

ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PREDICTIVA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

DEVELOPMENT AND EVALUATING A PREDICTING SCALE FOR PRESSURE ULCER IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Margarita Palma*

Enfermera, Coordinadora Intermedio Médico-Neurológico Hospital Clínico UC. Santiago - Chile

Patricia Fuentealba

Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Instructora Asociada Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina UC, Supervisora Servicio Recuperación Cardiovascular Hospital Clínico UC. Santiago - Chile

Sandra Hernández

Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Instructora Asociada Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina UC, Coordinadora Unidad Técnica de Educación a Pacientes y Familia, Red de Salud UC. Santiago - Chile

Patricia Palma

Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Coordinadora Servicio Medicina Interna Hospital Clínico UC. Santiago - Chile

Luis Villarroel

Estadístico, Departamento de Salud Pública, UC. Santiago - Chile

Artículo recibido el 8 de diciembre, 2009. Aceptado en versión corregida el 15 de junio, 2009

RESUMEN

Contar con un instrumento válido y fiable permite detectar con la máxima precisión el riesgo potencial o real de los pacientes de desarrollar úlceras por presión. El objetivo del estudio es evidenciar la validez y fiabilidad de la Escala Predictiva de Úlceras por Presión [ECRUPP] para valorar riesgo de presentar úlceras por presión en los pacientes adultos hospitalizados del Hospital Clínico de la Universidad Católica [UC]. Esta escala fue creada debido a que la escala de Braden presentaba dificultades durante su aplicación. Se comparó ECRUPP y Braden con el criterio de la enfermera, siendo éste el Gold Estándar. Estudio transversal, observacional, comparativo y analítico, realizado en el mes de octubre del año 2004 con un n=103 pacientes hospitalizados en nueve servicios clínicos. La validación estadística se realizó en el año 2006 y sus principales resultados fueron los siguientes: concordancia entre Braden y ECRUPP se obtiene un Índice Kappa de 0.249, ECRUPP y criterio de enfermera se obtiene un Índice Kappa de 0.79 y criterio de enfermera y Braden es de 0.316; sensibilidad y especificidad comparada con el Gold Estándar: ECRUPP 75% de sensibilidad y 95,8% de especificidad y Braden 59,4% de sensibilidad y 98,6% de especificidad; confiabilidad: Índice de Alfa Cronbach de 0.78. De acuerdo a los resultados, ECRUPP permite detectar en mayor porcentaje a las personas que presentan riesgo de desarrollar úlceras por presión y tiene similar especificidad que la escala Braden. ECRUPP refleja mejor concordancia con el criterio de la enfermera en comparación a Braden. **Palabras clave:** úlceras por presión, validación, escala de riesgo, calidad de atención.

ABSTRACT

A valid and trustworthy instrument allows for the accurate assessment of a patient's potential or real risk to develop pressure ulcers. The objective of this study is to demonstrate the validity and reliability of the Predicting Scale for Pressure Ulcer [ECRUPP] to evaluate the risk for developing pressure ulcers among hospitalized adult patients in the Universidad Católica [UC]. This scale was created because of the difficulties in the application of the Braden Scale. We compared the ECRUPP and Braden with nursing criteria, the latter being considered the Gold Standard. This study was conducted in October 2004. It uses a cross-sectional, observational, comparative and analytical design, with n=103 hospitalized patients from nine clinical units in the hospital. The statistical validation was done in 2006 and the main results were the following: agreement between Braden and ECRUPP with a Kappa index of 0.249, ECRUPP and nursing criteria with a Kappa Index of 0.79 and nursing criteria and Braden with 0.316; sensitivity and specificity compared with Gold Standard: ECRUPP 75 of sensitivity and 95,8% of specificity and Braden 59,4% of sensitivity and 98,6% of specificity; trustworthiness Alpha Index Cronbach of 0.78. According to these results, ECRUPP detects a higher percentage of people who present risk for developing pressure ulcers and has specificity similar to that of the Braden scale. ECRUPP reflects better agreement with nursing criteria when compared to the Braden. **Key words:** pressure ulcers, validation, scale of risk, quality of attention.

* correspondencia e-mail: mpalma@uc.cl

INTRODUCCIÓN

Entre los indicadores establecidos para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería están las úlceras por presión [UPP]. Estas constituyen un importante problema de salud con repercusiones: sociales en la calidad de vida del individuo, sanitarias en la morbi-mortalidad de los enfermos y económicas tanto para los pacientes por aumento en la estadía hospitalaria como también para los centros asistenciales por mayores requerimientos de cuidados médicos, de enfermería e insumos (Arboledas & Mango, 2003; Barrientos & Urbina, 2004; Hospital Universitario Reina Sofía, Área de Enfermería, 2003; Pontificia Universidad Católica de Chile, 2007; Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas, s.f.).

La calidad asistencial es entendida como la satisfacción de las necesidades y expectativas percibidas por los pacientes y sus familias. En la Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], las úlceras por presión son un indicador de gestión y se enmarcan dentro del seguimiento, control y prevención de eventos relacionados con la seguridad de pacientes. (PUC, 2009; Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas, s.f.; Verdú, Motilla, & Oriola, 2000).

La disminución de riesgos evitables y la optimización de recursos requiere de un instrumento válido y fiable que permita detectar con la máxima precisión el riesgo real o potencial de desarrollar una UPP con el objetivo de permitir iniciar medidas preventivas en forma precoz de acuerdo al riesgo categorizado, como también identificar a los pacientes que no presentan riesgo para evitar programar medidas innecesarias que significan utilización de recursos tanto humanos como materiales (Schoonhoven et al., 2002). Además es importante que este instrumento sea de fácil aplicación para la enfermera y la ayude en su actividad laboral (Hospital Universitario Reina Sofía, Área de Enfermería, 2003).

Los instrumentos conocidos para pesquisar riesgo de presentar UPP deberían ser utilizados como una ayuda de memoria y no reemplazar el juicio clínico de expertos.

La evidencia dice que cuando no se utilizan escalas formales, la enfermera tiende a intervenir adecuadamente solo en los casos de alto riesgo (Barrientos & Urbina, 2004; Fuentelsaz, 2000; Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas, s.f.).

Para determinar la magnitud de ese riesgo se pueden cuantificar, mediante escalas de valoración (Fuentelsaz, 2000; Silvestre et al., 1998; Verdú et al., 2000).

Una valoración utilizando una escala, permite medir el riesgo de todos los pacientes e intervenir en aquellos que lo requieren. Numerosos estudios han evaluado el valor predictivo de diversas escalas y es así como Schoonhoven (2002) plantea en un estudio de cohorte prospectivo realizado con 1.229 pacientes, que el valor predictivo es mayor en la Escala de Braden que la de Norton y Waterloo, respectivamente. Por otra parte, Rycroft-Malone y McInnes (2001) han probado la validez predictiva de la Escala de Braden en comparación con el juicio clínico. Diversos test de validación y fiabilidad han mostrado que un puntaje Braden superior a 16 puntos tiene entre un 83% y 100% de especificidad y los puntajes inferiores a 16 puntos tiene entre 64% y 90% de especificidad, lo que respalda su valor predictivo (Ayello & Braden, 2002).

En el año 2003 las enfermeras del Hospital Clínico de la PUC comenzaron a utilizar la escala de Braden para clasificar el riesgo de presentar UPP que tenían los pacientes adultos hospitalizados. Después de un mes de aplicación, las enfermeras refieren dos problemas en su uso: a) la Escala de Braden requiere un mayor tiempo para su aplicación, por presentar diferencias muy sutiles entre un ítem y otro, lo que aumentaba la variabilidad en el resultado; y b) la puntuación que clasifica el riesgo se expresa en una escala descendente; esto es, a menor puntaje mayor riesgo, lo que confundía a las enfermeras clínicas, puesto que tradicionalmente en el país los puntajes son directamente proporcionales. Por lo anterior, el comité de UPP del Hospital Clínico de la PUC se propone la creación de una escala que permita resolver los problemas de aplicación presentados con

la Escala de Braden, la que posteriormente fuera validada estadísticamente. Esta escala recibió el nombre de Escala de Clasificación de Riesgo de Presentar Úlceras por Presión para pacientes adultos [ECRUPP] (Figura 1). El propósito de este trabajo es mostrar la validación estadística de la escala creada, la que se comparó con la de Braden, porque es la que tiene mayor valor predictivo usando como Gold Standard el criterio de la enfermera con más de cinco años de experiencia profesional (Comité de Úlceras por Presión Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008).

El objetivo de esta investigación es estudiar la validez y fiabilidad de la escala ECRUPP para valorar riesgo de presentar UPP en los pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

METODOLOGÍA

Este estudio es de tipo transversal, observacional y analítico (Pineda, De Alvarado & Canales, 1994). El universo estuvo conformado por pacientes adultos que ingresaron a este centro hospitalario durante el mes de octubre del año 2004. La muestra correspondió a pacientes ingresados a los Servicios de Medicina, Cirugía, Pensionado, Neurotraumatología, Unidad de Insuficiencia Cardiopulmonar, Servicios Intensivos Medico-Quirúrgico, Unidad Coronaria y Recuperación Cardiovascular, obteniéndose una muestra de 103 pacientes. El estudio consta de dos etapas:

Etapa 1. Elaboración de Escala de Valoración de Riesgo de UPP

La confección de la escala de valoración se dividió en cinco fases:

- Revisión bibliográfica de los factores de riesgo predisponentes a la formación de úlceras por presión: en este punto se seleccionaron aquellos factores que pudieran ser fácilmente medidos en la experiencia clínica diaria.
- Revisión bibliográfica de las escalas de valoración de riesgo más usadas, entre ellas, Braden, Waterloo, Norton y Norton modificado.

- Aplicación de encuesta a enfermeras de diferentes servicios del Hospital Clínico de la PUC, en donde se les solicitaba explicitar cuáles factores de acuerdo a su juicio eran los que más predisponían a la formación de úlceras por presión.
- Análisis de la encuesta: de acuerdo a los resultados obtenidos, no se agregaron factores a la lista predeterminada, se eliminaron los factores de riesgo de menor valor y se mantuvieron los factores que las enfermeras clasificaron con un mayor puntaje.
- Estructuración de la escala: se estructura la escala con 11 factores. Para cada uno de los factores seleccionados, se describieron tres categorías a las cuales se les asignó un puntaje del 1 al 3. A menor puntaje, menor riesgo. Los factores incluidos fueron: edad, estado mental, movilidad, reposo, incontinencia, hidratación, nutrición, tipo de deposiciones, irrigación sanguínea, sensibilidad cutánea, estado de la piel (Figura 2).

Etapa 2. Validación de la Escala de Valoración de Riesgo de UPP

Esta etapa se dividió en dos fases:

- Validación de expertos: Para la validación de esta escala se usó el criterio de la enfermera como Gold Standard. La metodología utilizada fue la selección de enfermeras con cinco o más años de trayectoria en la institución, a quienes se les solicitó que clasificaran a los pacientes que tenían bajo su cuidado, de acuerdo a su criterio en alto, mediano o bajo riesgo de desarrollar UPP. Posteriormente, se les pide que apliquen la escala de Braden y ECRUPP a los mismos pacientes. En esta etapa se pidió el consentimiento informado de modo verbal al paciente o familiar. Además, se envía carta al Centro de Bioética de la PUC. La respuesta se obtiene vía mail, en donde se explicita que es correcto el proceder, dado que no se realizaría ningún procedimiento al paciente, sino simplemente, se utilizarán los datos de los registros de enfermería para la investigación.

- Validación estadística: los datos obtenidos fueron analizados en conjunto con estadístico de Salud Pública de la PUC, quien para determinar el grado de concordancia entre las escalas en estudio (Braden y ECRUPP) utilizó el test Kappa. Se calculó la sensibilidad y la especificidad de las escalas Braden y ECRUPP usando como regla de oro el criterio de la enfermera. Para determinar el grado de confiabilidad interna de los factores incluidos en ECRUPP se utilizó Alfa de Cronbach. Se consideró significativo todo valor p igual o inferior a 0.05. Los análisis se hicieron usando el programa estadístico SPSS 13.0.

Los resultados de la validación estadística son los siguientes:

Confiabilidad. Se estudió la confiabilidad entre los diferentes factores de ECRUPP. Al revisar el Alfa de la escala original, se obtiene un Alfa de 0.77. Al realizar un análisis de cada factor, se decidió eliminar la variable hidratación por su bajo aporte, quedando con un Índice Alfa Cronbach de 0.78 (Tabla 1).

Tabla 1. Confiabilidad del ECRUPP

	Mean	Std Dev
Edad	2.2233	.7267
Conciencia	1.4466	.6963
Movilidad	1.9029	.6025
Reposo	2.0485	.7718
Orina	1.3301	.6626
Hidratación	1.1553	.3640
Nutrición	1.4854	.6840
Deposiciones	1.2524	.5552
Irrigación	1.2524	.4994
Sensibilidad	1.2330	.4892
Estado de la piel	1.7087	.7493

n=103

Concordancia. Al revisar la concordancia entre la Escala Braden y ECRUPP se obtiene un índice Kappa de 0.249 (Tabla 2).

Tabla 2. Concordancia entre escala Braden y ECRUPP.

Braden	ECRUPP			Total
	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	Bajo Riesgo	
Alto Riesgo	15	5	0	20
Mediano Riesgo	5	10	0	15
Bajo riesgo	7	40	21	68
Total	27	55	21	103

La concordancia entre ECRUPP y el criterio de la enfermera se expresa en un índice Kappa de 0.709. Al correlacionar nuevamente la escala ECRUPP corregida, sin la variable hidratación, el Índice Kappa fue de 0.699 lo que reafirma la eliminación (Tabla 3).

Tabla 3. Concordancia entre escala ECRUPP y criterio de la enfermera [CE].

CE/ECRUPP	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	Bajo riesgo	Total
Alto Riesgo	24	2	1	27
Mediano Riesgo	8	41	6	55
Bajo riesgo	0	2	19	21
Total	32	45	26	103

La concordancia entre el CE y escala Braden se expresa en un Índice Kappa de 0.316 (Tabla 4).

Tabla 4. Concordancia entre CE y escala Braden.

Braden	CE			Total
	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	Bajo riesgo	
Alto Riesgo	19	1	0	20
Mediano Riesgo	7	8	0	15
Bajo riesgo	6	36	26	68
Total	32	45	26	103

Sensibilidad y Especificidad. ECRUPP presenta un 75% de sensibilidad y un 95,8% de especificidad comparada con el criterio de la enfermera (Gold Estándar) (Tabla 5).

Tabla 5. Sensibilidad y especificidad de la escala ECRUPP en comparación al CE.

CE/ECRUPP	Alto Riesgo (+)	No Alto Riesgo (-)	Total
Alto Riesgo (+)	24	3	27
No Alto Riesgo (-)	8	68	76
Total	32	71	103

La Escala Braden presenta un 59,4% de sensibilidad y un 98,6% de especificidad comparada con el criterio de la enfermera (Gold Estándar) (Tabla 6).

Tabla 6. Sensibilidad y especificidad de la escala Braden en comparación al CE.

CE/Braden	Alto Riesgo (+)	No Alto Riesgo (-)	Total
Alto Riesgo (+)	19	1	20
No Alto Riesgo (-)	13	70	83
Total	32	71	103

RESULTADOS

Se observó que al eliminar el factor hidratación el Alfa Cronbach tuvo un ligero aumento en su valor, esto significa que la construcción de ECRUPP, tiene solo factores que aportan un valor significativo a la clasificación de riesgo de úlceras por presión.

Uno de los factores que tiene un aporte de mayor relevancia es el de movilidad y siempre debería estar presente en una escala de valoración de riesgo de UPP.

Existe muy poca concordancia entre la escala Braden y ECRUPP. Esto justifica la creación de esta nueva escala ya que si hubieran sido concordantes bastaría la aplicación de la escala Braden.

La concordancia entre ECRUPP y el criterio de la enfermera es cercana a un Índice de Kappa = 1 (0.709) y según Landis y Koch (1977, citados en Salud Madrid, 2002), esta concordancia es buena a diferencia de la escala Braden versus el criterio de la enfermera en donde el Índice Kappa es de 0.316 considerado concordancia baja. Esto significa que

ECRUPP es más concordante al criterio de la enfermera. ECRUPP tiene una sensibilidad superior a la de Braden (75% vs. 59,4%), esto significa que permite detectar en un mayor porcentaje a las personas que presentan riesgo de desarrollar úlceras por presión.

La especificidad es similar en ambas escalas (Braden 98,6% vs. ECRUPP 95,8%).

CONCLUSIONES

Las úlceras por presión son consideradas un evento adverso. Este se define como cualquier suceso inesperado asociado al proceso asistencial que ocasiona o puede tener como resultado un daño involuntario o innecesario para el paciente (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2009). Es por esto que la prevención de este evento se transforma en un objetivo de calidad de los cuidados y depende tanto del equipo asistencial y gestor como del paciente y familia (Arboledas & Mango, 2003; Martínez-Cuervo, 2005).

Las escalas de valoración de riesgo de presentar úlceras, constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando por encima del propio juicio clínico. Su uso sistemático aumentará la calidad de los cuidados que se prestan al enfermo (Torra I Bou, 1997).

La adopción de una escala por parte de los profesionales se basará en una valoración y argumentación científica que tenga en cuenta los requisitos que se deben exigir a una escala de valoración de riesgos de úlceras por presión ideal: alta sensibilidad, alta especificidad, buen valor predictivo, facilidad de uso y aplicable en diferentes contextos asistenciales (Torra I Bou, 1997).

De acuerdo a los resultados obtenidos en ese trabajo, ECRUPP es aplicable como instrumento de valoración de riesgo de úlceras por presión, pues cumple con los criterios recomendados por diferentes autores, asociado además a su validación estadística que la hacen más sensible y con mayor concordancia al Gold Estándar que la escala de Braden.

AGRADECIMIENTOS

A las enfermeras del Servicio de Medicina Interna y Recuperación Cardiovascular, Hospital Clínico UC. Al Sr. Claudio Robles, Subdirector de Enfermería, Hospital Clínico UC. Al Sr. Álvaro López, Ingeniero Comercial, Asesor de Gestión. Al Sr. Francisco León, Doctor en Filosofía, Magíster en Bioética.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arboledas, J., & Mango, M. P. (2003). *Guías clínicas de cuidados de úlceras por presión*. España: Hospital San Juan de la Cruz.
- Ayello, E., & Braden, B. (2002). ¿Por qué la valoración de úlceras por presión es tan importante? *Nursing*, 20(5), 8-13.
- Barrientos, C., & Urbina, L. (2004). *Evaluación del impacto de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes de cuidados intensivos y recuperación de cirugía cardiovascular*. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Comité de Úlceras por Presión Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. (2008). *Protocolo de Prevención de úlceras por presión*. Guías Clínicas de Enfermería. Santiago, Chile: Autor.
- Fuentelsaz, C. (2000). Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Revista Enfermería Clínica*, 11(3), 97-103.
- Hospital Universitario Reina Sofía, Área de Enfermería. (2003). *Protocolo de cuidados en Úlceras por presión*. Córdoba: Dirección de enfermería, Unidad de Calidad e Investigación de Enfermería. Recuperado el 8 de abril, 2009, de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/publicaciones/ulceras_presion.pdf
- Martínez-Cuervo, F. (2005). La prevención de úlceras por presión: Una realidad alcanzable. *Ulcus Clínica*, 2(1), 4-10.
- Pineda, E., De Alvarado, E., & Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación*. (2a ed.). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2007). *Guía de cuidados de enfermería en prevención de úlceras por presión*. Santiago, Chile: Subdirección de Enfermería Hospital Clínico UC.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2009). *Manual Programa de Inducción* (pp. 52-58). Santiago, Chile: Autor.
- Rycroft-Malone, J., & McInnes, E. (2001). *Pressure ulcer risk assessment and prevention*. Clinical Practice Guidelines. Inglaterra: Royal College of Nursing.
- Salud Madrid. (2002). *Índices de concordancia*. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Recuperado el 8 de abril, 2009, de: http://www.hrc.es/bioest/errores_2.html
- Schoonhoven, L., Haalboom, J., Bousema, M., Algra, A., Grobbee, D., Grypdonk, M., et al. (2002). Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers. *British Medical Journal*, 325(7368), 797-800.
- Silvestre, C., Domench, L., Elizondo, A., Erro, J., Esparza, C., Merino, A., et al. (1998). *Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en un hospital de Navarra*. Recuperado el 19 de mayo, 2009, de: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n3/enfer.html>
- Torra I Bou, J. (2000). Estrategias activas en la prevención de las úlceras por presión. *Revista Rol de Enfermería*, 23(4), 314-318.
- Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. (s.f.). *Guías de práctica Clínica en prevención de úlceras por presión*. Recuperado el 4 de noviembre de 2008, de http://chguv.san.gva.es/Descargas/AreaEnfermeria/AreaProcsAmbu/UCDermatologicos/Guia_Prev_Ulceras_Pres..pdf
- Verdú, J., Mottilla, R., & Oriola, R. (2000). *Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. España: Escuela Universitaria de Enfermería.

Figura 1. Escala ECRUPP

Escala de Valoración de Riesgo de Úlceras por Presión [ECRUPP]				
Puntaje	1 punto	2 puntos	3 puntos	Puntaje
Edad	< 50 años	50 a 69 años	> 69 años	
Estado de conciencia	Consciente, lúcido, orientado	Confuso, desorientado	Sopor, coma, agitado	
Movilidad	Completa	Limitada	Inmóvil	
Reposo	Camina solo	Deambula con ayuda / se levanta a silla con ayuda	Reposo absoluto	
Orina	Continente vesical o con sonda vesical	Incontinente vesical ocasional	Incontinente vesical	
Nutrición	Peso adecuado (IMC: 18.5 - 24.9)	Enflaquecido (IMC: 17 - 18.4) Sobrepeso / Obeso (IMC: 25 - 40)	Muy enflaquecido (IMC: menor a 17) Obeso mórbido (IMC: > a 40)	
Deposiciones	Sin deposiciones o normales	Semilíquidas o pastosas	Incontinente fecal y / o deposiciones líquidas	
Irrigación sanguínea	Llene capilar ≤ 3 segundos	Llene capilar > 3 segundos	Frialdad o cianosis	
Sensibilidad Cutánea	Presente	Disminuida	Ausente	
Estado de la piel	Íntegra	Seca, fina, sudorosa	Con edema, vesículas, úlceras por presión, macerada, agrietada	
Puntaje total*				

*Según el puntaje total obtenido se clasificará el riesgo de la persona de presentar úlceras por presión de acuerdo a la siguiente escala:

Clasificación de riesgo	
10-12 puntos	BR: Bajo riesgo
13- 17 puntos	MR: Mediano Riesgo
18- 30 puntos	AR: Alto Riesgo

Figura 2. Descripción de los criterios utilizados en ECRUPP.

DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN ECRUPP
<p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 50 años: Persona con menos de 50 años • 50 a 69 años: Persona que tiene entre 50 años y 69 años • > 69 años: Persona que tiene más de 69 años
<p>Estado de conciencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciente, lúcido, orientado: Es aquella persona que está alerta, obedece órdenes y presenta lenguaje coherente • Confuso, desorientado: Es aquella persona que no está alerta y presenta un lenguaje poco coherente. Sin agitación psicomotora • Sopor, coma, agitado: Es aquella persona que tiene pérdida de conciencia con o sin respuesta a estímulos dolorosos y además entra en esta categoría aquellos pacientes con agitación psicomotora
<p>Movilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completa: Persona que tiene total autonomía y se moviliza sin ayuda • Limitada: Persona que tiene disminuida la movilidad por factores externos (cateterización venosa, vesical, drenajes, férulas, ventilación mecánica u otro procedimiento invasivo), por dolor, por procedimientos terapéuticos, así como también por causas propias (amputaciones, paraplejía etc.), etc. • Inmóvil: Es aquella persona que depende de otros para su movilización. Ej. Persona sedada, anestesiada, tetrapléjica, comatosa, postrada, entre otras
<p>Reposo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camina solo: Persona sin restricción para levantarse y autovalente para su desplazamiento • Deambula con ayuda/ se levanta a silla con ayuda: Persona que requiere asistencia para su desplazamiento fuera de la cama (levantar a silla, deambulación con ayuda) • Reposo absoluto: Es aquella persona que tiene restricción completa para levantarse
<p>Orina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continente vesical o con sonda vesical: Persona que tiene control de esfínter vesical o está con un catéter urinario • Incontinente vesical ocasional: Es aquella persona que tiene disminuido su control de esfínter vesical y en ciertas situaciones presenta incontinencia vesical • Incontinente vesical: Persona que no tiene capacidad de control de esfínter vesical
<p>Nutrición:</p> <p>Para operacionalizar el estado nutricional del paciente se utilizará el Índice de Masa Corporal [IMC], empleado por el Ministerio de Salud para la evaluación nutricional de hombres y mujeres adultas. Esto es: Peso en (Kilogramos/Talla en metros) x talla en metros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso adecuado: Es aquella persona que tiene un IMC entre 18.5 y 24.9 • Enflaquecido: Es aquella persona que tiene un IMC entre 17 y 18.4 • Sobrepeso/Obeso: Es aquella persona que tiene un IMC entre 25-40 • Muy enflaquecido: Es aquella persona que tiene un IMC menor a 17 • Obeso mórbido: Es aquella persona que tiene un IMC mayor a 40
<p>Deposiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin deposiciones o normales: Persona que presenta deposiciones formadas o hay ausencia de deposiciones • Semilíquidas o pastosas: Persona que presenta deposiciones blandas • Incontinencia fecal y/o deposiciones líquidas: Persona que presenta incontinencia fecal y/o deposiciones líquidas

Irrigación sanguínea:

- Llencapilar < o = a 3 segundos: Rosado, llencapilar normal
- Llencapilar > 3 segundos: Llencapilar levemente disminuido, palidez
- Frialdad o cianosis: Llencapilar francamente disminuido

Sensibilidad cutánea:

- Presente: Persona tiene la capacidad de sentir al tacto
- Disminuida: Persona presenta algún grado de dificultad para sentir al tacto
- Ausente: Persona que no reacciona frente al estímulo táctil

Estado de la piel:

- Íntegra: Persona con piel: hidratada, turgente, intacta, sin edema, sin lesiones, ni cambios de coloración
- Seca, fina, sudorosa: Persona con piel: frágil, con pérdida de turgencia, deshidratada, descamativa o piel expuesta a la humedad por sudor
- Con edema, vesículas, úlceras por presión, macerada, agrietada: Paciente con presencia de lesión y/o edema