



F. J. del Río Saiz

Ulceras por Presión, Medidor de
Calidad Asistencial*

Subdirector de Enfermería. Hospital Universitario
"Marqués de Valdecilla". Santander.

* Conferencia Inaugural 1º Simposio Nacional sobre UPP. Logroño.
Febrero, 96.

Correspondencia:
F. J. del Río Saiz
Subdirector de Enfermería
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Avda. Valdecilla, s/n
39008 Santander

INTRODUCCION

Las úlceras por presión son uno de los problemas más frecuentes con los que se enfrentan diariamente los profesionales de enfermería; somos conscientes que su prevención y cuidados marca una diferencia esencial en la calidad del trabajo profesional y su importancia hace que desde nuestra responsabilidad como gestores enfermeros, concienciamos a nuestros compañeros sobre la importancia en la toma de medidas que eviten su aparición o que permitan la recuperación de las lesiones en las mejores condiciones para el paciente.

La exposición que les voy a relatar la he dividido en tres partes:

- Creación de la estructura del sistema de control de calidad de nuestro Hospital, su puesta en marcha y el estado actual del control de las úlceras por presión.
- Resultados más relevantes del año 1994.
- Resultados de una encuesta de opinión de los profesionales de Enfermería.

ESTRUCTURACION Y PUESTA EN
MARCHA DEL SISTEMA DE CONTROL DE
CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
"MARQUES DE VALDECILLA". ESTADO
ACTUAL DE LAS ULCERAS POR PRESION

En el año 1985 tuve la suerte de comenzar a trabajar con la Directora de Enfermería, Dña. Felisa Lois Cámara, como Subdirector, diseñando tres líneas maestras para dar respuesta a la responsabilidad que debía asumir desde mi puesto recién estrenado, y fueron las siguientes:

A) *Formación continuada.* Con los siguientes objetivos:

- Mejorar el perfil profesional cambiando la cultura del ATS por el de Enfermero.
- Evitar la obsolescencia producida por los avances constantes y por el olvido.
- Motivar al personal por medio de la mejora del conocimiento.
- Creación de nuevas herramientas que dignificaran más nuestra profesión y aumentar con ello la calidad profesional, quedando constancia de nuestro quehacer enfermero.

VI B) *Control de Calidad*

Desde un principio, mantuvimos como fundamento filosófico que nuestras funciones deberían estar centradas en el ciudadano, el cual tenía como principal derecho, el beneficiarse de unos cuidados de la máxima calidad, por lo tanto era imprescindible controlar los procedimientos, para poder valorar nuestra asistencia. Por otro lado, también había que construir un perfil adecuado que tuviera repercusión positiva en la sociedad, haciéndose necesario el control de como se estaban cumpliendo los objetivos y como se cumplimentaban los documentos en los que se registraban los planes de cuidados, las gráficas clínicas, la valoración inicial al ingreso, durante todo el proceso y al alta del paciente.

Para el primer fundamento comenzamos a controlar las úlceras por presión, los accidentes, la opinión de los pacientes sobre higiene y actitudes de la enfermera y las infecciones urinarias post-sosaje, en lo que concierne al segundo se controlaron los registros de Enfermería.

C) *Investigación*

Esta tercera línea la hemos comenzado en el año 1992, formando al personal en Metodología de la Investigación, con el fin de que adquirieran unos conceptos básicos, que les animen a profundizar en esta función y contar en el futuro con personas que abran líneas de trabajo que mejoren nuestra formación asistencial.

Estructura para controlar la calidad

En el año 1987, comencé a analizar cómo podríamos articular un sistema que nos diera unos resultados para poder definir qué y cómo controlar las úlceras, accidentes, higiene y registros; para ello diseñé, junto con la supervisora de atención al paciente, unos documentos que tenía que cumplimentar la enfermera cada vez que tuviera en su unidad úlceras y/o accidentes. Para la higiene, se diseñaron unos ítems que se entregaban, primero, al paciente o familia durante su estancia, para que los devolvieran cumplimentados, posteriormente se entregaban al paciente cuando se iba de alta y, éste, los remitía desde su domicilio. Esto se hizo con el fin de asegurar la confidencialidad; no obstante, los resultados

fueron parecidos. En lo que respecta a los registros, se elaboraron unos criterios básicos que debían contener los documentos existentes en su momento.

La respuesta a esta primera etapa no fue muy satisfactoria, pues les costaba entender a las enfermeras los motivos de la calidad, viviéndolo como un sistema fiscalizador de su trabajo.

Posteriormente, creamos la Unidad de Calidad y Formación, con el propósito de hacer más operativos los programas. Los objetivos los centramos en detectar y tratar de dar solución a los problemas que se planteaban, consensuándolo directamente con los profesionales de las unidades de forma directa.

Se destinaron, en un principio, dos personas, que pasarían a ser tres con dedicación exclusiva; la experiencia nos demostró que los problemas tratados en colaboración con las enfermeras en las unidades por medio del grupo de trabajo da mejores resultados que de forma aislada. Las actividades estaban centradas en formar y, luego, controlar, y viceversa.

El grupo fue escogido atendiendo a dos premisas: Conocimientos y Capacidad de Crítica.

Desde el año 1989 se han venido mejorando paulatinamente los sistemas de control, con la elaboración de nuevos criterios y, desde el año 1991 en relación con las úlceras por presión —aspecto central de esta Conferencia—, se han destinado responsables de las mismas a la supervisora y una coordinadora por unidad, que es nombrada por la primera, participando con ellas el resto del equipo. Los resultados son enviados a la unidad de calidad, que elabora las tasas correspondientes y que, a su vez, les devuelven las mismas, estableciendo comparaciones con el área y el total del Hospital, marcando recomendaciones y acciones, cuando lo consideran oportuno, a la supervisora, para que dé a conocer los resultados a su equipo.

Previamente se impartieron cursos y seminarios sobre las úlceras por presión, tratándose en el programa los siguientes temas: Sistemas de prevención y Tratamiento y Controles de calidad (resultados e interpretación de los índices). Igualmente se repartió el protocolo de prevención de úlceras por presión. A cada unidad en función de sus resultados, que también son enviados a las Supervisoras Generales de las distintas áreas, se le otorga capacidad de autogestión para mejorar los índices correspondientes.



El método actual que tenemos establecido es el siguiente:

La coordinadora y la supervisora explican a sus compañeras el método, que está compuesto por la realización de dos cortes de prevalencia por mes, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, valoración de los pacientes de riesgo por medio de la Escala de Norton, que recordamos es la siguiente:

Factores	4	3	2	1
Estado mental	Bien Orientado	Ocasional Confuso	No resp. Adecuad.	No responde
Actividad	Ambulant	Camina con ayuda	Se despl. Silla rued.	Postrado en cama
Movilidad	Completa	Limitación ligera	Muy limitada	Inmóvil
Aliment.	Normal	Insufic.	Parent.	Dieta Absoluta
Hidrat.	Normal	Insufic.	Parent.	Sin aporte
Incontin.	Ninguna	Ocasional	Urinaria	Urinaria intestinal
Cond. fis.	Buena	Justa	Mala	Muy mala
P. total				

Una vez aplicada dicha escala, para que sea considerada de riesgo debe alcanzar una puntuación menor de 14, y por Necesidades que son las de Norton, más aquellos otros pacientes que han sobrepasado la puntuación de menos 14, pero son considerados por la enfermera como susceptibles de padecer úlceras por presión, por tener alterada alguna necesidad básica. Por otro lado se define el número de personas ingresadas los días de los cortes, los pacientes con lesiones, el número de lesiones de cada paciente intrahospitalarias y extrahospitalarias (ingreso con úlceras en su domicilio u otra unidad), localización y evolución, según las características que indican los distintos estadios, que, como saben, son:

- *Estadio I.* Enrojecimiento que persiste al eliminar la presión.
- *Estadio II.* Eritema y edema piel agrietada y/o vesicular.
- *Estadio III.* Rotura de piel, exudado, afectación del tejido celular subcutáneo.

- *Estadio IV.* Úlcera extensa, afectación del músculo y huesos, necrosis, exudado.

VII

El número total de unidades definidas actualmente como de riesgo es de 19.

ALGUNOS DE LOS RESULTADOS MAS RELEVANTES DEL AÑO 1994

Se realizaron un total de 90 cortes, existiendo 2.285 enfermos ingresados, de todos ellos se valoraron como de riesgo según Norton, 330 que supone 14,44%, por Necesidades 598, un 26,17% de los ingresados. El total de enfermos con úlcera fue de 188 lo que determina el 8,22%, 120 fueron lesiones intrahospitalarias, el 5,25% y 68 extrahospitalarias con el 2,97% de porcentaje. En cuanto al nº de lesiones el total fue de 339, un 14,83%, siendo 200, el 8,75% las intrahospitalarias y 139 el 6,08% las extrahospitalarias. La media de lesiones por enfermo con úlceras fue de 1,8 por persona.

La prevalencia se determina al multiplicar el número de enfermos con úlceras intrahospitalarias por cien y dividido por el número de enfermos con criterios por necesidades, siendo la misma del 20,06% en el año 1994.

De las 339 lesiones, 98 se localizaron en los talones, 105 en el sacro, 61 en los trocánteres, 6 en la columna dorsal y 69 en otras regiones anatómicas.

Por estadios, 101 fueron calificados de estadio I; 68 de estadio II; 87 como III y 72 como IV y 11 no lo han referido.

De 1987 a 1991 los porcentajes se realizaron sobre el total de ingresos del año, ya que todo el tiempo se mantenía abierta la cumplimentación de los documentos.

Del año 1987 al 89 fue subiendo para bajar ligeramente en 1990 y volver a subir en 1991.

De 1992 a 1994, se han realizado los porcentajes sobre los ingresos durante los cortes de prevalencia, por lo que no es comparable con los resultados de años anteriores, en el gráfico 1 se aprecia que el índice del último año ha sido el más elevado (gráf. 1).

La evolución de los porcentajes de úlceras intrahospitalarias tienen una clara trayectoria al alza, mientras que las extrahospitalarias han subido unas décimas el último año, pero se mantienen por debajo de 1992 (gráf. 2).

VIII

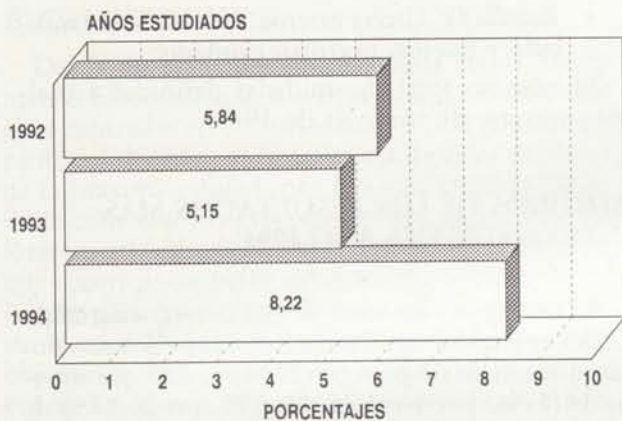


Gráfico 1. Porcentaje de pacientes con Úlceras Por Presión. Sobre el total de ingresos durante los cortes de Prevalencia.

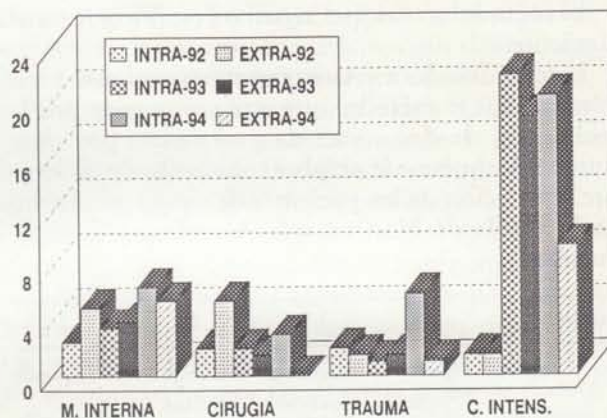


Gráfico 3. Porcentaje de Úlceras Por Presión sobre el total de pacientes.

La gráfica 3 expresa los porcentajes por áreas donde a nivel general observamos que los más elevados son los de Cuidados Intensivos. En Medicina Interna las intrahospitalarias de 1994 son las más elevadas. Cirugía las extrahospitalarias de 1992, en Trauma las intrahospitalarias de 1994 y en Cuidados Intensivos las intrahospitalarias de 1993.

La media de lesiones más elevada fue la de 1992, por áreas M. Interna tuvo la más alta en 1994. Cirugía en 1993, Trauma en 1992 y C. Intensivos en 1993.

En cuanto a los índices de prevalencia vemos que van subiendo, estando ya en 1994 en 20,06. Por áreas la excepción es C. Intensivos que ha disminuido, el resto aumentó en 1994. Traumatología en el sumatorio de los tres años ha conseguido el índice más elevado.

La localización de las úlceras por áreas, vemos que en M. Interna son más frecuentes en los talones, en Cirugía y Trauma en el sacro y en C. Intensivos sacro y otros (gráf. 4).

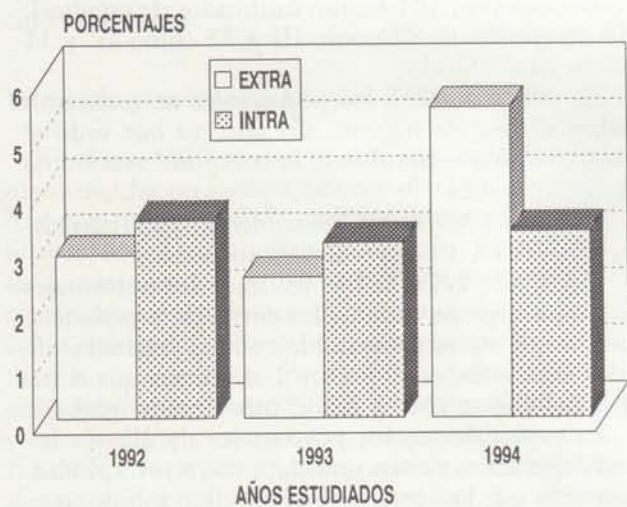


Gráfico 2. Evolución anual Úlceras Por Presión.

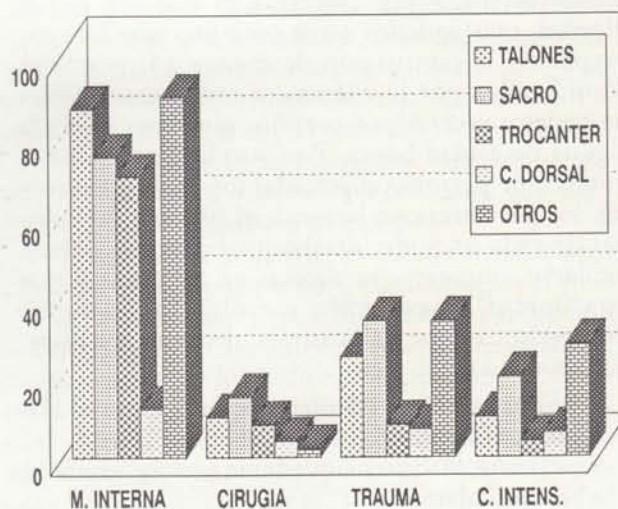


Gráfico 4. Localización de las úlceras.



Como conclusión a estos resultados decir que ha aumentado el índice de prevalencia progresivamente, pero también la colaboración de los profesionales en denunciar las personas que sufren este problema, por la presión y otras circunstancias.

Las medidas que estamos tomando al respecto son de sensibilización al personal, de la importancia de la prevención y que vayan asumiendo que suele ser un problema de mala calidad de cuidados, aunque en muchos casos ocurrirá como con las infecciones, que aunque se pongan múltiples medidas existen y existirán las mismas por una serie de motivos que muchas veces no se pueden controlar.

Les entregamos los índices particulares de la unidad, del área y del Hospital y cada grupo humano se planifica su método de trabajo para mejorar los mismos.

No somos partidarios de aplicar medidas coercitivas, sino que cada unidad aprenda a asumir su responsabilidad y se comprometa a interiorizar el problema aplicando las medidas correctoras que estimen oportunas.

A través de esta conferencia me atrevo a decir a los usuarios que las enfermeras de nuestro hospital trabajan para que no aparezcan úlceras por presión, al menos existe en este momento una sensibilidad generalizada al respecto. Habrá aún individualidades difíciles de controlar que harán de esto, que considero en el momento actual una regla, la excepción que todos repudiamos.

OPINION DE LOS PROFESIONALES

Se elaboró una encuesta con un total de 11 ítems, para ver la opinión de las enfermeras que cuidan pacientes en las unidades consideradas previamente riesgo, en relación a diversos conceptos sobre las úlceras por presión.

Se entregaron un total de 152 encuestas, repartiéndose 8 por cada una de las 19 unidades y que, por áreas, la distribución quedó de la siguiente manera:

Áreas	Entregadas	Recibidas	Porcentaje
Cirugía	32	29	90,62
C. Intensivos	24	24	100,00
M. Interna	64	62	96,87
Trauma	32	30	93,75
Total	152	145	95,39

Como se puede comprobar, la colaboración ha sido muy buena por parte de todos los compañeros demostrando gran sensibilidad ante este problema.

IX

RESULTADOS

El 42,8% de los encuestados pertenecen al área de M. Interna, el 20,7% a Traumatología, el 20% a Cirugía y el 16,6% a Intensivos.

Consideraron las úlceras por presión como un problema que determina la baja calidad de los cuidados el 55,2% de los encuestados y el 41,4% no lo creen así, siendo el 58,3% de los valorados en C. Intensivos los que menos lo considera (gráf. 5).

El problema potencial más influyente en la adquisición de las úlceras por presión es "La inmovilidad" según opinan el 81,4%, le sigue "La desnutrición" con el 11,7% y "La enfermedad de base" lo afirman 8 personas que equivale al 5,5%.

Los que más claro tienen que es la *inmovilidad* son los encuestados del área de Cirugía, la *desnutrición* los de C. Intensivos y la *enfermedad de base* los de Traumatología (gráf. 6).

Está claro que la mayoría (127 personas de 145, el 87,6%) opinan que cuando los pacientes se van de alta *mejoran* y solamente 6 personas, el 4,1% dicen que empeoran y quedan igual.

El 69% de los encuestados valoran siempre a todos y cada uno de los enfermos para detectar, si van a ser de riesgo y el 29,7% lo hacen *bastantes veces*. Los que menos lo hacen *siempre* son los de

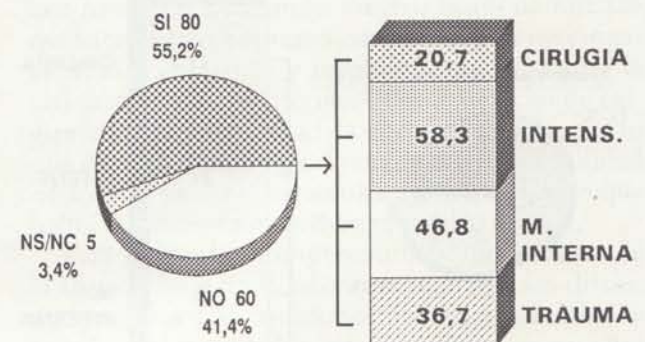


Gráfico 5. Consideran las Úlceras Por Presión. Problemas de baja calidad de cuidados.

X

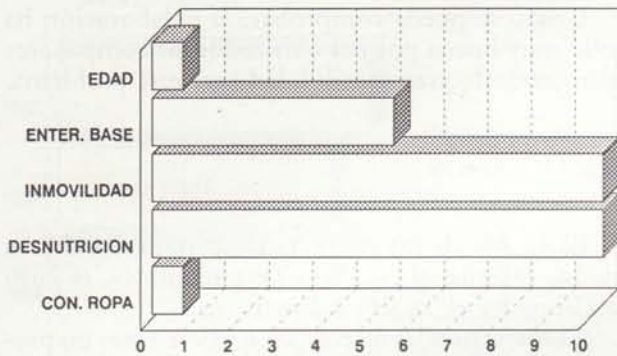


Gráfico 6. Problema potencial más influyente en la adquisición de Ulceras Por Presión.

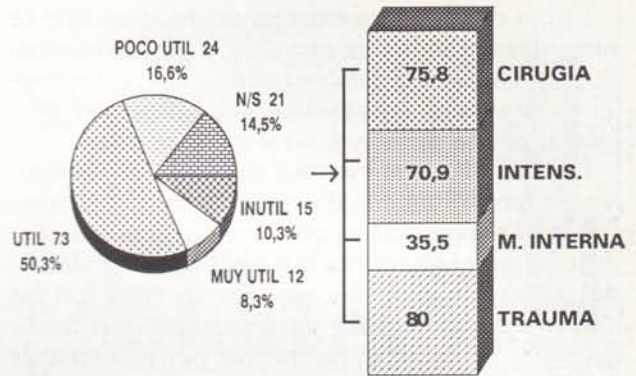


Gráfico 8. Utilidad de la escala de Norton.

Cirugía con el 44,8% mientras que en las otras áreas son del orden del 73 al 79%.

Se toman medidas preventivas *siempre* lo dicen el 71,7% y bastantes veces el 26,9%. También en este apartado el porcentaje menor corresponde al área de Cirugía con el 51% siendo las otras áreas del 70 al 80% (gráf 7).

Puesta en crítica la utilidad de la Escala de Norton, observamos que casi el 59% lo considera entre muy útil y útil, mientras que el 26,9% lo valora como poco útil e inútil. Destacamos también que un 14,5% dice no saber que utilidad tiene. Los que más la valoran positivamente son los de Traumatología con el 80% y los que menos los de M. Interna con el 35,5% (gráf. 8).

Dicen que se informa a la familia cuando se va el paciente de alta, de las medidas a seguir para continuar con el tratamiento de las úlceras por presión el 84,1%, habiendo un 12,4% que no informa, adoptando esta última actitud el 58,3% de los encuestados de C. Intensivos.

Los índices de calidad de las unidades respecto a las U.P.P. son conocidas por 67,6% de los encuestados y el 32,4% no las conoce, destacándose el 48,3% del área de Cirugía.

A la hora de investigar tienen claro el 81,4% de los encuestados que debe darse prioridad a la *prevención* el 17,2% opina que se debe investigar *sin prioridades*, los que están más de acuerdo con la primera afirmación son los de Traumatología con

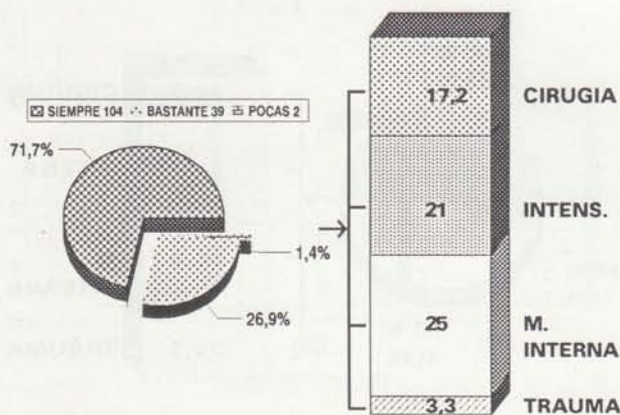


Gráfico 7. Se toman medidas preventivas.

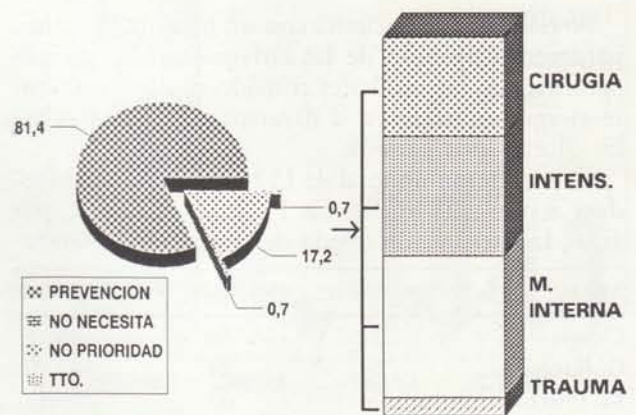


Gráfico 9. Prioridades de la investigación.

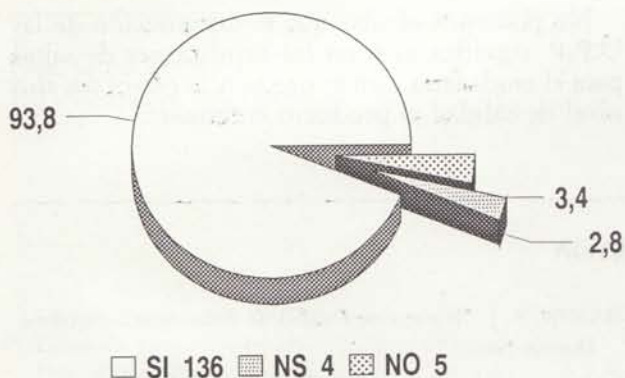


Gráfico 10. Les parece apropiado realizar controles de calidad.

el 93,3% de todo el área y los que lo están con la segunda los de C. Intensivos con el 25% (gráf. 9).

Les parece apropiado realizar controles de calidad además de con las úlceras por presión con otros problemas derivados de cualquier actividad de enfermería, prácticamente la totalidad de las personas encuestadas (136 de 145, es decir el 93,8%) (gráf. 10).

DISCUSION

Preocupa el hecho de que aún exista un 41,4% que no valora las úlceras por presión como un problema de calidad de los cuidados, esto ocurre mayoritariamente en Intensivos donde más de la mitad de las personas encuestadas así lo manifiestan, tal vez por fijarse más en el estado de los pacientes.

Nos satisface comprobar que más del 80% ve que el problema de las U.P.P. es la inmovilidad, habrá que determinar mejor porqué ese 20,8% de Intensivos valora la nutrición como el mayor problema o el 10% de Traumatología que cree que es la enfermedad de base.

La mayoría opina que al alta las úlceras han mejorado, esto es lo contestado y hay que creerlo, pero no obstante debemos investigar más al respecto.

Prácticamente la totalidad dice valorar el riesgo de los pacientes, lo mismo ocurre con la aplicación de medidas preventivas, no obstante consideramos que seguimos teniendo más úlceras de las deseadas,

por lo que habrá que valorar si las medidas que se están empleando son las apropiadas.

Está claro que en unas áreas es más útil la escala de riesgo de Norton que en otras. Mientras no se nos ocurra o llegue a nuestro poder otra más considerada por todos, seguiremos con la misma y con la valoración por necesidades.

La mayoría informa a los familiares del seguimiento y de las tareas que deben realizar para continuar con el cuidado de las úlceras por presión, no obstante seguiremos insistiendo en las unidades sobre la necesidad de aplicar dicha educación sanitaria. El hecho de que apenas se haga en C. Intensivos es obvio, por ir los enfermos hacia otras unidades y no a su domicilio.

Todavía el 32,4% dice no conocer los resultados de los controles de las U.P.P., por lo que habrá que insistir a las supervisoras de la importancia de una correcta comunicación.

La mayoría tiene claro que la investigación del problema de las U.P.P. debe orientarse prioritariamente a la prevención, apoyamos por lo tanto las iniciativas que se presenten al respecto.

Finalmente decir que nos satisface comprobar que casi la totalidad considera que se deben realizar controles de calidad en todas las actividades de enfermería.

CONCLUSIONES

Como conclusión final decirles que ya es importante considerar las úlceras por presión como un problema a solucionar en nuestro trabajo, pero habrá que proseguir dedicando muchas horas de nuestro quehacer a la prevención constante, a la investigación, al tratamiento y rehabilitación en pos de la satisfacción del usuario que tiene el derecho de exigirnos la máxima calidad de nuestra atención, por lo que debemos de asumir el reto de la responsabilidad no sólo de poner la estructura del control, sino que habrá que disminuir los índices todo lo posible.

Para todo ello es imprescindible que a través de la formación y de la labor constante de las distintas personas que asumimos la responsabilidad y gestión de los cuidados, así como de todos aquellos que en su actividad profesional diaria, tienen la ardua tarea de identificar, prevenir y tratar las distintas situaciones que favorecen la instauración de

XII las úlceras por presión, trabajemos de forma continuada por la prevención y la investigación en la identificación de medidas de control y acciones favorecedoras de un medio seguro para el enfermo.

No podemos olvidar que la disminución de las U.P.P. significa mejorar las condiciones de salud para el ciudadano y en consecuencia ofrece un alto nivel de calidad el producto enfermero.

BIBLIOGRAFIA

- ALLCOCK, N. "Interpretation of pressure-sore prevalence" Rev J Adv Nurs 1994; julio: 37-45.
- GOMEZ, P., et al. "Incorporación al plan de garantía de calidad total en atención sanitaria". Rev Notas de Enfermería 1990; 1 (Nov-dic): 5-12.
- LOADER, S., et al. "Consultancy Service that pays dividends. Setting up a pressure sore resource group". Rev Prof Nurse 1994; junio: 259-264.
- LOIS, F. "Las enfermeras responsables de la calidad de los cuidados de la salud". Novenas Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D. Santander, 1988: 101-119.

- MASON, E. J. "Normas de Calidad de Enfermería". Barcelona: Doyma, 1988.
- RIO, F. J. DEL. "Programación de la formación continuada en enfermería. Rev Notas de Enfermería.
- SIDERANKO, S.; YESTON, N. S. "Pressure sores no more: a quality improvement project". Rev J Nurs Care Qualt 1994; julio: 33-37.
- VUORI, H. V. "El control de calidad en los servicios sanitarios". Barcelona: Masson, 1991.
- DATOS DE LA MEMORIA DEL H. U. "MARQUES DE VALDECILLA". "Subdirección de Docencia y Control de Calidad". Santander, 1994.