

Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía

Protocols and documentation in prevention and treatment of pressure ulcers: the situation in Andalusia (Spain)

¹Pedro Luis Pancorbo Hidalgo

¹Doctor en Biología. Diplomado en Enfermería. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.

²Francisco Pedro García Fernández

²Diplomado en Enfermería. Unidad de Formación, Investigación y Calidad. Complejo Hospitalario de Jaén.

³Isabel María López Medina

³Licenciada en Antropología Social y Cultural. Diplomada en Enfermería. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.

⁴Jesús López Ortega

⁴*Bachelor in Nursing*. Diplomado en Enfermería. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.
Miembros del Grupo de Investigación Enfermería.

Correspondencia:

Pedro L. Pancorbo Hidalgo
Departamento de Ciencias de la Salud
Universidad de Jaén
Campus Las Lagunillas
23071-Jaén
E-mail: pancorbo@ujaen.es

Este estudio fue realizado con ayuda económica a la investigación del III Plan Andaluz de Investigación (Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía) al Grupo de Investigación "Enfermería" CTS 464.

RESUMEN

Objetivos: a) Determinar el grado de utilización en la práctica clínica enfermera de protocolos para la prevención y el tratamiento y escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP). b) Determinar el grado de utilización de registros específicos para documentar los cuidados. **Métodos:** Mediante muestreo aleatorio estratificado fueron incluidos en el estudio 11 hospitales, 36 centros de salud de Atención Primaria y 14 residencias sociosanitarias geriátricas de la red pública de Andalucía. Se utilizó un cuestionario autocumplimentado enviado a los responsables

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud de primer orden que afecta en nuestro país al 8,81% (IC95% 7,38-10,21%) de todos los pacientes ingresados en un hospital, según el 1^{er} Estudio Nacional de Prevalencia desarrollado en 2001 por el Grupo Nacional para el



220 de enfermería de las unidades o centros incluidos, con preguntas sobre indicadores epidemiológicos, protocolos, escalas de valoración del riesgo, documentación específica, materiales de prevención y productos para el tratamiento local de UPP. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados. **Resultados:** Se obtuvieron 60 cuestionarios válidos (tasa de respuesta del 65,9%). La mayoría (71,4%) de las unidades hospitalarias recoge algún indicador epidemiológico, mientras que sólo lo hace el 36,4% de las residencias geriátricas. La utilización de protocolos de prevención y/o de tratamiento es baja entre los centros de salud, y algo más elevada en los hospitales y residencias geriátricas. El uso de escalas de valoración del riesgo de UPP está poco extendido, ya que las utiliza el 28,6% de los centros de salud, el 50% de las unidades de hospitalización y el 45,5% de las residencias geriátricas. La escala más usada es la de Norton. Una amplia mayoría (90,9%) de residencias geriátricas utiliza sistemas de registro específicos para documentar los cuidados de prevención y tratamiento, mientras que sólo los usa un 39,3% de unidades hospitalarias. **Conclusiones:** El grado de implantación en la práctica clínica habitual de instrumentos para el cuidado preventivo y de tratamiento de las UPP, como son los protocolos, escalas e indicadores epidemiológicos, así como la documentación escrita de estos cuidados, es aún insuficiente en los tres ámbitos de atención estudiados: Atención Primaria, hospitalaria y socio-sanitaria.

PALABRAS CLAVE

Úlceras por presión, práctica clínica, escalas de valoración del riesgo, protocolos, documentación.

SUMMARY

Objectives: a) To determine the degree of use in the nursing clinical practice of protocols for the prevention and the treatment of pressure ulcers (PU), and the risk assessment scales. b) To determine the degree of use of specific records to document the care. **Methods:** Eleven hospitals, 36 primary care centres and 14 nursing homes were included by random stratified sampling. All the centres belonged to the public health or social services of Andalusia (Spain). A self-administered questionnaire was sent out to nursing managers of the units or centres. The questionnaire has questions about epidemiological index, protocols, risk assessment scales, specific record use and materials and products for prevention and local treatment of PU. A descriptive analysis of the results was carried out. **Results:** Sixty valid questionnaires were obtained (answer rate = 65,9%). Most (71,4%) of the hospital units recorded some epidemiological index, while only 36.4 % of the nursing homes made it. The use of prevention and treatment protocols is low among the primary care centres, and something higher in the hospitals and nursing homes. Risk

Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (1). Ello supone que en España diariamente se trate a 62.800 personas con UPP en los diferentes niveles asistenciales (2); es un problema que, en multitud de ocasiones, produce complicaciones que pueden acabar con la vida de los pacientes. Un reciente estudio ha encontrado más de 600 fallecimientos al año en España atribuidos a las UPP en los certificados de defunción, según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (3). Está claro que es un problema muy serio en el que es preciso una intervención enfermera adecuada, ya que hoy sabemos que la mayoría de las lesiones se puede prevenir. Algunos investigadores, como Pam Hibbs (citada por Waterlow (4)), aseguran que hasta el 95% de las lesiones es evitable con los cuidados y los recursos adecuados.

Actualmente contamos con numerosos documentos y guías de práctica clínica que orientan a las enfermeras clínicas y gestoras en la prevención y el tratamiento de las UPP. (5-8) Sin embargo, consideramos que son necesarios tres elementos para su implementación en la práctica diaria: a) un conocimiento adecuado de sus recomendaciones, b) suficiente motivación para aplicarlas, y c) disponibilidad de los instrumentos y recursos materiales necesarios.

Diversos estudios realizados tanto en España (9, 10) como en otros países (11-14) han demostrado que el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la prevención y el tratamiento de las UPP es mejorable,

48 *assessment scales were poorly used, since they were used in 28,6% of the primary care centres, 50% of the hospital units and 45,5% of the nursing homes. The Norton scale is mostly used. A wide majority (90,9%) of nursing homes used specific records to document cares, while only 39.3% of the hospital units used it. Conclusions: The degree of implementation in the customary clinical practice of instruments for preventive care and treatment of PU, such as protocols, scales and epidemiological index; as well as the written recording of these cares, is even insufficient in the three environments studied: primary care, hospitals and nursing homes.*

KEY WORDS

Pressure ulcers, clinical practice, risk assessment scale, protocols, documentation.

fundamentalmente por falta de actualización y por la persistencia de intervenciones incorrectas. Otros autores señalan que en muchos casos existe una falta de motivación para su aplicación, al no ser considerados los cuidados preventivos como una prioridad enfermera (15, 16).

Un recurso importante para la prevención y el tratamiento de UPP son los protocolos o planes de actuación concretos. Los protocolos son instrumentos para disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención sanitaria y, si están basados en resultados de investigación, mejoran la calidad de la misma. El desarrollo de protocolos para la prevención y el tratamiento de UPP ha experimentado un desarrollo constante en los últimos años. Como dato basta observar que se presentaron 6 comunicaciones sobre realización de protocolos en el Primer Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión en el año 1996 (17), mientras que en el V Simposio, del año 2004, se han presentado 16 (18). La protocolización de las intervenciones preventivas contribuye de forma notable a la disminución de la inci-

dencia de UPP. Saavedra Valdayo y cols., en pacientes de riesgo en atención domiciliar, encuentran una incidencia del 0% en el grupo al que se aplica un protocolo de prevención frente a un 72% de UPP entre el grupo al que no se aplica el protocolo (19). Sin embargo, hay relativamente pocos estudios que consideren el factor clave, el grado de seguimiento o adherencia de las enfermeras al protocolo. De nada sirve desarrollar un buen protocolo de prevención y tratamiento de UPP, si luego este protocolo queda en la estantería de la unidad y cada profesional aplica diferentes intervenciones o distintos tratamientos según su criterio individual. Una investigación amplia realizada en Holanda refiere un bajo seguimiento de las recomendaciones de prevención y tratamiento protocolizadas, con cifras de adherencia al protocolo que van entre el 33% y el 50% de las enfermeras encuestadas, según la intervención que se considere (20). La adherencia al protocolo puede mejorarse con medidas de formación aplicadas a las enfermeras de la unidad o centro; un estudio realizado

en un hospital universitario español 221 demuestra que las medidas de información sobre el protocolo (póster y sesiones formativas) mejoran la adherencia al protocolo de tratamiento, pasando del 67% en 2002 al 90% en 2003 (21). En otro estudio de seguimiento de pacientes ingresados en un hospital de media estancia, encuentran una adherencia al protocolo de tratamiento del 100% en cambios posturales y aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados, del 40% en uso de SEMP, y de 100% en la elección de apósitos para el tratamiento de UPP (22).

El grado de documentación en la historia clínica de los cuidados preventivos y de tratamiento realizados a los pacientes ha sido estudiado por diversos autores. Sharp y cols. en una encuesta sobre enfermeras de un área de salud en Sydney (Australia) encontraron que el 79% de las enfermeras afirmaba no utilizar escalas de valoración para valorar el riesgo, y sólo un 30% de enfermeras registraba en la historia clínica los cuidados de prevención y tratamiento (11). Otros autores, en EE.UU., encuentran un nivel de documentación en la historia de los cuidados de la piel del 62%, mejorando hasta el 96% tras una intervención educativa sobre las enfermeras (23). El bajo nivel de documentación de los cuidados es un problema generalizado que aparece en distintos países y en distintos contextos asistenciales (24-27). En España, en una investigación sobre 103 historias clínicas de pacientes con heridas crónicas en Atención Primaria encuentran que un 44,4% no utiliza registros en la valoración



222 ni el seguimiento, y un 69,4% no utiliza ninguna escala de valoración (28). Algunos autores proponen que la utilización de registros específicos para los cuidados a pacientes con UPP puede mejorar el grado de documentación (29, 30).

Con el objeto de mejorar la información existente, iniciamos un proyecto de investigación destinado a establecer el grado de conocimiento que tienen las enfermeras de las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica sobre prevención y tratamiento de las UPP y el grado de utilización en la práctica asistencial, sobre el uso de protocolos y escalas de valoración, el grado de documentación de los cuidados, así como la disponibilidad de recursos para la prevención y el tratamiento. Centramos el estudio en los centros sanitarios públicos de Andalucía (hospitales, centros de salud y residencias geriátricas o sociosanitarias asistidas).

OBJETIVOS

Dentro de este proyecto de investigación nos planteábamos conocer, desde un punto de vista tanto cualitativo como cuantitativo, los recursos para la prevención y el tratamiento de las UPP disponibles en los hospitales, residencias geriátricas asistidas y centros de salud andaluces.

Los objetivos específicos del estudio eran: a) Determinar el grado de implantación en la práctica de los protocolos de prevención y de tratamiento de UPP, así como de las escalas de valoración de riesgo. b) Determinar el grado de utilización de registros específicos para documentar los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación se enmarca en un estudio más amplio destinado a conocer el grado de conocimiento y la aplicación en la práctica clínica de las recomendaciones científicas actuales sobre prevención y cuidados de las úlceras por presión que tienen las enfermeras que trabajan en el sistema sanitario público de Andalucía. Se realizó un estudio piloto entre enero y junio de 2001; el período de recogida de datos del estudio comprendió desde junio de 2001 hasta diciembre de 2002.

Ámbito

El estudio se centró en los centros sanitarios y sociosanitarios de la red andaluza. Esta red comprende 33 hospitales públicos y 268 centros de salud de Atención Primaria, dependientes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. También hemos considerado las 103 residencias geriátricas propias o concertadas por el Instituto Andaluz de Servicios Sociales que cuentan con camas para pacientes asistidos. Previamente al muestreo, realizamos la estratificación de los hospitales y las residencias geriátricas en función de su tamaño, estableciendo dos grupos: hospitales de más de 500 camas (13 en total) y de menos de 500 camas (20 centros); y residencias geriátricas de más de 140 camas asistidas (7 centros) y de menos de 140 camas (95 centros). A partir del tamaño de muestra calculado para el estudio principal (error $\alpha=0,01$; error $\beta=0,01$; precisión= 3%), se de-

terminó el número de centros a incluir en el estudio. El muestreo se realizó de forma aleatoria a partir de un listado numerado de toda la población de hospitales, centros de salud y residencias geriátricas. Fueron seleccionados 11 hospitales (4 de más de 500 camas y 7 de menos), 36 centros de salud y 14 residencias geriátricas (4 de más de 140 camas asistidas y 10 menores).

Diseño

El estudio se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado que se envió por vía postal a los responsables de enfermería de los centros y unidades participantes, concretamente a las adjuntas de enfermería en los centros de salud, las supervisoras en las unidades hospitalarias y los responsables asistenciales en las residencias geriátricas (en este caso, algunas personas tenían titulaciones distintas a las de Enfermería, sobre todo Medicina). Previamente al envío del cuestionario se estableció un contacto telefónico con los responsables del centro (Dirección de Enfermería en los hospitales, Dirección del centro de salud y Dirección de las residencias), para informar de la naturaleza del estudio y obtener su conformidad para participar. Todos los centros seleccionados en el muestreo aceptaron participar, excepto un centro de salud, que fue sustituido por el siguiente en la lista de aleatorización. En cada centro se acordó una persona de referencia para colaborar en el estudio, que se encargó de recibir, distribuir y re-

50 coger los cuestionarios. Tres semanas después del envío inicial de los cuestionarios se distribuyó una carta de recordatorio para animar a la participación a los centros que no habían respondido.

Instrumentos

Para la recogida de la información se utilizaron dos cuestionarios diseñados por los autores y validados en el estudio piloto previo, denominados cuestionarios sobre protocolos y medios materiales para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Los dos tipos de cuestionarios fueron: a) un cuestionario para los centros de salud, y b) un cuestionario para los hospitales y las residencias geriátricas.

Las variables recogidas en el cuestionario destinado a los centros de salud fueron:

- Indicadores epidemiológicos.
- Utilización de protocolos de prevención y tratamiento de las UPP.
- Escalas de valoración del riesgo de UPP usadas.
- Superficies especiales para el manejo de la presión: tipos y cantidad disponible en la unidad o centro.

En el cuestionario para hospitales y residencias geriátricas se recogen, además de las variables anteriores, las siguientes:

- Número de camas o camas asistidas.
- Profesional que establece los productos para el tratamiento local.
- Productos usados para el tratamiento de las UPP: limpieza y tratamiento local.
- Sistema de registro específico de los cuidados de las UPP.

El análisis realizado ha sido de tipo descriptivo; las variables cualitativas se expresan mediante distribución de frecuencias y la obtención de los porcentajes correspondientes, y las cuantitativas mediante la media y su desviación estándar.

RESULTADOS

Se obtuvieron 60 cuestionarios válidos de un total de 91 enviados (tasa de respuesta del 65,9%) procedentes de 28 unidades de hospitalización pertenecientes a 11 hospitales, 11 residencias geriátricas y 21 centros de salud. La distribución de unidades de hospitalización participantes fue: Traumatología, 1; Cirugía, 6; Cuidados intensivos, 9; y

Medicina interna y hospitalización general, 12 unidades. Entre las residencias geriátricas que respondieron al cuestionario, 2 superaban las 100 camas para pacientes asistidos, siendo el resto de menor capacidad.

Indicadores epidemiológicos

En primer lugar, consideramos el tipo de indicadores epidemiológicos que eran recogidos en los hospitales y las residencias geriátricas (Tabla 1). En las unidades de hospitalización el indicador más utilizado es la incidencia, aunque cerca de un tercio de las unidades no registra ningún indicador. El registro de indicadores epidemiológicos en las residencias geriátricas es minoritario, pues únicamente 4 centros recogían alguno.

Protocolos

Un aspecto importante en los cuidados de los pacientes con UPP es la existencia de protocolos o documentos escritos sobre la prevención y el tratamiento. Hemos encontrado que la mayoría de los centros de salud carece de estos protocolos o bien no los utiliza a pesar de disponer de ellos. En los hospitales y residencias geriátricas la situación es más favorable, ya

Tabla 1. Indicadores epidemiológicos recogidos en centros sanitarios

Indicadores epidemiológicos	Unidades de hospitalización n= 28	Residencias geriátricas n= 11
Incidencia	10 (35,7%)	2 (18,2%)
Prevalencia	7 (25,0%)	1 (9,1%)
Incidencia y prevalencia	3 (10,7%)	1 (9,1%)
Ninguno	8 (28,6%)	5 (45,4%)
NS/NC	0	2 (18,2%)



224 que la disponibilidad de estos protocolos está bastante extendida; no obstante, queda un número significativo de centros que no los tienen o no los utilizan (Tabla 2).

Escalas de valoración del riesgo

La utilización de escalas para valorar el riesgo de aparición de UPP (EVRUPP) en los pacientes ofrece una situación diversa (Tabla 3). Mientras en el ámbito de la Atención Primaria de salud son escasamente usadas, en las unidades hospitalarias y en las residencias geriátricas están más introducidas, siendo utilizadas por la mitad de los centros aproximadamente. Dentro de un mismo hospital nos encontramos unidades de hospitalización que uti-

lizan una EVRUPP y otras que no usan ninguna. La escala de Norton es la utilizada con más frecuencia en todos los ámbitos (5 unidades hospitalarias, 5 residencias geriátricas y 5 centros de salud), la escala de Norton modificada es usada en 7 unidades hospitalarias (no tenemos datos concretos sobre el tipo de modificación), la escala de Ek es usada en 1 unidad hospitalaria y la escala de Braden es utilizada sólo en un centro de salud y una residencia geriátrica.

Documentación

La existencia de documentos específicos para registrar los cuidados preventivos y de tratamiento de los pacientes con UPP fue un aspecto

51 investigado en las unidades hospitalarias y en las residencias geriátricas. Encontramos que en casi la totalidad de residencias se utiliza sistema de registro para la prevención y tratamiento; mientras que en el ámbito hospitalario no llegan a la mitad las unidades que utilizan estos sistemas de registro (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Los datos presentados en este estudio ofrecen una visión de la situación que existe en el sistema sanitario y sociosanitario andaluz con respecto al uso de instrumentos e indicadores para tratar y prevenir las UPP. Nos pareció importante incluir las residencias geriátricas, ya que en ellas se atiende a gran número de personas con riesgo

Tabla 2. Disponibilidad y utilización de protocolos de prevención y tratamiento de UPP en los centros sanitarios

	Centros de salud n= 21	Hospitales (Unidades de hospitalización) n= 28	Residencias geriátricas n= 11
Protocolo de prevención de UPP			
Existe y se utiliza	7 (33,3%)	16 (57,1%)	8 (72,7%)
Existe, pero no se utiliza	2 (9,5%)	4 (14,3%)	0
No existe	12 (57,15%)	8 (28,6%)	3 (27,3%)
Protocolo de tratamiento de UPP			
Existe y se utiliza	3 (14,3%)	18 (64,3%)	7 (63,6%)
Existe, pero no se utiliza	6 (28,6%)	3 (10,7%)	0
No existe	12 (57,1%)	6 (21,4%)	3 (27,3%)
No contesta		1 (3,6%)	1 (9,1%)

Tabla 3. Utilización de escalas de valoración del riesgo de UPP

Usa escalas de valoración del riesgo de UPP	Centros de salud n= 21	Hospitales (Unidades de hospitalización) n= 28	Residencias geriátricas n= 11
No	15 (71,4%)	12 (42,9%)	6 (54,5%)
Sí	6 (28,6%)	14 (50%)	5 (45,5%)
No contesta		2 (7,1%)	

Tabla 4. Número y porcentaje de unidades de hospitalización y residencias geriátricas que disponen de impresos de registro escrito específicos para los cuidados de prevención y tratamiento de UPP

Impresos de registro escrito	Hospitales (Unidades de hospitalización) n= 28	Residencias geriátricas n= 11
Prevención	1 (3,6%)	0
Tratamiento	4 (14,3%)	1 (9,1%)
Ambos	6 (21,4%)	9 (81,8%)
No hay registro	13 (46,4%)	1 (9,1%)
Sin datos	4 (14,3%)	

de presentar UPP y los estudios que las consideran son escasos. Por otra parte, la estructura de la red de centros sanitarios y sociosanitarios públicos de Andalucía no difiere significativamente de la de otras comunidades autónomas españolas, por lo que gran parte de los resultados obtenidos podría extrapolarse al ámbito nacional. Sin embargo, serían deseables estudios similares en otras comunidades para comprobar los resultados y conclusiones de esta investigación.

Indicadores epidemiológicos

La recogida sistemática de información sobre las UPP en forma de indicadores epidemiológicos, incidencia y prevalencia aún no está totalmente implantada. En los hospitales parece existir mayor grado de concienciación sobre la importancia de obtener estos indicadores, ya que son menos de un tercio las unidades de hospitalización que no recogen ninguno. La incidencia es el indicador obtenido en más unidades, a pesar de que su recogida es más laboriosa. Creemos que esto es positivo, puesto que la incidencia está muy relacionada con la calidad de los cuidados de prevención prestados. En las residencias geriátricas la situación

es más preocupante. El número de residencias que declaran recoger alguno de estos indicadores es muy bajo, lo cual produce un déficit de información sobre el número y evolución en el tiempo de pacientes con UPP en estos centros. Pensamos que sería importante que los responsables de los cuidados en los centros sociosanitarios incluyeran la recogida de indicadores epidemiológicos sobre las UPP de forma sistemática. No hemos encontrado en la literatura española o internacional referencias de estudios sobre recogida de información epidemiológica en una red sanitaria o un conjunto importante de centros (aunque sí hay muchas referencias sobre epidemiología en centros sanitarios individuales), por lo que no podemos realizar comparaciones con los datos aquí presentados. El grado de implantación de la recogida de estos indicadores epidemiológicos sobre UPP en los sistemas sanitarios públicos es, por tanto, un aspecto que precisa de más investigación específica.

Protocolos e instrumentos de valoración

Las escalas de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP) son instrumentos de ayuda a la identificación

de pacientes a los que aplicar cuidados de prevención. Su utilidad para mejorar la prevención de UPP ha sido puesta de manifiesto por diversos estudios (31, 5-8). El grado de utilización de EVRUPP validadas en los centros sanitarios y sociosanitarios estudiados es moderado en los hospitales y residencias, donde afirman utilizarlo la mitad de los centros; pero es demasiado bajo en el ámbito comunitario, ya que no llegan al 30% los centros de salud cuyos responsables consideran que se usa una escala validada. Estos resultados concuerdan con los encontrados por otros autores. En España, De Con y cols. refieren que un 69,4% de historias clínicas de pacientes en Atención Primaria no recogen la utilización de ninguna EVRUPP (28). En otros países los datos de utilización de EVRUPP son similares; así, en el Reino Unido, un 54,4% de las enfermeras usaba o conocía la escala de Waterlow (32), en otro estudio usaba la escala de Waterlow sólo un 10% (14); en Australia, decía utilizar una EVRUPP para valorar el riesgo un 21% de las enfermeras (11); en Suecia, un 69% de las enfermeras realizaba siempre la valoración del riesgo al ingreso de pacientes con fractura de cadera, pe-



226 ro no utilizaba ninguna escala validada (33); en Holanda, declaró usar siempre una EVRUPP sólo un 8,8% de las enfermeras encuestadas (12). En nuestro estudio también encontramos que es la escala de Norton la utilizada con más frecuencia, aunque no tenemos datos para saber si es su versión original o alguna de sus modificaciones. Creemos que detrás del bajo grado de utilización clínica de EVRUPP validadas pueden existir varios factores, como desconocimiento de las escalas y de su aplicación, y falta de credibilidad en su utilidad como instrumento predictivo, puesto que tradicionalmente se han considerado como herramientas inferiores al juicio clínico, aunque hoy disponemos de adecuadas evidencias de la capacidad de las mismas (31).

La existencia de protocolos para la prevención y el tratamiento de las UPP es mayor en las instituciones cerradas (hospitales y residencias geriátricas) que en los centros de salud. Entre un 60% y un 72% de las unidades hospitalarias y residencias geriátricas disponen de y utilizan (según sus responsables) protocolos, aunque es interesante destacar que en varias unidades hospitalarias han reconocido que, a pesar de existir los protocolos, no son utilizados. Con respecto a los protocolos de tratamiento en los hospitales y centros sociosanitarios, hemos identificado una discrepancia entre el grado en que sus responsables declaraban utilizarlos (64,3% en hospitales y 63,6% en las residencias) y el número de centros en los que la elección del tratamiento local se realizaba según protocolo (28,6% en hos-

pitales y 18,2% en residencias geriátricas). Creemos que estas últimas cifras son las más aproximadas a la realidad asistencial, indicando un bajo grado de protocolización. En los centros de salud la utilización de protocolos es todavía más escasa, sobre todo para el tratamiento. Esta situación es preocupante, sobre todo a la luz de resultados recientes, como el de Saavedra Valdayo y cols., que encuentran una reducción del 72% en la incidencia de UPP en pacientes de Atención Primaria a los que se aplica un protocolo de prevención (19). La falta de protocolos de actuación aumenta la variabilidad de la práctica clínica y conduce, en muchas ocasiones, a la aplicación de intervenciones poco adecuadas, lo que puede ser causa de responsabilidad legal, como recoge una sentencia de la sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía en sentencia de 2001, donde condena a la Administración, en el caso de un paciente que murió por las complicaciones derivadas de una úlcera por presión por no tener el hospital un protocolo de actuación (34). Sin embargo, pensamos que es importante que los protocolos sean realizados de forma participativa y consensuada por los miembros del equipo de salud que tengan que aplicarlos, y que estén basados en los mejores resultados de investigación disponibles en cada momento; también deben ser instrumentos dinámicos, sujetos a revisión y a adaptación. De otro modo, se convierten en instrumentos inútiles, percibidos como impuestos por las enfermeras y, por tanto, no aplicados.

Documentación de los cuidados 53

Nos parece importante destacar el alto porcentaje (81,8%) de residencias geriátricas que disponen de impresos específicos para registrar los cuidados de prevención y de tratamiento de pacientes con UPP. La proporción es significativamente menor en las unidades de hospitales, en las que hasta un 46,4% declaraba no tener ningún tipo de registro específico. Una posible explicación a este hecho es que en las unidades hospitalarias es mucho más frecuente documentar los cuidados en los impresos de evolución de cuidados de la historia clínica, en lugar de usar registros específicos. Este problema de la insuficiente documentación de los cuidados preventivos y de tratamiento ha sido puesto de manifiesto por otros investigadores, en diferentes países y medios asistenciales, por lo que parece ser un problema generalizado. Sharp y cols. en un estudio sobre un área de salud en Sydney (Australia) encontraron que sólo un 30% de las enfermeras registraba en la historia clínica los cuidados de los pacientes con UPP (11). Otros autores encuentran un bajo grado de documentación de los cuidados en pacientes en unidades de cuidados intensivos (26). La utilización de sistemas de registro específicos para los cuidados de las UPP puede mejorar el grado de documentación de los mismos (29, 30).

Limitaciones

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones en su diseño y desarrollo

que no podemos dejar de mencionar. En primer lugar, al utilizar un cuestionario autoadministrado que es cumplimentado por los responsables de enfermería de los distintos centros, estamos valorando práctica declarada, que puede diferir de la práctica real debido a un sesgo de los informantes para ajustarse a lo que consideran como más correcto. Por tanto, los resultados aquí presentados representan, en todo caso, la mejor situación y es posible que en algunos aspectos difieran de la realidad. Sin embargo, pensamos que la metodología que hemos usado nos ofrece una aproximación suficientemente válida a la realidad asistencial de los centros sanitarios y sociosanitarios estudiados.

También tenemos que considerar que algunos de los resultados de este estudio pueden haber sufrido modificaciones a partir del año 2002, por la publicación de la Ley de Apoyo a las Familias Andaluzas, que ha supuesto una reforma muy importante dentro de la asistencia enfermera con la creación de la Dirección Regional para el Desarrollo e Innovación de los Cuidados, cuyo primer objetivo ha sido la reforma de la enfermería de Atención Primaria, fundamentalmente con la creación de la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace, con alta capacidad de gestión y provisión de recursos (como SEMP), y la realización de valoraciones integrales de los pacientes en atención domiciliaria, y dentro de ésta la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión.

CONCLUSIONES

- La recogida de datos para indicadores epidemiológicos es buena en los hospitales, pero aún es insuficiente entre las residencias geriátricas.
- La disponibilidad y la utilización de protocolos de prevención y tratamiento de las UPP es muy baja en los centros de salud y moderada en los hospitales y residencias geriátricas.
- Aproximadamente la mitad de los hospitales y centros sociosanitarios utiliza escalas de valoración del riesgo de UPP, pero son escasamente usadas en los centros de salud. La escala de Norton (original o modificada) es la más utilizada.
- La mayoría de las residencias geriátricas dispone de sistemas de registros específicos para los cuidados relacionados con las UPP. Estos registros están disponibles en menos de la mitad de unidades hospitalarias.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración en el desarrollo de este estudio a las direcciones, supervisoras, adjuntas, enfermeras y auxiliares de enfermería de los siguientes centros sanitarios: Hospital Punta Europa de Algeciras (Cádiz), Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén), Hospital de la Axarquía de Velez-Málaga (Málaga), Hospital de Poniente de El Ejido (Almería), Hospital de La Línea (Cádiz),

Hospital Juan Ramón Jiménez 227 (Huelva), Hospital Puerta del Mar (Cádiz), Hospital Virgen Macarena (Sevilla), Hospital de Riotinto (Huelva), Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba), Hospital Ciudad de Jaén (Jaén), Centro de Salud (CS) de Iznalloz (Granada), CS de Pozo Alcón (Jaén), CS de Torrox (Málaga), CS de Punta Umbría (Huelva), CS de Cumbres Mayores (Huelva), CS de Santisteban del Puerto (Jaén), CS de Níjar (Almería), CS de Amate (Sevilla), CS Algeciras Norte (Cádiz), CS de Aguilar (Córdoba), CS Polígono Guadalquivir (Córdoba), CS El Ejido (Almería), CS del Puerto de Santa María (Cádiz), CS de Bollullos (Huelva), CS de Fuengirola (Málaga), CS de San Telmo (Cádiz), CS de Benaojan (Málaga), CS Federico del Castillo (Jaén), CS Linares (Málaga), CS de Puerto Real (Cádiz), CS de Cartaya (Huelva), CS de Isla Cristina (Huelva), Residencia Mixta de Pensionistas (Córdoba), Residencia de Ancianos La Milagrosa de Armilla (Granada), Residencia Mixta de Pensionistas de Linares (Jaén), Residencia de la Tercera Edad de Almería, Centro para Mayores Madre de Dios de Almonte (Huelva), Residencia de Ancianos Vedruna de Puerto Real (Cádiz), Hospital San Andrés (Córdoba), Residencia Los Ángeles de Fuenteovejuna (Córdoba), Residencia Fuente Salinas de Fuente Vaqueros (Granada), Residencia Santa Isabel de Huetor-Tajar (Granada), Residencia San Joaquín y Santa Ana de San Juan del Puerto (Huelva), Resi-



BIBLIOGRAFÍA

1. Torra i Bou JE, Rueda J, Soldevilla JE, Martínez F, Verdú J. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2003; 14 (1): 37-47.
2. Posnett J, Torra i Bou JE. El coste de la atención sanitaria de las úlceras por presión en España. Las úlceras por presión un reto para el sistema de salud y la sociedad (Barcelona/Madrid). 26 y 27 de febrero de 2003 [documento en línea]; disponible en http://www.saludmultimedia.org/congresos/winterturn_gneaupp/posnett.pdf [Acceso el 29/12/04].
3. Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. Gerokomos 2003; 14 (4): 212-26.
4. Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Taunton, 1996.
5. Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Clinical Practice Guideline nº 3. Rockville, MD. US: Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research, 1992.
6. Registered Nurses Association of Ontario. RNAO. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. Nursing Best Practice Guidelines [documento en línea]. Disponible en: http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C1_Pressure_Ulcers.asp [Acceso el 23/11/2004].
7. Rycroft-Malone J, McInnes E. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention. Technical Report. London: Royal College of Nursing; 2000.
8. Nursing and Midwifery Practice Development Unit. Pressure Ulcers Prevention. Best Practice statement. National Health Service. Scotland. 2002 [documento en línea]. Disponible en: <http://www.nmpdu.org> [Acceso el 23/11/2004].
9. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, López Medina IM^a, López Ortega J. Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en centros de salud de Andalucía. Gerokomos 2002; 13 (4): 214-22.
10. Esperón Güimil JA, Vázquez Vizoso FL. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos 2004; 15 (2): 107-16.
11. Sharp C, Burr G, Broadbent M, Casey H, Merriaman A. Pressure ulcer prevention and care: a survey of current practice. J Qual Clin Practice 2000; 20: 150-7.
12. Halfens RJG, Eggink M. Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in dutch hospitals. Int J Nurs Stud 1995; 32 (1): 16-26.
13. Wilkes LM, Bostock E, Lovitt L, Dennis G. Nurses' knowledge of pressure ulcer management in elderly people. Br J Nurs 1996; 5 (14): 858-65.
14. Russell L. Knowledge and practice in pressure area care. Prof Nurse 1996; 11 (5): 301-6.
15. Bostrom J, Kenneth H. Staff nurse knowledge and perceptions about prevention of pressure sores. Dermatol Nurs 1992; 4 (5): 365-7.
16. Maylor M. Pressure sore survey Part 2: nurses' knowledge. J Wound Care 1999; 8 (2): 49-52.
17. Soldevilla Agreda JJ (ed). Actas del 1er Simposio Nacional sobre úlceras por presión. Logroño: GNEAUPP; 1996.
18. Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
19. Saavedra Valdayo A, Alejandro Mazzilli D, Morales Aranjuez I. Impacto en la disminución de úlceras por presión tras la normalización de la práctica con un protocolo en atención domiciliaria. En: Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
20. Bours GJ, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Grol RT. Prevalence, prevention, and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. Res Nurs Health 2002; 25 (2): 99-10.
21. López Bejarano A, Guijarro Jiménez ME, Esteban Moreno M, López Soto R. Presentación y evaluación de la mejora en el protocolo de tratamiento de las upp en un hospital. En: Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
22. De la Casa Maldonado F, Rodríguez Torres M, Martínez Martos C *et al.* Seguimiento de un protocolo basado en evidencias de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. En: Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
23. Provo B, Piacentine L, Dean-Baar S. Practice versus knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. J Wound Care 1997; 24 (5): 265-9.
24. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden P-O. The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. J Adv Nurs 2000; 31 (5): 1155-64.
25. Gunningberg L. Pressure ulcer prevention: evaluation of an education programme for Swedish nurses. J Wound Care 2004; 13 (3): 85-9.
26. Cockbill-Black S, Bond J, Bersee-Mills A *et al.* Audit of pressure area care and documentation. Prof Nurse 1999; 15 (3): 173-6.
27. Pieper B, Mikols C, Mance B, Adams W. Nurses' documentation about pressure ulcers. Decubitus 1990; 3 (1): 32-4.
28. De Con X, Díaz E, Cadavieso R. Planes de cuidados y heridas crónicas: hacia la gestión clínica por procesos. En: Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. Oviedo: GNEAUPP; 2004.
29. French ET, Ledwell-Sifner K. A method for consistent documentation of pressure sores. Rehabil Nurs 1991; 16 (4): 204-7.
30. Harding CA. A record sheet for pressure sore risk assessment. Prof Nurse 1999; 14 (11): 778-82.
31. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, López Medina IM^a, Alvarez Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. En prensa.
32. Mockridge J, Anthony D. Nurses' knowledge about pressure sore treatment and healing. Nurs Stand 1999; 13 (29): 68-71.
33. Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden P-O. Risk, prevention and treatment of pressure ulcers - nursing staff knowledge and documentation. Scand J Caring Science 2001; 15: 257-63.
34. Sentencia de fecha 10-12-2001 de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Diario Médico. 24 Julio 2002. [publicación en línea]. Disponible en: <http://www.diariomediico.com> [Acceso el 11/12/2004].