

**ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN
INSTITUCIONES DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN
BARRANQUILLA**

CARLOS ANDRES VILLADIEGO ARRIETA

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA
BARRANQUILLA**

2020

**ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN
INSTITUCIONES DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN
BARRANQUILLA**

CARLOS ANDRES VILLADIEGO ARRIETA

**Proyecto de investigación para obtener el título de Especialista en Cirugía
Plástica, Estética y Reconstructiva**

DIRECTORES:

CARLOS ALBERTO CALA

LUZ MERY NOGUERA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA

BARRANQUILLA

2020

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios primeramente el dador de vida, quien me sostiene y quien por su misericordia me tiene en este lugar, agradezco a mis padres por inculcar en mí principios y valores que han forjado mi personalidad y ese impulso de querer alcanzar todo lo propuesto y de ser siempre mejor cada día.

Agradezco a mis tutores, por su disposición y entrega y ser guía en este proceso de investigación. Agradezco a la Presidencia de la República y mi Policía Nacional por permitirme cursar mi especialización y culminar con éxito esta propuesta de investigación.

Carlos Andrés Villadiego Arrieta

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN.....	12
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 PREGUNTA PROBLEMA.....	17
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. MARCO TEÓRICO	23
4.1 MARCO CONCEPTUAL	23
4.1.1 Definición de Úlceras por presión	23
4.1.2 Nueva denominación de Úlceras por presión	23
4.1.3 Factores de Riesgo	24
4.1.4 Estadíos de las Úlceras por presión.....	26
4.1.5 Localización más frecuentes de UPP	27
4.1.6 Tratamiento de las UPP	28
4.1.7 Tratamiento quirúrgico de las UPP	29
4.2 MARCO LEGAL	30
4.3 ESTADO DEL ARTE.....	31
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
5.1 Tipo de estudio.....	33
5.2 Delimitación espacial y temporal	33
5.3 Población Estudio	33
5.3.1 Criterios de Inclusión	33
5.3.2 Criterios de Exclusión	34
5.4 Fuentes Primarias y Secundarias	34

5.5 Técnicas e Instrumentos	34
5.6 Aspectos Éticos	35
5.7 Procedimiento	35
5.8 Operacionalización de Variables	36
5.9 Procesamiento y Análisis Estadístico de los datos.....	38
6. RESULTADOS.....	39
7. DISCUSIÓN.....	50
8. CONCLUSIONES.....	55
9. RECOMENDACIONES	58
REFERENTES BIBLIOGRAFICOS	60
ANEXOS	70

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población, Servicio Hospitalario e Índice de Masa Corporal	39
Tabla 2. Diagnóstico de los pacientes con úlceras por presión	40
Tabla 3. Estado Mental y Continencia en Pacientes hospitalizados con Úlceras por presión	40
Tabla 4. Niveles de albúmina y Hemoglobina en pacientes hospitalizados con úlceras por presión	41
Tabla 5. Grado de movilidad y nivel de humedad encontrado en los pacientes con úlcera por presión.....	41
Tabla 6 Localización de la UPP en los pacientes participantes	42
Tabla 7. Distribución de las UPP según Estadío.....	43
Tabla 8. Tipo de secreciones y complicaciones presentadas en la población estudio.....	44
Tabla 9. Tipo de tejido presente en los pacientes con UPP.....	44
Tabla 10. Tratamiento quirúrgico recibido en los pacientes con UPP	44
Tabla 11. Relación entre edad del paciente y secreciones presentes en las UPP ..	45
Tabla 12. Relación entre servicio de atención del paciente y Estadío de las UPP...	46
Tabla 13. Relación entre IMC y Estadío de la UPP.....	46
Tabla 14. Relación entre el IMC y complicaciones presentadas en los pacientes con UPP.....	47
Tabla 15. Relación entre el Estado Mental y el Estadío de las UPP	47
Tabla 16. Relación entre la movilidad del paciente y Estadío de la UPP	48
Tabla 17. Relación entre la continencia y Estadío de las UPP en pacientes participantes	49
Tabla 18. Relación entre continencia y tipo de tejido en pacientes con UPP	49

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Estadío de Úlceras por presión	27
Figura 2. Localización de las úlceras por presión	27

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado	70
Anexo 2. Instrumento para la recolección de datos	73
Anexo 3. Algoritmo Manejo UPP	74

RESUMEN

Las Úlceras por presión son lesiones que patológicamente son inducidas por procesos cíclicos de isquemia y reperfusión que resultan primariamente de una presión constante sobre un área preferencialmente ósea. Estas lesiones más allá de ser un importante problema socio sanitario con trascendentes repercusiones en el deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen, así como de sus familiares, representan una creciente carga asistencial y económica para el sistema sanitario

Objetivo: Determinar características y factores asociados a úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados en instituciones de mediana y alta complejidad en Barranquilla.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, basándose en 84 historias clínicas de pacientes hospitalizados en 2 Instituciones prestadoras de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Barranquilla. Para recolectar la información se diseñó un formato de valoración de las UPP y factores de riesgo, en el cual se registraron los datos sociodemográficos y clínicos del paciente; factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos más relacionados con la aparición de UPP, características de las lesiones: localización, estadio, tipo de tejido, secreción de las lesiones y tratamiento de la UPP. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicando intervalo de confianza al 95% y se utilizó la prueba del chi cuadrado, con un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

Resultados:

Los resultados obtenidos al analizar los datos indican que en su mayoría, los pacientes pertenecen al sexo femenino, la edad prevalente de los sujetos estaba en el rango de 81 años y más; el mayor número de pacientes se encontraban en los servicios de Medicina Interna y Hospitalización.; era más frecuente los participantes que tenían bajo peso; las comorbilidades mas frecuentes fueron las patologías metabólicas y neurológicas; el estado mental mas frecuente fué desorientado y las variables de inmovilidad y movilidad muy limitada; en su mayoría, las lesiones se presentaron a nivel de sacro y trocánter al mismo tiempo y en Estadío III;

Se muestra significancia en la relación entre el Índice de Masa Corporal con Estadío de la UPP, infiriéndose que la gravedad de las lesiones en el paciente (UPP) es mayor cuando se tiene bajo peso; De igual manera existe una relación positiva entre el estado Mental del paciente con el estadío de la UPP, infiriéndose que estados como el de desorientación puede llegar a ser factor importante en el agravamiento de la úlcera.

Conclusión: Los datos obtenidos en la presente investigación corroboran los resultados arrojados por estudios similares en cuanto a la vulnerabilidad de individuos hospitalizados principalmente expuestos a factores de riesgo específicos tanto a nivel intrínseco como extrínseco. Es necesario reconocer que las UPP son un problema multidisciplinario que requiere actuación efectiva de todos los profesionales involucrados en el cuidado de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios enfocándose en su prevención, y posibilitando así minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a su desarrollo y los altos costos relacionados con su tratamiento

Palabras clave: *Úlcera por presión, Prevalencia, hospitalización, tejidos, hipoalbuminemia, Índice de masa corporal, Factores de riesgo.*

ABSTRACT

Pressure Ulcers are lesions that are pathologically induced by cyclical processes of ischemia and reperfusion that result primarily from constant pressure on a preferentially bony area. These injuries, beyond being a major socio-health problem with far-reaching repercussions on the deterioration of the quality of life of those who suffer them, as well as their families, represent a growing burden of care and money for the health system.

Objective: To determine characteristics and factors associated with pressure ulcers (PU) in hospitalized patients in medium and high complexity institutions in Barranquilla.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study, based on 84 medical records of hospitalized patients in 2 medium and high complexity healthcare institutions in the city of Barranquilla. To collect the information, an evaluation format of the PU and risk factors was designed, in which the sociodemographic and clinical data of the patient were recorded; intrinsic and extrinsic risk factors more related to the appearance of PU, lesion characteristics: location, stage, tissue type, secretion of lesions and treatment of UPP. Non-probability sampling for convenience was used, applying a 95% confidence interval and the chi-square test was used, with a value of $p < 0.05$ as statistically significant

Results: The results obtained when analyzing the data indicate that the majority of the patients belong to the female sex, the prevalent age of the subjects was in the range of 81 years and over; the greatest number of patients were in the Internal

Medicine and Hospitalization services; participants who were underweight were more frequent; the most frequent comorbidities were metabolic and neurological pathologies; the most frequent mental state was disoriented and the variables of immobility and mobility very limited; Most of the lesions presented at the sacrum and trochanter at the same time and in Stage III;

Significance is shown in the relationship between the Body Mass Index with Stage of the PU, inferring that the severity of injuries in the patient (PU) is greater when underweight; Similarly, there is a positive relationship between the patient's Mental state and the PU stage, inferring that states such as disorientation can become an important factor in the aggravation of the ulcer.

Conclusion: The data obtained in the present investigation corroborate the results of similar studies regarding the vulnerability of hospitalized individuals mainly exposed to specific risk factors, both intrinsic and extrinsic. It is necessary to recognize that PU are a multidisciplinary problem that requires effective action by all professionals involved in the care of hospitalized patients in the different services, focusing on their prevention, thus making it possible to minimize the risk of complications associated with their development and high costs. related to your treatment

Keywords: *Pressure ulcer, Prevalence, hospitalization, tissues, hypoalbuminemia, Body mass index, Risk factors.*

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) actualmente representan un importante problema de salud en la cual no solo se ven afectados los pacientes y familiares, sino también genera un gran impacto en los sistemas sanitarios debido a que, hoy en día, la incidencia y prevalencia de estas son en cantidades considerables y se van incrementando en todo el mundo.

Los factores de riesgo para el desarrollo de las UPP pueden ser intrínsecos y/o extrínsecos, todos predisponiendo al individuo a largos períodos de isquemia ejercida por presión y reduciendo la capacidad de regeneración tisular de la lesión. Entre los factores intrínsecos más importantes se pueden destacar la edad avanzada, la presencia de comorbilidades, inconciencia, inmovilización, pérdida de sensibilidad, pérdida de función motora, incontinencia fecal o urinaria, presencia de espasmos musculares, deficiencias nutricionales, anemias, índice de masa corporal muy bajo o muy alto y enfermedades circulatorias. Entre los factores extrínsecos, la presión inducida por el contacto sobre la prominencia ósea, las fuerzas de cizallamiento y fricción son factores relacionados a la ocurrencia de estas lesiones.

En la literatura médica se encuentran numerosas recomendaciones para el tratamiento y prevención de las úlceras por presión con énfasis en la curación de heridas. Es indispensable cambiar la concepción del manejo de los pacientes con lesiones por presión, instaurando un programa de manejo transdisciplinario. Es por eso que los cirujanos plásticos que manejen este tipo de pacientes deben entender estas lesiones, para enfocar un abordaje adecuado con el fin no solo de tratar ese

problema actual sino de mantener una buena calidad de vida de los pacientes evitando recidivas.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aparición de úlceras por presión (UPP) es consecuencia de la necrosis isquémica a nivel de la piel y el tejido subcutáneo, producida por la presión ejercida sobre una prominencia ósea (1). Las úlceras por presión se consideran eventos adversos que complican aún más el estado crítico de los pacientes hospitalizados con altos problemas de complejidad, que causan muertes asociadas a infección y sepsis.

Los datos indican que el 60% de las úlceras se desarrollan en unidades de cuidados intensivos y crónicos durante las primeras dos semanas de hospitalización y su riesgo aumenta en un 74% cuando se combina con la presencia de factores, como la inmovilidad, la alteración del sistema inmunitario y la pérdida de masa corporal (2-4). Otros factores determinantes del riesgo son la humedad, la excoriación y la lesión capilar de la piel (5). La presión sobre las protuberancias óseas es la condición para producir estas úlceras y entre los sitios de mayor prevalencia están los talones, maléolo, trocánter, codos, glúteos y sacro. Se ha descrito la muerte asociada a úlceras por presión cuando estas conducen a problemas, como sepsis importante relacionada con la infección de la lesión (6,7).

A nivel mundial en el año 2013, los diferentes estudios epidemiológicos reportaron 29.000 muertes a causa de las UPP; además hospitales de atención a largo plazo en países como Japón evidenciaron una prevalencia de 9.6% de población que enfrenta esta problemática (8), cada año en Estados Unidos más de 2,5 millones

sufren estas afecciones, así también se estima que para el 2025 en América latina y Caribe existirán más de 100,5 millones adultos mayores afectados, representando en el Perú el 13,3% de la población (9).

Los estudios de prevalencia de UPP en hospitales de Europa, Canadá y los Estados Unidos indican una variación entre 8.3% y 23%, con casi dos de cada tres producto de hospitalizaciones prolongadas (2).

El 4to Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España, en el año 2013, evidenció una alta prevalencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, llegando hasta un 22%.; de la misma manera, se muestran resultados similares en otros países como Alemania que presentó un 24.5%. Asimismo, en dicho estudio se resaltó que la proporción de UPP que se desarrollan dentro del ambiente hospitalario llegaron hasta en un 65% (10).

A nivel de América Latina, en México se llevaron a cabo dos estudios multicéntricos que indicaron que la prevalencia cruda de UPP era 12,94 % y 17%, respectivamente (11). Brasil reporta una prevalencia del 41.1%, Chile tiene una prevalencia de hasta un 38% en la Unidad de Cuidados Intensivos (12) mientras que en el Perú estudios muestran prevalencias entre 11.4% y 16% (13). Estudios de prevalencia de UPP en hospitales de Colombia revelan una variación entre 2.2% y 10% (3).

Debido a que tienen la propiedad de poder ser evitables, las demandas legales en relación a las UPP son muy frecuentes y, actualmente están aumentando en países desarrollados como el Reino Unido y Estados Unidos, y según especialistas, se verían próximamente en todo el mundo, debido a su gran trascendencia en relación al efecto sobre el deterioro de la salud, pérdidas económicas, sobre la calidad de vida y en los sistemas de salud (14).

El impacto de la aparición de UPP no solo afecta la calidad de vida de las personas y sus familias, sino también los sistemas de salud. Las UPP suponen un importante consumo de recursos sanitarios, tanto humanos como en materiales, prolongan la estancia hospitalaria y son responsables de importantes costes sociales y sanitarios. Los costos en la prevención y el tratamiento de la UPP constituyen una gran carga para los sistemas de salud en todo el mundo, por lo que el costo general del tratamiento de una UPP es de aproximadamente US \$ 70 000, con un costo anual estimado de entre 2.2 y 3.6 mil millones de dólares. Un estudio desarrollado en el Reino Unido en el 2007 indicó que alrededor del 5% (se estimó en 1.687 millones de euros) del gasto sanitario total se emplea en tratamiento de UPP⁶. La prevención de la aparición de UPP significa una prioridad en la salud pública nacional e internacional, en términos de resultados de calidad del paciente (15).

Las úlceras por presión (UPP), más allá de ser un importante problema socio sanitario con trascendentes repercusiones en el deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen, así como de sus familiares, representan una creciente carga asistencial y económica para el sistema sanitario; de la misma manera son un efecto adverso del sistema sanitario, entendido como efecto adverso: “lesión o complicación que prolongue la estancia hospitalaria, que precise procedimientos diagnósticos o tratamiento adicional o que esté relacionado con exitus o incapacidad al alta” (16).

En el año 2016, el National Pressure Ulcer Advisory Panel en Estados Unidos llevó a cabo una nueva reformulación del término “úlceras por presión” a “lesión por presión” (LPP) y planteó una nueva definición “Una lesión por presión es un daño localizado en la piel y el tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionado con un dispositivo médico o de otro tipo. La lesión puede presentarse como piel intacta o como una úlcera abierta y puede ser dolorosa. La lesión ocurre como resultado de presión intensa y/o prolongada o presión en combinación con cizallamiento. La tolerancia de los tejidos blandos a la

presión y al cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado de los tejidos blandos” (17).

El cuidado de las UPP ha variado con el paso del tiempo en los diferentes procedimientos, materiales, productos correctos y adecuados por las guías de práctica clínica para cuidar estas lesiones (18), que en muchos casos se convierten en heridas crónicas complejas (HCC); las cuales se definen como lesiones de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización mientras se mantenga la causa que la produce (19).

Quirúrgicamente las UPP siempre han sido un problema difícil de resolver, no solo por el proceso de la entidad en sí, sino además debido al tipo de pacientes en que se presentan estas lesiones, en los cuales una pérdida de sangre moderada o un tiempo quirúrgico ligeramente prolongado que no tendrían una influencia crítica en la evolución de un paciente adulto típico, sí son significantes en su pronóstico (20).

Teniendo en cuenta lo anterior, surge el siguiente interrogante en la presente investigación:

1.2 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las características y los factores asociados a las úlceras por presión (UPP), en pacientes hospitalizados en Instituciones de salud de mediana y alta complejidad en Barranquilla?

2. JUSTIFICACION

Las UPP son un indicador indirecto de la calidad de atención y representan un creciente problema de salud debido a que afectan la calidad de vida del paciente, prolongan la estancia hospitalaria, aumentan la mortalidad y representan un alto costo económico para el sistema de salud (21).

La prevención de las UPP es evitable en un 95%, ésta es un derecho universal formulada en el 2011 en la declaración de Rio de Janeiro donde, los países firmantes están trabajando para mejorar sus cuidados, reconociendo lo establecido entre sus consideraciones que las UPP a nivel mundial está considerado un grave problema de salud pública que genera costos muy elevados, severas implicaciones éticas y legales para los profesionales de salud y las organizaciones y que además suponen una amenaza a la seguridad de los pacientes. Es deber de los Estados asegurar el derecho a la salud y a la vida de las personas (22).

En los últimos años se ha generado un intenso debate sobre si las úlceras por presión desarrolladas por los pacientes que permanecen inmóviles en cama son realmente causadas por la presión o por otros elementos como la humedad o la fricción. En este mismo orden de ideas si sabemos que las úlceras son causadas por la presión misma por que bajo las mismas condiciones y factores de riesgo usando las mismas medidas de prevención algunos pacientes las desarrollan y otros no.

Hay dos formas distintas de pensar sobre los riesgos de los pacientes de desarrollar úlceras por presión. El primero se basa en la suposición de que todos los riesgos de UPP están asociados con el estado de salud de los pacientes o su comportamiento. La implicación es que los médicos deben centrarse en identificar a los pacientes que están en riesgo, evaluar la naturaleza y la escala de sus riesgos y diseñar intervenciones clínicas para reducirlos. La segunda forma de pensar parte de un supuesto diferente, que es que la calidad del tratamiento y la atención también pueden influir en los riesgos de los pacientes de desarrollar úlceras por presión. Los pacientes que están en riesgo tienen más probabilidades de desarrollarlos en entornos donde la calidad de la atención es deficiente (23-24).

La evidencia científica indica que pacientes sometidos a cuidados intensivos y quirúrgicos representan un grupo de riesgo para desarrollar UP, debido a la inestabilidad hemodinámica, la restricción de movimientos por periodo prolongado, al uso de drogas sedativas y analgésicas, las cuales disminuyen la percepción sensorial y comprometen la movilidad (25). Asimismo, la UCI constituye un ambiente de cuidados especializados, con uso de tecnología compleja, en que se prioriza la estabilización de la situación clínica del paciente y, por ese motivo, algunos procedimientos de mantenimiento de la salud corporal pueden ser comprometidos o dificultados. Luego, teniendo en cuenta la dificultad en la realización de algunas medidas preventivas para mantenimiento de la integridad de la piel en pacientes gravemente enfermos, la aparición de UP se presenta como una complicación frecuente en esos pacientes (26).

Basado en lo anterior, los hospitales atienden a individuos en estado crítico cada vez con mayor nivel de complejidad; que son más susceptibles a las lesiones de la piel. Las estrategias de prevención deberían de basarse por tanto en la minimización de los factores de riesgo; si los cuidados a nivel clínico fueran canalizados hacia esa dirección, se conseguiría una mejor calidad de vida de los pacientes hospitalizados (27).

Dentro de la prevención de UPP, la evaluación del riesgo de UPP, el uso de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP), actuaciones enfocadas a la prevención de lesiones por fricción, o cizallamiento, humedad, y deficiencias en la alimentación son las recomendaciones más importantes a día de hoy (12).

Por lo cual, es necesario trabajar en la prevención de las UPP, en donde se busque contar con una buena valoración del riesgo, mediante evidencias científicas y recomendaciones, por lo consiguiente que las intervenciones del profesional médico sean relevantes en minimizar su incidencia, aprovechando los insumos y recursos con los que se cuenta, a fin de lograr que el usuario no presente algún evento adverso o complicación que pueda mermar en su calidad de vida, durante su estancia hospitalaria (28,29).

Las altas tasas de prevalencia a nivel internacional y nacional de estas lesiones hacen que la disminución de la incidencia sea una meta prioritaria. Es por esto que se hace necesaria la intervención que contemple acciones que contemplen el buen manejo partiendo principalmente desde la prevención.

Las UPP no solo representan una condición que incide de manera negativa en el bienestar físico, mental y emocional de quienes las padecen, sino que conllevan a la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes, deterioran la imagen de las instituciones de salud y contribuyen al incremento de la carga de trabajo de los profesionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las reconoce como un indicador negativo de la calidad asistencial, de modo que la incidencia de UPP reflejaría la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país. La mayoría de las UPP pueden prevenirse: hasta un 95% son evitables (30). Al respecto, las autoridades sanitarias formularon un sistema de indicadores encaminados a monitorizar la calidad de los servicios de salud, entre los que se encuentran la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados (31).

La motivación para realizar esta investigación surge a partir del hecho de la importancia que tiene la intervención oportuna en pacientes hospitalizados para prevenir la aparición de las úlceras por presión y mejorar el nivel de calidad de vida de quienes ya la padecen, teniendo en cuenta que gran parte de ellos demandan la intervención por parte de cirugía plástica para la cobertura de sus lesiones. En este orden de ideas, se amerita identificar los factores de riesgo que se asocian a estas lesiones y las complicaciones que se generan a partir de ellas para lograr aminorar consigo estancia hospitalaria, altos costos económicos y complicaciones en las condiciones de salud de los pacientes afectados.

3. OBJETIVOS

3. 1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características y factores asociados a úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados en instituciones de mediana y alta complejidad en Barranquilla.

3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas y clínicas de las personas que presentan UPP.
- Determinar las características de las lesiones identificadas con respecto a localización, estadio, tipo de tejido y secreción.
- Identificar factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que puedan relacionarse con el desarrollo de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados que las presentan
- Identificar las características asociadas al manejo de pacientes al ser interconsultados por servicio de cirugía plástica
- Determinar la relación entre la presencia de úlceras por presión y características sociodemográficas y clínicas de la población estudio

4. MARCO TEORICO

4.1 Marco Conceptual

4.1.1 Definición de Úlceras por presión:

La úlcera por presión se define como aquella injuria de origen isquémico, de localización en la piel y tejidos de mayor profundidad, en la cual se evidencia una pérdida de sustancia cutánea, que se forma en el momento de establecerse una presión continua o fricción entre dos superficies duras (22).

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones localizadas en la piel o el tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión asociada, o no, al cizallamiento (32).

Las UPP son eventos adversos prevenibles que pueden verse influenciados por discrepancias entre los diferentes centros de atención, que comprometen la implementación, el manejo y la calidad de los procedimientos de prevención en los entornos de atención (33-34).

4.1.2 Nueva denominación de UPP por Lesiones por Presión (LPP):

Un aspecto que es importante considerar es el cambio en la denominación de úlceras por presión a lesiones por presión (LPP) que se viene adoptando en las diferentes investigaciones, lo cual entra en consonancia con la mayoría de sociedades internacionales, y que fue propuesto inicialmente en 2016 por el

National Pressure Ulcers Advisory Panel (NPUAP) en Estados Unidos y que está siendo aceptada en la mayoría de países (35). La nueva modificación se basa en que no en todas las categorías de las lesiones por presión hay “ulceración”, considerada como pérdida de la integridad de la piel, como ocurre en la categoría 1 y en la lesión de tejidos profundos. Además, la palabra lesión tiene connotaciones de efecto o evento adverso sufrido por la persona (36).

4.1.3 Factores de Riesgo:

Los factores de riesgo de UPP pueden agruparse conceptualmente de la siguiente manera. Primero, los factores de riesgo relacionados con el paciente, entre los que se encuentran sexo, edad, deterioro funcional (actividad y movilidad), humedad e incontinencia (fecal y urinaria), anomalías en el estado nutricional, déficit en la percepción sensorial, tendencia a la fricción de la piel y factores de riesgo relacionados con la hemodinámica. La duración de la estadía es sin duda otro hecho de riesgo importante, aunque a menudo solo se considera como un criterio de inclusión, seleccionando pacientes con una estadía mínima (37).

A continuación se explican algunos de estos factores relacionados con el paciente:

- Edad avanzada: con los años, en el cuerpo se producen cambios como pérdida de elasticidad de la piel y disminución del tejido subcutáneo por deshidratación.
- Déficit de perfusión e hipoxemia: hay patologías relacionadas con una mala perfusión periférica, como la diabetes, insuficiencia cardíaca, septicemia o patologías relacionadas con la alteración del transporte de oxígeno, como la enfermedad bronquítica crónica. En ellas existe una disminución de la irrigación de los tejidos, por la vasoconstricción periférica con hipoxia celular, que favorece la aparición de las UPP.

- Inmovilidad: la pérdida de capacidad para moverse autónomamente hace que se generen una serie de mecanismos que favorecen el desarrollo de úlceras por presión, como la isquemia, la hipoxia y, finalmente, la necrosis tisular.
- Enfermedades crónicas severas y enfermedades oncológicas: pueden producir un fallo multiorgánico y generar mayor riesgo para el desarrollo de UPP, por la disminución en la movilidad y el estado de inmuno-supresión.
- Disminución de la conciencia: el paciente tiene disminuida su capacidad para realizar de forma consciente los cambios de posición de su cuerpo cada vez que sea necesario con el fin de cambiar la presión sostenida en las zonas de apoyo.
- Mala o deficiente nutrición: es un factor importante, por los aportes proteicos y calóricos, que influyen en el proceso de cicatrización de las heridas (38) y en los mecanismos de defensa.

En segundo lugar, los factores de riesgo relacionados con la institución están menos estudiados. Los más frecuentemente considerados son: número de personal, aunque la literatura es discordante sobre su impacto, capacitación y rotación del personal, estado de ganancias, tamaño de la instalación y características del entorno laboral (39).

En tercer lugar, los factores de riesgo relacionados con la atención son: dificultades asociadas con el cambio de posición del paciente y lograr que el paciente sea más móvil, cama y colchón de calidad inadecuada, cuidado de la piel insuficiente y nutrición inadecuada. La mala higiene y humedad excesiva es un factor que se resalta en la generación de las UPP.

El ámbito hospitalario es considerado como uno de los lugares con mayor importancia de aparición de estas lesiones pues no hay una adecuada movilización del paciente y asimismo puede coexistir una permanencia prolongada del paciente debido a que al aparecer una úlcera por presión, ésta puede llegarse a complicar e incluso impedir que el tratamiento empleado sea efectivo (40).

4.1.4 Estadios de las úlceras por presión.

Estadio I. Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor).

Estadio II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Estadio IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En estadio como en el estadio III, puede presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos (41).

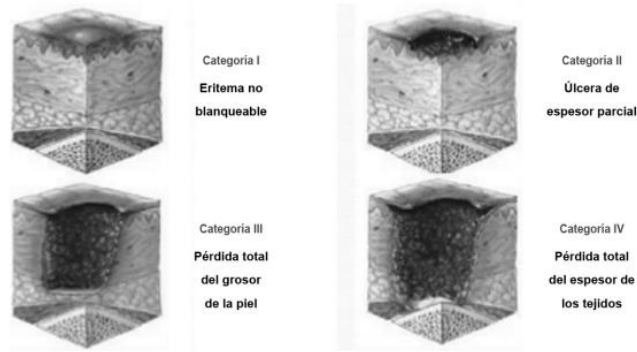


Figura 1. Estadios de Ulceras por presión. Fuente: National Pressure Advisory Panel

4.1.5 Localizaciones más frecuentes de UPP

En la mayoría de casos, las úlceras por presión se localizan en los puntos de apoyo del cuerpo, coincidiendo con prominencias y rebordes óseos. Estas lesiones pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo sometido a una presión permanente. Asimismo, su aparición va a depender del grado de presión al cual la piel es sometida y de las posiciones más habituales del paciente. Las áreas más predisuestas de desarrollo de UPP, en función de la postura que toma el paciente se pueden observar en la Figura 2.

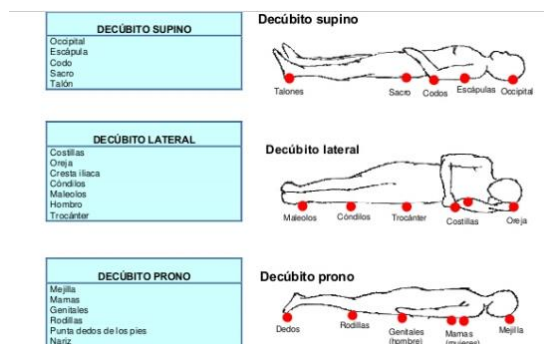


Figura 2. Localización de las Úlceras por Presión. Fuente: Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. RNAO.3º edición 2016.

4.1.6 Tratamiento de las UPP:

Realizado el diagnóstico y estadificado el paciente puede iniciarse el tratamiento. En general, puede plantearse que las úlceras grados I y II serán de tratamiento clínico, mientras que las de grados III y IV serán de tratamiento quirúrgico (42).

En estos últimos casos, cuando se decide el tratamiento quirúrgico y antes de implementarlo, deben optimizarse las condiciones tanto locales como sistémicas del paciente (20).

Optimización del estado nutricional: albuminemia > 3 g/dl y/o proteinemia > 6 g/dl. Tratamiento de anemia: hemoglobina > 12 g. Tratamiento de infecciones de acuerdo con su compromiso local y/o sistémico. Alivio de la presión. Evaluar mediante estudio clínico y radiológico la presencia de osteomielitis y/o fístulas.

Aproximadamente de un 70-90% de las úlceras por presión son superficiales (grado I o II) y pueden cicatrizar por segunda intención, sin necesidad de ser sometidas a un procedimiento quirúrgico. Las de grados I y II tienen mejor respuesta con un cierre de 60% de los casos a 6 meses de seguimiento. Este porcentaje cae a 40% para las de grado III y a 10% para las de grado IV.

Las medidas son: el control de la infección, mediante el aseo y la antibioticoterapia correspondiente y el desbridamiento o toilette quirúrgica que puede ser: mecánico (gasa seca o húmeda sobre la herida); autolítico (usando hidrogeles transparentes o hidrocoloides; es más lento, pero muy efectivo); por presión negativa (VAC) (cómodo y con buenos resultados); enzimático (efectivo y un poco más rápido); y por último, quirúrgico (el método más rápido, pero el más agresivo), que puede ser parcial (escarotomía) o total (escarectomía).

4.1.7 Tratamiento quirúrgico de las UPP

El tratamiento quirúrgico de las UPP fue introducido en 1938 por Davies, quien fue el primero en sugerir la utilización de un colgajo (43-44). Posteriormente, durante la Segunda Guerra Mundial, cuando gran cantidad de parapléjicos eran rehabilitados, y con el advenimiento de los antibióticos, se reforzó la idea de cerrar quirúrgicamente estas heridas potencialmente contaminadas (43). Más adelante, Kostrubala y Greeley, en 1947, recomendaron la remoción de la prominencia ósea subyacente y el almohadillado del hueso expuesto con fascia local o colgajos fasciomusculares.^{3,4} En 1962, Chase instó a tener sumo cuidado con la escisión radical del hueso, pues al generalizarse esta práctica se comenzó a reportar una incidencia mayor de divertículos perineouretrales y úlceras perianales (43).

Otro momento importante en el desarrollo de la cirugía de las UPP fue la introducción por Ger en 1971 de los colgajos por transposición de músculos adyacentes y posteriormente de los colgajos miocutáneos, en cuyo concepto y diseño fue de gran valor el aporte de Mathes y Nahai, con su primera edición del *Clinical Atlas on Muscle and Musculocutaneous Flaps*, en 1979.^{4,5} Simultáneamente se desarrolló el concepto de colgajos de piel sensible para proveer cobertura a zonas denervadas, que fueron descritos por Dibell (1974) y por Daniel, Terzis y Cunningham (1976) y que constituyó un gran salto en la rehabilitación total del paciente lesionado medular y en la prevención de las UPP (43).

Existen ciertos principios que se deben seguir en la cirugía de las úlceras por presión, los cuales fueron enunciados en 1956 por Conway y Griffith, aunque posteriormente se les han realizado algunas modificaciones, las cuales se mencionan a continuación: a) escisión total de la úlcera; b) remoción del hueso infectado y reperfilado de las prominencias óseas; c) hemostasia cuidadosa; d) obliteración de todo espacio muerto potencial; e) empleo de drenaje espirativo; f) diseño de colgajos bien vascularizados de forma tal que la línea de sutura no quede

sobre áreas de presión y no perturbe la provisión vascular de otros colgajos que podrían utilizarse en el futuro y; g) obtención de un cierre primario y libre de tensiones en el sitio donante o uso de injertos de espesor parcial en tal sitio.

Son varias las posibilidades de cobertura de una UPP independientemente de su localización (45), pero cada una de ellas tiene sus indicaciones muy precisas. Es así que se puede emplear el cierre directo en úlceras superficiales pequeñas, con el inconveniente de que queda la cicatriz sobre un punto de presión. Se puede colocar injerto de piel como tratamiento definitivo en úlceras superficiales en pacientes ambulatorios o de forma temporal paliativa en una úlcera que se encuentra lista para ser tratada quirúrgicamente pero que es necesario aplazar hasta mejorar las condiciones del paciente, ya que no provee una cobertura estable. Los colgajos cutáneos o dermograsos pueden usarse en dependencia de la localización, el tamaño, la profundidad y las cirugías previas, cuando es imposible emplear técnicas más efectivas y reparaciones secundarias. Los colgajos fasciocutáneos aportan una cobertura duradera con mínimas secuelas funcionales y un bajo índice de recidivas; por su parte, los colgajos musculares y miocutáneos proporcionan una cobertura excelente, con un relleno adecuado de la cavidad, aunque dejan mayores secuelas funcionales en pacientes ambulatorios y en los pacientes lesionados medulares y los ancianos éstos pueden ser atróficos, lo que contraindica su empleo. En cuanto a los colgajos libres, sus indicaciones actuales son muy limitadas y se han empleado cuando se carece de medios de reconstrucción local.

4.2 Marco Legal

Desde 2002 en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), que ha impulsado la política de la seguridad del paciente a partir de la expedición de la resolución 1446 de 2006; en ella se consideran las UPP como un evento adverso (45).

4.3 Estado del arte

Stegensek et al., en su investigación sobre Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de Segundo Nivel de Atención en México, valoraron a 218 pacientes, de los cuales 61 presentaron una o más UPP, detectaron un total de 378 lesiones y reportaron una prevalencia cruda del 28.0% y una incidencia del 13.3%. La edad media de los pacientes afectados fueron 61.4 ± 20.9 . Las enfermedades más frecuentes fueron las cardiovasculares. La mayor proporción de pacientes con UPP presentaron algún tipo de incontinencia y/o sobrepeso. La puntuación media en la Escala de Braden fue 12.5 ± 2.8 . La mayor proporción de UPP se localizaron en los talones, el sacro y los omóplatos, con categoría el 81.5% Los costos directos del cuidado de UPP fueron estimados en 6,457.64\$MXN Per cápita al día. Las UPP continuaron siendo un problema en paciente hospitalizados en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención, quienes requerían de intervenciones a nivel asistencial, de los gestores del cuidado y autoridades sanitarias, optimizando sus recursos (46).

Labiano et al en su estudio (47) evidenciaron que La prevalencia de UPP de los pacientes ingresados en una institución de salud en el periodo de estudio es moderada, siendo en su mayoría UPP de breves I localizadas en la zona sacra. Los pacientes que desarrollaron UPP en dicho contexto tienen en torno a 65 años, siendo en su mayoría hombres.

Silveira et al (48) realizaron una investigación exploratoria sobre la prevalencia de las úlceras por presión en diferentes entornos de atención, en la región portuguesa de Cova da Beira. Se evaluaron 473 personas con al menos una herida, involucrando a 295 pacientes hospitalizados, 993 residentes de hogares de ancianos y 85.655 personas de centros de atención primaria de salud. Se documentaron un total de 115 úlceras por presión, que representan el 18,3% de todas las heridas identificadas, la mayoría de ellas de grado 3. La mayoría de las úlceras por presión se adquirieron en hogares de ancianos, durante el ingreso

hospitalario o en el hogar. Las tasas de prevalencia del punto de úlcera por presión identificadas correspondieron al 5,76% entre las personas hospitalizadas, el 4,03% en los residentes de hogares de ancianos y el 0,02% en la población comunitaria. Dentro de la población con heridas, la edad avanzada, tener más heridas, más PU, estar inmóvil e insuficiencia cardíaca congestiva se asociaron y tuvieron una diferencia estadísticamente significativa en los participantes con al menos una úlcera por presión.

Alfonso y Cols (49) en su estudio evidenciaron la prevalencia de pacientes jóvenes en la muestra estudiada se debe al hecho de que las generalidades de los casos fueron lesionados medulares de corta evolución, con franco predominio en hombres. Las lesiones medulares contribuyen a la aparición de UPP, por generar un apoyo mantenido, falta de sensibilidad, la espasticidad, la vasoplejía, adicionando aspectos como la malnutrición y la anemia. En ese mismo estudio predominó la localización isquiática.

Respecto a la incidencia de complicaciones, se evidenciaron tasas de infección relativamente bajas teniendo en cuenta la cercanía de las lesiones a las vías urinaria y fecal, lo que las hace proclives a la contaminación con la flora bacteriana de estos tractos.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación de tipo descriptivo de corte transversal, que permite observar la realidad existente, describir los procesos y resultados obtenidos.

5.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

Este proyecto se realizó en instituciones prestadoras de servicio de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Barranquilla. La investigación se ejecutó en el periodo comprendido entre Julio de 2019 a abril de 2020.

5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población universo fueron los pacientes hospitalizados en dos instituciones prestadoras de salud de mediana y alta complejidad en Barranquilla pertenecientes a MIREDES IPS (Hospital General de Barranquilla y Camino Adelita de Char). Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó la población que presentaba úlceras por presión y que se encontraban hospitalizados en las instituciones participantes.

5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes hospitalizados en instituciones prestadoras de salud de mediana y alta complejidad MIREDES que presenten UPP.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado o en su defecto el cuidador del paciente.
- Pertenecientes a cualquier sexo.

5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que por su condición de salud no pueden ser valorados tales como aislamientos estrictos o que según criterio médico no se deberían valorar.

5.4 FUENTES. PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Primarias:

- Pacientes hospitalizados en instituciones prestadoras de salud de mediana y alta complejidad en Barranquilla pertenecientes a MIREC que presenten úlceras por presión.
- Historias Clínicas de pacientes con UPP en los diferentes servicios de las instituciones hospitalarias.

Secundarias: Bases de datos científicas que apoyan la revisión y fundamentación teórica del proyecto, entre ellas Science Direct, Scielo, Ovid, Scopus, Redalyc.

5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para recolectar la información se diseñó un formato de valoración de las UPP y Factores de riesgo, en el cual se registraron los datos sociodemográficos y clínicos del paciente; factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos más relacionados con la aparición de UPP, características de las lesiones: localización, Estadío, Tipo de tejido, secreción de las lesiones y tratamiento de la UPP. Este formato fue diligenciado por el investigador con la información tomada del mismo paciente y/o datos registrados en las historias clínicas en los diferentes servicios de las instituciones hospitalarias.

Previo a la aplicación del instrumento se solicitó la firma del consentimiento informado (Ver Anexo 1.) por parte de los pacientes y/o sus cuidadores.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se realizó considerando los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, contemplando la importancia y los requisitos primordiales de la elaboración de un consentimiento informado. En esta investigación los participantes conocieron los riesgos y beneficios que podían surgir en el transcurso de la ejecución, dejando implícito que la participación en el estudio era voluntaria y la información recolectada sería confidencial, utilizada únicamente para fines del estudio.

El protocolo general del estudio se sometió a Comité de Bioética de la Universidad Simón Bolívar; seguidamente se sometió a aprobación por el comité de investigación de MIREN. La base de datos se almacenó cumpliendo los criterios de privacidad establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

5.7 PROCEDIMIENTO

Para desarrollar el proyecto se realizaron las siguientes actividades correspondientes a los objetivos propuestos:

- Envío del anteproyecto a comité de Bioética de la Universidad Simón Bolívar para aprobación. Seguidamente envío de aprobación de la propuesta con demás documentos requeridos para socializar generalidades del proyecto y solicitar autorización para su realización. De manera institucional se emitieron cartas solicitando los permisos respectivos a MIREN.

- Recolección de la información. Previo a la aplicación del instrumento se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado. Luego se aplicó el instrumento con los pacientes escogidos.

5.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Macro-variable	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
Características Socio demográficas y clínicas del paciente	Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Razón	14-49 Años 50-64 Años 65-74 Años 75-80 Años Más de 81 años
	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
	Estado Mental	Conocimiento que tiene el paciente sobre su estado y entorno.	Cualitativa	Nominal	Coma Letárgico o hipercinético Desorientado, apático o pasivo Consciente, alerta, orientado
	Continencia	Incapacidad que tiene el paciente para controlar esfínteres	Cualitativa	Nominal	Ninguna Incontinencia Ocasional Incontinencia Urinaria Incontinencia Fecal Doble incontinencia
	Albúmina	Valores de albumina reportados en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Disminuida Normal Aumentada No tiene reporte
	Índice de Masa Corporal (IMC)	Razón matemática que se calcula con base en el peso y la estatura de un individuo.	Cualitativa	Razón	Bajo Peso Peso normal Sobrepeso Obesidad Obesidad Mórbida

	Hemoglobina	Valores de hemoglobina reportados en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Disminuida Normal Aumentada No tiene reporte
	Diagnóstico Asociado	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud	Cualitativa	Nominal	Enfermedades Metabólicas Enfermedades Neurológicas Enfermedades Osteomusculares Enfermedades Cardiopulmonares Oncológicas Inmunológicas Otras
Características de la UPP	Localización	Ubicación de la úlcera por presión en el cuerpo	Cualitativa	Nominal	Sacro Trocánter Isquion Glúteo Talones Tobillo Escápula Codo Occipital
	Estadio	Clasificación diagnóstica dada en el momento de la valoración de la úlcera del paciente	Cuantitativa	Ordinal	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV
	Tipo de tejido	Se refiere a los tipos de tejidos que están presentes en el lecho de la úlcera.	Cualitativa	Nominal	Tejido necrótico (Escara seca/húmeda) Esfacelos Tejido de granulación Tejido epitelial Cicatrizado/reepitelizado
	Secreción de la úlcera	Estimar la cantidad y características de exudado (drenaje) presente después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la úlcera.	Cualitativa	Nominal	Ninguna Escasa Profusa

					Purulenta Hemorrágica Serosa
Factores Intrínsecos y Extrínsecos	Movilidad	Capacidad que tiene el paciente para movilizarse en cama (cambios posturales)	Cualitativa	Ordinal	Sin Limitaciones Ligeramente Limitado Muy Limitado Inmóvil
	Humedad	Hace referencia a la humedad de la cama y de la ropa del paciente las veces en que se cambia.	Cualitativa	Ordinal	Sin humedad Ocasionalmente húmeda Constantemente húmeda
Tratamiento de la UPP	Tipo de Procedimiento	Técnica o procedimiento usado en el abordaje del paciente con UPP	Cualitativa	Nominal	Curaciones Desbridamiento Injerto de piel Remoción de hueso Reperfilado de prominencias óseas Colgajos cutáneos o dermograsos Colgajos fasciocutáneos Colgajos miocutáneos Colgajos libres
	Complicaciones	Secuelas o complicaciones producto de procedimientos quirúrgicos realizados en los pacientes con UPP	Cualitativa	Nominal	Dehiscencias Epidermólisis Infección local Osteomielitis Sepsis Otras

5.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos recolectados, se utilizó la estadística descriptiva, útil para resumir la información de variables cualitativas y cuantitativas, con escalas de medición nominales, ordinales y de intervalo, se utilizarán las proporciones y medidas de tendencia central.

6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos al analizar los datos indican que el 51.% de los pacientes participantes pertenecen al sexo femenino, seguido de un 49% que pertenece al sexo Masculino. Se observa que el 32% de los sujetos tenían 81 años y mas (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población, servicio hospitalario e Índice de Masa Corporal

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Edad	14-49	4	5
	50-64	16	19
	65-74	21	25
	75-80	16	19
	Mas De 81	27	32
Sexo	Femenino	43	51
	Masculino	41	49
Servicio	Hospitalización	31	37
	Medicina Interna	32	38
	UCI	5	6
	Urgencias	16	19
IMC	Bajo Peso	44	53
	Normal	27	32
	Obesidad	2	2
	Sobrepeso	11	13
	Total	84	100

En la tabla 1, se evidencia de igual manera que el mayor número de pacientes se encontraban en los servicios de Medicina Interna con un 38% y Hospitalización con un 37%. Al momento de recolectar la información se indagó por los días de estancia hospitalaria, lo cual arrojó una media global de 12.3 días.

Al evaluar el Índice de Masa Corporal se encontró que el 53% de los participantes tenían bajo peso.

En lo correspondiente a los diagnósticos de los pacientes que participaron en el estudio, se encontró que el mayor porcentaje equivalente al 29% presentaban simultáneamente patologías metabólicas y neurológicas (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Diagnósticos de los pacientes con úlceras por presión

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Cardiopulmonar	4	5
Cardiopulmonar Y Osteomuscular	2	2
Inmunológica	1	1
Metabólica	11	13
Metabólica Y Cardiopulmonar	8	10
Metabólica Y Neurológica	24	29
Metabólica Y Oncológica	1	1
Metabólica Y Osteomuscular	6	7
Metabólica, Neurológica Y Cardiopulmonar	4	5
Metabólica, Neurológica Y Oncológica	1	1
Metabólica, Neurológica Y Osteomuscular	1	1
Metabólica, Neurológica, Cardiopulmonar Y Osteomuscular	1	1
Neurológica	7	9
Neurológica Y Cardiopulmonar	6	7
Neurológica Y Oncológica	1	1
Neurológica Y Osteomuscular	3	4
Neurológica, Osteomuscular Y Oncológica	1	1
Oncológica	1	1
Otra	1	1
Total	84	100

En cuanto al Estado mental se observa que el 39% de la población se encontraba desorientado, seguido de un 23% de pacientes con estado mental alerta u orientado. En lo correspondiente a continencia el 57% presentaba doble incontinencia (ver Tabla 3)

Tabla 3. Estado Mental y continencia en pacientes hospitalizados con úlceras por presión

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Estado Mental	Alerta U Orientado	19	23
	Apático O Pasivo	9	11
	Coma	4	5
	Consciente	17	20
	Desorientado	33	39
	Letárgico	2	2
Continencia.	Doble Incontinencia	48	57
	Incontinencia Fecal	2	2
	Incontinencia Ocasional	20	24
	Ninguna	14	17
	Total	84	100

En la tabla 4. Se puede observar que el 42% de los pacientes presentaban un nivel normal de Albúmina, seguido de un 39% que presentaban la albúmina disminuida.

En cuanto a Hemoglobina, el 73% presentaba un nivel normal y el 27% presentaron un nivel disminuido (Ver tabla 4).

Tabla 4. Niveles de Albúmina y Hemoglobina en pacientes hospitalizados con úlceras por presión

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Albúmina	Disminuida	33	39
	Normal	35	42
	Aumentada	0	0
	Sin Reporte	16	19
Hemoglobina	Disminuida	23	27
	Normal	61	73
	Sin Reporte	0	0
	Total	84	100

En la población estudio se encontró en igual porcentaje las variables inmovilidad y movilidad muy limitada equivalente al 45% en cada una respectivamente. Con respecto a la variable de nivel de humedad, se evidencia que el 62% de los pacientes presentan constante húmeda la zona afectada, seguido de un 23% de área ocasionalmente húmeda. (Ver Tabla 5.)

Tabla 5. Grado de Movilidad y Nivel de humedad encontrada en los pacientes con úlceras por presión

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Movilidad	Inmovilidad	38	45
	Ligeramente Limitado	6	7
	Muy Limitado	38	45
	Sin Limitaciones	2	3
Humedad	Constantemente Húmeda	52	62
	Ocasionalmente Húmeda	19	23
	Sin Humedad	13	15
	Total	84	100

Al evaluar los resultados de la localización de las UPP se encontró que en su mayoría, los pacientes presentaban más de dos zonas afectadas, resaltándose la presencia de estas lesiones a nivel de sacro y trocánter al mismo tiempo en un 15% y sólo en sacro en un 14%. Los porcentajes siguientes implican dos zonas afectadas, observándose siempre al sacro como una de las zonas frecuentes de localización de las UPP (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Localización de las UPP en los pacientes participantes.

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Localización	Escapula	1	1
	Glúteo	1	1
	Glúteo Y Talones	2	2
	Isquion	1	1
	Isquion Y Glúteo	1	1
	Isquion Y Talones	1	1
	Sacro	12	14
	Sacro E Isquion	1	1
	Sacro Y Escapula	1	1
	Sacro Y Glúteo	4	5
	Sacro Y Talones	4	5
	Sacro Y Tobillos	3	5
	Sacro Y Trocánter	13	15
	Sacro, Glúteo Y Talones	2	2
	Sacro, Glúteo, Talones Y Tobillos	2	2
	Sacro, Isquion Y Talones	1	1
	Sacro, Isquion Y Tobillos	1	1

	Sacro, Talones Y Tobillos	1	1
	Sacro, Trocánter Y Glúteo	2	2
	Sacro, Trocánter Y Talones	3	5
	Sacro, Trocánter Y Tobillos	1	1
	Sacro, Trocánter, Talones Y Tobillos	1	1
	Talones	3	5
	Talones Y Tobillos	8	9
	Talones, Tobillos Y Escapula	1	1
	Tobillos	5	6
	Trocánter	2	2
	Trocánter Y Glúteo	1	1
	Trocánter Y Talones	1	1
	Trocánter Y Tobillos	1	1
	Trocánter, Talones Y Tobillos	3	5
	Total	84	100

La Tabla 7 muestra que el 60% de los pacientes participantes en el estudio presentaron UPP en Estadío III, seguido del 37% que presentaron UPP en Estadío II.

Tabla 7. Distribución de las UPP de los pacientes según Estadío

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Estadio	Estadio I	2	3
	Estadio II	31	37
	Estadio III	51	60
	Total	84	100

En la Tabla 8, se puede observar que el 37% de los pacientes no presentaba secreciones, seguida de un 30% que presentaron secreciones profusas y purulentas. Con respecto a las complicaciones post-quirúrgicas el 77% no presentó complicaciones y en un menor porcentaje equivalente al 13% presentaron infección local. (Ver Tabla 8)

Tabla 8. Tipo de secreciones y complicaciones presentadas en la población estudio

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Secreciones	Escasa Y Hemorrágica	1	1
	Escasa Y Purulenta	12	14
	Escasa Y Serosa	11	13
	Profusa Y Purulenta	25	30
	Profusa Y Serosa	4	5
	Ninguna	31	37
[Complicaciones Post-quirúrgicas	Dehiscencias	1	1
	Epidermólisis	6	7
	Infección Local	11	13
	Sepsis	1	1
	Ninguna	65	77
	Total	84	100

Los datos incluidos en la Tabla 9. evidencian que el 73% de los pacientes presentaron tejido necrótico en las UPP, seguidos de tejido de granulación en un porcentaje mucho menor con un 15%.

Tabla 9. Tipo de Tejido presente en los pacientes con UPP

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Tejido	Cicatrizado	1	1
	Epitelial	1	1
	Esfacelos	8	10
	Granulación	13	15
	Necrótico	61	73

En la Tabla 10, en cuanto a los tratamientos que se realizaron, el mayor porcentaje corresponde a curaciones y desbridamiento con un 40%, seguido de solo Desbridamiento con un 35%.

Tabla 10. Tratamiento Quirúrgico recibido en los pacientes con UPP

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento Quirúrgico	Colgajos Cutáneos	1	1
	Colgajos Fasciocutáneos	2	2
	Curaciones	10	12
	Curaciones Y Colgajos Cutáneos	3	4
	Curaciones Y Desbridamiento	34	40

	Desbridamiento	29	35
	Desbridamiento Y Colgajos Cutáneos	2	2
	Injerto	3	4
	Total	84	100

En la tabla 11 correspondiente a la relación entre Edad y secreciones presentes en las UPP, permite observar que entre mas años tiene el paciente presenta secreciones mas abundantes predominando las de tipo purulento.

Tabla 11. Relación entre Edad del paciente y secreciones presentes en las UPP

		Secreciones							P-valor
		Escasa y Hemorrágica	Escasa y Purulenta	Escasa y Serosa	Ninguna	Profusa y Purulenta	Profusa y Serosa	Serosa	
Edad	<49	1	0	1	1	1	0	0	0,04
	50-64	0	2	2	9	3	0	0	
	65-74	0	3	1	9	5	2	1	
	75-80	0	4	1	6	4	1	0	
	>81	0	3	5	6	12	1	0	
Total		1	12	10	31	25	4	1	

La Tabla 12. muestra que en los servicios en los que se encuentra mayor cantidad de pacientes con UPP (Hospitalización y Medicina Interna), es más prevalente el estadio III.

Tabla 12. Relación entre Servicio de atención del paciente y Estadío de la UPP

		Estadío			P-valor
		I	II	III	
Servicio	Hospitalización	0	14	17	0,03
	Medicina Interna	0	12	20	
	UCI	0	3	2	
	Urgencias	2	2	12	
Total		2	31	51	

La tabla 13 muestra significancia en la relación entre el Índice de Masa Corporal con Estadío de la UPP, infiriéndose que la gravedad de las lesiones en el paciente (UPP) es mayor cuando se tiene bajo peso.

Tabla 13. Relación entre IMC y Estadío de las UPP

		Estadío			P-valor
		I	II	III	
IMC	Bajo Peso	0	10	34	0,02
	Normal	2	13	12	
	Sobrepeso	0	7	4	
	Obesidad	0	1	1	
Total		2	31	51	

En la tabla 14 al realizar el cruce de variables entre el IMC y las complicaciones en las UPP, se observa que el mayor porcentaje de los pacientes no presentaron complicaciones a partir de tratamientos quirúrgicos y /o manejo dado en la institución, independientemente del IMC de estos.

Tabla 14. Relación entre IMC y Complicaciones presentadas en los pacientes con UPP

		Complicaciones					P-valor
		Dehiscencias	Epidermólisis	Infección Local	Sepsis	Ninguna	
IMC	Bajo Peso	1	2	4	0	37	0,002
	Normal	0	1	5	1	20	
	Sobrepeso	0	1	2	0	8	
	Obesidad	0	2	0	0	0	
Total		1	6	11	1	65	

Se pudo observar que, de los tratamientos realizados, un gran porcentaje los pacientes (77%) que recibieron tratamiento quirúrgico no presentaron complicaciones., sólo un 8% de los pacientes presentaron complicaciones como infección local a partir de curaciones y desbridamiento.

La tabla 15. muestra que existe una relación positiva entre el Estado Mental del paciente con el estadio de la UPP o nivel de gravedad que puede desarrollarse en este tipo de lesión, infiriéndose que estados como el de desorientación puede llegar a ser factor importante en el agravamiento de la úlcera.

Tabla 15. Relación entre Estado Mental y Estadío de la UPP

		Estadio			P-valor
		I	II	III	
Estado Mental	Alerta u Orientado	0	12	7	0,001
	Apático o Pasivo	0	5	4	
	Coma	0	1	3	
	Consciente	1	9	7	

	Desorientado	0	4	29	
	Letárgico	1	0	1	
Total		2	31	51	

La Tabla 16 muestra que existe una relación significativa entre la movilidad del paciente y el estadio en que se encuentran las UPP de los pacientes hospitalizados en las instituciones participantes en el estudio, lo que permite identificar que los que presentaban inmovilidad y movilidad limitada presentaban úlceras en estadios más avanzados.

Tabla 16. Relación entre Movilidad del paciente y estadio de la UPP

		Estadio			P-valor
		I	II	III	
Movilidad	Inmovilidad	0	4	34	0,001
	Ligeramente Limitado	0	5	1	
	Muy Limitado	2	20	16	
	Sin Limitaciones	0	2	0	
Total		2	31	51	

La Tabla 17 muestra significancia en la relación entre el tipo de continencia y el estadio de las UPP, observándose que cuando existe la presencia de doble incontinencia (Urinaria y Fecal) es mayor el riesgo de que el paciente alcance mayor nivel de gravedad en la lesión o UPP.

Tabla 17. Relación entre Continencia y Estadío de la UPP en pacientes participantes

		ESTADIO			P-valor
		I	II	III	
Continencia	Doble Incontinencia	0	11	37	0,002
	Incontinencia Fecal	0	1	1	
	Incontinencia Ocasional	0	12	8	
	Ninguna	2	7	5	
Total		2	31	51	

La tabla 18 demuestra que existe una relación entre el tipo de continencia y el tejido presente en las UPP, haciéndose evidente que los que cursan con doble incontinencia presentan principalmente tejido necrótico en la zona afectada.

Tabla 18. Relación entre Continencia y Tipo de Tejido en pacientes con UPP

		Tipo De Tejido					P-valor
		Cicatrizado	Epitelial	Esfacelos	Granulad o	Necrótico	
Continencia	Doble Incontinencia	0	0	3	9	36	0,001
	Incontinencia Fecal	1	0	0	0	1	
	Incontinencia Ocasional	0	0	3	3	14	
	Ninguna	0	1	2	1	10	
Total		1	1	8	13	61	

7. DISCUSIÓN

En estudios realizados por Soldevilla y cols (50). en 2009 se resalta que las UPP afectan en mayor proporción a las mujeres, destacando en los centros sociosanitarios una prevalencia del 70,3% frente al 29,7% de hombres, datos semejantes a los obtenidos en nuestro estudio, donde el sexo femenino refleja un mayor porcentaje en presencia de las UPP. En este orden de ideas, se puede destacar que las UPP afectan en mayor proporción a las mujeres; esta prevalencia puede ser debida probablemente a su mayor supervivencia, que no siempre va asociada a una buena calidad de vida.

Laranjeira en su estudio en UPP, encontró que del total de la muestra, el grupo de edad más representativo fue el de 80-89 (51). Así mismo un estudio de Peralta (12) evidenció que pacientes mayores de 60 años, cuyo promedio de edad fue de 75,08 $\pm$ 9,29 años (rango de 60-98 años) eran los mas afectados. Estos datos coinciden con los arrojados en el presente estudio que evidencia que la población adulta mayor, específicamente mayor de 80 años son los pacientes realmente afectados con la presencia de UPP.

La edad constituye un factor de riesgo importante, debido a que los pacientes disminuyen sus períodos de movilidad y existe un aumento en la presencia de comorbilidades, además de cambios tróficos en la piel que dificultan el proceso de cicatrización (52), lo cual se confirma con los resultados del presente estudio.

Los Diagnósticos o comorbilidades que generalmente se encontraban asociados a la presencia de UPP en esta investigación fueron las enfermedades neurológicas y metabólicas. Capon et al. (53), concluyeron que las enfermedades neurológicas, los accidentes cerebrovasculares y traumas aumenta el riesgo de desarrollo de las UPP. Chacón (54) en su estudio encontró como grupo de mayor prevalencia las patologías neurológicas (45.2%), dentro de ellas, el desorden cerebro-vascular y el

traumatismo vertebro medular, siendo las principales causas de postración en pacientes que presentan este tipo de patologías. En segundo lugar, se encontraron las patologías de afección cardiovascular (34.4%), principalmente la hipertensión arterial y diabetes mellitus que afectan a nivel de microvasculatura y, con el paso del tiempo y cronicidad, llega a afectar a nivel de múltiples sistemas. En relación a otros estudios, estos indican que las patologías más frecuentes de admisión en hospitalización en pacientes con UPP son: neumonía, infecciones urinarias, sepsis y accidente cerebro-vascular (55).

En relación al estadio más frecuente encontrado en el presente estudio fue el estadio III; lo cual está en concordancia con el estudio de Chacón (54) quien encontró que el estadio II (32.3%) seguido por el estadio III (31.2%). En contraste con este hallazgo, el estudio realizado en México por Barreda et al (56), muestra que el estadio más frecuente es el I con un 34%.

Sobre las UPP y la región de aparición, los resultados del presente estudio indican mayor prevalencia en zona sacra y del trocánter; la bibliografía refleja un fenómeno similar, revelando que las zonas más afectadas por la aparición de UPP son la zona sacra, glúteos y los talones. En el estudio de Oliveira et al. (57) la aparición de UPP en la zona sacra fue del 65,8%, en el estudio de Catalá et al. (58) fue del 61% y en el de Matos et al. (59) del 60%.

Fernández, Torres y Vieira (60) señalan el papel de la fuerza de cizallamiento y fricción en la región sacra, observado por el desplazamiento del tejido cutáneo causado por la elevación de la cabecera de la cama en un ángulo mayor que 30 grados, lo que puede ocasionar deslizamiento de los individuos y, así, deformar y provocar lesión en los tejidos contribuyendo para la mayor vulnerabilidad para lesión tisular en la región sacro.

En cuanto a la variable Índice de Masa Corporal, en la presente investigación se encuentra una mayor prevalencia de sujetos con bajo peso con presencia de UPP.

El análisis secundario de un estudio (61) a nivel poblacional de UPP relaciona de igual manera los grupos de bajo IMC e IMC normal con mayor prevalencia de UPP.

La malnutrición calórica proteica definida por un IMC bajo con deterioro de masa muscular y/o grasa (62), es un factor de riesgo para padecer UPP (63). El exceso de peso corporal también es un factor de riesgo para desarrollar UPP (64). Por lo tanto, el estado nutricional es un elemento decisivo en el riesgo de desarrollar con heridas crónicas y en la evolución de estas lesiones pues el déficit en el estado nutricional puede influir en la vulnerabilidad de los tejidos con respecto a los factores externos como lo es la presión permanente sobre superficies de apoyo (12).

La localización de la UPP y su relación con el IMC es un tema que también ha sido abordado en el trabajo de Kottner J et al. (61), quienes publicaron que la localización en sacro, tuberosidad isquiática, trocánter y hombro se relacionaron con el IMC, mientras que no lo hizo la UPP en el talón.

En cuanto a la relación entre IMC y estadio de UPP, se encontró que el bajo peso se relaciona directamente con aparición de UPP estadio III; esto va en contraposición con lo expuesto por Catalá et al. quienes en su investigación encontraron que existe una tendencia positiva entre la prevalencia de UPP de grado I e IMC, y negativa entre la de grado II y el IMC (58).

Los cambios en la conciencia del paciente es uno de los factores que pueden determinar una percepción sensorial reducida y la consiguiente dependencia para moverse. Estos factores se consideran determinantes para el desarrollo de úlceras por presión (65). Fernandes menciona que aquellos pacientes que tienen cambios significativos en su conciencia, disminuyen su percepción sensorial y se les dificulta e incluso evitan su verbalización de incomodidad o dolor. Además de esto se produce dependencia en términos de satisfacer sus necesidades humanas básicas (movimiento, higiene, alimentación y otros), que son factores importantes para prevenir la aparición de UPP.

La inmovilidad del paciente se considera de igual manera un factor principal en el desarrollo de úlceras por presión. Mantener la posición del cuerpo, así como los cambios en esa posición, determinan un gradiente gravitacional que actúa sobre los sistemas cardiovascular y pulmonar y puede afectar la oxigenación y el flujo sanguíneo, ya que la gravedad afecta directamente el volumen y la capacidad pulmonar (66).

Un factor importante encontrado en la investigación fue la presencia de zonas excesivamente húmedas o constantemente húmedas, lo que coincide con la literatura que demuestra que la exposición de la piel a humedad excesiva y su asociación con la actividad enzimática y bacteriana, causado por incontinencia urinario y / o fecal, incrementa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en los pacientes. Los estudios de igual manera confirman que la piel en exceso húmeda o seca puede fomentar el desarrollo de las UPP en individuos que están limitados a la cama o silla (67).

En esta investigación se pudo observar que en gran porcentaje los pacientes presentaban un nivel normal de albúmina, seguido muy cercanamente de un número de pacientes que presentaban la albúmina disminuida. Algunos estudios de esta manera corroboran que la hipoalbuminemia está asociada con la desnutrición (68), siendo la hospitalización un agravo para la misma, y en este orden de ideas confirmándose que cuanto más prolongada es la internación, mayor es la tendencia a elevar el grado de desnutrición.

En cuanto a los niveles de Hemoglobina, el 73% de los pacientes con UPP presentaron valores normales en este estudio, seguidos de un 27% que presentaron valores disminuidos. En diversas investigaciones consultadas se demuestra que la presencia de anemia, es un factor de riesgo que incrementa hasta en 4.31 veces la probabilidad de presentar una úlcera por presión grave. Esta afirmación puede complementarse con lo encontrado con Bautista y Bocanegra (69) donde

evidenciaron la prevalencia de anemia en pacientes con úlcera por presión y lo mostrado por Martínez y Llerena (70) quienes describieron que la disminución de la inmunidad de tipo celular, representada por los linfocitos, es más significativa en los pacientes que presentan úlceras por presión

En los últimos años diversos estudios han sugerido el aloinjerto de membrana amniótica para acelerar la curación de las UPP (71). Estas investigaciones desarrolladas en diversos países comprueban el potencial de los aloinjertos de membrana amniótica para tratar las UPP, especialmente aquellas de estadio II y III. Este tipo de tratamiento acelera la curación, permite reducir los costes destinados a las UPP y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

8. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos al analizar los datos indican que en su mayoría, los pacientes pertenecen al sexo femenino, seguido muy cercanamente del sexo Masculino. Se observa la edad prevalente de los sujetos estaba en el rango de 81 años y más.

Se evidencia de igual manera que el mayor número de pacientes se encontraban en los servicios de Medicina Interna y Hospitalización. Al evaluar el Índice de Masa Corporal se encontró que era más frecuente los participantes que tenían bajo peso. En lo correspondiente a los diagnósticos de los pacientes que participaron en el estudio, se encontró que el mayor porcentaje presentaban simultáneamente patologías metabólicas y neurológicas.

En cuanto al Estado mental se observa que gran parte de la población se encontraba desorientado, seguido de un porcentaje de pacientes con estado mental alerta u orientado. Con respecto a continencia la mayoría presentaba doble incontinencia.

Se pudo observar que un buen número de los pacientes presentaban un nivel normal de Albúmina y Hemoglobina, seguido de otros que presentaban niveles de albúmina y hemoglobina disminuidos.

En la población estudio se encontró en igual porcentaje las variables inmovilidad y movilidad muy limitada; Con respecto a la variable de nivel de humedad, se evidencia que la mayoría de los pacientes presentan constante húmeda la zona afectada, seguido en un menor porcentaje de área ocasionalmente húmeda.

Al evaluar los resultados de la localización de las UPP se encontró que en su mayoría, los pacientes presentaban más de dos zonas afectadas, resaltándose la presencia de estas lesiones a nivel de sacro y trocánter al mismo tiempo. Los

porcentajes siguientes implican dos zonas afectadas, observándose siempre al sacro como una de las zonas frecuentes de localización de las UPP. De la misma manera se muestra que gran parte de los pacientes participantes en el estudio presentaron UPP en Estadío III, seguido de Estadío II.

Se puede observar en porcentajes muy similares pacientes que no presentaban secreciones y los presentaron secreciones profusas y purulentas. Con respecto a las complicaciones gran parte de los sujetos participantes no presentó complicaciones y un menor porcentaje presentó infección local.

Por otro lado se evidencia casi la totalidad de los pacientes presentaron tejido necrótico en las UPP, seguidos de tejido de granulación en un porcentaje mucho menor. En cuanto a los tratamientos que se están realizando, el mayor porcentaje corresponde a curaciones y desbridamiento.

En lo correspondiente a la relación entre Edad y secreciones presentes en las UPP, se puede observar que entre mas años tiene el paciente presenta secreciones mas abundantes predominando las de tipo purulento. En los servicios en los que se encuentra mayor cantidad de pacientes con UPP (Hospitalización y Medicina Interna), es más prevalente el estadio III.

Se muestra significancia en la relación entre el Índice de Masa Corporal con Estadío de la UPP, infiriéndose que la gravedad de las lesiones en el paciente (UPP) es mayor cuando se tiene bajo peso. De la misma manera, al realizar el cruce de variables entre el IMC y las complicaciones en las UPP, se observa que el mayor porcentaje de los pacientes no presentaron complicaciones a partir de tratamientos quirúrgicos y /o manejo dado en la institución, independientemente del IMC de estos.

Se muestra que existe una relación positiva entre el Estado Mental del paciente con el estadio de la UPP en este tipo de lesión, infiriéndose que estados como el de desorientación puede llegar a ser factor importante en el agravamiento de la úlcera.

Existe una relación significativa entre la movilidad del paciente y el estadio en que se encuentran las UPP de los pacientes hospitalizados en las instituciones participantes en el estudio, lo que permite identificar que los que presentaban inmovilidad y movilidad limitada presentaban úlceras en estadios mas avanzados.

Se muestra significancia en la relación entre el tipo de continencia y el estadio de las UPP, observándose que cuando existe la presencia de doble incontinencia (Urinaria y Fecal) es mayor el riesgo de que el paciente alcance mayor nivel de gravedad en la lesión o UPP. De igual manera se demuestra que existe una relación entre el tipo de continencia y el tejido presente en las UPP, haciéndose evidente que los que cursan con doble incontinencia presentan principalmente tejido necrótico en la zona afectada.

Los datos obtenidos en la presente investigación corroboran los resultados arrojados por estudios similares en cuanto a la vulnerabilidad de individuos hospitalizados principalmente expuestos a factores de riesgo específicos tanto a nivel intrínseco como extrínseco.

Es necesario reconocer que las UPP son un problema multidisciplinario que requiere actuación efectiva de todos los profesionales involucrados en el cuidado de pacientes hospitalizados en los diferentes servicios enfocándose en su prevención, y posibilitando así minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a su desarrollo.

9. RECOMENDACIONES

Para las Instituciones Hospitalarias

- ✚ Los profesionales de las dos Instituciones manifiestan que existe un protocolo diseñado por el Ministerio de Salud denominada Prevención de úlceras por presión dentro de la Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud; en este sentido, se invita a estas entidades hospitalarias a seguir incluyendo o adaptando prácticas seguras en la prevención, tratamiento y cuidado de los pacientes con estas lesiones con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.
- ✚ Las Úlceras por Presión (UPP) incrementan los costos de la atención; estos costos pueden ser menores si se implementan buenas prácticas a partir de políticas administrativas y asistenciales, medidas preventivas y programas institucionales orientados a favorecer la construcción de cultura institucional en la prevención de estas lesiones.
- ✚ Programar campañas dirigidas a todo el equipo multidisciplinario pertenecientes a cada servicio, específicamente donde se encontraron mayor presencia de UPP como son Hospitalización y Medicina Interna, no dejando de un lado las Unidades de Cuidados Intensivos. Se sugiere documentar planes de cuidado estandarizados o individualizados en la prevención y manejo de las Úlceras por Presión (UPP).
- ✚ Se debe fomentar continuamente actitudes preventivas en el personal de enfermería, pues son las profesionales que tienen la mayor responsabilidad en el reconocimiento de personas en riesgo y/o manejo de este tipo de lesiones. Para esto pueden designarse Enfermeras Líderes por servicio en el cuidado de la piel.

- ✚ Tener en cuenta los factores de riesgo asociados a las UPP que fueron corroborados en la presente investigación como son el control sobre el exceso de humedad, la nutrición, el nivel de movilidad, el estado mental, los diagnósticos asociados, ya que la presencia de algunas de estas alteraciones favorecerá la aparición de una UPP.
- ✚ Tener presente los cuidados posteriores a tratamientos quirúrgicos para evitar con esto complicaciones en el estado de salud de los pacientes.

Cuidados para la prevención y/o manejo de las UPP

- ✚ Uso de cremas hidratantes para prevenir la sequedad de la piel y la mantener su hidratación. Valorar de igual manera el soporte oral o intravenoso de líquidos.
- ✚ Resulta de gran importancia el control del exudado en estas lesiones, ya que un exceso de humedad puede provocar una irritación química debido a los componentes del exudado y hacer más frágil la piel perilesional. Una vez que la úlcera está limpia, con tejido de granulación, se debe mantener el lecho húmedo, ya que es el ambiente ideal para promover la curación o cierre, así como destacar la estimulación de la cicatrización.
- ✚ Brindar pautas a miembros de la familia al alta hospitalaria y en lo posible hacer seguimiento de la evolución de la lesión, con el fin de reducir las tasas de prevalencia/incidencia de las UPP
- ✚ Propender por prevenir la progresión a estadíos avanzados de las úlceras e infecciones locales a través de una adecuada limpieza, curaciones eficaces y tratamiento quirúrgico necesario para evitar que la colonización bacteriana progrese a infección. Se sugiere algoritmo diseñado por el investigador en el manejo de las UPP (Ver anexo 3)

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Hester (Ed). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.
2. Black J, Clark M, Dealey C, Brindle CT, Alves P, Santamaria N, et al. Dressings as an adjunct to pressure ulcer prevention: consensus panel recommendations. *Int. Wound J.* 2015; 12(4): 484-88.
3. González-Consuegra RV, Cardona-Mazo DM, Murcia-Trujillo PA, Matiz-Vera GD. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en Colombia: Informe preliminar. *Rev. Fac. Med.* 2014; 62(3):369-77.
4. Wang Y, Eldridge N, Metersky M, Verzier N, Meehan T, Pandolfi M, Foody J, et al. National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions. *N. Engl. J. Med.* 2014; 370:341-51.
5. Lynch S, Vickery P. Steps to reducing hospital-acquired pressure ulcers. *Nursing.* 2010; 40:61–2.
6. Meehan T, Pandolfi M, Foody J, et al. National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions. *N. Engl. J. Med.* 2014; 370:341-51.
7. VanGilder C, Amlung S, Harrison P, Meyer S. Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manage.* 2009; 55:39–45
8. Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term care hospitals. *Arch Gerontol Geriatr* 2013 Jan-Feb; 56(1):220-6.
9. Úlceras.net, Úlceras por presión: epidemiología 2015. Disponible en: <http://www.ulceras.net/monograficos/86/96/ulceras-por-presion-epidemiologia.html>

10. Yela G. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Revista Enfermería Institucional Mexicana. Seguro Social. México; 2010.
11. Costa I. Incidencia de Úlcera por Pressao en Hospitais Regionais de Mato Grosso, Brasil. Brasil: Enfermería. Revista Gaucha Enfermería. Brasil; 2010; 31(4):693-700.
12. Peralta Vargas C, Varela Pinedo L, Gálvez Cano M. Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. Rev Med Hered. 2009; 20(1): 16-21.
13. NHS Improvement. Pressure ulcers: revised definition and measurement. Summary and recommendations. Reino Unido; 2018. Disponible en: https://improvement.nhs.uk/documents/2932/NSTPP_summary__recommendations_2.pdf
14. Grupo nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas Crónicas (GNEAUPP)
15. Posnett J, Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, San Miguel I. Una aproximación al impacto del coste del tratamiento de las úlceras por presión en España. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, editores. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España, 2005-2006. Sant Joan Despí: Smith & Nephew; 2007
16. Talens Belén Fernando, Martínez Duce Nuria. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Gerokomos [Internet]. 2018; 29(4): 192-196.
17. National pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAPP pressure injury stages [Internet]. Washington: npuap.org; 2016. Disponible en: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages>
18. Soldevilla Agreda J, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos. 2006;17(4):203-24.
19. García-Fernández FP, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla Agreda JJ, Verdú-Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas

Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2012.

20. Colen SR. Úlceras por presión en: McCarthy JG. Cirugía Plástica: Abdomen y extremidades inferiores. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. Pp. 117-55
21. Aprea Valeria, Jorro Barón Facundo, Meregalli Claudia, Sabatini María C. Impacto de una intervención de mejora de calidad de atención para prevenir las úlceras por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Arch. argent. pediatr. 2018; 116 (4): 529-541.
22. Panel Consultivo Nacional de Úlceras por Presión, Panel consultivo europeo sobre úlceras por presión y alianza de lesiones por presión pancífica. Prevención y tratamiento de úlceras por presión: guía de referencia rápida. Emily haesler, Cambridge Media, Perth, Australia (2014)
23. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, y col. Factores de riesgo del paciente para el desarrollo de úlceras por presión: revisión sistemática . Int J Nurs Stud 2013; 50 : 974–1003
24. Francis R. (Presidente) Investigación independiente sobre la atención proporcionada por Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust, enero de 2005-marzo de 2009 . Londres: TSO, 2013
25. Baumgarten M, et al. Use of Pressure-Redistributing Support Surfaces Among Elderly Hip Fracture Patients Across the Continuum of Care: Adherence to Pressure Ulcer Prevention Guidelines. Gerontology 2010, 50(2): 253-262.
26. Cremasco MF, et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. Acta Paul Enferm 2009, 22 (Especial - 70 Anos): 897-902
27. Roca-Biosca , MC Velasco-Guillén , L. Rubio-Rico , et al. Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo. Enferm Intensiva , 23 (2012) , pp. 155 - 163

28. Secretaria de Salud. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las úlceras por Presión como Derecho Universal. 2011 Disponible en: <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>
29. Magnani Fernades L, Larcher Caliri Maria H. Uso de la escala de Braden y Glasgow para Identificar el Riesgo de Úlceras por Presión en Pacientes internados en un Centro de Terapia Intensiva. Rev LatinoAm Enfermagem. 2008 Nov-Dic.; 16(6).
30. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Epidemiología de las Úlceras por Presión. España. 2013. Disponible en <https://gneaupp.info/ulceraspor-presion-y-heridas-cronicas/>. Secretaria de Salud. INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, México, SSA. Disponible en: <http://bit.ly/1dyllf3>
31. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA. 2006; 296:974---84.
32. Bredesen , K. Bjørø , L. Gunningberg , D. Hofoss La prevalencia, prevención y varianza multinivel de las úlceras por presión en hospitales noruegos: un estudio transversal Int J Nurs Stud , 52 (2015) , págs. 149 - 156 , 10.1016 / j.ijnurstu.2014.07.005
33. Pancorbo-Hidalgo , F. García-Fernández , J. Torra i Bou , J. Verdú , J. Soldevilla-Agreda. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia Gerokomos , 25 (4) (2014) , pp. 162 - 170 , 10.4321 / S1134-928X2014000400006
34. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. Disponible en: <https://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>

35. Pancorbo-Hidalgo Pedro L., García-Fernández Francisco P., Pérez-López Cristina, Soldevilla Agreda J. Javier. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*. 2019; 30(2): 76-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200076&lng=es.
36. Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., ... Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 974–1003. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>
37. Sturla FM, Drago HA, Bossi S, Mansilla E et al. La curación de las heridas de gran superficie y la medicina regenerativa. *Revista Asoc Med Argent* 2013; 126 (4): 12-23
38. Backhaus, R., Rossum, E. V., Verbeek, H., Halfens, R. J., Tan, F. E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2017). Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 15–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.0>
39. Patiño O. J., et al. Úlceras por presión: cómo prevenirlas. Actualización y avances en investigación. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*. 2018; 38(1): 40-46.
40. Pancorbo-Hidalgo, M. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4o Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2013; 25(4):162-70.
41. Saá J y col. Tratamiento quirúrgico de úlceras por presión en pacientes oncológicos terminales. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 132, Número 3 de 2019.
42. Prado A, Andrades P, Benítez S. Úlceras por presión. En *Cirugía Plástica Esencial*. Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2005; cap. 6: 87-110.

43. Baptista Fernández AM. Úlceras de Presión. En: Felipe Coiffman. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Medellín: Editorial Mason Salvat; 1994. Pp.1278-96.
44. García Duque O. Úlceras por presión. En: Manual de Cirugía Plástica 2005; Disponible en: <http://www.secre.org>
45. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del Paciente en el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud. Colombia: Ministerio de Salud y de la Protección Social; 2007.
46. Stegensek Mejía E.M., Jiménez Mendoza A., Romero Gálvez L.E., Aparicio Aguilar A. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. *Enferm. univ* . 2015 Dic ; 12(4): 173-181.
47. Labiano-Turrillas Juana, Larrea-Leoz Blanca, Vázquez-Calatayud Mónica, Juandeaburre-Pedroarena Beatriz, Irruarizaga-Sagredo Angélica, Morillo-Cabezas Eva. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra. *Gerokomos* [Internet]. 2013; 24(4): 184-188.
48. Silveira Lopes T, Marques L, Ricardo D, SantosAgostinho, E; Ferreira Bandarra A. Multicentre study of pressure ulcer point prevalence in a Portuguese region. *Journal of Tissue Viability*. 2019.
49. Alfoso; J et al. Cirugía reconstructiva de las úlceras por presión. *Rev. Cubana*. 2007 Sep.; 46(3).
50. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López casanova P. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2011 22(2):77-90.
51. Laranjeira Carlos A., Loureiro Sónia. Fatores de risco das úlceras de pressão em doentes internados num hospital português. *Rev. salud pública* . 2017; 19(1): 99-104.

52. Barrientos C, Urbina L, Ourcilleón A, Pérez C. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Rev Chil Med Int* 2005; 20(1): 12-20.
53. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Lallo D. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs*. 2007; 58(3):263-272.
54. Chacón-Mejía Jessica P., Del Carpio-Alosilla Alex E.. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. *Rev. Fac. Med. Hum*; 19(2): 66-74.
55. Rodríguez, T. T., Varela Pinedo, L., Ortiz Saavedra, J., & Chávez Jimeno, H. Estancia hospitalaria y mortalidad en adultos mayores hospitalizados en un hospital general de Lima Metropolitana, 1997-2008. *Revista Medica Herediana*. 2011; 22(1).
56. Barrera Arenas J., Pedraza Castañeda M et al. Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF. *Gerokomos*. 2016 Dic; 27(4): 176-181.
57. Oliveira AC, Sabino CP, Almeida AD, Santos AC. Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Nutr Hosp*. 2015; 32: 2242--52.
58. Catalá AI, Hidalgo Y, Cherednichenko T, Flores I, González R, García-Martínez MA, et al. Relación entre el índice de masa corporal y el desarrollo de úlcera por presión en Medicina Intensiva. *Enferm Intensiva*. 2014; 25:107--13.
59. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev Eletr Enf*. 2010 out/dez; 12(4): 719-26
60. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev Eletr Enf* 2008, 10(3): 733-46

61. Kottner J, Gefen A, Lahmann N. Weight and pressure ulcer occurrence: A secondary data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2011;48:1339---48
62. Langemo D. Anderson J. Hanson D. Hunter S. Thompson P. Posthauer M. Nutritional Considerations in Wound Care, *Adv Skin Wound Care* 2006; 19(6): 297-303.
63. Roberts S. Chaboyer W. Desbrow B. Nutrition care-related practices and factors affecting nutritional intakes in hospital patients at risk of pressure ulcers, *J Hum Nutr Diet* 2015; 4(28): 357-365.
64. Cai S. Rahman M. Intrator O. Obesity and pressure ulcers among nursing home residents, *Med Care* 2013; 6(51): 478-86.
65. Fernandes Luciana Magnani, Caliri Maria Helena Larcher. Uso de las escalas de Braden y Glasgow para predecir el riesgo de úlcera por presión en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 16 (6): 973-978.
66. Vollman KM. La posición correcta en el momento adecuado: la movilidad hace la diferencia. *Cuidados intensivos y críticos Nur* 2004; 20: 179-82.
67. Allman R, Goode P, Patrick M, Burst N, Bartolucci A. Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. *JAMA*. 1995; 273(11): 865-870.
68. Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2004;48(3):345- 61
69. Bautista I, Bocanegra L. Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurología y Cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de III nivel de la ciudad Bogotá en el año 2009. Colombia. Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
70. Martínez N, Llerena M. Úlcera por presión y estado nutricional en el paciente grave en el Hospital Naval. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. Cuba; 2008;7(1).

71. Berhane CC, Brantley K, Williams S, Sutton E, Kappy C. An evaluation of dehydrated human amnion/chorion membrane allografts for pressure ulcer treatment: A case series. *J Wound Care*. 2019;28 Suppl5:S4–10.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

(Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993)

TÍTULO DEL PROYECTO: ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN INSTITUCIONES DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN BARRANQUILLA

Investigadores principales: Carlos Andrés Villadiego Arrieta

Señor Usuario: Estamos invitándolo a participar en un Proyecto de Investigación del área de la Salud. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro de tal forma que pueda decidir si participa o no, por lo tanto es conveniente que conozca y comprenda los siguientes puntos, proceso conocido como Consentimiento Informado. En caso de aceptar, deberá firmar la carta adjunta, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar las características y factores asociados a úlceras por presión en pacientes hospitalizados en Instituciones de salud de mediana y alta complejidad en Barranquilla.

JUSTIFICACIÓN: Este proyecto aportará nuevos datos correspondientes a las características y factores asociados a las úlceras por presión, así como a la implementación y seguimiento de programas para el manejo del paciente. Con esto, se busca contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de pacientes, aumentar la calidad del cuidado por parte del personal de salud y generar menos costos a las instituciones por complicaciones de los pacientes por estas situaciones específicas.

PROCEDIMIENTOS: En caso de aceptar participar en el estudio se diligenciará un formato donde usted como paciente acepta suministrar información contemplada en el Instrumento referente a la presencia de úlceras por presión.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Este estudio permitirá conocer las características y factores asociados a las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en Instituciones de salud de mediana y alta complejidad en Barranquilla, siendo punto de partida para intervención y seguimiento de programas que favorezcan la prevención de estas lesiones.

RIESGOS PARA SALUD: La presente investigación según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mínimo.

ACLARACIONES: Su decisión de participar en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar. Con este documento se deja constancia que se ha informado el derecho de desistir de la participación en la investigación, sustentado bajo el principio de autonomía de cada ser humano.

Al participar en el estudio usted no tendrá que realizar ningún tipo de gasto, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable. Los resultados obtenidos en el estudio son confidenciales, respetando la identidad de la persona y serán divulgados y publicados a la comunidad respetando su identidad.

Si no tiene dudas al respecto y acepta la participación, debe firmar la Carta de Consentimiento Informado adjunta a este instructivo

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que la información obtenida en el estudio puede ser publicada o difundida con fines científicos.

Firma del Participantes

Fecha

Testigo No. 1

Fecha

Para ser diligenciado por el investigador:

He explicado al Sr(a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; mostrándole los beneficios de su participación. He contestado sus preguntas e inquietudes y aclarado toda duda existente al respecto. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigaciones con seres humanos y me apegó a ella.

Firma Del Investigador

Fecha

ANEXO 2. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

		INSTRUMENTO DE VALORACIÓN UPP Y FACTORES DE RIESGO									
		Fecha:									
Nombre:					Fecha de ingreso al servicio:						
Servicio:					Institución hospitalaria:						
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DEL PACIENTE											
EDAD (AÑOS)	14-49		SEXO	F	M	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Bajo peso	Menos 18.5			
	50-64						Peso normal	Entre 18.25 a 24.9			
	65-74						Sobrepeso	Mayor de 25			
	75-80						Obesidad	Mayor de 30			
	Más de 81						Mórbido	Mayor de 40			
DIAGNÓSTICO ASOCIADO					ESTADO MENTAL			CONTINENCIA			
Enfermedad metabólica					Coma			Ninguno			
Enfermedad neurológica					Letárgico			Incontinencia ocasional			
Enfermedad Osteomuscular					Desorientado			Incontinencia urinaria			
Enfermedad Cardiorpulmonar					Apático o pasivo			Incontinencia fecal			
Oncológicas					Consciente			Doble incontinencia			
Inmunológicas					Alerta u orientado						
Otro					Otro			Otro			
ALBUMINA					HEMOGLOBINA						
Disminuida					Disminuida						
Normal					Normal						
Aumentada					Aumentada						
No tiene reporte					Otro						
MOVILIDAD					HUMEDAD			ESTADIO			
Inmóvil					Constantemente húmeda			Estadio I			
Muy limitado					Ocasionalmente húmeda			Estadio II			
Ligeramente limitado					Sin humedad			Estadio III			
Sin limitaciones								Estadio IV			
CARACTERÍSTICAS DE LA UPP											
LOCALIZACIÓN	Sacra		COMPLICACION	Infección local		TIPO	Necrótico		SECCION	Ninguna	
	Trocánter			Osteomielitis			Esfacelos			Escasa	
	Isquion			Sepsis				Profusa			
	Glúteo			Dehiscencias			Tejido de granulación			Purulenta	
	Talones			Epidermólisis				Tejido epitelial			Hemorrágica
Tobillos		Otra:		Cicatrización/ reepitelizado		Serosa					
Escápula						Observación:					
Codo											
Occipital											
TRATAMIENTO DE LA ULCERA											
Desbridamiento		Remoción del hueso		Colgajos cutáneos o dermograsos		Colgajos musculares y miocutáneos					
Injerto de la piel		Re perfilado de prominencias óseas		Colgajos fasciocutáneos		Colgajos libres					
Curaciones		Responsable:									

ANEXO 3. ALGORITMO MANEJO UPP

