ni la escala de Norton modificada se asoció, de forma significativa, al desarrollo de UPP. Unicamente la presencia de medidas de protección se asoció, paradójicamente, a un

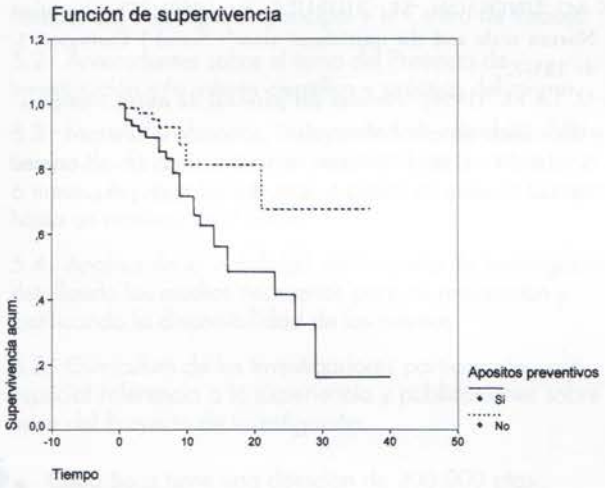
mayor número de pacientes con UPP. Así, la presencia de apósitos preventivos se asoció a un mayor número de UPP ($p < 0,001$). Por contra, los cambios posturales y la movilización de miembros no se asociaron significativamente a la aparición de UPP.

DISCUSIÓN

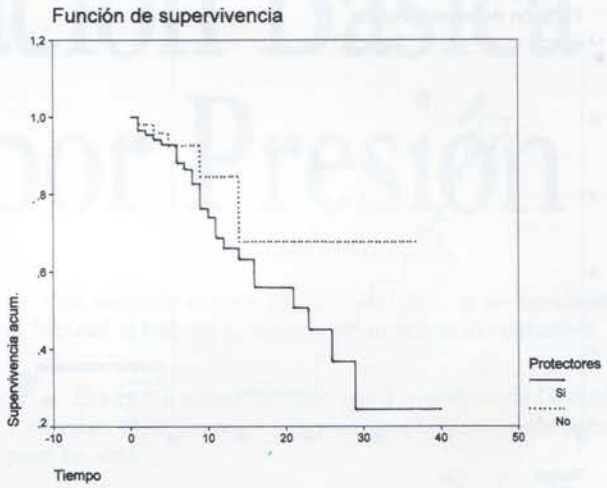
Pensamos que el hecho de no haberse detectado ningún patrón específico en la primera fase, podía ser más aparente que real, dado que para el estudio se habían utilizado los datos recogidos de forma rutinaria en el estudio de incidencia habitual del Hospital.

Este estudio estaba dirigido a cálculos de incidencia acumulada, pero no de densidad de incidencia. El cálculo de la densidad de incidencia introduce el concepto de tiempo en riesgo y supone el conocimiento de qué momento se ha producido la UPP, en relación con los días que un determinado factor de riesgo o de protección ha estado presente en un paciente dado.

Es por ello que en el segundo estudio se modificaron las variables, introduciendo el factor temporal en las mismas, pensando que enriquecería la información y posiblemente fuera factible la identificación de algún patrón de riesgo.

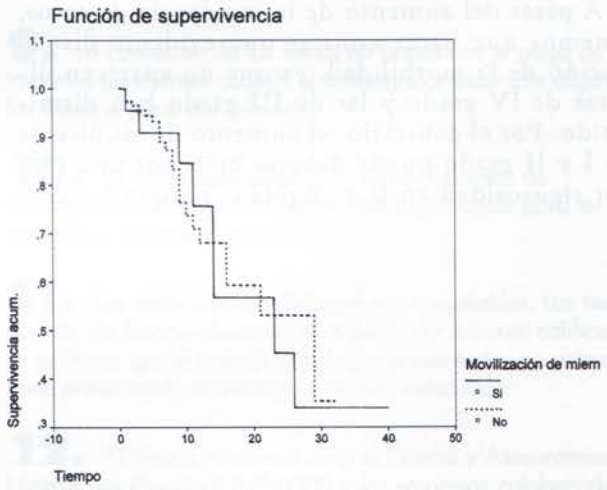


Gráfica 1.

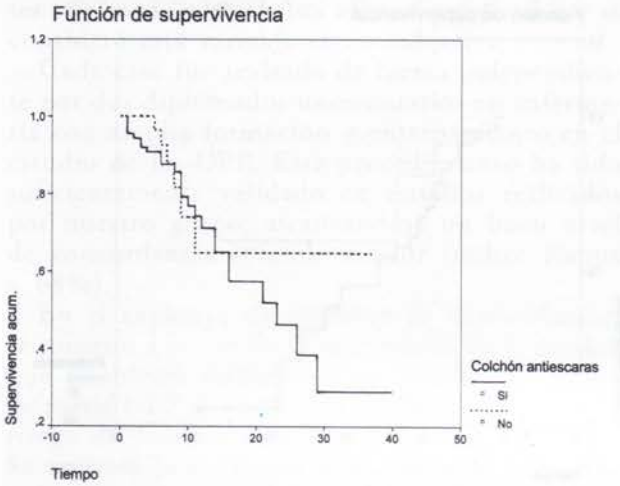


Gráfica 2.

Cuando se realizó el análisis mediante la técnica de las tablas de vida (Gráfs. 5-8), no aparecieron diferencias temporales significativas en el desarrollo de UPP, según llevasen o no medidas protectoras. No obstante, es más precoz la aparición de UPP en los pacientes con medidas protectoras que en los que no las llevaban. Este hecho hace evidente la existencia de una tendencia paradójica: parecen desarrollar más úlceras y más rápidamente, aquellos pacientes en los que el



Gráfica 3.



Gráfica 4.

personal de enfermería estaba realizando algún tipo de profilaxis para la UPP.

En la segunda fase, la recogida de datos fue realizada por una profesional ajena a los servicios, junto con las supervisoras de las unidades implicadas, con el ánimo de establecer una mayor rigurosidad en la recogida.

Sin embargo, en este segundo estudio, sigue sin confirmarse el patrón capaz de identificar al paciente que desarrolla úlceras por presión en las unidades críticas.

A pesar del aumento de la incidencia de casos, tenemos que hacer constar una evidente disminución de la morbilidad, ya que no aparecen úlceras de IV grado y las de III grado han disminuido. Por el contrario, el aumento de las úlceras de I y II grado puede deberse bien por una mayor rigurosidad en la recogida o porque los cuidados adoptados han evitado el proceso del desarrollo de las mismas.

En cuanto al comportamiento aparentemente incongruente entre las medidas preventivas y la aparición de las UPP, hace suponer que los profesionales, por su experiencia, están seleccionando dentro de los pacientes de riesgo, al candidato seguro a desarrollar UPP, en el que los cuidados preventivos no tienen una eficacia total en todas las zonas de riesgo, disminuyendo su morbilidad pero no evitando al 100% su aparición.

Nos resulta interesante reseñar que todos los pacientes, excepto uno, que desarrollaron UPP se encontraban con ventilación mecánica el día de su aparición; aunque esta variable no había sido considerada, podría tratarse de un factor de riesgo.

Dado que los pacientes con estancias en las unidades criticas que no cumplieron los criterios de inclusión (estancia superior a 7 días y nivel de riesgo inferior a 15), en ambos estudios, en ningún caso desarrollaron úlceras por presión, parece evidente que estos criterios identifican al 100% de los pacientes de riesgo y que en todos estos casos será necesario incorporar a los planes de cuidados habituales, la totalidad de las medidas preventivas y de protección.

BIBLIOGRAFÍA

EK-AC; UNOSSON, M.; BJURULF, P. (1989) "The modified Norton scale and the nutritional state". Scand J Caringsci. 3, 4: 183-7.

H. U. LA FE. (1996) "Normas del personal de nueva incorporación". Dirección de Enfermería.

H. U. LA FE. (1994) "Informe actividad, área de enfermería. Unidad Gestión de Calidad. H.U. La Fe 1991-1994.