

Valoración del riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y su relación con los diagnósticos de enfermería

Autora:

Dulce Moscoso Otero.

Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
Dirección de Contacto: Dulce.Moscoso.Otero@sergas.es

Resumen

Objetivo: Valorar el riesgo de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados en unidades de medicina interna y su relación con los diagnósticos de Enfermería. **Metodología:** Estudio observacional de prevalencia. Valoración mediante aplicativo informático de la escala Braden junto con 3 diagnósticos enfermeros. Análisis descriptivo de los datos. **Resultados:** El diagnóstico más prevalente fue el de autocuidados y “Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel” Conclusiones: Los diagnósticos de Déficit de Autocuidado se presentan con mayor frecuencia en pacientes con y sin riesgo de UPP. La presencia del diagnóstico de enfermería “Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel” podría considerarse como indicador adecuado de valoración.

Palabras clave: Diagnostico de enfermería, autocuidados, aplicación informática, ulcera por presión, UPP, NANDA, GACELA.

Assessment of the Risk of Pressure Ulcers in Hospitalized Patients and its Relationship with the Nursing Diagnoses.

Abstract

Objective: To assess the risk for pressure ulcers (PU) in hospitalized patients in units of internal medicine and its relationship with the nursing diagnoses. **Methodology:** Observational study of prevalence. Valuation through computer application of the Braden scale along with 3 nursing diagnosis. **Descriptive analysis of the data.** **Results:** The most prevalent diagnosis self-care and “risk of impact on the integrity of the skin”. **Conclusions:** The diagnosis of Deficit of Self occur most often in patients with and without risk of PU. The presence of the nursing diagnosis “risk of impact on the integrity of the skin” could be considered as an appropriate indicator of valuation.

Key Words: nursing diagnosis, self-care, PU, NANDA, computer application, GACELA, pressure ulcer.

Introducción

La profesión de enfermería ha cambiado mucho en muy poco tiempo. En nuestro entorno la aceptación mayoritaria de una taxonomía diagnóstica, que aglutina los conceptos, en otros tiempos no definidos, de las respuestas que las enfermeras identifican y tratan, ha supuesto un paso de gigante en el desarrollo de la profesión, al igual que la nueva forma de aproximación al proceso enfermero, que implica la aplicación del método científico en la práctica diaria.^(1, 2, 3)

En este marco, no debemos olvidar que, “la utilización del diagnóstico enfermero exige que la enfermera vea el cuidado de la salud a través de los ojos del paciente” (Alfaro 1988), y a la persona como un ser integral, teniendo en cuenta aspectos físicos, psíquicos, de desarrollo y socioculturales.

La labor de los profesionales de enfermería está íntimamente ligada a la prevención en la aparición de úlceras por presión y al cuidado de aquellos que ya las han desarrollado. Trabajos como los de Hibbs⁽⁴⁾ o Waterlow J. 1996, ponen de manifiesto que un 95% de las úlceras por presión pueden ser evitadas. Asimismo las úlceras por presión son consideradas como un indicador de la calidad asistencial, por tanto indicador de la calidad de los cuidados ofrecidos a los pacientes.^(5, 6, 7)

Algunas cifras pueden hacernos comprender la importancia de la prevención y el adecuado tratamiento de las úlceras por presión. El costo total de tratamiento de las úlceras por presión en España en un año es aproximadamente de 461 millones de euros, el 5% del gasto sanitario anual, de éstos el 15% lo representan el costo de apósitos y otros materiales, el 19% el costo del tiempo de enfermería, mientras que el 45% del total lo representa el costo de las estancias extra en el hospital relacionadas con estas lesiones.⁽⁸⁾

El 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009⁽⁹⁾, nos da una idea de la prevalencia de la UPP en nuestro país. Con 1.596 pacientes con UPP recogidos, de los cuales el 39,2% pertenece a pacientes hospitalizados, un 21,7% a pacientes atendidos en Atención Primaria y 39,1% a centros sociosanitarios, las cifras de Prevalencia Cruda (PC) y Prevalencia Media (PM) obtenidas en este

estudio han sido, en Atención Primaria Domiciliaria la PC fue de 5,89% y la PM de 9,64%, en unidades de hospitalización la PC fue de 7,2% y la PM de 10,05%, y en los centros sociosanitarios la PC fue de 6,39% y la PM de 7,35. Con la consideración de que el grupo de población mayoritariamente afectado era el de los mayores de 65 años (84,7%). En el año 2001 más de 612 personas mayores de 65 años morían en España a consecuencia de las UPP. Las UPP provocan un incremento de la morbilidad y la mortalidad ⁽¹⁰⁾. Estos datos permiten concluir que las UPP son un importante problema de salud pública.

Para realizar una adecuada valoración, contar con un instrumento predictivo del riesgo de desarrollar úlceras por presión, es de gran utilidad ⁽¹¹⁾. Existen muchas Escalas de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP), que han demostrado su validez.

Actualmente los profesionales de enfermería que realizan su trabajo en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, disponen de un sistema informático que les permite registrar los planes de atención de enfermería asignados a cada paciente. De igual forma se registran protocolos y valoraciones de distintas escalas. El registro de los datos de las EVRUPP, las actividades realizadas o las limitaciones que se presenten, representa una gran ayuda para la protección legal de los profesionales ^(5, 12), ante posibles demandas de mala praxis.

El cuidado en aquellos casos en que se presenta un riesgo de desarrollo de una úlcera por presión, puede presentar asociaciones con la prevalencia de algunos diagnósticos de enfermería. Las características definitorias de determinados diagnósticos de enfermería, son valoradas en los ítems de la EVRUPP Braden y cabría esperar una cierta asociación entre la presencia de riesgo de UPP o no y la elección de un determinado diagnóstico.

La valoración continuada de los pacientes permite la detección de los problemas, ya sean diagnósticos de enfermería reales o potenciales, así como de los riesgos derivados de su estado de salud y de la hospitalización. La valoración permite la planificación de los cuidados que realizados de una forma sistemática y continuada permiten conseguir los objetivos con el paciente y controlar el riesgo de aparición de nuevos problemas, como la aparición de UPP.

Existen estudios donde se relacionan las valoraciones del riesgo de UPP y la asignación de un determinado tipo de diagnóstico de enfermería ⁽⁶⁾, o aquellos en los que se valora la eficacia del juicio clínico frente a la valoración del riesgo a través de una EVRUPP ⁽¹³⁾. Los profesionales de enfermería estamos interesados en avanzar en nuestros conocimientos y estos no se puede lograr de otra forma que no sea investigando.

El objetivo de este estudio será valorar el riesgo de UPP en pacientes hospitalizados en unidades de

medicina interna y su relación con los diagnósticos de Enfermería.

Material y método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de prevalencia, en el ámbito del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

La población a estudio fueron los pacientes ingresados en las Unidades de Medicina Interna a lo largo del mes de Enero del 2008, el criterio seguido para la inclusión en el estudio fue que existiese registro de la valoración del riesgo de aparición de UPP a través de la EVRUPP Braden.

Los datos iniciales han sido extraídos, por el personal del servicio de informática del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, del aplicativo GACELA, que permite el acceso a información sobre la actividad asistencial de enfermería por unidad. Se recogieron los siguientes datos:

1. Valoraciones de la escala Braden, realizadas en las Unidades de Medicina Interna, a lo largo del mes de Enero del 2008.
2. Número de episodio, al que correspondía cada valoración.
3. Diagnósticos de déficit autocuidados registrados, a lo largo de dicho episodio.

En una búsqueda posterior en el histórico del Aplicativo, haciendo uso del número de episodio, se recogen datos demográficos y asistenciales:

1. Sexo, edad, fecha de ingreso y alta en la unidad.
2. Registro de protocolo de riesgo de caídas y valoración Barthel.
3. Tres diagnósticos enfermeros aparecidos en el episodio, coincidentes con la valoración del riesgo de UPP al ingreso, siempre registrando en primer lugar " la Afectación o el Riesgo de Deterioro de la Integridad de la Piel".

Los diagnósticos se recogen según la nomenclatura del aplicativo, GACELA, que tiene su equivalencia en la taxonomía NANDA. La historia clínica electrónica utiliza el modelo de Virginia Henderson y la metodología enfermera.

La escala utilizada en este estudio es la de Braden-Bergstrom ⁽¹⁴⁾, que ha mostrado su validez y fiabilidad frente a otras escalas. ^(15, 16)

La escala de Braden ^(14, 17, 18), es una escala negativa, que consta de 6 ítems que valoran percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y roce/peligro de lesiones cutáneas. De los seis ítems cinco se puntúan de 1 a 4 (menos favorable a más favorable) y el roce/peligro de lesión cutánea se puntúa de 1 a 3.

El rango de la escala oscila entre los 6 y los 23 puntos (6- 12 riesgo alto, 13-14 riesgo medio, 15-16 riesgo bajo, 17-23 sin riesgo; en personas mayores de 74 años 15-18 riesgo bajo y 19-23 sin riesgo).

Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo de los datos. Las variables cualitativas se presentan como cifras absolutas y porcentajes, con su correspondiente intervalo de confianza al 95%. Las variables cuantitativas se presentan como media y desviación estándar (DE).

Para determinar la relación entre variables cualitativas se realizó un test de ji-cuadrado.

Se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSS 17.0.

Resultado

De un total de 338 casos estudiados, 182 fueron hombres (53.8%) y 145 mujeres (42.9%) (Tabla 1). La edad media de la muestra fue de 70 (DE±17,1) años, siendo el 75% de los individuos mayores de 62 años (Tabla 2).

De la valoración del riesgo de aparición de UPP, se obtuvieron 165 casos en los que la valoración fue negativa (48.8%). De los 173 casos con valoración positiva, 101 (29.9%) fueron valorados con un riesgo bajo, 30 (8.9%) con riesgo moderado y 42(12.4%) con un riesgo alto de aparición de UPP (Tabla 3).

Del estudio de la aplicación de los protocolos de Caídas y de la escala Barthel, se obtuvieron los siguientes resultados: El protocolo de Caídas no se aplicó a 237 (70.1%) de los casos, las valoraciones resultaron ser de riesgo bajo para 12 individuos (3.6%), moderado para 39 (11.5%) y alto para 50 (14.8%). Resultó aún más baja la aplicación de la escala Barthel al ingreso de los pacientes, siendo tan solo 18 (5.3%) los casos recogidos (Tabla 4).

Al estudiar la frecuencia de aparición de los dE de Déficit de Autocuidados, observamos que presentan alguno de estos diagnósticos el 38% (131) de los casos. Estudiándolos por separado es el diagnóstico de Déficit de autocuidado: evacuación-aseo el que presenta un número más elevado de casos 91 (27%), seguido de los Déficits de baño-higiene 86 (25%), vestido-arreglo personal 70(21%) y en última instancia el Déficit de autocuidado en la alimentación con 33 casos (9.8%) (Tabla 5).

Se estudió también la frecuencia de aparición de Riesgo de Déficit de autocuidados, obteniéndose un número muy limitado de casos en el que el juicio clínico de la enfermera haya valorado su inclusión en el PAE (Tabla 6). Riesgo de Déficit de Autocuidado: Evacuación-Aseo 6 casos (1.8%), Vestido- Arreglo Personal 4 (1.2%), Alimentación 3 (0.9%) y Baño-Higiene 2 (0.6%).

Del estudio de la prevalencia de otros dE, se observó que 325 de los casos tenían registrado al menos otro dE que no fuese de déficit de autocuidados. Se estudió inicialmente el Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel y Afectación de la Integridad de la Piel y se observó que estos se presentaban en 35 (10.4%) y 20 (5.9%) casos respectivamente (Tabla 7).

Posteriormente se centro el estudio sobre diagnósticos que pudiesen asociarse a los ítems valorados en la EVRUPP. Intolerancia a la Actividad o Afectación de la Movilidad Física se presentó en 147 de los casos (47%), Incontinencia Urinaria o Fecal en 33 (9.8%), Bajo Aporte de Nutrientes en 9 (2.7%) e Hipertermia en 34 (10.1%) (Tabla 8).

Del análisis resultó que los individuos valorados “de riesgo” con la EVRUPP Braden, tenían 6.3 veces más posibilidades de presentar un Diagnóstico de Déficit de Autocuidados que aquellos que no presentan riesgo en la valoración.

Para estos pacientes en riesgo, la posibilidad de presentar Déficit de Autocuidado Evacuación-Aseo era 8 veces mayor que la de un paciente con valoración negativa, de que este fuese un Déficit para el Autocuidado con el Baño-Higiene el riesgo se elevaba a 5 y que lo presente para el Autocuidado en la Alimentación o en el Vestido y el Arreglo Personal resultó 4 veces mayor a un paciente que no presenta riesgo de UPP (Tabla 9).

Centrándose en el diagnóstico Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel la probabilidad de presentarse en pacientes con riesgo de UPP resultó 6 veces mayor y estos presentaron 3 veces más la asignación del dE Afectación de la Integridad de la Piel.

De la valoración del paciente, la elección del diagnóstico “Incontinencia” ha resultado ser 5 veces mayor en pacientes en riesgo de UPP y 4 veces mayor para la aparición de los diagnósticos Afectación de la Movilidad e Intolerancia a la Actividad (Tabla 10).

Discusión

Se llega a la conclusión de que los diagnósticos de Déficit de Autocuidado se presentan con mayor frecuencia en pacientes con riesgo de UPP. Del mismo modo se evidencia la asociación con otros dE íntimamente relacionados con los ítems de la EVRUPP Braden.

La recomendación de uso de la escala Braden para predecir el riesgo de desarrollo de UPP, frente al juicio clínico de las enfermeras, ha sido avalada por la evidencia ⁽¹³⁾, mientras que otros autores consideran que existe suficiente evidencia para asegurar que el uso de las EVRUPP no reemplaza al juicio clínico de la enfermera ⁽¹⁹⁾

En este estudio el dE Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel ha sido asignado a pacientes cuya valoración con la escala Braden ha resultado negativa y por el contrario no todos los pacientes valorados de riesgo se les ha asignado este dE, pero, ¿deberíamos limitar la valoración del riesgo de UPP a la presencia de este dE?

La presencia de dE de los cuales derivan intervenciones que actuarán sobre las causas, signos y síntomas de la aparición de UPP, deberían considerarse valoraciones adecuadas del riesgo, teniendo en cuenta que trabajando estos diagnósticos podremos actuar sobre el primero.

La interacción entre el juicio clínico, el uso de escalas de evaluación de riesgo y la formación del profesional, no se ha estudiado en profundidad. No se sabe cuál

de estos es más importante, si se les combina, esto contribuye a una mejor atención al paciente. ⁽²⁰⁾

Es probable que la combinación de escalas de valoración con un buen juicio clínico ayude a la identificación de posibles factores de riesgo y, en consecuencia, al establecimiento de las medidas preventivas oportunas que permitan reducir la presencia de esta patología en las unidades de hospitalización.

El conjunto de actividades que la enfermera realiza debe estar fundamentado en el conocimiento y en el juicio clínico, estos conocimientos deben tener una base científica demostrable, por ello debemos trabajar para dar evidencia a nuestra práctica profesional, siempre teniendo en cuenta que los cuidados responden a las características bio-psico-sociales de cada individuo, no a estándares prediseñados.

Bibliografía

1. Guirao-Goris JA, Camaño Puig RE, Cuesta Zambrana A. Diagnósticos de Enfermería. Categorías, Formulación e Investigación. Ediversitas Multimedia S.L. 2001.
2. Luis Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson S.A; 2000
3. Ugalde Apalategui M, Rigoli i Cuadra A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: MASSON S.A; 1995
4. Hibbs P. Pressure Area Care for the City & Hackney Health Authority. London: St Bartholomews Hospital;1987
5. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. Logroño: 2003. [citado 2013 oct 20] Disponible en: <http://www.gneaupp.org>
6. Lago González L. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007 [citado 2013 oct 20]. 18(3): 33-37. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n3/rincon3.pdf>
7. Martínez-Cuervo F. Las úlceras por presión: una problemática prevenible. Rev Esp. Geriatr Gerontol 2004; 39 (Supl 4): 25-34.
8. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007 [citado 2013 oct 20]; 18(4): 43-52. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n4/201rincon.pdf>
9. Soldevilla Agreda JJ, Tora i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras Por Presión en España, 2009: Epidemiología y Variables Definitivas de las Lesiones y Pacientes. Gerokomos. 2011; 22(2): 77-90
10. Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. Gerokomos. 2003. 14(4):212-226
11. Mazzocco R, Zampieron A. Does the evaluation of the pressure ulcer risk increase better prevention? Prof Inferm 2000; 53: 173-8.
12. Soldevilla JJ, Navarro S, Roselle C, Sarabia R, Vals G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. Madrid: SPA; 2004
13. Rodríguez Torres, M.C.; Soldevilla Ágreda, J.J. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión? Gerokomos 2007; 18(1): 36-51.
14. Bergstrom N, Braden Bj, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 1987; 36: 205-10.
15. Moreno Pina J.P, Richart Martínez M., Guirao Goris J.A., Duarte Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión Enferm Clin. 2007;17(4):186-97
16. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Sodevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y Metaanálisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos. 19(2), 2008: 84-98
17. Soldevilla JJ, Torra JE. Atención Integral de las Heridas Crónicas. Madrid: Ediciones SPA, 2004. p. 209-26.
18. Torra JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. Rev ROL Enferm. 1997; 224: 23-30.
19. García Fernández FP, Carrascosa García MI, Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parras JM, Mármol Felgueras MA, Domínguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. Evidentia. 2005; 2 (supl). [citado 2013 oct 20]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/161articulo.php>
20. Anthony D, Parboteeah S, Saleh M, Papanikolaou P. Norton, Waterlow and Braden scores: a review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. J Clin Nurs. 2008 Mar; 17(5):646-53

ANEXOS: TABLAS

Tabla 1. Distribución por sexo.

	N	%	IC 95%
Hombre	182	53.8	48.4-59.2
Mujer	145	42.9	37.7-48.2

Tabla 2. Distribución por edad.

Media	Mediana	DT	Mínimo	Máximo	N
70.26	74	17.104	18	103	324

Tabla 3. Valoración con la EVRUPP BRADEN

	N	%	IC 95%
Sin riesgo	165	48.8	43.4-54.3
Bajo	101	29.9	25-35.1
Moderado	30	8.9	6.1-12.4
Alto	42	12.4	9.1-16.2

Tabla 4. Aplicación de protocolos.

	N	%	IC 95%
BARTHEL			
No valorado	320	94.7	0.2-2.6
Leve	3	0.9	1.02-4.6
Moderado	8	2.4	
Alto	7	2.1	
CAIDAS			
No valorado	237	70.1%	
Bajo	12	3.6	1.8-6.1
Moderado	39	11.5	
Alto	50	14.8	

Tabla 5. Frecuencia de aparición de los diagnósticos de déficit de autocuidados.

	SI		NO		SI
	N	%	N	%	
Déficit de autocuidados	131	38.89	207	61.2	33.5-44.1
Alimentación	33	9.8	305	90.2	6.8-13.4
Baño-higiene	86	25.4	252	74.6	20.9-30.4
Evacuación-aseo	91	26.9	247	73.1	22.3-32
Vestido-arreglo personal	70	20.7	268	79.3	16.5-25.4

Tabla 6. frecuencia de aparición de riesgo de déficit de autocuidados.

	SI		NO		SI
	N	%	N	%	
Alimentación	3	0.9	335	99.1	0.18-2.6
Baño-higiene	2	0.6	336	99.4	0.07-2.2
Evacuación-aseo	6	1.8	332	98.2	0.6-3.8
Vestido-arreglo personal	4	1.2	334	98.8	0.3-3.0

Tabla 7. Distribución de diagnósticos.

	N	%	IC
Presentan diagnostico	325	96.2	95.4-96.7
Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel	35	10.4	7.3-14.1
Afectación de la integridad de la piel	20	5.9	3.6-8.8

Tabla 8. Frecuencia de aparición de otros diagnósticos.

	N	%	IC95%
Afectación de la movilidad e intolerancia a la actividad	147	43.6	38.2-49.1
Incontinencia	33	9.8	6.8-13.5
Bajo aporte de nutrientes	9	2.7	1.2-5
Hipertermia	34	10.1	7.1-13.8

Tabla 9. 3 de la valoración de riesgo según la evrupp braden con los diagnósticos de déficits de autocuidado.

	N	%	OR	IC 95%	p
Con algún déficit de autocuidado	101	58.4	6.3	3.83 - 10.41	0.00
Déficit autocuidado baño - higiene	68	39.3	5.2	2.971-9.412	0.00
Déficit autocuidado evacuación - aseo	77	44.5	8.6	4.634-16.151	0.00
Déficit autocuidado alimentación	26	15	3.9	1.682-9.475	0.001
Déficit vestido-arreglo personal	54	31.2	4.1	2.286-7.708	0.00

Tabla 10. Relación de la valoración del riesgo con la evrupp braden con otros diagnosticos.

	N	%	OR	IC 95%	p
Riesgo de Afectación de la Integridad de la Piel	30	17.3	6.6	2.521-17.657	0.00
Afectación de la Integridad de la Piel	15	8.7	3.019	1.072-8.505	0.29
Incontinencia	27	15.6	4.8	1.955-12.132	0.00
Bajo aporte de nutrientes	5	2.9	1.1	0.314-4.512	1.00
Afectación de la movilidad	98	66.7	3.6	1.956-4.808	0.00
Intolerancia a la actividad	17	9.8	0.9	0.464-1.915	0.870