

ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

PRESSURE ULCERS AS A QUALITY HEALTH
CARE INDICATOR

AUTORA: VIRGINIA RIAGA QUEVEDO

DIRECTORA: RAQUEL SARABIA LAVIN

CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO DE ENFERMERÍA, OCTUBRE 2013

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA “CASA DE SALUD VALDECILLA”

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

ÍNDICE

RESUMEN, PALABRAS CLAVE, ABSTRACT, KEY WORDS	3
INTRODUCCIÓN	4
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y PALABRAS CLAVE	7
1. CALIDAD	8
1.1 DEFINICIÓN.....	8
1.2 ETIMOLOGÍA.....	8
1.3 CALIDAD ASISTENCIAL	8
1.3.1 DEFINICIONES	8
1.3.2 OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	9
1.3.3 INDICADORES DE CALIDAD	9
1.3.3.1 INDICADORES DE ENFERMERÍA	11
1.3.4 PROTOCOLOS, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y VÍAS CLÍNICAS	13
1.3.5 RESULTADOS	14
2. ÚLCERAS POR PRESIÓN	15
2.1 DEFINICIÓN.....	15
2.2 ETIOLOGÍA	15
2.3 EPIDEMIOLOGÍA	15
2.4 FACTORES DE RIESGO	19
2.5 PREVENCIÓN	20
2.6 ÚLCERAS POR PRESIÓN INTRAHOSPITALARIAS.....	23
2.7 PLAN NACIONAL DE CALIDAD 2006	23
2.8 SEGURIDAD Y COSTES.....	24
2.9 ASPECTOS LEGALES	25
2.10 CALIDAD DE VIDA	26
REFLEXIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

RESUMEN

Calidad en salud puede parecer en principio un concepto extenso, confuso, subjetivo. Pero se trata de un concepto concreto, claro, medible. Debemos medir nuestra propia actuación como profesionales en la práctica clínica, algo a lo que probablemente no estamos muy habituados ni lo suficientemente formados, pero necesario para realizar las intervenciones oportunas para mejorarla.

El uso de indicadores de calidad permite objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y así, una mejora de la asistencia.

Esta situación estableció el **objetivo** de este trabajo, que se centra en abordar cómo a pesar de estar reconocido por la comunidad científica que el 95 % de las úlceras por presión (UPP) son prevenibles, continúan existiendo elevadas cifras de pacientes con UPP en nuestro país. **Siendo, por lo tanto, las UPP un indicador de mala calidad asistencial.** Su elevada prevalencia y morbilidad repercute sobre el estado de salud y calidad de vida de quienes las padecen, y sobre los servicios clínicos y personal que atienden a estos pacientes. Con el consiguiente impacto familiar, social, laboral, económico y legal.

Por eso, para mejorar la calidad asistencial, es necesaria la autoevaluación, tanto a nivel individual, como institucional.

PALABRAS CLAVE: “indicadores de calidad”, “úlceras por presión”, y “calidad de vida”.

ABSTRACT

It might seem to be an agreement of health quality as an extended, confusing and subjective concept. But, instead, it is a well defined, clear, specific and measurable concept. We must to measure our own performance as professionals in clinic practice, something which we are not very used to and not trained for, however it is necessary to perform the required interventions to improve it.

The usage of quality indicators allows to analyse relevant aspects of the performance objectively, establish comparisons, set objectives and develop a culture of evaluation and improved health care assistance.

This situation established the **objective** of this essay that it is focused on the high numbers of patients with pressure ulcers in our country, despite of the acknowledgment of the scientific community that 95% of the pressure ulcers (PU) are preventable. **Therefore, the presence of PU is a bad quality health care indicator.** Its high prevalence and morbidity has repercussions on the wellbeing and quality of life of the people who suffer them as well as the clinical services and personnel who take care of such patients. All of that leads to their family, social, work, economic and legal consequences.

Self-assessment is required to improve health care, in both, individual and institutional level.

KEY WORDS: “quality indicators, health care”, “pressure ulcer”, and “quality of life”.

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos y tecnológicos han permitido un importante aumento en la esperanza de vida, con el consiguiente incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas de diferente etiología, algunas de las cuales tienen como complicaciones, entre otras, la aparición de heridas crónicas, como son las **úlceras por presión** (UPP).

Si además añadimos situaciones clínicas como la enfermedad vascular periférica, diabetes mellitus, insuficiencia renal, obesidad y malnutrición, que se asocian a una mala evolución en la curación de heridas, el problema se agrava. También aumenta el riesgo en la población anciana los problemas de inmovilidad por cirugías de larga duración, fracturas de cadera, muy común en estos rangos de edad, trastornos en la marcha, deterioro cognitivo o trastornos neurológicos progresivos, como son la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson.

Las UPP representan, por lo tanto, un importante problema de salud en todos los niveles asistenciales, y el personal de enfermería juega un papel decisivo en su abordaje, puesto que es aceptado por la comunidad científica que el 95% de las UPP son prevenibles con los cuidados y los recursos adecuados (1), de ahí la importancia de definir la calidad asistencial en base a variables o criterios que puedan ser medidos. Además se debería justificar su importancia, sobretodo, por los grandes problemas socioeconómicos que generan (aumento de estancia media, mayor consumo de recursos...) (2).

Medir la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una ardua tarea, ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la cantidad de variables que pueden influir en una evaluación de ese tipo (3).

Para ello, los **indicadores de calidad** han demostrado su utilidad como herramienta para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de medidas establecidas para la mejora de la calidad.

Los indicadores brindan una información cuantitativa de forma rápida, fácil y concisa acerca de cómo se está desempeñando la asistencia, y permiten comparaciones en tiempo y espacio, y así detectar los campos con alta probabilidad de problemas en la atención (3).

Los estudios sobre estadísticas hospitalarias y tasas de morbi-mortalidad, descritas en el año 1854 por Florence Nightingale acerca de las medidas eficaces en la atención sanitaria, pueden ser considerados como los antecedentes y la base de muchos de los sistemas de medida implantados posteriormente (4).

A partir de los años 60, se desarrollan diversos métodos y organismos de control de la calidad, fundados en los trabajos de **Avedis Donabedian**, “padre” de la aplicación de la ciencia al estudio de la calidad de la atención sanitaria.

En enfermería, son también las investigadoras estadounidenses y canadienses quienes inician los estudios sobre la calidad de los cuidados. La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) publica en 1973 sus *Normas de garantía de la calidad de los cuidados de enfermería* y la Orden de Enfermeras de Quebec bajo la dirección de Monique Chagnon, elabora el *Método de valoración de la calidad de los cuidados enfermeros*, con amplia difusión entre las enfermeras de todo el mundo (5).

En España, las primeras experiencias en control de calidad se inician en Cataluña en los años 80 (5), donde, al producirse el traspaso de las competencias del Estado Central en materia sanitaria, pronto se instaurara un programa, dirigido entre otras finalidades, a promover la filosofía de la mejora continua de la calidad en los centros sanitarios y que supone el primer modelo de acreditación sanitaria en Europa.

A partir de 1986, con la promulgación de la Ley General de Sanidad, que por primera vez establece la obligatoriedad de que las instituciones trabajen bajo marcos de calidad asistencial, el Ministerio de Sanidad y Consumo organiza un sistema de acreditación tanto para la atención primaria como para la especializada encaminando sus principios fundamentalmente a la valoración de la capacidad de docencia de las estructuras sanitarias (6).

En la actualidad, en la mayoría de los hospitales españoles están constituidas variadas comisiones de calidad cuya finalidad es elaborar programas específicos de calidad, orientados a garantizar la idoneidad de los cuidados y a prevenir los posibles riesgos de la atención.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), se creó en 1.994 y tiene como objetivos establecer las dimensiones del problema de las UPP y otras heridas crónicas en nuestro medio y concienciar a la sociedad ante estos importantes problemas de salud para conseguir disminuir su incidencia y prevalencia. Así como colaborar en la génesis, discusión y difusión de conocimiento científico que permitan a los diferentes profesionales implicados en la atención a las UPP y otras heridas crónicas desarrollar una práctica asistencial integral basada en las últimas evidencias científicas (7).

Prevenir UPP en pacientes en riesgo ha sido definido por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del 2.006 como una de las áreas específicas sobre las que impulsar y evaluar prácticas seguras (6).

Según el 3er estudio nacional de prevalencia de UPP del GNEAUPP, de 2.009, la distribución según la institución implicada sería la siguiente: (8)

- 39,2% en atención hospitalaria
- 39,1% en atención sociosanitaria
- 21,7% en atención primaria

Estas cifras nos hacen darnos cuenta de la dimensión y el alcance de este problema de salud y nos hacen reflexionar sobre nuestra propia actuación y las políticas sobre calidad asistencial, que deberían promover una asistencia eficaz, aceptable y adecuada a las necesidades de los pacientes.

Además, en los últimos años en España está aumentando significativamente la controversia sobre muchos resultados de las actuaciones sanitarias. Comienzan a aparecer reacciones, reclamaciones y denuncias por parte de los usuarios y sus familiares ante la falta de prevención o un tratamiento inadecuado, como desde hace años viene sucediendo en otros países de nuestro entorno (9).

A pesar del creciente número de sentencias que hacen mención a las UPP, son simbólicas las que, con firmeza, dictaminan como causa de éstas, una deficiencia en los cuidados, negligencia o mala praxis y llama la atención, a pesar de las que consideramos graves repercusiones para los que las sufren, las ínfimas condenas e indemnizaciones (9).

La elección de esta temática se debe a la poca trascendencia que parece haber suscitado un problema de salud como es la aparición de una UPP y que radica principalmente en la calidad de unos buenos cuidados enfermeros. Existiendo un marco asistencial basado en la evidencia científica de que se trata de lesiones evitables, entonces ¿por qué siguen existiendo cifras tan elevadas?, ¿sigue la falsa creencia de que se trata de procesos inevitables?

El principio de beneficencia del Juramento Hipocrático supone actuar persiguiendo el mejor bien para el individuo, lo cual debiera comprometer a los profesionales a disponer de los conocimientos suficientes.

El **objetivo general** de esta monografía es:

- *Fundamentar como indicador de mala calidad asistencial la aparición de UPP.*

Los **objetivos específicos** son:

- *Concienciar a los profesionales de la importancia del control de la calidad asistencial, de nuestra propia práctica clínica.*
- *Promover que la calidad asistencial se centre en el paciente y se adecue a sus necesidades para favorecer una asistencia eficaz.*
- *Fomentar y motivar la formación continuada y la actualización de conocimientos.*
- *Impulsar el uso y la mejora de protocolos y guías de práctica clínica como sistemas de garantía.*

Estructuración: este trabajo está compuesto de dos capítulos:

- 1º capítulo: se expone el concepto de calidad y de calidad asistencial, dentro del cual se desarrollan los indicadores de calidad, y el uso de protocolos, guías de práctica clínica y vías clínicas.
- 2º capítulo: se centra en las úlceras por presión, definición, etiología, epidemiología, factores de riesgo, prevención, úlceras por presión hospitalarias, Plan Nacional de Calidad, seguridad y costes, aspectos legales, y calidad de vida.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y PALABRAS CLAVE

La fecha límite para la búsqueda bibliográfica ha sido el 3 de Octubre de 2013.

Las bases de datos utilizadas han sido **PubMed**, **Dialnet**, y el buscador **Google académico**.

Las palabras clave a las que se ha recurrido son los términos MeSH, Medical Subject Headings, recogidos en el Tesauro de la National Library of Medicine de Estados Unidos: “ **health care** ”, “ **quality indicators, health care**”, “ **quality of life** ”, “ **pressure ulcer** ”, y a los términos DeSC, Descriptores en Ciencias de la Salud, recogidos en la Biblioteca Virtual en Salud: “ **indicadores de calidad** ”, “ **calidad de vida** ”, “ **úlceras por presión** ”.

Como operadores booleanos se utilizaron “AND” y “OR”, con los que se realizaron diferentes combinaciones.

Mediante la lectura de los resúmenes de las referencias encontradas se determinaron los criterios de inclusión y exclusión:

- Los criterios de inclusión han sido la relevancia en relación con el tema a tratar, así como el idioma en que están escritos, siempre y cuando fuese inglés o español.
- Los criterios de exclusión han sido la duplicidad de artículos, el acceso solamente a los resúmenes y la fecha de publicación del estudio, desechándose aquellos anteriores 1999, a excepción de un artículo de 1984 dedicado a la historia de Florence Nightingale, otro de 1989 sobre el Medical Outcomes Study (estudio pionero americano de aplicación de métodos para monitorizar los resultados de la asistencia médica) y otro de Avedis Donabedian escrito en 1991.

Finalmente tenemos:

- Documentos conseguidos: 98
 - Eliminación de duplicados: 10
 - Exclusión basada en textos completos: 28
 - Exclusión por fecha de publicación: 25
- Documentos incluidos: 35

Como gestor bibliográfico se empleó **Refworks**.

Para las referencias bibliográficas se ha seguido el **estilo Vancouver**.

1. CALIDAD

1.1 DEFINICIÓN

La palabra calidad tiene múltiples significados. Según la Real Academia de la Lengua Española, se trata de una *“propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”* (10).

1.2 ETIMOLOGÍA

El origen etimológico de la palabra calidad se encuentra en la palabra latina *qualitas*, la cual a su vez procede del griego y más en concreto del término *ποιότης* (10).

1.3 CALIDAD ASISTENCIAL

1.3.1 DEFINICIONES

La Tabla 1 proporciona una perspectiva general sobre las definiciones de calidad asistencial más frecuentemente aplicadas:(11)

Donabedian (1980)	<i>“Modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial”.</i>
Ministerio de Sanidad (Reino Unido) (1997)	<i>“Hacer las cosas adecuadas (qué), a las personas adecuadas (a quién), en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez”.</i>
(Instituto de Medicina) (IOM) (2001)	<i>“Grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual”.</i>
OMS (2000)	<i>“Nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población”.</i>
Consejo de Europa (1998)	<i>“Grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual”.</i>

Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial. Fuente: La calidad asistencial en la Unión Europea 2005 (11)

Los profesionales aportan una perspectiva individual de la calidad en su práctica clínica. También los pacientes, al exigir competencia técnica, accesibilidad y comprensión.

Por su parte, la administración y las organizaciones sanitarias tienen una perspectiva comunitaria, buscando un equilibrio entre el rendimiento técnico, la satisfacción de los pacientes y el gasto económico asumible (12).

Con todo ello, se puede decir que la calidad asistencial consiste en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios (12).

En España, a partir del año 1986 y a través de la Ley General de Sanidad, se establece que el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias, para conseguir una atención sanitaria de calidad y equitativa. Para ayudar al cumplimiento de este desafío, y como ya veremos más adelante, el Ministerio de Sanidad y Consumo articula el Plan Nacional de Calidad (6).

1.3.2 OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Se puede considerar a **Avedis Donabedian** (1919-2000) como el padre de la **evaluación de la calidad asistencial**, quién a mediados de los años 60 desarrolla toda su estrategia, basada en la estructura, proceso y resultado: (12)

Definió la estructura como *“las características de los escenarios donde se presta la atención y los recursos requeridos para la asistencia sanitaria”* (11).

Proceso significa la *“utilización de recursos en cuanto a lo realizado en prestar y recibir asistencia”* (11).

Los resultados describen los *“efectos de la atención asistencial sobre el estado de salud de los pacientes y poblaciones”* (11).

El enfoque de Donabedian para describir y evaluar la calidad asistencial ha sido ampliamente aceptado por la comunidad internacional.

Lo primero que dice es que para poder evaluar la calidad de la asistencia sanitaria es necesario especificar, desde el principio, los objetivos y los medios legítimos, o por lo menos más deseables, que nos permitirán alcanzar estos objetivos. En asistencia sanitaria el objetivo es mantener, restaurar y promover la salud (13), mediante un buen desempeño profesional y un uso eficiente de los recursos, garantizando así el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

1.3.3 INDICADORES DE CALIDAD

Para aplicar la evaluación de la calidad asistencial, se utilizan los denominados indicadores de calidad, *“variables que pretenden reflejar cierta situación y medir el grado o nivel con que ésta se manifiesta, de manera que resulte útil para evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio”* (3), proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora de la asistencia. (14)

Siguiendo el planteamiento de **Donabedian** encontramos tres tipos de criterios o variables que pueden ser medidos:

- los indicadores de calidad de la estructura, o ***indicadores de estructura***, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Ejemplos: la accesibilidad geográfica, la estructura física del área

hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas (3).

- los indicadores de la calidad del proceso o **indicadores de proceso** miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente. Ejemplo: aplicación de procedimientos, precisión, evaluación de la historia clínica u otro documento resultante de la actividad asistencial (3).
 - los indicadores basados en resultados o **indicadores de resultados** miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos, los llamados "Indicadores Centinela" y los "Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados" (3):
1. ***Indicadores centinela***: aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente. Se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención y por tanto deben tener una excelente validez (3). En la tabla 2 vemos ejemplos de ellos:

Gangrena gaseosa.
Absceso del sistema nervioso central.
Daño por anoxia cerebral.
Punción o laceración accidental durante acto quirúrgico.
Dehiscencia de sutura operatoria.
Cuerpo extraño abandonado accidentalmente durante acto quirúrgico.
Reacción de antígenos incompatible.
Reacción Rh incompatible.
Fallecimiento tras cirugía menor de bajo riesgo.
Muerte materna (ocurrida en el hospital).

Tabla 2 Ejemplos de sucesos considerados centinela. Fuente: Jiménez Paneque 2004 (3)

2. **Indicadores de datos agregados** (*continuos o basados en tasas*): indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerable aceptable por los propios profesionales (umbral). Miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con cierta frecuencia (3). La Tabla 3 nos muestra estos indicadores:

Tasa de mortalidad hospitalaria (general o por servicios).
Tasa de reingreso por la misma enfermedad.
Tasa de infecciones intrahospitalarias.
Tasa de complicaciones relacionadas a la hospitalización (úlceras de decúbito, dehiscencia de sutura).
Tasa de incapacidad (física o psíquica al egreso).
Tasa de accidentes quirúrgicos por número de operaciones.
Tasa de mortalidad por complicaciones anestésicas (por número de operaciones).
Tasa de mortalidad por resecciones pancreáticas.
Tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva.
Tasa de mortalidad por infarto del miocardio.

Tabla 3. Ejemplos de Indicadores de datos agregados. Fuente: Jiménez Paneque 2004 (3)

1.3.3.1 INDICADORES DE ENFERMERÍA

En el equipo de salud, el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención (15).

- **Indicadores enfermeros de estructura:** (15)
- La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- La elevación de su nivel de autoridad formal en las Direcciones de las diferentes unidades de atención.
- Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.

- Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.
- La introducción de un personal de Enfermería como vigilante epidemiológico cada 300 camas hospitalarias, elemento importante en la prevención de enfermedades nosocomiales.
- La distribución y ubicación de recursos humanos formados.
- El cálculo de los recursos materiales requeridos y participar en su distribución.
- La asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud.

- **Indicadores enfermeros de proceso:** (15)

- Aplicación de la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.
- Participación en las Comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.
- Aplicación, junto a otros miembros del equipo de salud, el período de pruebas a enfermeras(os) de nuevo ingreso.
- Actuación en los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.
- Jerarquización de las centrales de esterilización de las unidades.
- Ejecución de normas técnicas de otros subsistemas, de forma más directa las relacionadas con el uso, conservación y control de medicamentos.
- Integración de los diferentes comités de actividades científicas: infecciones, evaluación de historias clínicas.

- **Indicadores enfermeros de resultado:**

Según el Medical Outcomes Study (estudio americano de aplicación de métodos para monitorizar los resultados de la asistencia médica): (16)

- Estado funcional (físico, mental y social, y rol de nivel social) (16,17).
- Bienestar general, tal como percepciones de salud, energía/fatiga, dolor y satisfacción de vida (16).
- Satisfacción con los cuidados, incluyendo acceso, comodidad, cobertura financiera (pues se trata de un estudio americano) y satisfacción general (17). Además encontramos: confianza, conocimiento, experiencia, continuidad, efectividad, integridad, eficiencia, interés por el paciente, tiempo dedicado, intimidad, amabilidad, información (18), todos ellos recogidos en la encuestas de satisfacción.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) celebra desde 2008 una Reunión anual de Coordinadores de Calidad de Hospitales. Desde entonces se puso en marcha un grupo de trabajo para proponer **un conjunto básico de indicadores en los hospitales que permita monitorizar la calidad y realizar tareas de benchmarking** (el método del benchmarking hace comparaciones de los procesos en los sistemas de salud, de las prácticas y del desempeño, para alcanzar estándares de excelencia (19)), **de manera sistemática y continuada entre los hospitales del Sistema Nacional de Salud**. En su última propuesta de indicadores, que no es un listado cerrado, y que es del año 2012, se destacan los siguientes: (20) (siendo IH: indicador hospitalario)

IH-45 Valoración del riesgo de úlceras por presión--- indicador de proceso.

IH-46 **Úlceras por presión**--- indicador de resultado.

IH-47 Cuidados adecuados en pacientes de riesgo de úlceras por presión--- indicador de proceso.

1.3.4 PROTOCOLOS, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y VÍAS CLÍNICAS

Los indicadores de proceso se recogen en protocolos o guías de práctica clínica:

Un **protocolo** es *“un conjunto de actividades estandarizadas, relacionadas con un determinado problema o una determinada actividad asistencial, que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes, y que incorpora la mejor evidencia científica”* (21).

Las **guías de práctica clínica** son *“recomendaciones elaboradas sistemáticamente para ayudar al profesional sanitario y al paciente en la toma de decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas”*. Y debe constar de los siguientes elementos en su metodología: (22)

- Debe ser llevada a cabo por **equipos multidisciplinares**.
- Debe estar basada en **revisiones sistemáticas** de la bibliografía.
- Debe presentar unas **recomendaciones explícitas** y acordes con el grado de evidencia.

Representan, por tanto, una evolución y en cierto modo una nueva generación de los antiguos protocolos.

Con el fin de disminuir la variabilidad clínica, durante los años 80 aparecen, fundamentalmente en Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda e Inglaterra, los protocolos y las guías de práctica clínica, que sirven de herramienta para realizar una atención al paciente más eficiente y consistente. Su objetivo es tratar de ayudar en la toma de decisiones, describiendo el cuidado apropiado basado en la evidencia científica y el amplio consenso, y en consecuencia actuando como elemento de mejora de la calidad asistencial (12).

Los protocolos y las guías de práctica clínica son especificaciones para proveer un cuadro óptimo al paciente, y para medir los resultados de la atención médica (21), para evaluar, por tanto, la calidad de asistencial.

Por su parte, las **vías clínicas** son *“planes asistenciales que detallan los pasos esenciales en la atención de pacientes con un problema clínico específico y describen el progreso esperado del paciente”* (12). Suponen una forma de adaptar las guías de práctica clínica o los protocolos a la práctica clínica. Se concretan en un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible. Proporcionan una herramienta de coordinación al detallar las actividades del día a día en la atención del paciente con un diagnóstico específico, y constituyendo una herramienta de mejora de la calidad cuyo objetivo es mejorar el trabajo multidisciplinario en equipo, integrando las guías y protocolos introducidos en la práctica clínica diaria (12).

1.3.5 RESULTADOS

Dentro del ámbito sanitario, la medición de la calidad en sus diferentes dimensiones es un pilar importante que fundamenta y renueva el conocimiento, sirviendo igualmente como base para la mejora y actualización del aprendizaje de los profesionales. Asimismo, se están estableciendo progresivamente sistemas de comparación entre centros mediante los resultados de diversos indicadores basados en aspectos clínicos, de eficiencia o consumo de recursos y de calidad percibida por el paciente. Un ejemplo conocido es el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que anualmente remite a los hospitales de su red los resultados de sus indicadores y la clasificación que ocupan (23).

Sin embargo, algunas consideraciones deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar, utilizar e interpretar los resultados de los indicadores de calidad. Entre ellas, son de especial importancia: (24)

- La elección de la medida de resultado utilizada como indicador.
- Los niveles a partir de los cuales puede considerarse que hay un problema de calidad en la atención.
- La determinación del periodo de tiempo entre evaluaciones.
- El ajuste de los resultados obtenidos por la tipología de pacientes de cada centro.

Además, este tipo de estrategias permiten involucrar más al personal en las tareas de promoción de la calidad, mejorar la comunicación interna, fomentar el acercamiento multidisciplinar a los problemas y favorecer la formación continua.

La creación de una cultura de fomento de la calidad total es un reto y requiere que el personal a todos los niveles adquiera unos conocimientos, habilidades y técnicas para la resolución de problemas, y que los aplique en sus procesos de trabajo diarios (24).

La calidad, como la asistencia, está ligada al trabajo multidisciplinario. Hasta el 80% de los problemas de calidad pueden resolverse con modificaciones y mejoras de la organización, como la protocolización, las guías, las vías clínicas, los procedimientos, las sesiones conjuntas del equipo para resolución de problemas, la investigación operativa mediante autoevaluación o auditorías internas, y la formación específica, entre otras, es decir, sin necesidad de recursos adicionales (25).

2. ÚLCERAS POR PRESIÓN

2.1 DEFINICIÓN

Según la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), a nivel estadounidense y la **European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)**, a nivel europeo, comisión creada en 1996 por un grupo de expertos para guiar y respaldar la actuación de los países europeos en la prevención y tratamiento de las UPP, *“una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado”* (26).

La piel cuenta con una rica irrigación sanguínea que lleva oxígeno a todas sus capas. Si esa irrigación se interrumpe durante más de 2 ó 3 h, la zona de piel privada de oxígeno al inicio se enrojece e inflama y, a continuación, se necrosa y ulcera, comenzando por la epidermis (27).

Y como ya hemos visto, **uno de los indicadores establecidos como evaluador de la calidad de los cuidados de enfermería es el de las úlceras por presión.**

2.2 ETIOLOGÍA

Causas de la aparición de UPP: (28))

- **Presión:** Se produce oclusión vascular, isquemia, hipoxia y necrosis tisular. Es el factor más importante y está unido al tiempo que se mantiene la presión.
- **Cizallamiento:** Se producen fuerzas paralelas, por un lado, la piel y la fascia superficial, y por el otro, el esqueleto y la fascia profunda. Un ejemplo de esto es cuando la piel y el tejido subcutáneo se deslizan sobre el sacro-coxis cuando el paciente resbala al elevar la cama más de 30°. Se produce lesión en los tejidos profundos.

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

Las UPP suponen un problema por su prevalencia y por sus repercusiones, tanto sobre el estado de salud de los enfermos que las padecen como sobre el sistema de salud.

Los enfermos con UPP, ven agravado su estado de salud y, por lo tanto, disminuida su calidad de vida.

Por su parte, el Sistema de Salud debe hacer frente a un aumento en la necesidad de cuidados, un gasto en el material de curas y tratamiento de complicaciones y una prolongación de las estancias (28).

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Lesión Crónicas (GNEAUPP) ha realizado varios estudios de prevalencia. La línea de investigación se abrió en 1.999: (8)

- 1999, Estudio piloto en la Rioja.
- 2001, 1º Estudio Nacional de Prevalencia.
- 2005, 2º Estudio Nacional de Prevalencia.

- 2009, 3º Estudio Nacional de Prevalencia.
- 2013, 4º Estudio Nacional de Prevalencia, aún no está completado.

Los **objetivos de los estudios** son: (8)

- *Establecer la prevalencia de UPP en España en los tres niveles asistenciales: atención primaria, atención hospitalaria y atención sociosanitaria.*
- *Describir los pacientes con UPP.*
- *Describir las UPP.*
- *Describir variables relacionadas con la prevención de las UPP.*

Centrándonos en el 3er Estudio de Prevalencia, en el que se recogió información mediante cuestionarios a profesionales de distintos tipos de instituciones: hospital, atención primaria y red sociosanitaria, procedentes de las diferentes Comunidades Autónomas, podemos decir que: (8)

- En los *hospitales* de la red nacional, la **prevalencia cruda (PC)** es del 7,2%, siendo más concretos 625 pacientes presentaron UPP en el momento del estudio de las 8.677 camas ocupadas:
 - $PC = 625/8677: 7,2\%$
 - Desglosándolo por unidades hospitalarias se ve que la mayor prevalencia se da en las Unidades de Paliativos, Geriátrica de agudos y Unidades de Cuidados Intensivos.
- En *Atención Primaria* 430 pacientes presentaban UPP. Por tanto, podemos estimar una **prevalencia cruda** según sigue:
 - **PC en pacientes mayores de 14 años:**
 $PC = (430/718.741) \times 100 = 0,06\%$ (IC95= [0,06-0,08])
 - **PC en pacientes mayores de 65 años:**
 $PC = (430/145.581) \times 100 = 0,3\%$ (IC95= [0,30-0,36])
 - **PC en atención domiciliaria:**
 $PC = (430/7.373) \times 100 = 5,89\%$ (IC95= [3,42-4,07])
- En la *red sociosanitaria* y teniendo en cuenta que los centros reportaron un total de 687 pacientes con UPP, la **prevalencia cruda** en las unidades sociosanitarias se determinó como sigue:
 - **PC en centros sociosanitarios:**
 $PC = (687/10749) \times 100 = 6,39\%$ (IC95= [5,64-6,59])

En conclusión y según los datos de prevalencia de úlceras por presión, en España se distribuye de la siguiente forma: (8)

- En cuanto a la institución implicada.
- En cuanto a la diferenciación por sexos.
- En cuanto a la utilización de SEMP (superficies especiales para el manejo de la presión)
- En cuanto al tipo de SEMP utilizado.
- En cuanto al estadio de la UPP por nivel asistencial.

En cuanto a la institución implicada:

- 39,2% de hospital
- 39,1% de atención sociosanitaria
- 21,7% de atención primaria

En cuanto a la diferenciación por sexos:

- HOSPITALES: 40,7% mujeres, 59,3% hombres
- SOC.SANITARIA: 70,3% mujeres, 29,7% hombres
- ATENCION PRIMARIA: 63,7% mujeres, 36,3% hombres

En cuanto a la utilización de SEMP: la Figura 1 nos indica su utilización o no en los tres niveles asistenciales, hospital, atención sociosanitaria y atención primaria.

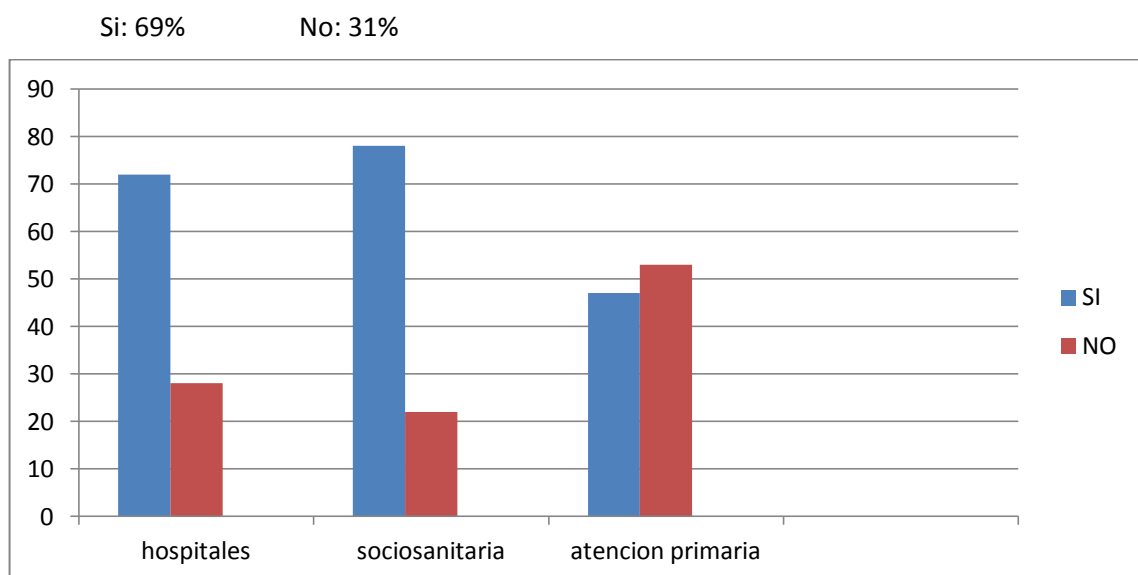


Figura 1. Porcentaje de utilización de SEMP en los tres niveles asistenciales. Fuente: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. (8)

En cuanto al tipo de SEMP utilizado: la Figura 2 nos indica el tipo de SEMP utilizado en los tres niveles asistenciales.

- Sistema estático : 34,2%
- Colchoneta alternante : 36%
- Colchón alternante : 29,8%

% de tipo de SEMP en los pacientes que la utilizan

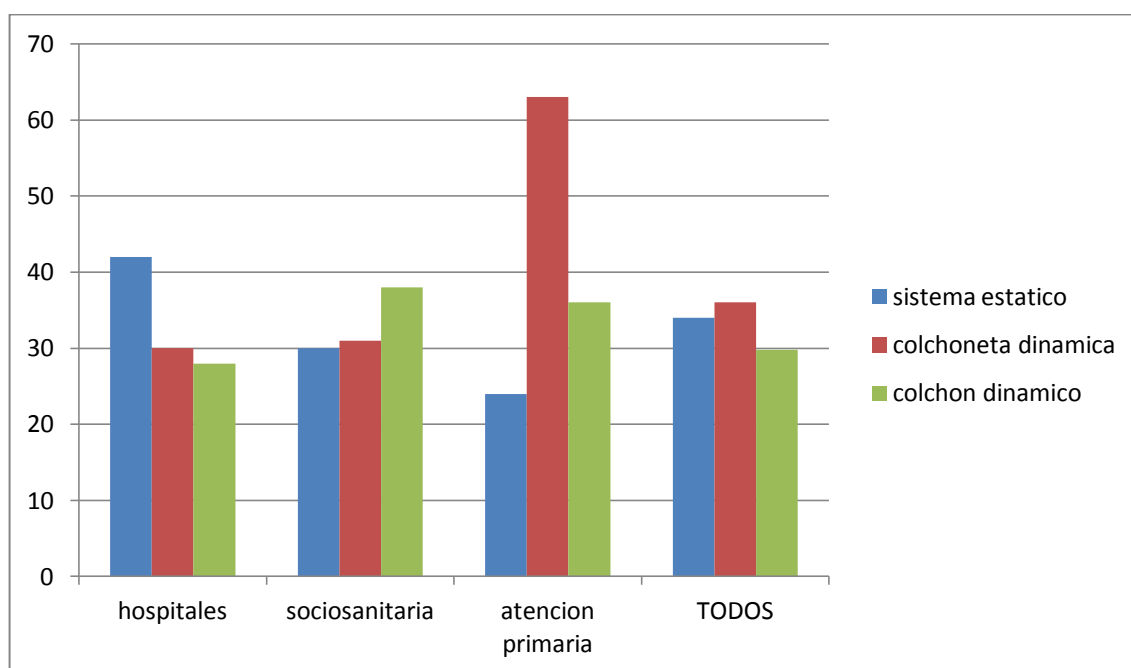


Figura 2. Tipo de SEMP utilizado en los tres niveles asistenciales. Fuente: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. (8)

En cuanto al estadio de la UPP por nivel asistencial: la figura 3 nos indica el estadio de las UPP en los tres niveles asistenciales.

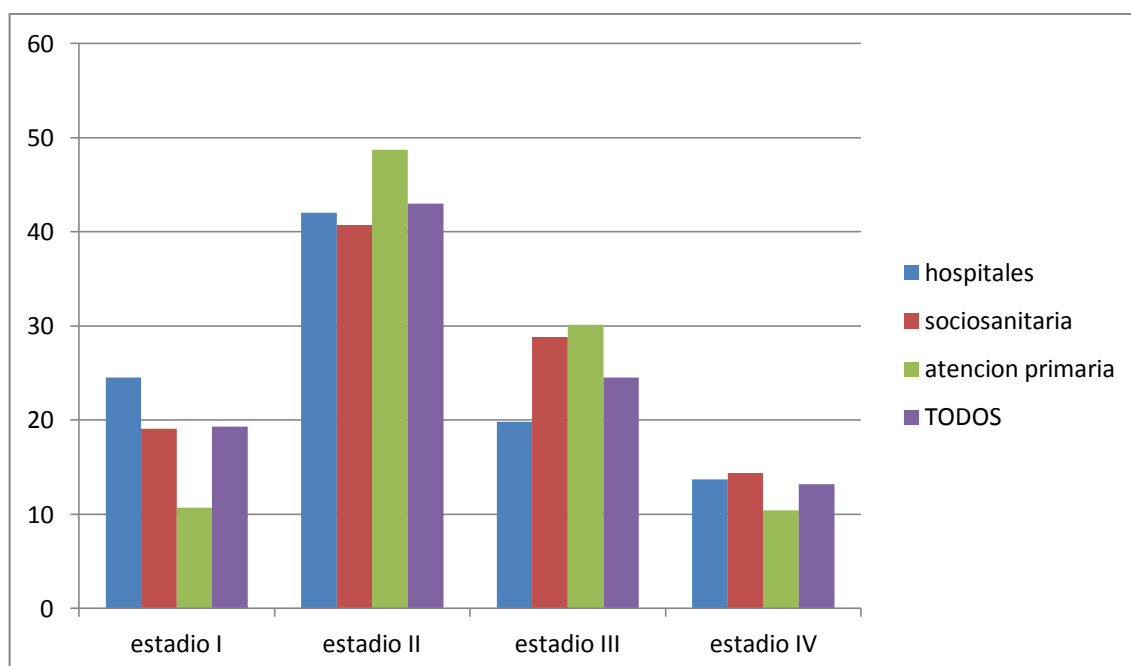


Figura 3. Estadio (en porcentaje) de las UPP en los tres niveles asistenciales. Fuente: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. (8)

Resultado de la localización de las lesiones: la Figura 4 nos indica las distintas localizaciones de las UPP del estudio:



Figura 4. Resultado de las localizaciones de las lesiones. Fuente: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009 (8)

2.4 FACTORES DE RIESGO

Existen una serie de factores de riesgo que predisponen a la aparición de UPP y que se deberían tener en cuenta, como son: (28)

- Inmovilidad o alteraciones de la actividad y/o movilidad.
- Edad del paciente: ancianos.
- Disminución de la consciencia.
- Alteraciones circulatorias.
- Déficit nutricional.
- Alteraciones en la eliminación: Incontinencia.
- Trastornos inmunológicos: Infecciones, neoplasias.
- Tratamientos farmacológicos: sedantes, corticoides, citostáticos.
- Aplicación de técnicas: sondajes, férulas.
- Déficit de higiene.
- Otros:
 - Ausencia o inadecuación de medidas de prevención.
 - Ausencia o inadecuación de criterios de planificación de cuidados.
 - Desmotivación del personal de enfermería por falta de información o formación.

2.5 PREVENCIÓN

Prevenir las úlceras por presión es garantizar la calidad asistencial y para ello es muy importante tener en mente los factores de riesgo citados en el apartado anterior.

Las UPP son un indicador de calidad en muy directa relación con los cuidados de enfermería y representan un tema de interés y de importancia para estos profesionales en su práctica diaria, como muestra el crecimiento experimentado en la investigación de enfermería en este campo en los últimos años.

La mayoría de las UPP pueden prevenirse, por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención basadas en las mejores evidencias científicas disponibles. Siendo las **guías de práctica clínica**, que ya hemos hablado anteriormente, el instrumento de utilidad en la toma de decisiones. El gran referente, que ha sentado las bases de los conocimientos actuales sobre el manejo de las UPP, han sido las guías de práctica clínica de la **Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)** sobre prevención y tratamiento de las UPP. En el marco español, la sociedad científica de referencia sobre el tema es el **Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP)** (29).

Puntos clave en la prevención: se requiere una valoración integral del paciente, con un enfoque preventivo, mediante el abordaje de cuatro puntos importantes:

- A. **Valoración del riesgo**, mediante *Escalas de Valoración del Riesgo para el desarrollo de UPP* (EVRUPP). En el ámbito nacional, las más utilizadas y que cumplen los requisitos anteriores son la escala de Norton, la de Braden y Bergstrom y la EMINA. Una reciente revisión sistemática sobre las EVRUPP concluye que la escala de Braden ofrece el mejor balance entre sensibilidad y especificidad y la mejor estimación del riesgo. Las puntuaciones obtenidas deben orientar la toma de decisiones y facilitar la optimización de los recursos disponibles. Es pertinente **registrar en la historia clínica** del paciente la utilización de la EVRUPP, el resultado obtenido, las actividades planificadas y los objetivos alcanzados, lo que permitirá evaluar la efectividad del programa y servirá como salvaguarda legal ante demandas por mala praxis (30).
- B. **Cuidados generales**, mediante el control y tratamiento adecuado de los factores predisponentes para la formación de UPP: (30)
 - *Especial atención al paciente crónico.*
 - *Consumo de medicamentos.*
 - *Ingesta inadecuada o desnutrición.*
 - *Estado de hidratación de la piel.*
- C. **Cuidado de la piel:**
 - *Vigilancia diaria de la piel*, especialmente las zonas de riesgo como las localizaciones sujetas a presión (sacro, trocánter, talón...) o los planos con riesgo de contacto entre prominencias óseas (30).

La *higiene diaria* mantiene la piel limpia y seca. Se recomienda el uso de jabón neutro, agua tibia, un aclarado minucioso y un secado por contacto de las zonas de riesgo evitando el arrastre-fricción que deteriora la capa córnea de la epidermis. Además, una intervención de prevención muy importante, especialmente en pieles delicadas y en las personas mayores, es la utilización de *cremas hidratantes* que aumentará el potencial de resistencia de la piel a las agresiones externas.

Los *ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)* fomentan la resistencia de la piel, favorecen la microcirculación y están indicados tanto en la prevención de las mismas como en el tratamiento de las UPP en estadio I (29).

- Vigilar la lencería, pues, especialmente la hospitalaria, suele caracterizarse por su elevada aspereza, lo que genera, a través de la fricción, el deterioro o pérdida de la capa córnea de la epidermis (30).
- Control del exceso de humedad. El exceso de humedad sobre la piel favorece que el estrato córneo pierda su impermeabilidad, aumente el tamaño de cada placa de queratina y se degrade la sustancia hidrófoba que las une, haciéndola más susceptible a los traumatismos y a las agresiones bacterianas y micóticas. Esta humedad puede derivar de un cuadro de incontinencia, de niveles elevados de exudado en las heridas, de una sudoración profusa o ser secundaria a una ostomía (30).

D. Manejo de la presión: combinaremos el aumento de la movilidad y la actividad del paciente con los cambios posturales, la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y de dispositivos locales reductores de la presión (DLRP), siempre dependiendo de la situación basal del paciente (30).

- Los cambios posturales nos permiten variar los puntos de apoyo del paciente con el fin de aliviar la presión sobre determinadas localizaciones de riesgo. Deben ser individualizados, seguir una rotación determinada y resultar compatibles con el resto de cuidados. Se aconseja su realización: (30)
 - Cada 2-3 horas en pacientes encamados y cada hora cuando están en sedestación. Además debemos:
 - Impedir el contacto entre prominencias óseas.
 - No elevar el cabecero de la cama por encima de los 30° ni efectuar lateralizaciones en ángulos superiores a los 30°.
 - Evitar el arrastre del paciente en el momento de realizar las movilizaciones (uso de travesera).
 - No apoyar al paciente sobre sus lesiones.
 - Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio corporal.
- Las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) tienen diferentes presentaciones (colchonetas o sobrecolchones, colchones de reemplazo, cojines y camas con prestaciones especiales), pero todas ellas tienen en común la capacidad de reducir o aliviar la presión (30).
 - Las superficies estáticas. Se caracterizan por disminuir o reducir la presión sobre los tejidos. Su eficacia radica en la capacidad de aumentar la superficie de contacto del paciente, lo que proporciona una disminución de las presiones, si bien éstas seguirán estando por encima de las de cierre capilar (20 mmHg). Están destinados a pacientes que pueden realizar cambios de posición por sí solos; en general, pacientes de bajo a moderado riesgo para el desarrollo de UPP (30).

- *Las superficies dinámicas* proporcionan un alivio de la presión durante periodos de tiempo determinado. Se trata de presiones alternantes de aire o pulsátiles que generan valores máximos y mínimos de presión sobre un área determinada en un periodo de tiempo concreto. Este tipo de superficie está indicada para los pacientes con riesgo medio a alto, generalmente no pueden realizar reposicionamientos de forma independiente y/o son portadores de UPP (30).
 - Los dispositivos locales reductores de presión (DLRP) engloban un nutrido grupo de productos que tienen la capacidad de reducir la presión, impedir la fricción y disminuir las fuerzas tangenciales, y tienen como misión proteger determinadas zonas de especial riesgo (talones, codos, maléolos...) así como reducir la presión ejercida por distintos dispositivos terapéuticos (mascarillas de oxígeno, tubos orotraqueales, sondas, yesos, férulas...).
- El GNEAUPP recomienda que la utilización de DLRP sea compatible con la inspección diaria de la piel, la aplicación de productos coadyuvantes como los ácidos grasos hiperoxigenados y que no lesionen la piel a la hora de su retirada (30).

Resumiendo, las intervenciones preventivas: (31)

- *Valorar el riesgo de UPP mediante una escala.*
- *Mantener la piel limpia y seca.*
- *Proteger con productos tópicos la piel enrojecida.*
- *Utilizar pañales para la incontinencia.*
- *Cambios posturales cada 2-3 horas al paciente encamado.*
- *Utilizar superficies de alivio de la presión en pacientes con riesgo.*
- *Utilizar almohadas para disminuir la presión local.*
- *Movilizar mediante entremetida para evitar la fricción.*
- *Valorar la ingesta de alimentos.*

Es muy importante implicar al paciente y a los cuidadores en el proceso de prevención de las UPP, informándoles sobre los factores de riesgo que influyen en la aparición y en la manera de evitarlos o minimizarlos. Para ello, los profesionales de la salud deben valorar la capacidad del paciente y del cuidador principal (conocimientos, actitudes y habilidades) para participar en la prevención.

Si su participación es posible, hay que diseñar un programa de educación sanitaria:

- Adaptado a sus características.
- Dirigido a todos los niveles: paciente, familia y cuidadores.
- Que incluya conocimientos básicos sobre la fisiopatología de la formación de una UPP, los factores de riesgo, las repercusiones que conllevan, la detección precoz y los cuidados de prevención.
- Con mecanismos para evaluar la eficacia.

Pacientes y cuidadores, deben ser constantemente orientados sobre la importancia y medidas para el alivio de presión, revisando e implementando procedimientos simples como el cambio de posición, uso correcto de la sábana, la posición en las sillas y en cama, prevención de la fricción durante los movimientos, control de la humedad, así como la facilidad y estímulo en la alimentación e hidratación, fundamentales en especial entre los ancianos.

2.6 ÚLCERAS POR PRESIÓN INTRAHOSPITALARIAS

Las UPP son un importante problema de salud por su prevalencia y morbilidad asociada, que pueden afectar a pacientes en todos los ámbitos asistenciales.

La aparición de UPP durante la estancia hospitalaria, como ya hemos dicho, es un indicador de calidad asistencial por la repercusión en el estado de salud de quienes las padecen, como sobre los servicios clínicos y personal que atienden a estos pacientes.

Constituyen además un reto y una gran responsabilidad desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento.

Según el último estudio de prevalencia de UPP en España, de 2009, casi una décima parte de pacientes ingresados padece UPP. Casi la mitad de estas lesiones, se producen en el mismo **hospital**, de las cuales:

- 53,3% se produce en la misma unidad.
- 23,5% en otra.
- 23,2% no se conoce en qué unidad tuvo origen.

El problema afecta en un 75,8% a **personas de edad igual o superior a 65 años**, y el **porcentaje es mayor para hombres** que para mujeres.

La prevalencia mayor se encuentra en las **unidades de cuidados intensivos y unidades de paliativos/convalecencia/geriátrica de agudos** (más de un 20%), seguida de las unidades de urgencia, siendo superior el porcentaje de UPP en los hospitales de alta complejidad que en los hospitales generales y comarcales.

2.7 PLAN NACIONAL DE CALIDAD 2006

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que *el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud* (6).

Consolidada la universalización y establecida la cartera de servicios, el **reto de la calidad** aparece en primer plano (6).

Las acciones de los servicios de salud han de articular estrategias, medidas y programas de actuación para asegurar la consecución del objetivo esencial de los servicios públicos de salud: una atención sanitaria de calidad y equitativa que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud de la población (6).

Para ayudar a que el Sistema Nacional de Salud responda a este tipo de desafíos, y con base en el mandato de la segunda Conferencia de Presidentes, el Ministerio de Sanidad y Consumo articula el **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que en el año 2006, en la estrategia 8, capítulo 3** propone como objetivo *implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en 8 áreas específicas*, siendo una de ellas la siguiente: (6)

Prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo. La aparición de úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados es una complicación frecuente en pacientes inmovilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo y, a menudo, produce una prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios.

Las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas con adecuados cuidados de enfermería y, en particular, mediante el diseño y aplicación de una lista de comprobación (*checklist*) de identificación de pacientes y un protocolo de actuación (6).

Estos convenios entre las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo incluirán una financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos (6).

2.8 SEGURIDAD Y COSTES

Durante la asistencia sanitaria se producen múltiples interacciones entre el paciente, el entorno y el personal sanitario, durante las cuales pueden aparecer problemas potenciales o reales, relacionados con la seguridad del paciente. Esta situación es relativamente frecuente, y se produce en todos los ámbitos de la atención sanitaria, pero es importante no tratar de justificar u ocultar el error, el incidente, o el evento adverso producido, sino que debemos estudiar las causas que han permitido que se produzca para analizarlas y evitar que se repitan (32).

Es necesario ***promover una cultura de seguridad***, que anime a la discusión y comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes, y que vea en la aparición de errores y sucesos adversos una oportunidad de mejora.

La investigación, documentación y formación, juegan un papel prioritario en el establecimiento de esta cultura en seguridad de pacientes que permita mejorar la calidad de los servicios sanitarios mediante el conocimiento de los efectos no deseados que se producen en ocasiones en los procesos de atención sanitaria (6).

Estos efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos (6).

Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMSOCDE, etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (6).

Las UPP son un importante problema de salud y tiene un gran impacto en los pacientes y en los recursos del Sistema de Salud y socio-sanitario.

Según un estudio realizado en nuestro país en 2007 y en coherencia con la línea de investigación iniciada en el seno del GNEAUPP, el costo de tratamiento de una UPP aumenta substancialmente en razón directa con la severidad de la úlcera, yendo desde los 24 € (Grado I) a los 6.802 € (Grado IV) para pacientes tratados en hospitales. La severidad de la úlcera aumenta el costo global porque el tiempo de curación es más prolongado y la incidencia de complicaciones más alta en los casos más severos. El costo total de tratamiento de las UPP en España en un año es aproximadamente de 461 millones de euros (cerca del **5% del gasto sanitario anual**). Desglosando esta cantidad, podemos decir que: (33)

- 15% lo representan el costo de apósitos y otros materiales.
- 19% lo representan el costo del tiempo de enfermería.
- 45% del total lo representa el costo de las estancias extra en el hospital relacionadas con estas lesiones.

2.9 ASPECTOS LEGALES

Se considera unánimemente que **la responsabilidad de los cuidados descansa en el profesional de enfermería** (diplomado y por delegación, en el auxiliar), correspondiendo al personal médico el diagnóstico médico y la prescripción farmacológica y dietética. La enfermera y/o el médico, establecerán pautas sobre el régimen de reposo o movilización, ayudas técnicas a implementar en el cuidado, etc. (9).

Partiendo del reconocimiento que toda la comunidad científica hace sobre la posibilidad de prevenir las UPP al menos en un 95 % de los casos, la incidencia de estas lesiones pueden ser, a primera vista, consideradas como una muestra de negligencia asistencial con importantes implicaciones legales y éticas para los profesionales, así como para las instituciones en las que estos prestan sus servicios y por ende los gestores de las mismas (34).

La revisión del impacto y tratamiento legal del problema de las UPP en los países de nuestro entorno (Reino Unido, EE.UU., Alemania, etc.), desde el derecho penal, el derecho civil o mediante procedimientos disciplinarios ha propiciado cambios muy notorios en el comportamiento de profesionales, instituciones y ciudadanía con respecto a este tema (9).

En Reino Unido, el problema legal de las UPP se puede tratar desde el derecho penal, el derecho civil, como mediante procedimientos disciplinarios, ya sean profesionales o de la propia institución. El derecho penal puede resultar de aplicación si se pueden establecer elementos de negligencia graves y se puede demostrar que ésta provocó la muerte o severas complicaciones. En tales casos, los individuos que hayan intervenido en el proceso se pueden llegar incluso a encontrar frente acusaciones de homicidio (9).

En cambio, en EEUU, tradicionalmente las consecuencias por un tratamiento defectuoso en pacientes con UPP han consistido en la suspensión o incluso retirada de licencias de ejercicio, y en demandas civiles contra el centro y sus empleados, con una clara finalidad de resarcimiento económico, como es sabido, con cuantías considerables, aunque recientemente se está entendiendo que el desarrollo de úlceras con resultado de muerte es demasiado grave y debería perseguirse criminalmente (9).

Desde los años sesenta y hasta la fecha, en España, se está produciendo un significativo cambio de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria y un discreto despertar de reacciones, reclamaciones y denuncias, por parte de los usuarios y sus familiares en relación con las UPP, al alejar la clásica concepción social que entendía a éstas como algo inherente a la edad avanzada, situaciones terminales ó inmovilidad del paciente y cerciorarse de que se pueden evitar en un altísimo porcentaje con una prevención adecuada (34).

Al igual que sucede en EE.UU. y Reino Unido, aquí también se puede reclamar judicialmente además de por las vías civil y contencioso-administrativa (o responsabilidad patrimonial del Estado), por la vía penal. Ambas (civil y patrimonial) comprenden la restitución, la reparación del daño causado y la indemnización de los perjuicios, y en ambas, pese a su configuración legal (radicalmente distinta), cuando se trata de servicios sanitarios, nuestro Tribunal Supremo (Salas civil y contencioso-administrativa) excluye la existencia de responsabilidad cuando se acredita que el personal sanitario ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, es decir, *lex artis* en el caso concreto, seguir las normas y principios establecidos por la comunidad científica. De ahí la **importancia de la historia clínica** (electrónica o en formato papel) supone un importantísimo medio de prueba de diligencia ante cualquier reclamación judicial si en la misma se ha hecho constar todas y cada una de las actuaciones que se han llevado a cabo con el paciente en cumplimiento de la *lex artis* (seguimiento de los protocolos, información al paciente y consentimiento informado) (9).

Pero a pesar del creciente número de sentencias que hacen mención a las UPP, son simbólicas las que, con firmeza, dictaminan como causa de éstas, una deficiencia en los cuidados, negligencia o mala praxis y llama la atención, a pesar de las que consideramos graves repercusiones para los que las sufren, las ínfimas condenas e indemnizaciones (9).

2.10 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto subjetivo, la mayoría de las personas parecen tener una idea intuitiva de lo que significa. Es un concepto que despierta en las personas distintos sentimientos y respuestas: bienestar, felicidad, satisfacción, capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Se asocia también con sus creencias, sus costumbres, sus hábitos, sus gustos, su proyecto de vida, su estilo de vida, en fin, se asocia con aspectos que están de acuerdo al imaginario de cada cual, según sus propias representaciones sociales (35).

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) se entiende como: *"el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud"* y constituye una percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (35).

Son numerosos los estudios que evidencian que las UPP se pueden producir en apenas unas pocas horas y tardar meses en curarse.

Muchas personas con UPP experimentan dolor, aunque se estima que sólo una tercera parte de las que las padecen pueden manifestarlo por su estado, y de manera muy manifiesta en el grupo de los más mayores de nuestra sociedad (34), por lo tanto vulneran de manera importante la CVRS de las personas que las padecen, con sufrimiento callado, con secuelas dolorosas, alteraciones el estado de ánimo, sin mencionar el gran impacto familiar, social, laboral, económico y legal (35).

Si la situación a la que nos enfrentamos es el cuidado de una persona con una herida de difícil manejo: crónica, dolorosa, con limitación de la movilidad, con molestias tales como el exudado abundante, mal olor, la posibilidad de infección, el aislamiento, la depresión y muchos otros trastornos emocionales (no siempre menores) derivados de la presencia de la herida, entonces es muy importante centrar el cuidado no sólo en el manejo profesional de la curación, considerando la elección más conveniente para el caso concreto, sino que además se debe ir mucho más allá de los síntomas para abordar los aspectos que hacen referencia a la CVRS, partiendo de la promoción de las medidas sanitarias que eviten la reaparición de las úlceras (35).

Esa intervención hacia el fortalecimiento de la CVRS se refiere a que atendamos aquellas molestias relacionadas con la UPP y que la literatura científica ha venido publicando cada día, referentes al bienestar general y a la satisfacción de la persona con su propia condición de salud, a la limitación del daño, a la minimización de secuelas y a la pronta rehabilitación e inserción social, sin perder de vista la racionalización del gasto que se ve alterado por las enfermedades crónicas (35).

REFLEXIONES

Siendo el personal de Enfermería quien mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes, adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención.

La incorporación de indicadores de calidad constituye un instrumento útil para la mejora de la calidad asistencial y proporciona información necesaria para la gestión de recursos.

Uno de los indicadores establecidos como evaluador de la calidad de los cuidados de enfermería es el de las úlceras por presión.

Esta situación expuesta, con cifras tan elevadas de pacientes con úlceras por presión en nuestro país, y siendo reconocido por la comunidad científica internacional que el 95% de las mismas son evitables, debiera ser suficiente para recapacitar sobre las actuaciones a fomentar:

- La prevención como eje de actuación principal en todos los niveles asistenciales.
- La mejora de protocolos y guías de práctica clínica para reducir la variabilidad en la práctica asistencial y los tiempos de evolución, proporcionando así a los profesionales un marco común de actuación y una base de seguridad legal ante demandas.
- La necesidad de coordinación real y operativa entre los diferentes niveles asistenciales, ya que la tradicional separación entre ellos ha demostrado no ser efectiva en la actuación de problemas de salud crónicos.

El desarrollo de estos tres puntos clave es fundamental para proveer los mejores cuidados y evaluar la calidad asistencial.

En nuestro país, poco a poco, se va instaurando una cultura de la calidad, en la cual, la promoción de la participación de los profesionales, las instituciones y los usuarios es fundamental.

Los profesionales tenemos una responsabilidad civil, profesional e institucional ante un problema de salud de tales dimensiones, y el cambio de la propia práctica clínica debe darse tanto a nivel individual como institucional desde el seno de una obligación ética y moral y no esperar que éste venga dado por la demanda legal bajo la presión social que poco a poco va aumentando en nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) de Con J, Martínez F. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. Gerokomos. 2009;20(2):92-7.
- (2) González JM, Blanco JM, Ayuso E, Recuero E, Cantero M, Sainz E, et al. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Rev Calidad Asistencial. 2003;18(3):173-7.
- (3) Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Rev Cub Salud Pública. 2004;30(1):0-0.
- (4) Cohen IB. Florence Nightingale. Sci Am. 1984;250(3):128-37.
- (5) Mompart MP, Durán M. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros. Metas Enferm [Internet]. 2008 Sep [citado 3 Mayo 2013] Disponible en: <http://www.siad-sps.cl/file/download/5978>.
- (6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del SNS; 2006 [citado 9 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
- (7) GNEAUPP [Internet]. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas, Inc.;[actualizado 25 Sep 2013; citado 3 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.gneaupp.es/>
- (8) Soldevilla JJ, Verdú J, Torra JE. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011 Jun;22(2):77-90.
- (9) Soldevilla JJ, Navarro S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos. 2006 Dic;17(4):203-24.
- (10) Real Academia Española de la Lengua [Internet]. Madrid: Diccionario de la Lengua Española; c1992-2001 [actualizado 2001 Oct; citado 2 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
- (11) Ministerio de Sanidad y Consumo. La calidad asistencial en la unión europea. [Internet]. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud; 2005 [citado 29 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
- (12) Alcázar F, Iglesias F. Manual de calidad asistencial [Internet].Castilla La Mancha: SESCAM; 2009 [citado 13 Abr 2013]. Disponible en: sescam.jccm.es/.../Calidad/Manual_Calidad_Asistencial-SESCAM_SCLM
- (13) Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). Control calid. asist. 1991;6(1):1-6.
- (14) Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. Rev Calidad Asistencial. 2006;21(3):143-9.
- (15) Trincado MT, Fernández E. Calidad en enfermería. Rev Cubana Enfermer. 1995;11(1):1-2.
- (16) Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA.1989;262(7):925-30.

- (17) Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. "Desarrollo e importancia de los resultados" en Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier Madrid; 2009.
- (18) Pérez B, García P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Enfermer*. 2005;21(2):1-1.
- (19) Carrada T. Benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2002;40(1):25-33.
- (20) Parra P, Calle JE, Ramón T, Peiró S, Meneu R. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud [Internet]. Madrid: SECA; 2011 [citado 7 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
- (21) Bonfill X, Marzo M. Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin*. 2003;120(13):496-7.
- (22) Garaizar C, Rufo M, Artigas J, Arteaga R, Martínez-Bermejo A, Casas C. Sobre protocolos, pautas y guías de la práctica clínica. *Rev Neurol*. 1999;29(11):1089-92.
- (23) Ruiz P. La medición de la calidad asistencial. *Rev Clin Esp*. 2001;201(10):561-2.
- (24) García-Altés A, Peiró S. Evaluación de la calidad mediante los sistemas de información sociosanitarios: un reto posible. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15(4):223-9.
- (25) Tejedor M, Pérez J, García J. Gestión clínica: Aplicación práctica en una Unidad Hospitalaria (II). *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18(2):125-31.
- (26) European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide [Internet]. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. [citado 27 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/noticia.asp?id=10>
- (27) de Castro A. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Jano*. 2006(1610):47.
- (28) García E, Luján V, Jiménez D, Cuesta MD, Villora MJ, Nieto R, et al. Guía para el cuidado de las úlceras [Internet]. Albacete: SESCO; 2006- 2008 [citado 1 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/00889e4f14cd542d584ffc90a0caf75b.pdf>.
- (29) Zamora JJ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2006 Jun;17(2):51-61.
- (30) Martínez F, Soldevilla JJ, Verdú J, Segovia T, García FP, Pancorbo PL. Cuidados de la piel prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. *Rev ROL Enferm*. 2007;30(12):9.
- (31) Hernández JÁ. Prevención y cuidados en úlceras por presión:¿ Dónde estamos? *Gerokomos*. 2009 Sep;20(3):132-40.
- (32) Merino MJ. "Seguridad del paciente y calidad asistencial" en *La Seguridad del Paciente. Un reto para la asistencia sanitaria*. 2ª ed. Madrid: RC Libros; 2012.
- (33) Soldevilla JJ, Torra J, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayan JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007 Dic;18(4):43-52.
- (34) Soldevilla JJ, Verdú J, Torra JE. Impacto social y económico de las Úlceras por Presión. *Inv Enf*. 2008: 275-93.
- (35) González-Consuegra RV, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. *Gerokomos*. 2010 Sep;21(3):131-9.