

Presentación del estudio

Desde el año 2001 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) viene realizando estudios epidemiológicos de ámbito nacional cada 4 años, con el fin de la frecuencia de aparición de úlceras por presión en pacientes atendidos en todos los niveles asistenciales. En este año 2017, coordinado desde la Universidad de Jaén, se pone en marcha el 5º Estudio Nacional de Prevalencia en el que además de las úlceras por presión se van a obtener datos sobre otras lesiones relacionadas con la dependencia, como son las Lesiones por humedad y las Lesiones por fricción.

La calidad en la cumplimentación de este cuestionario, que apenas le ocupará unos pocos minutos, permitirá ofrecer una imagen fiel del alcance de este grave problema de salud pública y su tendencia después de quince años de análisis con esta misma metodología.

El cuestionario está dirigido a profesionales de la salud que trabajen en centros sanitarios, socio-sanitarios y de atención primaria de cualquier región del Estado Español, y que estén en condiciones y autorizados para proporcionar esta información sobre sus centros o instituciones. Si usted trabaja en otro país, no debe cumplimentar esta encuesta.

Este formulario on-line le invita a proporcionar toda la información sobre su unidad o centro en relación a las úlceras por presión, lesiones por humedad y lesiones por fricción, y deberá disponer con toda ella previamente preparada a su alcance para incluirla (nº de pacientes con lesiones, tipo y características de estas lesiones: número, tamaño, severidad,...).

En cualquier caso, siempre podrá salir de esta plataforma (sin finalizar la encuesta) y volver a acceder a ella para completarla, únicamente con la obligatoriedad de que lo haga desde el mismo ordenador. En la siguiente pantalla tendrá unas instrucciones más detalladas.

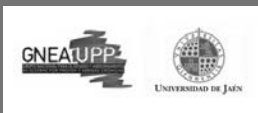
El protocolo de este 5º Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia ha obtenido un informe Favorable del Comité de Ética de la Investigación de Jaén (como CEI de referencia de los investigadores principales) que tiene validez en todo el territorio nacional, como garantía de su adecuación a la normativa vigente. Por tanto no resulta necesario someter el protocolo a valoración por los CEIs de cada centro participante y es suficiente con autorización administrativa para participar. Los datos que se recogen son agregados y anonimizados (sin identificación de ninguna persona ni paciente) por lo que no es necesario la obtención de consentimiento informado de los pacientes. No obstante, si en algún centro o institución precisan obtener consentimiento informado, se dispone de un modelo redactado para ello ([aquí](#))

Se mantendrá la confidencialidad sobre las personas que participen en el estudio y los datos proporcionados se utilizarán de forma agregada y en ningún caso a nivel individual o de un centro en concreto.

Por si tuviera dificultades de acceso o manejo de este formulario on-line, se arbitra la posibilidad de obtener e imprimir el fichero desde la web ([enlace](#)) y podrá enviarlo por correo electrónico o vía postal.

Si tiene alguna duda sobre este estudio o su participación en el mismo puede contactar con los investigadores: Pedro L Pancorbo (pancorbo@ujaen.es) o Francisco P. Garcia (fpgarcia@ujaen.es), e intentaremos resolver cualquier cuestión relacionada con el estudio.

Recordarle que, si ya ha rellenado el cuestionario vía online, no lo haga en formato papel.



Instrucciones detalladas

Al completar la información de este estudio de prevalencia de UPP se entiende que la persona que lo complete está en disposición de proporcionar estos datos epidemiológicos anonimizados de su centro.

Para asegurar la fiabilidad de los resultados que se obtengan en este estudio es MUY IMPORTANTE que los datos que nos faciliten sean exactos, completos y detallados. Sólo hay unas pocas preguntas de respuesta obligatoria (marcadas con un asterisco); el resto se pueden dejar en blanco si no tiene los datos. Pero, por favor facilite el máximo de datos que le sea posible, ya que la calidad de los resultados del estudio depende de ello.

Esta modalidad de formulario on-line permite que Vd. pueda introducir directamente los datos, pero hace necesario que algunos de ellos los tenga preparados previamente. Para ello puede consultar antes el fichero pdf que tiene todo el formulario de la encuesta y usarlo como plantilla, o bien anotar los datos en otra forma. También le recomendamos que consulte este documento de guía de la clasificación de las UPP y LRD ([aquí](#)).

Los bloques de datos que se le solicitarán son:

- Datos generales sobre el centro sanitario (hospital, centro de atención primaria, residencia de mayores o centro socio-sanitario)
- Datos sobre su unidad o grupo de pacientes.
- Datos básicos de cada paciente con UPP o con lesiones de la piel relacionadas con dependencia. Puede imprimir tantas hojas como sean necesarias.
- Datos específicos de cada lesión. (categoría, antigüedad, tamaño, localización) Puede imprimir tantas hojas como sean necesarias.

Por favor cuando termine el cuestionario envíelo por correo electrónico a la dirección

5estudio.prevalencia@gmail.com

o a la dirección postal:

[A/A Dr. Pedro Pancorbo Hidalgo](#)
[Departamento de Enfermería](#)
[Universidad de Jaén](#)
[Campus Las Lagunillas S/N](#)
[23071 Jaén](#)



(1) DATOS DE IDENTIFICACIÓN

En primer lugar le pedimos algunos datos básicos sobre la persona que va completar la encuesta, localización geográfica y el centro o institución a que se refiere.

* 2. Comunidad Autónoma en la que se encuentra el centro sobre el que proporciona los datos:

* 3. Provincia (en la que se encuentra el centro de trabajo):

4. Localidad (ciudad en la que se encuentra el centro de trabajo)

5. Información sobre la persona que responde la encuesta.

¿Puede indicarnos cual de esta opciones se ajusta mejor a su situación en el centro o institución del que va proporcionar los datos?

- Profesional asistencial
- Miembro de una comisión de úlceras, heridas o calidad
- Profesional con cargo de gestión (supervision, coordinación, responsable unidad)
- Directivo/a

(3) HOSPITAL

Centro sanitario en el que permanecen pacientes ingresados.

En primer lugar le pedimos algunos datos sobre el tipo de hospital y más adelante sobre la unidad o servicio a la que se refieren los datos. Si va a proporcionar información sobre MAS DE UNA unidad o servicio del mismo hospital, le rogamos que complete una encuesta diferente para cada una de ellas.

* 7. Tipo de hospital:

- Público (titularidad y gestión pública) Privado
- Titularidad pública, con gestión privada Otros

Si ha marcado Otros, especifique:

* 8. Tipo de hospital:

- Alta complejidad o de referencia Monográfico o específico
- General Otros
- Comarcal

Si ha marcado otro, especifique:

9. ¿Podría indicar el nombre del hospital? (Recuerde la información es confidencial)

* 10. Número total de camas del hospital:

- Hasta 99 camas De 500 a 749 camas
- De 100 a 199 camas Más de 750 camas
- De 200 a 499 camas

(4) PREVALENCIA DE UPP Y LESIONES (HOSPITAL)

En el caso de que en su unidad/servicio/lista de usuarios haya pacientes con UPP o LRD, por favor, no olvide CUMPLIMENTAR EL APARTADO DE PACIENTES/LESIONES.

19. Indique el nombre de la unidad / planta/ servicio , sobre la que va proporcionar los datos.
Opcional. (Información es confidencial y no se mostrará en ningún caso)

* 20. Indique cuál de los siguientes tipos define mejor la unidad / planta / servicio al que se refieren los datos que va a proporcionar:

- Unidad de hospitalización adultos (quirúrgica, médica, clínica, media estancia)
- Unidad de hospitalización infantil o pediátrica
- Unidad de cuidados intensivos adultos
- Unidad de cuidados intensivos neonatos o pediátrica
- Unidad de urgencias
- Unidad de reanimación postquirúrgica / Quirofano
- Otra

Otro (especifique)

21. ¿Se valora el riesgo de desarrollar UPP con una Escala?

- Sí, de manera sistemática
- Sí, ocasionalmente
- No
- No lo se

22. En caso afirmativo, ¿qué escala se utiliza?

- Braden
- EMINA
- Norton (original)
- Norton modificada
- Gosnell
- Arnell
- Waterlow
- Cubbin-Jackson
- Braden Q
- NSRAS

Si usa otra escala, indique cuál:

* 23. Número de camas en la unidad:

-

24. Número de camas ocupadas (en el día al que se refieren los datos):

-

25. Número de pacientes con Riesgo de UPP (en el día al que se refieren los datos):

-

* 26. En el día al que se refieren los datos, ¿Hay algún paciente con al menos UNA UPP o lesión cutánea relacionada con dependencia?

Indique número total de pacientes con cada tipo de lesión Si el paciente tiene más de una úlcera o lesión del mismo tipo solo se cuenta UNA vez. Si un paciente tiene úlceras o lesiones de diferentes tipos (ej. 1 upp y 1 lesión por humedad, se cuenta el paciente una vez en cada tipo)

Si responde NO, irá al final de la encuesta.

Si responde Sí, continúe e indique el número de pacientes de cada tipo de lesión LRD. (Más adelante podrá especificar el número total de lesiones y categoría en cada paciente)

No

Sí

27. Número de pacientes con úlcera por presión UPP (Cualquier categoría)

-

28. Número de pacientes con Lesión por humedad (LESCAH) (Cualquier categoría)

-

29. Número de pacientes con Lesión por Fricción (Cualquier categoría)

-

30. Número de pacientes con Laceración cutánea (skin tears) (erosión o abrasión de epidermis por traumatismo, adhesivos)

-

31. Número de pacientes con Lesión cutánea combinada o mixta (presión-humedad; humedad-fricción; presión-fricción)

-

32. Número de pacientes con Lesión cutánea relacionada con dependencia (LRD) - Causa no establecida / No conocida

-



(8) PACIENTES/LESIONES Paciente ____

En esta sección podrá indicar datos de hasta 7 pacientes y hasta 5 lesiones de cada paciente (si tiene que informar de más de 7 pacientes de la misma unidad / servicio / centro de salud, puede incluir ahora los primeros 7 pacientes y volver a completar la encuestas con los datos de los siguientes)

Por favor, describa la situación de los pacientes y lesiones.

* 97. Sexo:

Hombre Mujer

* 98. Edad :

Adultos en años; Niños menores a 2 años, en meses

* 99. Número total de Lesiones cutáneas relacionadas con dependencia LRD (UPP, humedad, fricción) de cualquier categoría, que presenta ESTE PACIENTE (NO incluir úlceras de pierna, ni úlceras de pie diabético):

UPP:

Lesiones por humedad:

Lesiones por fricción:

Laceraciones cutáneas:

Otras LRD:

* 100. ¿Utiliza alguna superficie especial para el alivio de la presión (en cama o sentado)?

Sí, colchón o SEMP dinámica o alternante Sí, colchón o SEMP estática (viscoelástica, espuma) No

Sin datos

* 101. ¿El paciente presenta algún tipo de Incontinencia?

No

Mixta

Urinaria

Sin datos

Fecal

PACIENTE Lesión

Descripción de la úlcera o lesión cutánea

* 102. Indique la causa de esta úlcera o lesión (menu desplegable)

103. Según la causa de la úlcera o lesión, Indique la Categoría (Elija el menu desplegable que corresponda. SOLO UNO) . Si no conoce la categoría, marque la opción Categoría No conocida

	Presion	Humedad	Frccion	Laceracion	Combinada	No conocida
Clasificación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

104. Antigüedad de la úlcera o lesión (en días) (si dispone del dato):

105. Largo (cm, con un decimal) (si dispone del dato)

106. Ancho (cm, con un decimal) (si dispone del dato):

* 107. Localización:

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sacro / coxis | <input type="radio"/> Columna dorsal |
| <input type="radio"/> Trocanter | <input type="radio"/> Omóplato |
| <input type="radio"/> Isquion | <input type="radio"/> Brazos |
| <input type="radio"/> Gluteo | <input type="radio"/> Codos |
| <input type="radio"/> Pierna | <input type="radio"/> Manos |
| <input type="radio"/> Rodilla | <input type="radio"/> Occipital |
| <input type="radio"/> Maleolo | <input type="radio"/> Orejas |
| <input type="radio"/> Talón | <input type="radio"/> Labios / boca |
| <input type="radio"/> Dorso del pie | <input type="radio"/> Zona genital |
| <input type="radio"/> Dedos del pie | <input type="radio"/> Zona perineal |
| <input type="radio"/> Otro (especifique) | |

* 108. Entorno o lugar donde se ha producido la úlcera o lesión:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). En este centro o institución (hospital, residencia, centro sociosanitario), el paciente no tenía la úlcera o lesión al ingreso | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en el domicilio del paciente. |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en otro centro o institución en el que estaba anteriormente. | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en otro centro en el que estuvo ingresado anteriormente (hospital o residencia). |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en el domicilio del paciente | <input type="radio"/> No conocido |



(8) PACIENTES/LESIONES Paciente ____

En esta sección podrá indicar datos de hasta 7 pacientes y hasta 5 lesiones de cada paciente (si tiene que informar de más de 7 pacientes de la misma unidad / servicio / centro de salud, puede incluir ahora los primeros 7 pacientes y volver a completar la encuestas con los datos de los siguientes)

Por favor, describa la situación de los pacientes y lesiones.

* 97. Sexo:

Hombre Mujer

* 98. Edad :

Adultos en años; Niños menores a 2 años, en meses

* 99. Número total de Lesiones cutáneas relacionadas con dependencia LRD (UPP, humedad, fricción) de cualquier categoría, que presenta ESTE PACIENTE (NO incluir úlceras de pierna, ni úlceras de pie diabético):

UPP:

Lesiones por humedad:

Lesiones por fricción:

Laceraciones cutáneas:

Otras LRD:

* 100. ¿Utiliza alguna superficie especial para el alivio de la presión (en cama o sentado)?

Sí, colchón o SEMP dinámica o alternante Sí, colchón o SEMP estática (viscoelástica, espuma) No

Sin datos

* 101. ¿El paciente presenta algún tipo de Incontinencia?

No Mixta

Urinaria Sin datos

Fecal

PACIENTE Lesión

Descripción de la úlcera o lesión cutánea

* 102. Indique la causa de esta úlcera o lesión (menu desplegable)

103. Según la causa de la la úlcera o lesión, Indique la Categoría (Elija el menu desplegable que corresponda. SOLO UNO) . Si no conoce la categoría, marque la opción Categoría No conocida

	Presion	Humedad	Frccion	Laceracion	Combinada	No conocida
Clasificación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

104. Antigüedad de la úlcera o lesión (en días) (si dispone del dato):

105. Largo (cm, con un decimal) (si dispone del dato)

106. Ancho (cm, con un decimal) (si dispone del dato):

* 107. Localización:

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sacro / coxis | <input type="radio"/> Columna dorsal |
| <input type="radio"/> Trocanter | <input type="radio"/> Omóplato |
| <input type="radio"/> Isquion | <input type="radio"/> Brazos |
| <input type="radio"/> Gluteo | <input type="radio"/> Codos |
| <input type="radio"/> Pierna | <input type="radio"/> Manos |
| <input type="radio"/> Rodilla | <input type="radio"/> Occipital |
| <input type="radio"/> Maleolo | <input type="radio"/> Orejas |
| <input type="radio"/> Talón | <input type="radio"/> Labios / boca |
| <input type="radio"/> Dorso del pie | <input type="radio"/> Zona genital |
| <input type="radio"/> Dedos del pie | <input type="radio"/> Zona perineal |
| <input type="radio"/> Otro (especifique) | |

* 108. Entorno o lugar donde se ha producido la úlcera o lesión:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). En este centro o institución (hospital, residencia, centro sociosanitario), el paciente no tenía la úlcera o lesión al ingreso | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en el domicilio del paciente. |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en otro centro o institución en el que estaba anteriormente. | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en otro centro en el que estuvo ingresado anteriormente (hospital o residencia). |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en el domicilio del paciente | <input type="radio"/> No conocido |



(8) PACIENTES/LESIONES Paciente ____

En esta sección podrá indicar datos de hasta 7 pacientes y hasta 5 lesiones de cada paciente (si tiene que informar de más de 7 pacientes de la misma unidad / servicio / centro de salud, puede incluir ahora los primeros 7 pacientes y volver a completar la encuestas con los datos de los siguientes)

Por favor, describa la situación de los pacientes y lesiones.

* 97. Sexo:

Hombre Mujer

* 98. Edad :

Adultos en años; Niños menores a 2 años, en meses

* 99. Número total de Lesiones cutáneas relacionadas con dependencia LRD (UPP, humedad, fricción) de cualquier categoría, que presenta ESTE PACIENTE (NO incluir úlceras de pierna, ni úlceras de pie diabético):

UPP:

Lesiones por humedad:

Lesiones por fricción:

Laceraciones cutáneas:

Otras LRD:

* 100. ¿Utiliza alguna superficie especial para el alivio de la presión (en cama o sentado)?

Sí, colchón o SEMP dinámica o alternante Sí, colchón o SEMP estática (viscoelástica, espuma) No

Sin datos

* 101. ¿El paciente presenta algún tipo de Incontinencia?

No Mixta

Urinaria Sin datos

Fecal

PACIENTE Lesión

Descripción de la úlcera o lesión cutánea

* 102. Indique la causa de esta úlcera o lesión (menu desplegable)

103. Según la causa de la úlcera o lesión, Indique la Categoría (Elija el menu desplegable que corresponda. SOLO UNO) . Si no conoce la categoría, marque la opción Categoría No conocida

	Presion	Humedad	Frccion	Laceracion	Combinada	No conocida
Clasificación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

104. Antigüedad de la úlcera o lesión (en días) (si dispone del dato):

105. Largo (cm, con un decimal) (si dispone del dato)

106. Ancho (cm, con un decimal) (si dispone del dato):

* 107. Localización:

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sacro / coxis | <input type="radio"/> Columna dorsal |
| <input type="radio"/> Trocanter | <input type="radio"/> Omóplato |
| <input type="radio"/> Isquion | <input type="radio"/> Brazos |
| <input type="radio"/> Gluteo | <input type="radio"/> Codos |
| <input type="radio"/> Pierna | <input type="radio"/> Manos |
| <input type="radio"/> Rodilla | <input type="radio"/> Occipital |
| <input type="radio"/> Maleolo | <input type="radio"/> Orejas |
| <input type="radio"/> Talón | <input type="radio"/> Labios / boca |
| <input type="radio"/> Dorso del pie | <input type="radio"/> Zona genital |
| <input type="radio"/> Dedos del pie | <input type="radio"/> Zona perineal |
| <input type="radio"/> Otro (especifique) | |

* 108. Entorno o lugar donde se ha producido la úlcera o lesión:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). En este centro o institución (hospital, residencia, centro sociosanitario), el paciente no tenía la úlcera o lesión al ingreso | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en el domicilio del paciente. |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en otro centro o institución en el que estaba anteriormente. | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en otro centro en el que estuvo ingresado anteriormente (hospital o residencia). |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en el domicilio del paciente | <input type="radio"/> No conocido |



(8) PACIENTES/LESIONES Paciente ____

En esta sección podrá indicar datos de hasta 7 pacientes y hasta 5 lesiones de cada paciente (si tiene que informar de más de 7 pacientes de la misma unidad / servicio / centro de salud, puede incluir ahora los primeros 7 pacientes y volver a completar la encuestas con los datos de los siguientes)

Por favor, describa la situación de los pacientes y lesiones.

* 97. Sexo:

Hombre Mujer

* 98. Edad :

Adultos en años; Niños menores a 2 años, en meses

* 99. Número total de Lesiones cutáneas relacionadas con dependencia LRD (UPP, humedad, fricción) de cualquier categoría, que presenta ESTE PACIENTE (NO incluir úlceras de pierna, ni úlceras de pie diabético):

UPP:

Lesiones por humedad:

Lesiones por fricción:

Laceraciones cutáneas:

Otras LRD:

* 100. ¿Utiliza alguna superficie especial para el alivio de la presión (en cama o sentado)?

Sí, colchón o SEMP dinámica o alternante Sí, colchón o SEMP estática (viscoelástica, espuma) No

Sin datos

* 101. ¿El paciente presenta algún tipo de Incontinencia?

No Mixta

Urinaria Sin datos

Fecal

PACIENTE Lesión

Descripción de la úlcera o lesión cutánea

* 102. Indique la causa de esta úlcera o lesión (menu desplegable)

103. Según la causa de la úlcera o lesión, Indique la Categoría (Elija el menu desplegable que corresponda. SOLO UNO) . Si no conoce la categoría, marque la opción Categoría No conocida

	Presion	Humedad	Frccion	Laceracion	Combinada	No conocida
Clasificación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

104. Antigüedad de la úlcera o lesión (en días) (si dispone del dato):

105. Largo (cm, con un decimal) (si dispone del dato)

106. Ancho (cm, con un decimal) (si dispone del dato):

* 107. Localización:

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sacro / coxis | <input type="radio"/> Columna dorsal |
| <input type="radio"/> Trocanter | <input type="radio"/> Omóplato |
| <input type="radio"/> Isquion | <input type="radio"/> Brazos |
| <input type="radio"/> Gluteo | <input type="radio"/> Codos |
| <input type="radio"/> Pierna | <input type="radio"/> Manos |
| <input type="radio"/> Rodilla | <input type="radio"/> Occipital |
| <input type="radio"/> Maleolo | <input type="radio"/> Orejas |
| <input type="radio"/> Talón | <input type="radio"/> Labios / boca |
| <input type="radio"/> Dorso del pie | <input type="radio"/> Zona genital |
| <input type="radio"/> Dedos del pie | <input type="radio"/> Zona perineal |
| <input type="radio"/> Otro (especifique) | |

* 108. Entorno o lugar donde se ha producido la úlcera o lesión:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). En este centro o institución (hospital, residencia, centro sociosanitario), el paciente no tenía la úlcera o lesión al ingreso | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en el domicilio del paciente. |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en otro centro o institución en el que estaba anteriormente. | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en otro centro en el que estuvo ingresado anteriormente (hospital o residencia). |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en el domicilio del paciente | <input type="radio"/> No conocido |



(8) PACIENTES/LESIONES Paciente ____

En esta sección podrá indicar datos de hasta 7 pacientes y hasta 5 lesiones de cada paciente (si tiene que informar de más de 7 pacientes de la misma unidad / servicio / centro de salud, puede incluir ahora los primeros 7 pacientes y volver a completar la encuestas con los datos de los siguientes)

Por favor, describa la situación de los pacientes y lesiones.

* 97. Sexo:

Hombre Mujer

* 98. Edad :

Adultos en años; Niños menores a 2 años, en meses

* 99. Número total de Lesiones cutáneas relacionadas con dependencia LRD (UPP, humedad, fricción) de cualquier categoría, que presenta ESTE PACIENTE (NO incluir úlceras de pierna, ni úlceras de pie diabético):

UPP:

Lesiones por humedad:

Lesiones por fricción:

Laceraciones cutáneas:

Otras LRD:

* 100. ¿Utiliza alguna superficie especial para el alivio de la presión (en cama o sentado)?

Sí, colchón o SEMP dinámica o alternante Sí, colchón o SEMP estática (viscoelástica, espuma) No

Sin datos

* 101. ¿El paciente presenta algún tipo de Incontinencia?

No Mixta

Urinaria Sin datos

Fecal

PACIENTE Lesión

Descripción de la úlcera o lesión cutánea

* 102. Indique la causa de esta úlcera o lesión (menu desplegable)

103. Según la causa de la úlcera o lesión, Indique la Categoría (Elija el menu desplegable que corresponda. SOLO UNO) . Si no conoce la categoría, marque la opción Categoría No conocida

	Presion	Humedad	Frccion	Laceracion	Combinada	No conocida
Clasificación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

104. Antigüedad de la úlcera o lesión (en días) (si dispone del dato):

105. Largo (cm, con un decimal) (si dispone del dato)

106. Ancho (cm, con un decimal) (si dispone del dato):

* 107. Localización:

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sacro / coxis | <input type="radio"/> Columna dorsal |
| <input type="radio"/> Trocanter | <input type="radio"/> Omóplato |
| <input type="radio"/> Isquion | <input type="radio"/> Brazos |
| <input type="radio"/> Gluteo | <input type="radio"/> Codos |
| <input type="radio"/> Pierna | <input type="radio"/> Manos |
| <input type="radio"/> Rodilla | <input type="radio"/> Occipital |
| <input type="radio"/> Maleolo | <input type="radio"/> Orejas |
| <input type="radio"/> Talón | <input type="radio"/> Labios / boca |
| <input type="radio"/> Dorso del pie | <input type="radio"/> Zona genital |
| <input type="radio"/> Dedos del pie | <input type="radio"/> Zona perineal |
| <input type="radio"/> Otro (especifique) | |

* 108. Entorno o lugar donde se ha producido la úlcera o lesión:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). En este centro o institución (hospital, residencia, centro sociosanitario), el paciente no tenía la úlcera o lesión al ingreso | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en el domicilio del paciente. |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en otro centro o institución en el que estaba anteriormente. | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en otro centro en el que estuvo ingresado anteriormente (hospital o residencia). |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en el domicilio del paciente | <input type="radio"/> No conocido |



(8) PACIENTES/LESIONES Paciente ____

En esta sección podrá indicar datos de hasta 7 pacientes y hasta 5 lesiones de cada paciente (si tiene que informar de más de 7 pacientes de la misma unidad / servicio / centro de salud, puede incluir ahora los primeros 7 pacientes y volver a completar la encuestas con los datos de los siguientes)

Por favor, describa la situación de los pacientes y lesiones.

* 97. Sexo:

Hombre Mujer

* 98. Edad :

Adultos en años; Niños menores a 2 años, en meses

* 99. Número total de Lesiones cutáneas relacionadas con dependencia LRD (UPP, humedad, fricción) de cualquier categoría, que presenta ESTE PACIENTE (NO incluir úlceras de pierna, ni úlceras de pie diabético):

UPP:

Lesiones por humedad:

Lesiones por fricción:

Laceraciones cutáneas:

Otras LRD:

* 100. ¿Utiliza alguna superficie especial para el alivio de la presión (en cama o sentado)?

Sí, colchón o SEMP dinámica o alternante Sí, colchón o SEMP estática (viscoelástica, espuma) No

Sin datos

* 101. ¿El paciente presenta algún tipo de Incontinencia?

No Mixta

Urinaria Sin datos

Fecal

PACIENTE Lesión

Descripción de la úlcera o lesión cutánea

* 102. Indique la causa de esta úlcera o lesión (menu desplegable)

103. Según la causa de la úlcera o lesión, Indique la Categoría (Elija el menu desplegable que corresponda. SOLO UNO) . Si no conoce la categoría, marque la opción Categoría No conocida

	Presion	Humedad	Frccion	Laceracion	Combinada	No conocida
Clasificación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

104. Antigüedad de la úlcera o lesión (en días) (si dispone del dato):

105. Largo (cm, con un decimal) (si dispone del dato)

106. Ancho (cm, con un decimal) (si dispone del dato):

* 107. Localización:

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sacro / coxis | <input type="radio"/> Columna dorsal |
| <input type="radio"/> Trocanter | <input type="radio"/> Omóplato |
| <input type="radio"/> Isquion | <input type="radio"/> Brazos |
| <input type="radio"/> Gluteo | <input type="radio"/> Codos |
| <input type="radio"/> Pierna | <input type="radio"/> Manos |
| <input type="radio"/> Rodilla | <input type="radio"/> Occipital |
| <input type="radio"/> Maleolo | <input type="radio"/> Orejas |
| <input type="radio"/> Talón | <input type="radio"/> Labios / boca |
| <input type="radio"/> Dorso del pie | <input type="radio"/> Zona genital |
| <input type="radio"/> Dedos del pie | <input type="radio"/> Zona perineal |
| <input type="radio"/> Otro (especifique) | |

* 108. Entorno o lugar donde se ha producido la úlcera o lesión:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). En este centro o institución (hospital, residencia, centro sociosanitario), el paciente no tenía la úlcera o lesión al ingreso | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en el domicilio del paciente. |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en otro centro o institución en el que estaba anteriormente. | <input type="radio"/> (AT PRIMARIA). La úlcera o lesión se ha producido en otro centro en el que estuvo ingresado anteriormente (hospital o residencia). |
| <input type="radio"/> (HOSPITAL / RESIDENCIA). Fuera de este centro o institución (ya tenía la úlcera o lesión al ingreso), se produjo en el domicilio del paciente | <input type="radio"/> No conocido |