

Entrevista realizada por: Joan-Enric Torra i Bou
Subdirector del GNEAUPP. Unidad Interdisciplinaria de Heridas Crónicas. Consorci Sanitari de Terrassa.

Entrevista con la Sra. Nancy Bergstrom, coautora de la *Escala de Braden* para la valoración del riesgo de presentar úlceras por presión

47

La Sra. Nancy Bergstrom visitó recientemente la ciudad de Barcelona. Durante su visita tuvimos la ocasión de invitarla a visitar la "Unidad Interdisciplinaria de Heridas Crónicas" del Consorci Sanitari de Terrassa en donde estamos realizando un proyecto becado por el FIS para comparar en pacientes ingresados en la UCI del Hospital de Terrassa la sensibilidad y la especificidad de las Escalas de Braden y Norton así como la aplicación sistemática de un protocolo de prevención de úlceras por presión.

Fruto de esta visita es la entrevista que a continuación publicamos.

La *Escala de Braden*, de la que la Sra. Bergstrom es coautora, es utilizada en muchas instituciones sanitarias de los Estados Unidos y de todo el mundo, fue publicada por primera vez el año 1987 (1) y recientemente ha sido traducida al castellano (2). Juntamente con la *Escala de Norton* es una de las dos escalas de valoración de riesgo que recomienda la *Guía de Práctica Clínica para la Prevención de las úlceras por presión* de la American Health Care Policy Research (AHCPR) (3).

En relación con su formación, la Sra. Bergstrom tiene un doctorado en investigación clínica de enfermería por la Universidad de Michigan y un máster en enfermería médico-quirúrgica por la Universidad de Loma Linda. Desde el principio de su trayectoria profesional ha estado especialmente interesada en temas de rehabilitación, especialmente en la prevención de aquellos problemas que pueden reducir los períodos de rehabilitación.

Por lo que hace a su actividad actual, la Sra. Bergstrom nos comenta que trabaja como deca-

na asociada (Associate Dean) para los programas de postgrado en enfermería en el University of Nebraska Medical Center.

Pregunta: ¿Cree usted que las úlceras por presión son sólo un "problema" de enfermería?

Respuesta: Las UPP son un problema interdisciplinar. A las enfermeras, al estar mucho más tiempo con los pacientes que otros profesionales de la salud, se les ha asignado frecuentemente la responsabilidad de este problema.

Pregunta: ¿Son las UPP consideradas como un problema en todos los niveles asistenciales de su país?

Respuesta: En los Estados Unidos las UPP son un problema en todos los niveles asistenciales;

esta es la razón por la que vemos UPP en hospitales generales y hospitales especializados, en centros de rehabilitación, en centros sociosanitarios y en la comunidad en pacientes de atención domiciliaria.

Pregunta: ¿Están en su país todos los profesionales que integran el equipo de salud involucrados en el problema de las UPP?

Respuesta: La organización de equipos para el cuidado de la piel (Skin Care Team) es muy variable en las diferentes instituciones. Cada equipo para el cuidado de la piel está formado por aquellas disciplinas profesionales de las instituciones que perciben la necesidad de prevenir las UPP.

En un contexto ideal, este equipo debería contar con una representación de la enfermería, de la medicina, terapia física y/o ocupacional, dietistas y otros miembros del equipo asistencial.

Pregunta: ¿Le importaría hablarnos del impacto de las UPP en su país? (a nivel de enferme-



48 ría, pacientes, aspectos legales, aspectos económicos...).

Respuesta: Esta es una cuestión muy importante. En un estudio desarrollado por un economista de la salud para el equipo que redactamos la *Guía para el tratamiento de las UPP* de la AHCPR (American Health Care Policy Research), se estimó un gasto anual aproximado de entre 1.300 y 6.800 millones de dólares anuales en el tratamiento de UPP secundarias a fracturas de fémur, así como para el tratamiento hospitalario de pacientes ingresados con motivo de padecer UPP como problema primario.

Sin lugar a dudas que nos encontramos ante una enorme sangría financiera para el Sistema de Salud, todo y teniendo en cuenta que esta estimación excluía a los pacientes con UPP tratadas en sus domicilios, en centros sociosanitarios o UPP secundarias a otros problemas de salud de los pacientes.

Si nos centramos en los aspectos legales, hay tres hechos actuales a destacar. En primer lugar, las UPP son la causa de muchas acciones legales en los Estados Unidos; así, muchas familias de pacientes con UPP están poniendo en marcha acciones legales en las que se reclaman indemnizaciones de varios millones de dólares. Estas causas empiezan a tener su impacto en las previsiones económicas de las instituciones de salud.

En segundo lugar, y con más importancia que el punto anterior, hay en curso varias causas criminales contra propietarios y gestores de centros sociosanitarios en los que hay pacientes que han desarrollado UPP y han muerto por culpa de las mismas.

Por otra parte, las agencias gubernamentales que financian programas para el cuidado de personas mayores e indigentes están financiando actuaciones específicas en instituciones con elevada incidencia de UPP.

El impacto a nivel de la enfermería es muy difícil de estimar. En los Estados Unidos, muchas políticas de reducción de costes en el sistema de salud se han traducido en recortes en la dotación de personal de enfermería. Estas reducciones de plantilla nos permiten evidenciar que los esfuerzos en prevención no reciben el impulso que en realidad debieran. A nadie se le escapa que en muchas ocasiones una atención de enfermería de

calidad se ve comprometida con motivo de la disponibilidad de personal y recursos. Esta última afirmación es de gran importancia en la reducción del riesgo de las UPP.

Tampoco deberíamos olvidar que la persona que desarrolla una UPP tienen un cierto nivel de dolor y sufrimiento, de la misma manera que el tiempo necesario para que se cure la úlcera puede incrementar el tiempo de rehabilitación y alta del paciente, mientras que es prácticamente imposible determinar el coste que ello representa para los pacientes.

Pregunta: ¿Cuál cree que es el papel de la enfermería ante el problema de las UPP?

Respuesta: A mí me gusta pensar que la enfermera debería de ejercer un papel de liderazgo en la creación de equipos de cuidado de la piel, proveyendo formación técnica a los cuidadores, pacientes, y familiares.

Evidentemente la enfermería también tiene un papel clave en la identificación de pacientes en riesgo de desarrollar UPP, la planificación de medidas preventivas basadas en el riesgo de estos pacientes así como la planificación de los cuidados de los pacientes con UPP. Además, la enfermería también tiene que supervisar los cuidados que recibe el paciente y la concordancia de los mismos con aquello que se ha planificado. También tiene una gran importancia la vigilancia continua del estado de la piel de cada paciente para determinar que no se desarrollan UPP o que en caso de que existan UPP éstas cicatricen correctamente.

En último lugar me gustaría destacar el papel de la enfermería en una dimensión tan importante como la valoración de la calidad de los cuidados así como la mejora de la calidad en los servicios e instituciones.

Pregunta: ¿Piensa que la *Escala de Braden* ha cambiado el trabajo de la enfermería en su país?

Respuesta: La *Escala de Braden* para la predicción del riesgo de UPP (desarrollada, probada y registrada por Barbara Braden y Nancy Bergstrom) es ampliamente utilizada en los Estados Unidos y en otros países. La *Escala de Braden* enfatiza en la prevención de riesgos identificando a los pacientes que están en situación de riesgo y clarificando los factores específicos de riesgo en contraposición a lo que podría ser la mera apli-

cación de un amplio e inespecífico protocolo de valoración.

Pregunta: ¿Qué podría explicarnos sobre el proceso de desarrollo de la *Escala de Braden*?

Respuesta: La *Escala de Braden* fue inicialmente desarrollada en el marco de un proyecto de formación en residencias de ancianos a principios de los años 80. Lo que diferenció a la *Escala de Braden* de otras escalas desarrolladas durante aquel período fue el alcance de la investigación que se desarrolló para establecer la sensibilidad, especificidad y valores de predictibilidad de la escala. La escala ha sido validada por nosotras, pero también ha sido ampliamente validada por enfermeras en diferentes instituciones clínicas de los Estados Unidos y del extranjero. Es la única escala de valoración de riesgo que ha sido validada de una manera tan extensa.

Pregunta: ¿Y qué nos podría decir acerca de su implementación?

Respuesta: La *Escala de Braden* fue validada por enfermeras clínicas especialistas en muchas instituciones, quienes utilizaron un mismo protocolo de trabajo que dió cabida a sus aportaciones y sugerencias. Inicialmente nosotras analizamos sus datos, calculamos la sensibilidad y la especificidad y les enviamos por escrito los resultados correspondientes a cada una de las instituciones participantes. A partir de este momento cada institución tuvo que decidir (sin que nosotras influyésemos) si utilizaban o no la *Escala de Braden*. Tuvimos más de 2.000 peticiones de permiso para utilizar la escala hasta que a principios de los 90 dejamos registrar las peticiones. Los estados de Maine y de Florida han establecido la obligatoriedad de usar la *Escala de Braden* en cualquier residencia de ancianos que reciba fondos del Medicare (Programa federal para la financiación de la atención sanitaria a los ancianos en los Estados Unidos). Por otra parte existe un gran número de corporaciones de hospitales y de residencias de ancianos que también han pedido autorización para utilizar la *Escala de Braden*.

Pregunta: ¿De acuerdo con su experiencia, si usted tuviese que desarrollar una escala de valoración de riesgo ahora, qué cosas de los procesos de desarrollo e implementación variaría?

Respuesta: En este aspecto pensamos que la va-

lidación de una escala debe ser un proceso vivo y continuado y por ello hemos continuado estudiando nuestro instrumento. Por ejemplo, en una importante recogida prospectiva de datos planteamos la cuestión de que si algunos diagnósticos médicos, incluida la diabetes, podían ser factores de riesgo. En este sentido, no hemos encontrado resultados que nos sugieran la necesidad de cambiar la escala. Los diagnósticos no incrementan la sensibilidad y la especificidad de la predicción. Posteriormente nos centramos en estudiar si factores como el nivel de albúmina sérica incrementaban la predictibilidad de la escala, aunque los resultados que encontramos nos indicaron que la ingesta de alimentos es un predictor mucho más fuerte. Como puede ver, seguimos probando y validando nuestra escala.

Sobre este tema hay que destacar que uno debe sopesar si los factores predictores adicionales mejoran la predicción de la escala de manera proporcional al tiempo de más que se requiere para observarlos y registrarlos, o bien a los recursos financieros suplementarios que se requieren para casos como por ejemplo las analíticas complementarias. Nosotras no hemos encontrado ningún otro factor predictor cuya entidad sea suficientemente robusta como para proponer cambiar la escala.

Cuando pensamos acerca de la implementación, es posible que nosotras deberíamos haber escrito mucho más acerca de los procesos de implementación en una primera fase, sin embargo es muy importante destacar que ahora el tema está en manos de los profesionales clínicos quienes escriben desde sus propias experiencias.

Pregunta: ¿Podría explicarnos cuáles son las lenguas a las que su escala ha sido traducida?

Respuesta: La *Escala de Braden* ha sido traducida a idiomas como el japonés, chino, francés, italiano, holandés, islandés, castellano así como otras lenguas asiáticas y europeas. La escala tiene copyright y las personas interesadas en traducirla han de solicitar permiso. Es probable que algunas personas no nos hayan pedido autorización y existan traducciones en otras lenguas y dialectos.

Pregunta: ¿Qué recomienda a las enfermeras españolas sobre la utilización de escalas de valoración de riesgo?

Respuesta: Las recomendaciones para el uso de la *Escala de Braden* son las mismas para las enfermeras de España o las de cualquier otra parte del mundo. Nosotras creemos que los pacientes encamados o que permanecen en una silla deberían ser valorados sobre su riesgo de UPP al entrar en contacto con cualquier punto de acceso a los servicios de salud. Todas aquellas personas que sean clasificadas como de riesgo han de poder disponer de un plan de cuidados orientado a reducir los factores de riesgo y prevenir UPP. Las guías de práctica clínica de la AHCPR (American Health Care Policy Research) desarrolladas en los Estados Unidos proporcionan unas buenas directrices de prevención.

Pregunta: De acuerdo con lo que ha podido ver en su visita a Barcelona, ¿piensa que las enfermeras españolas tienen en relación con las UPP problemas similares a las de su país?

Respuesta: En mi opinión los pacientes en España tienen factores de riesgo similares a los de cualquier otro país. Lo que sí que puede variar de un país a otro son los factores de tipo ambiental, tipología de servicios y recursos disponibles para el cuidado de los pacientes. Ciertamente los productos disponibles para la prevención y el tratamiento de UPP varían de un país a otro. Sin embargo pienso que las enfermeras de cada país, con independencia de los recursos de que dispongan, deben de ejercer una clara opción de proveer los mejores cuidados que puedan para prevenir las UPP.

Pregunta: Y ya para acabar, y agradeciéndole de antemano su colaboración en la realización de esta entrevista, ¿Cuáles cree que son los retos en relación con las UPP a los que la enfermería se enfrenta durante el próximo siglo?

Respuesta: Los mayores retos, tanto para las enfermeras, como para el resto de profesionales de la salud, en relación con las UPP así como con otros

problemas, es el llegar a ser pensadores basados en evidencias y pensadores por sistemas. Me explicaré, el movimiento hacia la práctica clínica basada en evidencias nos exige utilizar evidencias (o hechos) para guiar nuestra praxis profesional. Los cuidados de salud serán más efectivos y más eficientes cuando las decisiones de la práctica asistencial estén basadas en las mejores evidencias. Esto requiere que los profesionales de la salud lleguemos a ser ávidos consumidores de los resultados de la investigación así como agentes activos de la recogida de información y su sistematización en nuestras realidades concretas para su uso en investigación que llegue al resto de la comunidad científica.

El reto de llegar a ser pensadores sistemáticos es también básico para conseguir unos mejores cuidados. Muchos estudios se hacen en contextos aislados; por ejemplo, no es suficiente saber que la superficie X es mejor que la superficie Y. También es importante tener una imagen global del tema, me explicaré, ¿bajo qué variaciones o modificaciones del cuidado es la superficie X mejor? Es del todo imprescindible que comprendamos y estudiemos también factores relacionados con el paciente, con el sistema, así como otros posibles factores. La corriente de opinión sobre la calidad asistencial nos ha enseñado que no son los individuos lo que fallan si no los sistemas. Está comprobado que un plan de cuidados puede que por sí mismo o aisladamente no sea adecuado, ya que como todos sabemos, puede que el plan de cuidados perfecto en teoría no pueda llevarse a la práctica por la falta de personal o la falta de superficies de control de la presión.

Estos elementos son muy importantes, pero está claro que debemos basarnos en evidencias y pensar siempre en la totalidad.

Muchas gracias Señora Bergstrom por su colaboración y sus interesantísimos comentarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987;3(4): 205-10.
2. Torra i Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. *Rev Rol Enf* 1997;224:23-30.
3. Bergstrom N, Allman RM, Carlson CE, et al. Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. Guideline report number 3. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 93-0013. May 1992.