



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Prevalencia de úlcera por presión en hospital de emergencia: estudio transversal

Rodrigo Magri Bernardes¹, Maria Helena Larcher Caliri¹

¹ Universidade de São Paulo

RESUMEN

Objetivos: identificar la prevalencia puntual de úlcera por presión en un hospital de emergencia y en los diferentes sectores; investigar la asociación entre presencia de la úlcera y variables demográficas y clínicas.

Método: estudio transversal, descriptivo, analítico, realizado en un único día en un hospital público de educación universitaria de emergencia, con 87 pacientes adultos y ancianos internados en todo el hospital. Fue realizada evaluación de riesgo para úlcera por presión e inspección de la piel de los pacientes.

Resultados: prevalencia puntual de úlcera por presión en la institución fue de 40%. La prevalencia puntual fue más elevada en la unidad de tratamiento intensivo. Se encontró asociación entre presencia de úlcera y mayor cantidad de medicamentos, mayor tiempo de internación y menores escores de la Escala de Braden.

Conclusión: los métodos utilizados para la evaluación de la prevalencia pueden ser utilizados por enfermeros en investigaciones operacionales, para evaluar el contexto del problema, y en estudios científicos, que permiten la comparación de los resultados en el contexto nacional e internacional.

Descriptor: Úlcera por Presión; Prevalencia; Seguridad del Paciente; Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el número de investigaciones epidemiológicas sobre úlcera por presión (UP), con estudios de incidencia y prevalencia, aumentó considerablemente, permitiendo mejor comprensión de la dinámica de su desarrollo. La ocurrencia de la UP puede estar relacionada a las condiciones de salud de los pacientes, así como a las de la asistencia^(1,2).

El sistema de clasificación internacional, desarrollado conjuntamente por las organizaciones *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) y *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), recomienda que las úlceras sean clasificadas de acuerdo con la pérdida tisular visible, siendo consideradas cuatro categorías/estadios/grados (I a IV) y dos condiciones adicionales: sospecha de lesión tisular profunda y úlceras que no pueden ser clasificadas^(2,3). Existen, también, úlceras por presión relacionadas a dispositivos médicos utilizados con propósitos diagnósticos o terapéuticos, como sondas, drenes, catéteres, cánulas y equipos de inmovilización⁽²⁾.

La evaluación de los individuos, en cualquier institución de salud, y la identificación de los factores de riesgo deben ser hechas para identificar su vulnerabilidad, auxiliar la comprensión de los factores que llevan a la ocurrencia del daño y facilitar cambios en la práctica asistencial, mejorando la seguridad del paciente y la calidad del cuidado en salud^(2,4).

Los factores de riesgo para UP pueden ser identificados por medio de escalas, construidas con base en referencial conceptual. La Escala de Braden es la más empleada mundialmente y considerada instrumento de evaluación y predicción de riesgo. Fue desarrollada por Braden y Bergstrom, en 1987, y validada para Brasil por Paranhos y Santos, en 1999⁽⁵⁾. Es compuesta por seis dominios (o subescalas): percepción sensorial, movilidad, actividad, humedad, nutrición,

fricción y cizalladura. La puntuación varía de 6 a 23, siendo considerado en riesgo pacientes con escores menores o iguales a 18. El escore total de la escala y los subescores permiten la identificación de los pacientes en riesgo. El uso de herramienta validada permite la adopción inmediata de medidas preventivas^(1,5,6).

Para reducir la ocurrencia de UP, primeramente, es necesario concentrar los esfuerzos en la prevención y centrar la atención en el desarrollo de protocolos con acciones efectivas. La implementación de medidas para evaluación de riesgo, los programas de prevención y las campañas para el establecimiento de metas para reducir la ocurrencia de úlcera representan acciones fundamentales en el control. Estudios sobre la ocurrencia de UP son cada vez más utilizados como herramientas de refinamiento de las prácticas de prevención y capaces de evaluar la variación del número de individuos afectados por el problema, la calidad del cuidado en salud y la eficacia de las iniciativas de prevención. En Brasil, pocos estudios relatan esas iniciativas considerando el aspecto de la calidad institucional^(7,8).

La investigación de la prevalencia constituye el primer paso para caracterizar la situación de forma cuantitativa, pudiendo ser una herramienta utilizada en investigación epidemiológica o en programas de mejora de calidad^(1,2,7).

La evaluación de la prevalencia de UP puede ser asociada a la evaluación de la calidad de otros indicadores de la asistencia, como identificación del riesgo o vulnerabilidad del paciente, evaluación de las condiciones de la integridad de la piel, identificada por la inspección en la admisión con registro en archivo e implementación de planes de cuidados⁽²⁾.

La UP como indicador negativo de calidad es considerada internacionalmente como evento adverso y representa importante desafío para el cuidado en salud por contribuir para el aumento de la morbilidad, de la mortalidad,

tiempo, costos del tratamiento de salud y afectar elevado número de personas^(6,7).

Ante eso, en Brasil, el Ministerio de la Salud, por medio de la Portería nº 529, de 1º de abril de 2013, instituyó el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, en la cual una de las estrategias es la monitorización de la ocurrencia de la UP^(6,9).

Los objetivos de este estudio fueron identificar los índices de prevalencia puntual de UP en un hospital de emergencia y en sus sectores de internación e investigar a asociación entre la presencia de UP y variables demográficas y clínicas.

MÉTODO

Se trata de estudio transversal, descriptivo y exploratorio con abordaje cuantitativo, realizado en hospital público de educación universitaria de emergencia de gran porte.

Los sujetos del estudio fueron todos los pacientes, con edad mayor o igual a 18 años, que estaban internados en el día de la colecta de datos. Los pacientes internados en el Sector de Quemados fueron excluidos, pues podrían presentar lesiones agudas de piel que utilizan tratamientos tópicos y coberturas específicas, pudiendo dificultar la evaluación de la piel y la identificación de la presencia de la úlcera por presión. Los pacientes internados en el Sector de Psiquiatría fueron excluidos porque generalmente no presentan limitaciones para deambular. Cuando acamados en consecuencia de complicaciones clínicas, son atendidos en otros sectores de internación. Los pacientes sometidos a cirugías fueron evaluados en el momento que retornaron a los sectores de internación o en el Sector de Recuperación Anestésica.

La colecta de datos aconteció en un único día, conforme recomendación de las *guidelines* internacionales^(2,10). Tuvo inicio a las 7h y fue cerrada a las 23h, cuando todos los pacientes

internados y sus archivos fueron evaluados. Se utilizó instrumento de registro de los datos desarrollado por los autores del estudio.

Los datos fueron colectados por los autores y otros 10 enfermeros capacitados previamente. La capacitación tuvo duración de cuatro horas y fueron utilizados recursos audiovisuales con clase expositiva dialogada. Los objetivos de la capacitación fueron estandarizar los procedimientos para el uso de la Escala de Braden, la identificación y clasificación de UP, y la forma de registro de la información en el instrumento de investigación. Los enfermeros fueron considerados aptos para realizar la colecta de datos al obtener 100% de concordancia con los autores en el análisis de los estudios de caso presentados.

La colecta fue realizada por parejas de enfermeros con el objetivo de aumentar a confiabilidad de los datos y fue utilizada evaluación concordante^(2,10).

De los archivos, se colectaron datos demográficos y algunos datos clínicos, como tiempo de internación, diagnósticos médicos y medicamentos utilizados.

Utilizando la Escala de Braden, cada paciente fue evaluado en relación al riesgo para desarrollar UP y cuanto a las condiciones de integridad de la piel. La inspección de la piel fue realizada en el momento de la higiene corporal, para identificar la presencia o ausencia de úlcera, su clasificación y regiones anatómicas de la localización.

Para los pacientes que tenían UP que no pudieron ser evaluadas por los investigadores durante la higiene corporal, pues el curativo no había sido cambiado por los funcionarios de los sectores, las informaciones sobre las características de las úlceras fueron colectadas de los prontuarios. Cuando no había registro de ese dato, las informaciones fueron obtenidas con los enfermeros de los sectores.

Los resultados fueron analizados por estadística descriptiva y testes estadísticos (chi cua-

drado, exacto de Fisher y U de Mann-Whitney) utilizando el programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versión 16.0. Se adoptó como nivel de significancia $p=0,05$.

Se realizó estudio de la prevalencia puntual de UP conforme recomendación de *guidelines* internacionales. Para el cálculo, fue considerado el número de pacientes con UP en el día de la colecta (sin considerar el momento de inicio de la lesión), dividido por el número de pacientes internados, participantes del estudio, multiplicado por $100^{(2,7,10)}$.

El desarrollo de la investigación atendió a las normas nacionales e internacionales de ética en investigación envolviendo seres humanos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación conforme Resolución del Consejo Nacional de Salud nº 466/2012⁽¹¹⁾.

La colecta de datos ocurrió en un único día, el tres de septiembre de 2014.

RESULTADOS

El día de la colecta de datos del estudio, había 108 pacientes internados que atendían los criterios de inclusión. De estos, 11 se negaron a participar y 10 no tenían condiciones de firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado, y los respectivos responsables no fueron localizados para la obtención del consentimiento y firma del término. En dos pacientes internados en la unidad de terapia intensiva, no fue posible realizar la inspección completa de la piel, pues, según los funcionarios del sector, los pacientes presentaban inestabilidad hemodinámica, no pudiendo ser realizada la movilización completa para higiene corporal e inspección de la piel en la región dorsal. Tampoco había informaciones sobre la presencia o ausencia de UP en los archivos de los pacientes, y el enfermero del sector no tenía esa información. Así, participaron del estudio 85 pacientes.

La edad de los pacientes varió de 20 a 90 años, media 54,01 (desvío estándar - DP: 19,14). Cuanto al sexo, había 47 (54,02%) hombres.

La cantidad de diagnósticos médicos por paciente varió de uno a diez (mediana 2 y DP 1,78). El diagnóstico "enfermedades del aparato circulatorio" fue más frecuente (18,14%), seguido de "lesiones, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas" (17,16%).

Los pacientes tenían entre dos y 22 medicamentos prescritos (mediana 10, media 10,86 y DP 4,28). Las clases terapéuticas de los medicamentos más frecuentes fueron analgésicos no narcóticos (91; 11,99%), antibióticos (65; 8,56%), antieméticos y anti náuseas (60; 7,91%), anti ulcerosos (58; 7,64%) e anti-hipertensivos (54; 7,11%).

En relación al riesgo para UP, los escores de los pacientes en la Escala de Braden variaron entre 8 y 23 (media 15,57 y DP de 4,91). Los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva y semi-intensiva obtuvieron escores menores que en los otros sectores. En la unidad de terapia intensiva, la variación del escore fue de 9 a 20 (media 12,14, DP de 2,34), y en la semi-intensiva, de 8 a 21 (media 11,44, DP de 2,37). 30 pacientes (34,48%) obtuvieron escore mayor que 18, así no estaban en riesgo.

La prevalencia puntual de UP en la institución fue de 40% y la prevalencia puntual de UP en los diferentes sectores está presentada en la tabla 1.

Tabla 1 - Distribución del número de pacientes según el tipo de sector y la prevalencia puntual de úlcera por presión (n=85). Ribeirão Preto, 2014.

Tipo de sector	Úlcera por presión		
	No n (%)	Si n (%)	Total n (%)
Enfermerías	24 (60,00)	16 (40,00)	40 (47,06)
Sala de urgencia	14 (82,35)	3 (17,65)	17 (20,00)

Unidad de terapia intensiva	3 (25,00)	9 (75,00)	12 (14,12)
Semi-intensiva	4 (44,44)	5 (55,56)	9 (10,59)
Unidad coronaria	4 (100,00)	-	4 (4,71)
Recuperación anestésica	2 (66,67)	1 (33,33)	3 (3,53)
Total	51 (60,00)	34 (40,00)	85* (100,00)

*En dos pacientes no fue posible investigar esta variable.

Fuente: autoría propia

La mayor prevalencia puntual (75%) fue encontrada en la unidad de terapia intensiva, seguida de la semi-intensiva (55,56%).

Los 34 pacientes con UP tenían, en total, 84 lesiones. Las úlceras en la categoría/estadio II fueron más frecuentes (42,86%), seguidas de la categoría/estadio I (20,24%), categoría/estadio III (11,9%), úlceras que no pueden ser clasificadas (9,52), sospecha de lesión tisular profunda (5,95) y categoría/estadio IV (3,57%). En cinco úlceras (5,95%) no fue posible realizar la clasificación, pues el curativo no fue removido en el momento de la colecta de datos, no había registro sobre la clasificación en el prontuario y el enfermero del sector no supo ofrecer la información. La mayor parte de las úlceras ocurrió en los calcáneos (28,57%), seguida de la región sacra (22,61%). Todas las tres úlceras en la categoría/estadio IV ocurrieron en la región sacra, y las sospechas de lesión tisular profunda en los calcáneos, sacra y plantar.

Al excluir los cuatro pacientes que tuvieron UP solamente en la categoría/estadio I, la prevalencia puntual de UP en la institución fue de 35,29%.

En la tabla 2 está presentada la distribución del número de pacientes según la variable color de la piel y grupo etario y la presencia de UP.

Tabla 2 - Distribución del número de pacientes según color de la piel, grupo etario y presencia de úlcera por presión. Ribeirão Preto, 2014.

Variable demográfica y clínica	Úlcera por presión		Total n (%)	p-value
	No n (%)	Si n (%)		
Color de la piel				0,077*
Blanca	36 (54,55)	30 (45,45)	66 (77,65)	
Morena	10 (76,92)	3 (23,08)	13 (15,29)	
Negra	5 (83,33)	1 (16,67)	6 (7,06)	
Total	51 (60,00)	34 (40,00)	85 (100,00)	
Grupo etario (años)				0,153**
<60	32 (66,67)	16 (33,33)	48 (56,47)	
≥60	19 (51,35)	18 (48,65)	37 (43,53)	
Total	51 (60,00)	34 (40,00)	85 (100,00)	

*Teste Exacto de Fisher; **teste cui cuadrado.

Fuente: autoría propia

Aunque la frecuencia de pacientes con el color de la piel blanca haya sido mayor para los pacientes con UP, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Lo mismo ocurrió para pacientes con edad mayor o igual a 60 años.

La tabla 3 presenta valores del tiempo de internación, cantidad de diagnósticos y de medicamentos utilizados, del escore total y de los escores de las subescalas de la Escala de Braden, considerando la presencia o ausencia de UP.

Los pacientes con UP presentaron mayor tiempo de internación en relación a aquellos sin úlcera, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Cuanto al número de diagnósticos, la media y mediana de los pacientes con UP fue mayor, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,065$).

Tabla 3 - Distribución de los valores del tiempo de internación, cantidad de diagnósticos y de medicamentos, del escore total y de los escores de las subescalas de la Escala de Braden, según la presencia de úlcera por presión. Ribeirão Preto, 2014.

Variables clínicas (n=85)	UP	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	DP*	p-value**
Tiempo internación (días)	No	0	61	4	7	9	<0,0001
	Si	3	201	16	26	41	
Cantidad de diagnósticos	No	1	10	1	2,18	1,76	0,065
	Si	1	8	2	2,68	1,82	
Cantidad de medicamentos	No	2	22	9	9,86	4,15	0,009
	Si	4	21	12,5	12,03	3,99	
Valores del escore total y de las subescalas de la Escala de Braden (n=85)							
Braden	No	9	23	20	17,86	4,62	<0,0001
	Si	8	23	12	12,32	3,3	
Percepción sensorial	No	1	4	4	3,57	0,92	<0,0001
	Si	1	4	2,5	2,41	1,23	
Humedad	No	1	4	4	3,51	0,7	<0,0001
	Si	2	4	3	2,88	0,64	
Actividad	No	1	4	3	2,39	1,21	<0,0001
	Si	1	4	1	1,35	0,69	
Movilidad	No	1	4	3	2,96	1,18	<0,0001
	Si	1	4	1	1,56	0,7	
Nutrición	No	1	4	3	3,14	0,72	0,009
	Si	2	4	3	2,79	0,59	
Fricción y cizallamiento	No	1	3	3	2,29	0,85	<0,0001
	Si	1	3	1	1,32	0,63	

*desvío-estándar; **teste U de Mann-Whitney.

Fuente: autoría propia

La cantidad de medicamentos que los pacientes con úlcera hacían uso fue mayor que la de los pacientes sin úlcera, con diferencia estadísticamente significativa ($p=0,009$).

Las medias de los escores de la Escala de Braden y de sus subescalas fueron siempre menores para pacientes con UP. Las diferencias del escore total y de sus subescalas, en los pacientes con y sin UP, fueron estadísticamente significantes.

DISCUSIÓN

La prevalencia puntual de UP en la institución fue de 40%; en los sectores, varió entre cero y 75%. En el sector con prevalencia cero (unidad coronaria), la media de la Escala de Braden fue de 18,25, lo que indica que los pa-

cientes no tenían riesgo o presentaban bajo riesgo para UP. En los sectores con prevalencias más elevadas, como unidad de terapia intensiva (75%) y semi-intensiva (55,56%), las medias de los escores de Braden también fueron las más bajas (12,14 e 11,44, respectivamente). Eso confirma la validez de la Escala de Braden como instrumento para detectar el riesgo para UP o la vulnerabilidad del paciente, lo cual debe continuar a recibir las intervenciones preventivas y para control de los factores de riesgo incluso con la presencia de la úlcera⁽¹²⁾. La prevalencia puntual, con la exclusión de los cuatro pacientes con úlcera en la categoría/estadio I, fue de 35,29%. Ese dato es importante a ser destacado, pues muchas investigaciones no consideran los pacientes con úlcera en la categoría/estadio I, lo que dificulta la comparación entre los estudios^(12,13).

Un estudio nacional realizado en hospital universitario también identificó que la prevalencia de UP fue mayor en la unidad de terapia intensiva (32,7%)⁽¹⁴⁾.

En Bélgica, un estudio multicéntrico realizado en 84 hospitales evaluó la prevalencia de UP en 19.968 pacientes. Considerando las úlceras en las categorías/estadios I a IV, la prevalencia fue 12,1%; excluyendo las de categoría/estadio I, la prevalencia fue 7%. Las úlceras eran más frecuentes en pacientes de unidad de terapia intensiva y de geriatría⁽¹³⁾.

Un estudio realizado en tres hospitales en Jordania, con 295 pacientes, identificó la prevalencia puntual de UP de 16%. Al excluir pacientes con úlceras de categoría/estadio I, la tasa redujo para 8,8%. La prevalencia fue más elevada en las unidades de terapias intensivas (44%) y de clínica médica (27%)⁽¹⁵⁾.

En otro estudio, en España, en 319 unidades de internación con 8.170 pacientes, la prevalencia de UP fue 7,87%. En las unidades de terapias intensivas, la prevalencia fue significativamente mayor (18,5%) que en las otras unidades⁽¹⁶⁾.

Las variables demográficas y clínicas seleccionadas en este estudio son factores tradicionalmente considerados en estudios nacionales e internacionales, para verificar la presencia de asociación con la ocurrencia de UP. No fue encontrada presencia de asociación entre color de la piel, edad y cantidad de diagnósticos y la ocurrencia de la úlcera. Esos resultados son semejantes a los encontrados en otro estudio⁽¹⁴⁾.

La investigación identificó que la ocurrencia de UP estuvo asociada al mayor tiempo de internación, mayor cantidad de medicamentos prescritos, y menores escores en la Escala de Braden y en sus subescalas.

Un estudio desarrollado en Francia identificó que tiempo de internación mayor que cuatro horas, mayor número de tratamientos

y de comorbilidades, y mayor número de medicamentos estaban asociados a la ocurrencia de UP⁽¹⁷⁾. Estudios nacionales también identificaron que el tiempo de internación y de permanencia en UTI eran mayores en los pacientes con UP^(8,18).

La asociación entre riesgo para UP y bajos escores en la Escala de Braden y en las subescalas ha sido confirmada en otras investigaciones, principalmente para pacientes internados en unidad de terapia intensiva^(8,18,19).

La evaluación del riesgo para desarrollar UP, la inspección de la piel con identificación de la presencia de la úlcera y el registro en archivo son etapas esenciales recomendadas por *guidelines* internacionales y por el protocolo para prevención de la úlcera por presión, que es parte integrante del Programa Nacional de Seguridad del Paciente^(1,6,12).

Para facilitar la adhesión de los profesionales a las estrategias para prevención y tratamiento de la UP, es necesario evaluar regularmente los conocimientos y las actitudes del equipo profesional, así como sus características, como número de funcionarios disponibles para la asistencia, considerando las horas necesarias para el cuidado⁽¹²⁾.

Las limitaciones de la investigación están relacionadas a la naturaleza del estudio de prevalencia puntual, que tiene carácter transversal. Otra limitación es que algunos datos referentes a las características de la UP fueron colectados de los archivos de los pacientes y también a partir de informaciones de los enfermeros de la institución, cuando no había el registro. Estudio nacional que objetivó comparar los datos referentes a la UP notificados en sistema de indicador de calidad con registros en evoluciones de enfermería en archivos de pacientes también constató dificultades para obtener registros en archivos e identificó sub notificación de la UP⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La prevalencia puntual de UP en la institución fue elevada, pero fue mayor en la unidad de terapia intensiva. Las variables asociadas a la presencia de la úlcera fueron mayor tiempo de internación, mayor cantidad de medicamentos prescritos y menores escores en la Escala de Braden y en las subescalas. El conocimiento de la prevalencia puntual de UP en la institución permite el planeamiento de cambios, de forma a proveer asistencia segura y de calidad a los pacientes. Los métodos utilizados en este estudio para la evaluación de la prevalencia pueden ser utilizados por enfermeros en investigaciones operacionales, para evaluar el contexto del problema en una institución, y también en estudios científicos, que permiten la comparación de los resultados en el contexto nacional e internacional.

CITAS

1. Moura GM, Magalhães AM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: ANVISA; 2013. p. 65-76.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington, DC: NPUAP/EPAUAP/PPPIA; 2014.
3. Santos VL, Caliri MH. [Concept and pressure ulcer classification: update NPUAP]. Rev Estima [Internet]. 2007[cited 2015 Sep 24]; 5(3):43-4. Available from: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=78%3Aatualizacao-2&catid=4%3Aedicao-53&Itemid=75&lang=pt. Portuguese.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). [Investigation of adverse events in health care]. Brasília, DF: ANVISA; 2013. Portuguese.

5. PARANHOS WY, SANTOS VL. [Risk assessment for pressure ulcers through the Braden Scale, in Portuguese]. Rev. Esc. Enf. USP [Internet] 1999[cited 2016 Mar 27]; 33: 191-206, Ribeirão Preto. Available from: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>. Portuguese.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Rede Sentinela. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. [Internet]. Brasília, DF, 2013 [cited 2015 Sep 24]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>.
7. Berlowitz D. Prevalence, incidence and facility-acquired rates. In: Pieper B (Ed.) with the National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcers: prevalence, incidence, and implications for the future. Washington, DC: NPUAP; 2012. Chapter 4, p. 19-24.
8. Rogenski NM, Kurcgant P. [The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol]. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 19]; 20(2):333-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200016&lng=en. Portuguese.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília, DF, 2013 [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
10. International Guidelines. Pressure ulcer prevention: prevalence and incidence in context. A consensus document. London: MEP; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasília, DF, 2013. [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html.
12. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington, DC: NPUAP/EPAUAP/PPPIA; 2014.
13. Vanderwee K, Defloor T, Beeckman D, Demarre L, Verhaeghe S, Van Durme T, et al. Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospi-

- tals: a nationwide prevalence survey. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20(3):260-7.
14. Cardoso JR, Blanes L, Calil JA, Chacon JM, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers in a Brazilian hospital: results of a cross-sectional study. *Ostomy Wound Manage.* [Internet]. 2010[cited 2015 Sep 24]; 56(10):52-7. Available from: <http://www.o-wm.com/files/owm/pdfs/cardoso.pdf>.
 15. Tubaishat A, Aljezawi M. The prevalence of pressure ulceration among Jordanian hospitalised patients. *J. Wound Care.* 2013; 22(6):305-9, 308-10.
 16. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Bou JET, Soriano JV, Soldevilla-Agreda JJ. [Pressure ulcers epidemiology in Spain in 2013: results from the 4th National Prevalence Survey]. *Gerokomos.* 2014; 25(4):162-70. Spanish.
 17. Dugaret E, Videau MN, Faure I, Gabinski C, Bourdel-Marchasson I, Salles N. Prevalence and incidence rates of pressure ulcers in an Emergency Department. *Int Wound J.* 2012;11(4):386-1.
 18. Campanili TCGF, Santos VLCG, Strazzieri-Pulido KC, Thomaz PBM, Nogueira PC. Incidence of pressure ulcers in cardiopulmonary intensive care unit patients. *Rev. esc. enferm. USP.* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 30]; 49(spe):7-14. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lng=en&nrm=iso&lng=en.
 19. Gomes FS, Bastos MA, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. [Risk assessment for pressure ulcer in critical patients]. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(2):313-8. Portuguese.
 20. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. [Pressure ulcer care quality indicator: analysis of medical records and incident report]. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet] 2013 [cited 2016 Mar 30]; 34(1):111-8. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/30967/24515>.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 27/10/2015
 Revisado: 18/04/2016
 Aprobado: 18/04/2016