J. M. González Ruiz*
E. Ayuso Gil**
E. Recuero Tejeda***
A. E. Rodríguez Oliva****
E. Díaz González*****
J. M. Blanco Rodríguez******

*Enfermero UCI. **Enfermera Geriatría. ***Enfermera Medicina Interna. ****Enfermera Cirugía. *****Enfermera Traumatología. ******Enfermero Coordinador Docencia-Calidad. Diplomados en Enfermería Hospital Universitario de Getafe (INSALUD-Madrid).

Correspondencia:
José Miguel González Ruiz
Avda. M.º Zambrano, 9, 3.º F
28903 Getafe (Madrid)
e-mail: jblanco@hugf.insalud.es

Monitorización de la incidencia y prevalencia de los pacientes con úlceras por presión en un hospital de agudos

Monitoring of the incidence and prevalence of patients with pressure ulcers in a hospital for acute patients

RESUMEN

En 1994 se formó un Grupo de Mejora de la Calidad que elaboró un Protocolo de Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión (UPP) aplicable a la población del Área n.º 10 (Atención Primaria y Especializada) del Insalud Madrid así como un método para monitorizar la incidencia y prevalencia de UPP. Presentamos ahora los resultados de dos estudios descriptivos prospectivos transversales realizados durante 16 meses (año 1999 y 4 meses de 2000): uno para conocer la incidencia y prevalencia de UPP en el Hospital y otro para valorar el grado de cumplimentación del Protocolo en las Unidades de Enfermería cuyos pacientes presentan riesgo de desarrollar UPP.
Los datos obtenidos son: Prevalencia Total de 4,11% e Incidencia de 2,33%.
Los datos obtenidos del grado de cumplimentación del Protocolo, son: la valoración del riesgo (E. Norton) se llevó a cabo en un 90,8% de los casos, la pauta de medidas preventivas en pacientes de riesgo (E. Norton < 14) se registró en un 92,7% y la cumplimentación media de los registros de

SUMMARY

In 1994 the Group for the Improvement of Quality was created which elaborated a Prevention and Treatment Protocol of pressure ulcers (PU) to be applied to the Insalud Area 10 (Primary and Specialized Care) population, Madrid, as well as a method for monitoring the incidence and prevalence of PU. We report here the results of two descriptive, prospective, cross-sectional studies performed for 16 months (year 1999 and four months in the year 2000): one study to know the incidence and prevalence of PU at hospital, and other to evaluate the adherence to the Protocol in the Nursing Units attending patients at risk of developing PU. The results obtained were: Overall prevalence 4.11% and incidence 2.33%.
The data obtained regarding adherence to the Protocol were: the evaluation of risk (Norton S.) was performed in 90.8% of cases, the guidelines of preventive measures in risk patients (Norton S. < 14) was recorded in 92.7% of cases, and mean adherence to PU evolution records was 85.6%.

evolución de UPP se situó en un 85,6%. Monitorizar la incidencia y prevalencia de UPP en el Hospital resulta sencilla en relación esfuerzos/resultados y como indicador de la atención de enfermería facilita la toma de decisiones ante desviaciones de los estándares.

PALABRAS CLAVE

Úlceras por presión; Monitorización de la calidad de las UPP; Incidencia y prevalencia UPP hospital de agudos.

Incidence and prevalence monitoring of PU at hospital is a simple task considering the effort/results ratio and as taken as indicator of nursing care it enhances the decision taking when deviations from the standards are observed.

KEY WORDS

Pressure ulcers; Care quality monitoring of PU. Incidence and prevalence of PU in a hospital for acutely ill patients.

INTRODUCCIÓN

Evaluar la calidad que se presta en las instituciones sanitarias se ha convertido en una exigencia ante una serie de factores culturales y sociodemográficos (1) que amenazan con disparar el gasto sanitario en las próximas décadas: envejecimiento progresivo, aumento de enfermedades crónicas, tecnología costosa, crecientes demandas de los servicios de salud... Eficiencia en la gestión, satisfacción del usuario/paciente y calidad total (2) son conceptos que conforman una filosofía para afrontar estos retos, todavía muy enmarcados dentro de un contexto de mercado, pero que obviamente requiere un abordaje diferente si creemos que la salud no es un producto que se compra y se vende, sino que requiere de la responsabilidad personal, social, y de los profesionales sanitarios. Elevar el nivel de salud de nuestra población, es una cuestión de eficiencia de las instituciones sanitarias, de políticas sanitarias justas, y de compromiso ciudadano.

Evaluar la calidad es medir (3), cuantificar el trabajo profesional comparándolo a través de criterios y estándares previamente establecidos que reflejen la buena práctica profesional; por ello es importante hacer una buena elección de los criterios (4). Esto requiere un cambio de cultura, y presupone la participación de todos los profesionales, de aquí que sea un proceso lento y costoso (4, 5). Sólo se dará calidad total, si cada profesional incorpora en su quehacer esta filosofía.

La calidad suele expresarse a través de indicadores; uno de los más utilizados para valorar la calidad de la atención de enfermería que se presta es la INCIDENCIA O PREVALENCIA de UPP, ya que la ausencia o presencia de lesiones por presión refleja la eficiencia de los cuidados más directos y básicos en el manejo del paciente; además es un indicador exigido por el INSALUD a los hospitales de la red sanitaria pública.

Estas lesiones, cuando no son prevenidas, pueden llegar a ser crónicas (6) y presentar importantes complicaciones (7), aumentando la complejidad de los cuidados en cualquiera de los niveles asistenciales.

No existe uniformidad en las estimaciones de incidencia y prevalencia en la literatura, ni estudios que ofrezcan la magnitud real de este problema en nuestro país y que algunos autores han calificado de verdadera patología oculta. Tomando como referencia un estudio epidemiológico realizado por J.J. Soldevilla y J.E. Torra i Bou en las instituciones sanitarias de la comunidad de La Rioja, la prevalencia de úlceras por presión se sitúa en los hospitales de agudos en un 12,26%, en las instituciones sociosanitarias un 12,84%, y en la comunidad es del 0,26% para el total de mayores de 65 años (8).

El mayor conocimiento de los factores de riesgo, el correcto manejo terapéutico, hoy apoyado por numerosos productos de eficacia demostrada (6, 9, 10), y los métodos de prevención, son instrumentos favorables para una adecuada prevención y tratamiento de estas lesiones que, por una parte, ocupan una gran parte del tiempo de enfermería y que por otro lado resultan muy cos-

tosas y dañinas para el paciente; numerosos estudios demuestran cómo la utilización de escalas de valoración del riesgo y la planificación de medidas preventivas conducen a la disminución de incidencia de lesiones por presión (11-13).

El presente trabajo, elaborado por el grupo de mejora de calidad de UPP del H.U. de Getafe, muestra la metodología aplicada y los resultados obtenidos en los dos últimos años en un intento de monitorizar las úlceras por presión.

Llegar hasta aquí ha sido un proceso que se inició en el año 1994 con el objetivo inicial de implantar una GUÍA DE UPP en A. Primaria y A. Especializada del Área X de Madrid, con el convencimiento de que la unificación de criterios y elaboración de protocolos permiten reducir la variabilidad en la práctica y mantener los mismos cuidados en el hospital y en el domicilio; una vez elaborada, su proceso de implantación en el Hospital incluyó: elaboración de registros, información a las unidades de hospitalización, actividades formativas (cursos sobre cuidados de heridas). Todas las unidades contaban con un coordinador sobre el tema que servía de enlace entre la Unidad y el grupo de mejora. La evaluación, inicialmente, se realizaba mediante cortes de prevalencia semestrales.

El grupo de mejora se fue consolidando y se encargó de diseñar y monitorizar el programa de Mejora de la Calidad de la Atención de Enfermería en las UPP, que contempla los siguientes objetivos:

- Prevención de aparición de UPP.
- Curación de las UPP por estadios, según protocolo.
- Crear registros específicos de seguimiento del Programa.
- Establecer criterios de calidad en cuanto a detección, prevención y curación.

Los resultados en los dos primeros años (1997-98) no fueron siempre satisfactorios por la ausencia de datos y falta de colaboración, por ello el grupo de calidad fue introduciendo progresivamente medidas de mejora en los registros hasta conseguir un enfoque metodológico sencillo que nos permitió la monitorización de las UPP.

El Hospital Universitario de Getafe es el de referencia de Atención Especializada del Área X de la Comunidad de Madrid; cuenta con 650 camas (actualmente 550 en funcionamiento), con docencia pre y post grado. La población atendida alcanza las 250.000 personas repartidas en 13 municipios, de los cuales los de mayor población son Getafe, Parla y Pinto.

El hospital ofrece, para cubrir las necesidades de la población, Servicios Médico-Quirúrgicos, Materno-Infantiles, Psiquiátricos y es centro de referencia nacional de Quemados; cuenta con prácticamente todos los Servicios médicos, excluyendo los de Cirugía Cardíaca.

METODOLOGÍA

Objetivos

1. Conocer la Incidencia y Prevalencia de pacientes con UPP en el Hospital.
2. Conocer la Incidencia y Prevalencia de pacientes con UPP en cada Unidad de Riesgo.
3. Establecer estándares para la mejora continua de la calidad.
4. Conocer el grado de cumplimentación del protocolo de prevención y tratamiento de las UPP a través de sus registros.

Se han realizado dos estudios descriptivos prospectivos de cortes transversales (un primer estudio para los objetivos 1, 2 y 3, y otro para el 4) en las Unidades de riesgo, durante los meses de enero de 1999 a abril de 2000 (16 meses).

Primero se diseñó un registro (tabla 1) en el cual las Supervisoras de las Unidades de riesgo, registraban un día a la semana los siguientes datos: n.º de pacientes ingresados ese día, n.º de pacientes con riesgo de desarrollar UPP (Norton < 14), n.º de pacientes con UPP (distinguiendo entre las intra y extra hospitalarias) y N.º de historia clínica de los pacientes con UPP. Estos registros eran enviados mensualmente al grupo de mejora.

A fin de dejar una puerta abierta a la comparabilidad de los datos (13) creemos necesario precisar:

- Para la valoración del riesgo optamos por la escala de Norton por ser la más conocida en nuestro medio hospitalario y también adoptada por el INSALUD.
- Consideramos Unidades de riesgo todas

Tabla 1. Control de incidencia mensual de UPP

MES		ENERO				FEBRERO	MARZO
DÍA		8	15	22	29		
N.º PACIENTES INGRESADOS		45	44	40	46		
N.º PACIENTES DE RIESGO		7	12	8	6		
N.º PACIENTES CON UPP		0	1	2	1		
N.º PACIENTES CON UPP PRODUCIDAS	UNIDAD	0	1	1	1		
	OTRA UNIDAD	0	0	0	0		
	EXTRA HOSPITALARIAS	0	0	1	0		
N.º DE HISTORIA DE PACIENTES QUE DESARROLLAN UPP			21114	21114	21114		
				21455			

aquellas Unidades de Enfermería que por las características de los pacientes ingresados son más susceptibles de desarrollar UPP, en total 10 unidades (tabla 2).

• Se excluyeron las siguientes Unidades: Tocoginecología, Pediatría, Neonatos, Cirugía plástica, ORL, Hemodiálisis, Urgencias Generales y Pediátricas, Quirófano y Psiquiatría por presentar sus pacientes, en general, un escaso riesgo de UPP.

Primer estudio. Calidad de resultados

Para valorar la prevalencia de pacientes con UPP intra y extrahospitalarias hemos utilizado la mediana, la moda absoluta y la media (en porcentaje y con su desviación típica) de todos los cortes de prevalencia realizados (tabla 3).

Para valorar la incidencia de pacientes con UPP (posible gracias al registro del n.º de historia clínica del paciente con UPP y a la información proporcionada por el servicio de admisión sobre el n.º de enfermos ingresados en cada período), hemos utilizado la tasa de incidencia. Cada vez que aparecía un paciente con UPP con número de historia no registrado previamente, le considerábamos como incidencia.

Hemos valorado estos datos en cada unidad individualmente y su suma en el conjunto del hospital.

Tabla 2. Unidades incluidas en el estudio

UNIDAD DE ENFERMERÍA	SERVICIOS MÉDICOS
E4A	Traumatología
E4B	Urología, C. Vascular y Neurocirugía
E3A	Geriatría
E3B	M. Digestiva, Oncología y Hematología
E3C	M. Interna, Neumología y Endocrino
E3D	Medicina Interna
E2C	Cardiología, Nefrología y C. Gral
E2D	Cirugía General y Digestivo
UCI	Cuidados Intensivos
UGQ	Grandes Quemados

Tabla 3. Variables empleadas en el estudio de la calidad de resultados

PARÁMETRO	DEFINICIÓN	FÓRMULA
Prevalencia de pacientes con úlcera por presión intrahospitalaria	N.º de pacientes que en cada corte tiene UPP intrah. (N.º PI), entre el n.º de pacientes ingresados en cada corte.	□ N.º PI / □ N.º Pacientes Ingresados x 100
Prevalencia de pacientes con úlcera por presión extrahospitalaria	N.º de pacientes que en cada corte tiene UPP extrah. (N.º PE), entre el n.º de pacientes ingresados en cada corte.	□ N.º PE / □ N.º Pacientes Ingresados x 100
Incidencia de pacientes con UPP	N.º de pacientes nuevos con UPP en el tiempo de estudio (N.º PUPP), entre el n.º de pacientes ingresados en ese período de tiempo.	□ N.º PUPP / □ N.º Pacientes Ingresados x 100
Mediana	Mediana del número de pacientes con UPP en todos los cortes.	Md = posición 50% de los cortes
Moda	N.º de enfermos con UPP más repetido en todos los cortes.	Mo = valor más repetido en todos los cortes

Segundo estudio. Calidad de proceso

El grupo de mejora realizó tres cortes en fecha aleatoria (exceptuando el verano) y sin previo aviso para revisar las historias de enfermería de todos los pacientes ingresados ese día en las Unidades de riesgo. Se evaluaron: la *Hoja de Valoración al Ingreso,* el registro *de Planificación de Cuidados y la Hoja de Evolución de UPP.*

Se valoraron y registraron los siguientes parámetros:

• De todos los pacientes ingresados, si estaba registrada la valoración al ingreso del riesgo de desarrollar UPP (puntuación de E. Norton) en todas las unidades (excepto UCI y UGQ, ya que no existe hoja de valoración al ingreso en estas unidades y tampoco se considera la escala de Norton útil para distinguir el riesgo en este tipo de pacientes (14-18); por lo tanto consideramos a todos los pacientes de estas 2 unidades como de riesgo).

• En aquellos que tenían riesgo (Norton < 14), se valoró que tuvieran pautados en la hoja de planificación de cuidados, al día de la fecha, alguna medida preventiva (cambios posturales, colchón antiescaras, hidratación, protección de puntos de apoyo...).

• En aquellos que tenían UPP, además de los apartados anteriores se valoró que tuviera al día el registro de curas de UPP.

• Finalmente, si tenía UPP y el registro al día, se valoraba el grado de cumplimentación del mismo, anotando si constaban 8 criterios elegidos de la hoja de registro: identificación del paciente, puntuación de la escala de Norton, fecha de ingreso, fecha de aparición de la UPP, localización, medida y extensión de la UPP y cambios posturales.

Tabla 4. Características del estudio de calidad de proceso

DIMENSIÓN ESTUDIADA	Calidad Científico Técnica
PROFESIONALES EVALUADOS	Enfermeras/os
TIPO DE REVISIÓN	Interna
TIPO DE DATOS	Proceso
TIPO DE ESTUDIO	Concurrente
TIPO DE CRITERIOS	Explícitos y normativos
UNIDADES DE ESTUDIO	Unidades de riesgo

En la tabla 4 se puede observar el diseño del estudio.

Para medir este objetivo "Conocer el grado de cumplimentación del protocolo de prevención y tratamiento de las UPP a través de sus registros", hemos utilizado los siguientes indicadores: porcentaje de pacientes con valoración del riesgo realizada al ingreso, porcentaje de pacientes con riesgo que tenían pautadas medidas preventivas, porcentaje de pacientes con UPP con el registro al día y grado de cumplimentación (en porcentaje) de ese registro.

Por último quisiéramos resaltar que dada la naturaleza descriptiva del estudio no hemos encontrado necesario pasar el estudio por un comité ético. Sí hemos codificado la identificación de los pacientes (necesaria para seguir los casos de incidencia) con el fin de preservar su intimidad.

Tabla 5. Prevalencia de pacientes con UPP intrahospitalaria (IH)

UNIDAD	MEDIA/DT (%)	MEDIANA	MODA
E4A	1,78/0,26	0	0
E4B	1,79/0,23	1	0
E3A	0,97/0,13	0	0
E3B	1,48/0,19	0	0
E3C	1,33/0,17	0	0
E3D	1,78/0,25	0	0
E2C	1,02/0,13	0	0
E2D	1,66/0,22	0	0
UCI	9,90/1,25	3	3
UGQ	25,73/3,24	1	1
HOSPITAL	2,30/0,09	7,5	6

RESULTADOS

Primer estudio

Se obtuvieron 590 cortes entre las 10 unidades de riesgo, en las que se valoraron pacientes en 19.592 ocasiones. Se detectaron UPP en 594 casos (3,03%).

De cada unidad se obtuvo una media de 59 cortes en los 16 meses de estudio, y la moda y mediana de cortes por mes fue de 4.

La prevalencia media de pacientes con UPP intrahospitalarias (tabla 5), ha sido de 2,30% (d.t. 0,09%), siendo la mediana y la moda absoluta de 7,5 y 6 pacientes con UPP por corte respectivamente. Por unidades, la mayor prevalencia se encontró en UGQ y en UCI, equilibrándose en el resto de unidades. La mediana y la moda absolutas, para cada corte, han sido mayores también en UCI y UGQ, destacando también la unidad E4B con una mediana de 1.

La prevalencia de pacientes con UPP extrahospitalarias (tabla 6), ha sido de un 1,17% (d.t. 0,04%) siendo la moda y la mediana absoluta de 5 pacientes con UPP por corte. Por unidades, la mayor incidencia se ha encontrado en Geriatría, seguida de Medicina Interna y la unidad E4B. La mediana ha sido más alta en Geriatría y la moda sólo ha sido significativa en Medicina Interna.

La prevalencia total en el conjunto del Hospital (tabla 7), ha sido de un 4,11% (d.t. 0,16%). La mediana y la moda absoluta han sido de 12,5 y 13 pacientes con UPP por corte. Por unidades, la mayor prevalencia se ha dado en UGQ, UCI, Geriatría y Medicina Interna. La mediana y moda absolutas han sido mayores en

Tabla 6. Prevalencia de pacientes con UPP extrahospitalaria (EXH)

UNIDAD	MEDIA/DT (%)	MEDIANA	MODA
E4A	0,83/0,12	0	0
E4B	1,44/0,18	0	0
E3A	4,44/0,58	2	0
E3B	0,89/0,11	0	0
E3C	0,68/0,09	0	0
E3D	1,73/0,24	1	1
E2C	0,26/0,03	0	0
E2D	0,60/0,08	0	0
UCI	0,39/0,05	0	0
UGQ	0,33/0,04	0	0
HOSPITAL	1,17/0,04	5	5

UCI y Geriatría, seguidas de UGQ, Medicina Interna y E4B.

La incidencia de pacientes con UPP (tabla 8), ha sido de un 2,33%. Por unidades ha sido mayor en UCI y UGQ, seguidos de Geriatría.

Segundo estudio

Se realizaron tres cortes en el hospital: mayo, junio y diciembre; en total se revisaron 848 historias (289, 275 y 284 en cada corte).

Tabla 7. Prevalencia total de pacientes con UPP (IH + EXH)

UNIDAD	MEDIA/DT (%)	MEDIANA	MODA
E4A	2,61/0,27	0	0
E4B	3,22/0,29	1	1
E3A	7,91/0,73	2	3
E3B	2,36/0,21	11	0
E3C	2,01/0,18	1	0
E3D	4,54/0,44	1	1
E2C	1,28/0,11	0	0
E2D	2,26/0,21	1	0
UCI	16,37/1,46	3	3
UGQ	26,06/2,32	1	1
HOSPITAL	4,11/0,16	12,5	13

Tabla 8. Incidencia de pacientes con UPP extrahospitalaria (%)

UNIDAD	N.º PTES. NUEVOS CON UPP	N.º PTES. INGRESADOS	INCIDENCIA
E4A	35	2.131	1,64
E4B	38	2.708	1,40
E3A	105	1.931	5,43
E3B	23	2.022	1,13
E3C	37	2.414	1,53
E3D	45	1.715	2,62
E2C	20	2.520	0,79
E2D	32	2.460	1,30
UCI	82	1.045	7,84
UGQ	29	128	22,65
HOSPITAL	446	19.074	2,33

De todas las historias revisadas, un 84,78% (n = 719) tenían registrada al ingreso la valoración del riesgo (escala de Norton) (tabla 9). Por unidades, el mínimo estuvo en un 80,4% y el resto estuvo por encima de la media. En total se detectaron 179 pacientes de riesgo (un 24,8% sobre el total de pacientes valorados).

En cuanto a la prevención, un 92,7% de los pacientes con riesgo de desarrollar UPP (n = 166), tenían pautada alguna medida preventiva. Por unidades el mínimo se estableció en un 33,3% y 6 unidades estuvieron por encima de la media.

El número total de pacientes con UPP encontradas en las tres valoraciones fue de 33 (un 3,8% de los pacientes valorados). Fue en Geriatría donde más UPP se encontraron, seguidas de UCI y Medicina Interna.

En cuanto al grado de cumplimentación, la media de todos los registros fue de un 85,6%.

Por unidades, en todas se superó el 80% de detección del riesgo. En cuanto a la prevención, 3 unidades (E3B, E3C y E2D) no llegaron al 80%. El mayor número de pacientes con UPP se encontró en Geriatría, Medicina Interna y UCI. La cumplimentación media de los registros superó el 80% en todas las unidades salvo en la E2C y E2D.

DISCUSIÓN

Se eligió como indicador el número de pacientes que presenta UPP en vez del número de UPP por ser más estable y, a nuestro juicio, mejor indicador de resultados de la actuación de enfermería. (Es más difícil evitar que un paciente con muchos factores de riesgo desarrolle múltiples UPP que evitar que pacientes con riesgo moderado desarrollen una UPP.)

En cuanto al estudio 1, la prevalencia total nos indica unos niveles más bajos que los encontrados por J.J. Soldevilla (8) en un centro de agudos en La Rioja.

En general podemos decir que la prevalencia en las unidades de riesgo y por tanto en el conjunto del Hospital no son elevadas.

La incidencia ha sido de un 2,33%, ligeramente superior a la de un estudio similar en Barakaldo (13), si bien en este estudio no se especifica qué unidades se incluyeron o excluyeron del estudio. Además detectamos, *a posteriori*, que nuestra incidencia podría estar sobreestimada al poderse considerar pacientes nuevos con UPP (incidencia) a aquellos que ingresaban con una UPP procedente de domicilio.

Por unidades, la prevalencia en UCI es similar e incluso inferior a la detectada en otros estudios (6, 19, 20) Desconocemos datos de incidencia o prevalencia de otras unidades de Grandes Quemados, por lo que no podemos compararnos con una unidad similar.

La alta prevalencia en geriatría se asemeja a la de estudios en residencias y unidades de alto riesgo (21-23).

En cuanto al segundo estudio, la mayor parte de los pacientes fueron valorado al ingreso y posteriormente se les pautaron mediadas preventivas. La cumplimentación media también superó el 80%; destacar los resultados por unidades, en los que la E2C, E2D y E3C no han superado el 60% bien en la prevención, bien en la cumplimentación.

La unidad E3C no tuvo ninguna UPP en los 3 cortes por lo que se obviaron las siguientes valoraciones. La E2C es la unidad con más baja incidencia y prevalencia, y la E2D es la tercera unidad con más baja prevalencia e incidencia. Quizá por ello, sus malos resultados puedan achacarse a una escasa sensibilización o información sobre las UPP debido a su escasa incidencia.

CONCLUSIONES

Los dos estudios sólo pretendían sentar las bases para la monitorización de los cuidados de enfermería relacionados con la detección del riesgo, prevención y tratamiento de las UPP.

El método para monitorizar la incidencia y prevalencia de las UPP nos pareció sencillo y con una adecuada relación esfuerzo/resultados; con éste método (1 corte por semana), sólo se nos escaparán UPP que aparezcan en un plazo inferior a ese tiempo o salgan de nuestro estudio por éxitus o alta.

Los indicadores obtenidos a nivel del hospital no nos parecen elevados y sí nos parecen adecuados para iniciar y establecer unos estándares a mantener o reducir en el tiempo.

Hemos detectado aún así, dos problemas:

– Se puede sobreestimar la prevalencia de UPP extrahospitalarias si las enfermeras consideran como tal aquella con la que el paciente viene del domicilio y que quizá se originó en el Hospital en una estancia anterior.

– En la incidencia de pacientes nuevos con UPP quizá se incluyeron los que vinieron con ella de domicilio.

El primer problema no nos parece preocupante, pues como indicador de calidad sólo nos interesa saber el número de pacientes con nuevas UPP desarrolladas en el Hospital (incidencia).

El segundo nos lleva a introducir una modificación en el registro mensual que cumplimentan las supervisoras, creando un espacio nuevo para reflejar el número de historia de los pacientes nuevos con UPP intrahospitalaria distinto de los que tienen UPP extrahospitalaria.

Para finalizar, diremos que la prevalencia total de UPP nos parece más indicador de cargas de trabajo que de calidad de asistencia, al no poder distinguir con este método claramente las UPP nuevas desarrolladas en las unidades.

La moda y mediana absoluta de los cortes no nos ha proporcionado suficiente información.

La incidencia sí nos parece un buen indicador de la calidad de los cuidados prestados por las en-

Tabla 9. Cumplimiento del protocolo. Datos globales del hospital

UNIDAD DE ENFERMERÍA	DETECCIÓN DEL RIESGO	PREVENCIÓN	N.º UPP	CUMPLIMENTACIÓN REGISTRO (*) EVOLUCIÓN DE UPP
E4A Traumatología N=83	84,3% n=70	100% N=14	N=3	N=2 100% N=1 62,5%
E4B Urología C. Vascular Neurocirugía N=113	100% n=113	100% N=12	N=4	N=3 100% N=1 87,5%
E3A Geriatría N=73	91,7% n=67	97,3% N=38 n=37	N=8	N=5 100% N=1 62,5% N=1 75% N=1 87,5%
E3B M. Digestiva Oncología Hematología N=95	87,36% n=83	71,4% N=14 n=10	N=3	N=2 100% N=1 87,5%
E3C M. Interna Neumología Endocrino N=97	80,4% n=78	55,5% N=9 n=5	–	–
E3D Medicina Interna N=124	99,19% n=123	100% N=26	N=5	N=5 100%
UGQ Grandes Quemados N=16	–	100% N=16	N=1	N=1 100%
UCI N=41	–	97,5% N=41 n=40	N=5	N=2 100% N=2 87,5% N=1 75%
E2C Cardiología Nefrología C. Gral y Digestivo N=95	90,52% n=86	83,3% N=6 n=5	N=1	N=1 50%
E2D C. Gral. y Digestivo N=111	89,18% n=99	33,3% N=3 n=1	N=3	N=2 75% N=1 62,5%
TOTAL N=848	84,78% n=719	92,7% N=179 n=166 (24,89%)	N=33 (3,8%)	85,6%

fermeras en sus unidades o en el conjunto del hospital, con vistas a establecer futuros estándares de cuidados por unidad y conjunto del hospital.

En el futuro nos parecería adecuado reflejar el *grado* de las UPP como otro importante indicador de calidad.

AGRADECIMIENTOS: Queremos agradecer a todas las supervisoras de Unidad su colaboración e implicación en este proyecto y a todo el personal de enfermería del hospital su esfuerzo continuo por prestar una atención de calidad a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. O.M.S. Serie de Informes Técnicos n.º 829, "Evaluación de los cambios recientes en la financiación de los servicios de salud"; 1993.
2. González Linares, RM. "La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial". Calidad Asistencial 1999;14:273-278.
3. Fundación A. Donabedian. "Manual para equipos de mejora de calidad"; 1996.
4. Donabedian A. "Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial" (2.ª parte). Control de calidad asistencial 1991;6(2):31-39.
5. Ishikawa K. "Introducción al control de calidad". 40-70. Ed. Díaz de Santos, S.A.; 1994.
6. Guía de Práctica Clínica "Tratamiento de las Úlceras por presión". U.S Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policyand. Ed. Española, 1996.
7. Tomás Vidal AM, Sánchez Flores MI, et al. "Úlceras por presión". ¿Son realmente un problema? Enfermería Clínica 1992;2:24-31.
8. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. "Epidemiología de las úlceras por presión en España". Estudio piloto en la Comunidad de La Rioja. Gerokomos/Helcos 1999;10(2):75-87.
9. Sáez de Parayuelo V, López P, et al. "Prevención de úlceras por presión con un apósito hidrocoloide extrafino". Enfermería Clínica 1996;6:243-249.
10. Torra i Bou JJ, JE. "Tratamiento de úlceras por presión a domicilio". Rol de Enfermería 1995;205:23-30.
11. Barbero Juárez FJ, Villar Dávila R. "Mejora continua de la calidad en las lesiones por presión mediante valoración del riesgo de aparición". Enfermería Clínica 1999;9(4):141-150.
12. Grupo de Enfermería del Institut Catalá de la Salut: "Úlceras por presión: método de consenso como estrategia de mejora de la calidad asistencial". Enfermería Clínica 1998;8(3):110-115.
13. San Sebastián Domínguez JA, Granadero Piris E, et al. "Método para establecer indicadores de calidad de los cuidados de enfermería de las úlceras por presión". Enfermería Clínica 1993;3(3):243-251.
14. Cubbin B, Jackson C. "Trial of a pressure area risk calculator in an intensive care unit". Intensive Care Nursing 1991;7(1):40-44.
15. Pajariño Gallego B, Ruiz García ML y Rizo Alfaro P. "Valoración y planificación de cuidados preventivos de las úlceras por presión". Enfermería Clínica 1993;3:251-254.
16. Weststrate JTM, Hop WCJ, Aalbers AGJ, Vreeling AWJ, Bruining HA. "The clinical relevance o) f the Waterlow pressure sore risk scale in the ICU". Intensive Care of Medicine 1998;24:815-820.
17. Lowery MT. "A pressure sore risk calculator for intensive care patients: The Sunderland experience". Inten. and crit. care nurs. 1995;1:344-353.
18. Hunt J. "Application of a pressure area risk calculator in an intensive care unit". Intensive and Critical Care Nursing 1991;9:226-231.
19. Ignacio García E, Herreros Rubiales M, Delgado Pacheco J, et al. "Incidencia de las úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos". Enfermería Intensiva 1997;8: 157-164.
20. Nieto Carrilero R, Carrilero López C, Galdón Muñoz D, Cantos Gutiérrez C, González García F. "Estudio descriptivo y análisis de úlceras por presión en UCI". Enfermería. Científica 1999;206-207:38-46.
21. Allman RM, Goode PS, Patrick MM, et al. "Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation". JAMA 1995;273(11):865-870.
22. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, et al. "Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses and presciption of preventive interventions". Journal of American Geriatrics Society 44(1):22-30.
23. Brandeis GH, Oii WL, Monir, et al. "A longitudinal study of risk factors associated with the formation of pressure ulcers in nursing homes". Journal of American Geriatrics Society 1994;42(4):388-393.