

José Antonio Esperón Güimil¹
 M.^a Teresa Loureiro Rodríguez¹
 Verónica M.^a Antón Fuentes¹
 José Manuel Rosendo Fernández¹
 Isabel Pérez García¹
 J. Javier Soldevilla-Agreda²

1. Enfermero/a. Estructura Organizativa de Gestión Integrada Pontevedra-Salnés. Pontevedra.
2. Hospital San Pedro. Escuela de Enfermería de Logroño. Servicio Riojano de Salud. Director del GNEAUPP.

Correspondencia:

José Antonio Esperón Güimil
 c/ Alejandro Sesmeros 3, 1.º B
 36005 Pontevedra
 E-mail: jose.antonio.esperon.guimil@sergas.es

Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras?

Variability on the management of chronic wounds. What do nurses think about?

RESUMEN

Objetivo: conocer las opiniones de las enfermeras sobre la variabilidad en el abordaje y manejo de las heridas crónicas, así como los factores que la causan.

Métodos: cumplimentación voluntaria de un cuestionario por enfermeras de los tres niveles asistenciales. El cuestionario incluía ítems sociodemográficos, nivel asistencial, nivel de formación en heridas, implicación en investigación y si consideraban que existe variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas.

Resultados: porcentaje de respuesta del 14%. El 90% consideraba que existía variabilidad. Enumeraron 202 razones para explicar esa variabilidad, que se clasificaron en diez causas. Un porcentaje elevado considera que tiene formación específica en heridas; sin embargo, más de la mitad de los encuestados (65,5%) señala que la variabilidad está relacionada con un déficit de formación. Otras causas reflejadas fueron el “estilo de práctica profesional” (41%), la “discontinuidad de cuidados” (24,5%) y el “exceso/escasez de productos” (14%). El análisis inferencial no mostró ninguna relación significativa entre las variables estudiadas y la respuesta de la existencia o no de variabilidad.

Conclusión: Aunque las guías de práctica clínica reflejan recomendaciones basadas en la evidencia en el abordaje de las heridas crónicas, el estudio muestra que un alto porcentaje de las encuestadas consideran que existe variabilidad en el tratamiento de aquellas. A pesar del nivel de formación que dicen tener un gran número de encuestadas, una de las principales causas de la existencia de variabilidad es el déficit de formación, además del estilo de práctica profesional, la discontinuidad de cuidados y el exceso-escasez de productos.

PALABRAS CLAVE: úlcera por presión, variaciones en la práctica clínica, enfermería basada en la evidencia, heridas crónicas, enfermería.

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to know the opinions of nurses on the variability in the approach and management of chronic wounds, and the factors that cause it.

Methods: Voluntary fulfillment of a questionnaire by nurses from the three care levels. The questionnaire included demographic items, care level, training level in injuries, involvement in research and whether they considered the existence of variability in the approach of chronic wounds.

Results: Response rate of 14%. The 90% considered that there was variability. They listed 202 reasons trying to explain this variability, which were classified in ten causes. A high percentage considered they have specific training in wounds, however more than half of respondents (65.5%) indicated that the variability is related to lack of training. Other causes reflected were “practice style” (41%), “care discontinuity” (24.5 %) and “excess/shortage of products” (14%). The inferential analysis showed no significant relationship between the studied variables and the response of the existence or not of variability.

Conclusion: Even though the clinical practice guidelines reflect the evidence-based recommendations on the management of chronic wounds, the observational, cross-sectional study shows that a high percentage of respondents consider that variability exists. In spite of the training level that a larger number of respondents say to have, one of the main causes of the existence of variability is the lack of training, together with practice style, care discontinuity and excess/shortage of products.

KEYWORDS: Pressure ulcer, physician's practice patterns, evidence-based nursing, chronic wounds, nursing.

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas son aquellas lesiones que presentan una escasa o nula tendencia a la cicatrización, mientras se mantenga la causa que las produce¹, por lo que son lesiones que se van a mantener durante largo

tiempo, en ocasiones años, consumiendo numerosos recursos de la comunidad, como lo demuestra el estudio publicado en 2007² en el que se abordan los costes económicos de la atención a las úlceras por presión (UPP) en relación con el tratamiento, y que estima un importe de 461 millones de euros (teniendo en cuenta estancias, recursos huma-

nos y recursos materiales), lo que representa el 5% del gasto anual en sanidad.

En cuanto a otras heridas crónicas destaca el estudio realizado por Posnett entre los años 2005 y 2006³ sobre úlceras de etiología venosa, que estima un importe económico de entre 168 y 198 millones de libras esterlinas. Es importante destacar las complicaciones de las úlceras del pie diabético que aparecen en el 15% de los pacientes diagnosticados de diabetes y que son la causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior en Europa y Estados Unidos⁴.

El cuidado de las heridas crónicas supone un reto para los profesionales de enfermería. Las diferentes etiologías de las heridas crónicas, el elevado número de productos existentes en el mercado, así como la práctica no contrastada con evidencias científicas han hecho que se elaboren guías de práctica clínica, protocolos y manuales con el objetivo de unificar criterios de actuación, identificar pacientes de riesgo y disminuir la variabilidad de los cuidados enfermeros.

Las guías de práctica clínica (GPC) fueron definidas por el U.S. Institute of Medicine (1990) como “un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los clínicos y pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre cuáles son las intervenciones sanitarias más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica”. A pesar de ser una herramienta de gran ayuda en el abordaje de las heridas crónicas para los profesionales sanitarios y de estar elaboradas con evidencia científica, su implantación, difusión y seguimiento por parte de los profesionales es escasa⁵. Destaca que, al compararlas, existe gran variabilidad metodológica, incluso cuando realizan recomendaciones, lo que impide que puedan entrar, todas ellas, en el epígrafe de “muy recomendadas”^{4,6,7}.

Además, la incorporación en la práctica habitual enfermera de las intervenciones avaladas por las GPC puede verse dificultada por los valores del profesional, la experiencia profesional, la tradición, el sentido común o las teorías no probadas^{8,9}.

Todos estos factores parecen ser responsables de la variabilidad en la práctica clínica (VPC), definida como “aquellas diferencias en el proceso asistencial y/o en el resultado de la atención de un problema clínico concreto, entre diversos proveedores o uno mismo, una vez controlados los factores demográficos, socioculturales y de estado de salud”⁹, variabilidad que comenzó a estudiarse en profundidad en la década de 1980 tras los trabajos realizados por el grupo de Wenneberg en la década de 1970; sin embargo, la mayoría de los estudios están referenciados al ámbito médico, y existe escasa bibliografía sobre la variabilidad en enfermería¹⁰⁻¹².

En general, los estudios sobre la variabilidad en la práctica enfermera señalan solamente su existencia; son pocos los que han intentado buscar las variables relacionadas con ella⁹, y una parte de ellos comparan las respuestas a situaciones idénticas entre los profesionales médicos y los profesionales enfermeros¹³.

El fenómeno de las variaciones en la práctica clínica puede observarse desde un punto de vista poblacional o individual¹⁴. Desde el punto de vista poblacional se relacionan las variaciones en la incidencia acumulada de un procedimiento clínico a una determinada población¹⁰. Desde el punto de vista individual se parte de pacientes con situaciones clínicas similares, lo que permite conocer la efectividad o la eficiencia de las tecnologías, los centros y los profesionales sanitarios, así como también conocer cómo afecta a la variabilidad las características de los pacientes (sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico), de los profesionales sanitarios (especialidad, edad, sexo, formación, experiencia, sistema de pago), del hospital (tamaño, público o privado, rural o urbano, universitario o no) o del sistema sanitario (financiación, organización, cobertura)¹⁵.

Varios autores clasifican las variaciones en la práctica en justificadas e injustificadas. Las variaciones justificadas se producen por diferen-

cias en los sistemas de salud o en las características de la población (sociodemográficas, culturales, estado de salud, etc.) o bien por preferencias del paciente o del profesional cuando existe más de una opción aceptada científicamente^{16,17}. Entendemos por variaciones injustificadas aquellas que no aportando beneficios aparecen una vez controlados los factores mencionados, lo que hace que puedan llegar a ser perjudiciales para los pacientes hasta el punto de poner en peligro su vida, e implicar una deficiente calidad asistencial sanitaria¹⁸. Es este tipo de variaciones el que debe corregirse para garantizar unos cuidados seguros y de calidad.

Las heridas no escapan al hecho de la existencia de variabilidad en la práctica. Aunque la utilización de apósitos en el abordaje de las heridas está aceptada y avalada por protocolos y guías según unos estándares de cuidado^{19,20}, estos no siempre se aplican, lo que da lugar a una amplia variabilidad en el manejo de las heridas.

Vermeulen y cols. (2006)¹³ comparan los juicios de enfermeras y médicos en la elección de apósitos de gasa y apósitos oclusivos en heridas con cierre por segunda intención en pacientes quirúrgicos frente a un grupo de expertos. Tanto entre el grupo de las enfermeras como en el de los médicos, el consenso con el grupo de expertos fue escaso, no encontrando además correlación entre el acuerdo en la elección del apósito y el valor de la experiencia clínica.

En un estudio realizado en Estados Unidos²¹ en 400 pacientes con UPP, úlceras venosas y de pie diabético entre 1999-2004/2005, los datos hallados sugieren que muchos elementos de la valoración de las heridas crónicas son conocidos y puestos en práctica por los médicos (tipo de herida, localización, cantidad de exudado, presencia de necrosis). Sin embargo, otros elementos de la valoración no están sistemáticamente documentados: tejido del lecho, bordes, profundidad, color de la piel perilesional o presencia de edema; y en cuanto a la coherencia del tratamiento seleccionado con las prácticas recomendadas se observa que el uso de agua del grifo o solución salina para la limpieza de las heridas presenta niveles bajos de seguimiento, y en cuanto a la elección de apósitos algunos médicos nunca utilizan apósitos de cura en ambiente húmedo (hidrocoloides, hidrofibras, hidrogel, alginato, espumas, colágeno, etc.) o realizan una selección inadecuada de estos destacando la aplicación de apósitos para el manejo del exudado en heridas no exudativas.

Disminuir la variabilidad en los cuidados enfermeros que proporcionamos es una responsabilidad no solo de los profesionales que tienen la obligación y el derecho de formarse, sino también de la administración sanitaria que debe facilitar y potenciar las actividades formativas para garantizar la competencia de los profesionales y una atención sanitaria de calidad²².

El objetivo de este trabajo es conocer las opiniones de las enfermeras sobre la variabilidad en relación con el abordaje y manejo de las heridas crónicas, evaluando las respuestas sobre aquellos factores que consideran sus causas.

➤ MÉTODOS

Estudio observacional, de origen transversal y analítico realizado mediante cuestionario voluntario autocumplimentado.

Ámbito de aplicación: estructura organizativa del área de gestión integrada de Pontevedra y O Salnés (EOXIPS), creada en 2011. Está compuesta por un complejo hospitalario, Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP), formado a su vez por el Hospital Montecelo y el Hospital Provincial, en la ciudad de Pontevedra, y por el Hospital do Salnés en las afueras de la ciudad de Vilagarcía de Arousa. En conjunto dispone de unas 720 camas hospitalarias funcionantes. A ella pertenecen

también 45 centros de atención primaria de salud (APS) y 9 centros sociosanitarios, que aunque con gerencias privadas dependen organizativamente de la EOXIPS. Atiende a una población de aproximadamente 301 664 habitantes.

Población objeto del estudio: enfermeras/os incluidos en los correos corporativos de la EOXIPS, tanto del CHOP, Hospital O Salnés, centros de salud y puntos de atención continuada (PAC), todos ellos pertenecientes al ámbito hospitalario y APS. Se incluyeron también las enfermeras/os de los 9 centros sociosanitarios.

Los datos se recogieron a través de un cuestionario “ad hoc” autoadministrado, voluntario y totalmente anónimo. El cuestionario se realizó utilizando la herramienta Google-Docs.

El cuestionario incluía datos sociodemográficos del profesional encuestado, preguntas sobre su situación laboral en el momento de cumplimentar el cuestionario, características del centro en que desarrolla su actividad diaria, su experiencia profesional, así como su experiencia en el manejo de las heridas crónicas.

Incluía también preguntas relacionadas con su nivel de formación en este tema así como su implicación en el estudio de las mismas.

Se incluyeron dos preguntas relacionadas sobre el conocimiento que tenían acerca de la existencia del *Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión* del Servicio Gallego de Salud, editado en 2005. Había también dos ítems que valoraban el nivel de aplicación de las recomendaciones allí recogidas, y la frecuencia de consulta de dicho manual.

Por último, se incluía una pregunta cerrada sobre su opinión acerca de la existencia o no de variabilidad en el manejo y tratamiento de estas lesiones y dos preguntas de texto libre para que expresaran sus razones sobre las causas que pueden conducirnos a la existencia de dicha variabilidad así como las acciones o recomendaciones que propondrían para minimizarla o evitarla.

La mayor parte de las preguntas tenían carácter obligatorio en su cumplimentación excepto tres de ellas relacionadas con el conocimiento del *Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión*, su frecuencia de consulta y aplicación en la práctica diaria.

La difusión del cuestionario se realizó vía correo electrónico a través de los correos corporativos de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada Pontevedra e O Salnés, tanto a los profesionales del ámbito hospitalario como de APS y PAC.

El correo enviado constaba de una carta de presentación explicando el objetivo del cuestionario y animando a los profesionales a su cumplimentación total.

En el caso de las enfermeras y enfermeros que realizaban su actividad en centros sociosanitarios y al no disponer de correos corporativos, esta se difundió en formato papel de manera manual a través de los integrantes del proyecto *asesoriaenferidas*. Al igual que en los correos, se incluyó también la carta de presentación.

A la semana del envío del cuestionario y a través de los correos corporativos se envió un recordatorio sobre el objetivo del estudio animando nuevamente a su cumplimentación.

Se realizaron reuniones con las supervisoras/coordinadores de las distintas unidades y centros de APS y sociosanitarios, así como contactos telefónicos, solicitando su colaboración para que animaran al resto de enfermeras en la cumplimentación del cuestionario.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables con el que se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas.

Para la comprobación de la distribución normal en variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En caso de dis-

tribución normal se presentan los datos con la media y la desviación estándar (DE), utilizando la mediana y el rango intercuartílico en caso de distribuciones no normales.

Los resultados se presentan con sus gráficos correspondientes.

Se analizaron las relaciones entre la respuesta de la existencia o no de variabilidad respecto a las demás variables de estudio: cuando se trató de exposición y respuesta categóricas (binaria o más categorías) se utilizó la prueba de la χ^2 . Cuando la respuesta fue cuantitativa se utilizó la *t* de Student-Fisher.

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS.v.15. Se estableció significación estadística con valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El cuestionario se envió a 1033 enfermeras/os, según los listados de correos electrónicos de la EOXIPS.

Lo contestaron un total de 142 enfermeras, lo que representa un porcentaje de respuesta del 13,7%.

Características sociodemográficas de la muestra (142 enfermeras):

- Edad: mediana: 49,5 (mín.: 24,5; máx.: 64,5).
- Sexo: 11% hombres; 89% mujeres.

La tabla 1 recoge los datos sobre la situación laboral de las respondedoras, y del tipo-características del centro en el que prestan sus servicios.

Se preguntaba también sobre el área/unidad/centro en el que realiza su actividad en el momento de contestar al cuestionario. Los resultados se presentan en las figuras 1 y 2 dependiendo si la realizaban en el nivel de APS o en ámbito hospitalario.

Tabla 1. Situación laboral y características de la institución y centros de los profesionales que respondieron a la encuesta

		%
SITUACIÓN LABORAL	Personal fijo	84,5
	Personal eventual	9,2
	Personal interino	6,3
TIPO DE INSTITUCIÓN	Pública	89,4
	Privada	9,9
	Otros	0,7
TIPO DE CENTRO EN EL QUE PRESTA SUS SERVICIOS	Atención primaria	45,1
	Hospital de 200-499 camas	18,3
	Hospital de más de 500 camas	15,5
	Residencias y centros sociosanitarios de más de 140 camas	7,7
	Hospital de hasta 199 camas	7
	Residencias y centros sociosanitarios de menos de 140 camas	3,5
	PAC	1,4
	Otros	1,4

PAC: Punto de Atención Continuada.

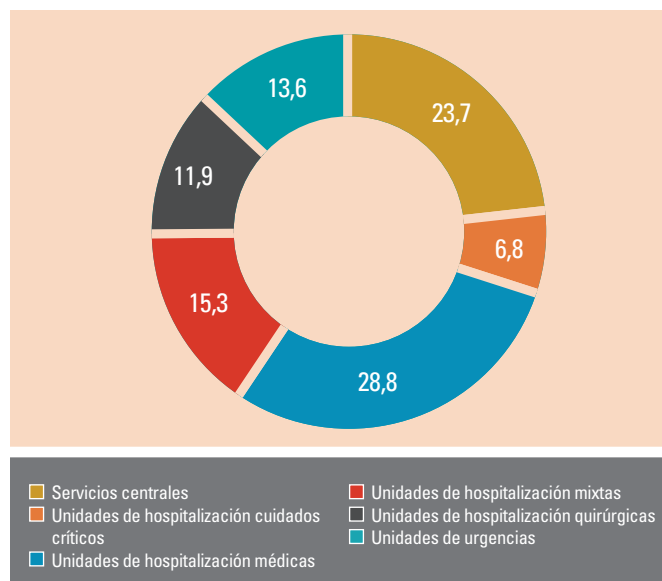


Figura 1. Distribución de los profesionales de las unidades hospitalarias en las que realizan su actividad.

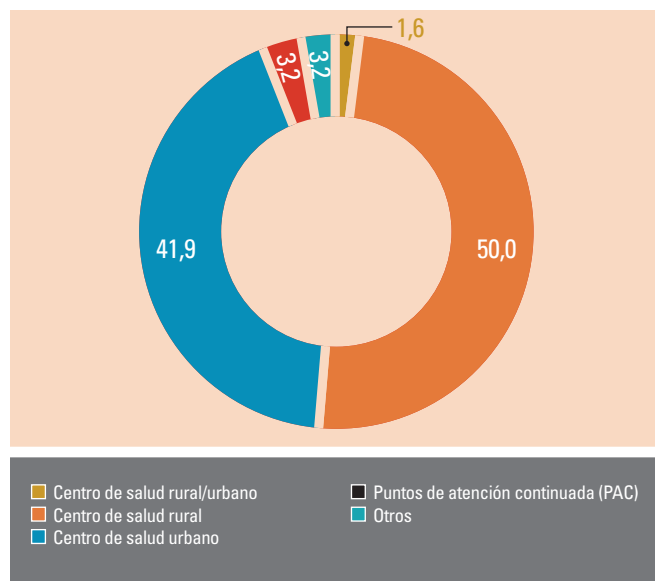


Figura 2. Distribución de los profesionales de atención primaria (%).

El 63% de las enfermeras que contestaron a la encuesta refirieron tener una experiencia profesional mayor de 20 años, frente a solo el 2% de las enfermeras que declararon tener una formación inferior a 2 años.

En lo referente a la pregunta sobre la experiencia en los cuidados y tratamiento de heridas crónicas, el 20% declararon tener una experiencia superior a los 20 años, y el 13% una experiencia inferior a 2 años; destaca un 7% que declaró no tener ninguna experiencia.

El cuestionario incluía tres preguntas que trataban de averiguar el nivel de formación en heridas crónicas de los respondedores. En la primera de ellas se preguntaba si habían recibido formación específica sobre este tema. El 89% de los respondedores declararon haber recibido formación específica sobre prevención, tratamiento y manejo de heridas crónicas, frente al 11% que refería no haberla recibido. En caso afirmativo se les pedía que enumerasen el tipo de formación recibida. En la tabla 2 se recoge el tipo de formación, así como el nivel de conocimientos que consideran tener sobre el abordaje de las heridas crónicas.

Tabla 2. Tipo de formación y nivel de conocimientos

		%
TIPO DE FORMACIÓN	Curso de posgrado/Formación continuada de más de 20 horas	51,4
	Curso de posgrado/Formación continuada de menos de 20 horas	24,6
	NS/NC	12
	Adquirida en diplomatura/Grado	10
	Título de experto/Máster	2
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Moderado	57,7
	Alto	31,7
	Bajo	6,3
	Muy alto	4,2

NS/NC: no sabe/no contesta.

Dos de las preguntas incluidas estaban enfocadas a conocer el nivel de implicación de los encuestados referentes a investigación-formación sobre los temas relacionados con las heridas crónicas. Para ello se les preguntaba acerca de la frecuencia de asistencia a jornadas, congresos y otros eventos específicos relacionados con estas. Un 58,5% contestaron que lo hacían de manera ocasional (“en alguna ocasión he asistido a alguno”), un 35,2% declararon que lo hacían siempre (“suelo asistir con asiduidad”) y un 6,3% refirieron que no lo hacían nunca (“no suelo asistir”).

A la pregunta sobre si habían participado o participaban en algún proyecto de investigación relacionado con las heridas, el 81,7% contestaron que NO; frente al 18,3% que contestaron afirmativamente.

En el año 2005, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) publicó el *Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión*. En el cuestionario se incluyeron tres preguntas sobre si conocían dicho manual, con qué frecuencia lo consultaban y por último con qué frecuencia aplicaban las recomendaciones allí recogidas en su práctica diaria (tabla 3).

La última pregunta cerrada del cuestionario, pregunta clave, se refería a su opinión sobre si existe variabilidad de criterios a la hora de abordar el tratamiento de una herida crónica. El 90% contestaron afirmativamente, mientras que el 10% contestaron que consideraban que NO existía tal variabilidad.

Del total de las enfermeras que contestaron que SÍ había variabilidad (128), 18 de ellas no reportaron ninguna razón que la justificara.

El análisis de las causas se ha hecho sobre las 110 enfermeras que describieron uno o más motivos, que según su opinión explicaban la razón de la existencia de dicha variabilidad en el tratamiento de una herida crónica.

En total se enumeraron 202 razones que trataban de explicar la existencia de variabilidad de criterios a la hora del tratamiento de las heridas crónicas.

Las respuestas se tipificaron en diez categorías:

- Déficit de formación:** no hay suficientes habilidades/conocimientos necesarios para el abordaje de las heridas.
- Estilo de práctica profesional:** asistencia ligada a la tradición. Cada profesional sigue unas pautas particulares y personales sin tener en cuenta la evidencia científica basándose en su propia experiencia.

Tabla 3. Grado de conocimiento del manual del SERGAS, frecuencia de consulta y aplicación de las recomendaciones

		%
CONOCIMIENTO DEL MANUAL DEL SERGAS	Sí	88,7
	No	11,3
FRECUENCIA DE CONSULTA AL MANUAL DEL SERGAS	Ocasionalmente	52,1
	Casi nunca	16,2
	Frecuentemente	13,4
	NS/NC	11,3
	Nunca	7
FRECUENCIA DE APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DEL SERGAS	Frecuentemente	43,7
	Ocasionalmente	19,7
	Muy frecuentemente	16,9
	NS/NC	14,1
	Casi nunca	3,5
	Nunca	2,1

NS/NC: no sabe/no contesta.

- 3. Discontinuidad de cuidados:** falta de continuidad de cuidados y comunicación entre los distintos niveles asistenciales e incluso entre los propios profesionales de una unidad (turnicidad, eventualidad, etc.).
- 4. Dependencia jerárquica:** por indicación y/o prescripción facultativa.
- 5. Exceso/escasez de productos:** amplia o escasa oferta y disponibilidad de productos de cura en ambiente húmedo.

- 6. Influencia de marketing:** formación acerca de productos para el tratamiento de heridas llevada a cabo por representantes de la farmaindustria.
- 7. Actitudes del profesional:** desinterés, apatía, dejadez, falta de interés del profesional enfermero.
- 8. Idiosincrasia del paciente:** los pacientes reaccionan de distinta forma con el mismo tratamiento y en ocasiones demandan tratamientos específicos.
- 9. Resistencia al cambio:** oposición a la puesta en práctica de nuevas evidencias.
- 10. Otros:** problemas de organización en el trabajo, poca implicación de las direcciones, delegación en cuidador informal, ausencia de protocolos, etc.

La figura 3 recoge la tipificación de las respuestas.

Un total de 47 enfermeras identificaron una sola causa como justificación de la existencia de variabilidad; 41 enfermeras señalaron dos razones; 17 enfermeras, tres razones; 3 enfermeras, cuatro razones y dos de las encuestadas, cinco razones diferentes que explicaban, según su criterio, la existencia de variabilidad a la hora de abordar el manejo y tratamiento de las heridas crónicas.

Teniendo en cuenta lo anterior, el 65,5% de las enfermeras, que enumeraron una o más razones que explicaban la existencia de variabilidad, reflejaron el “déficit de formación” como una de ellas, y un 41% el “estilo de práctica profesional” como razón para explicar dicha variabilidad. Un 24,5% de ellas contestaron que la “discontinuidad de cuidados” podía explicar la variabilidad en el tratamiento de las heridas crónicas. El 14% de las enfermeras opinaron que el “exceso/escasez de productos” era otro de los motivos que podían explicar la existencia de variabilidad, lo que sitúa a esta como la cuarta causa más frecuente.

Tras el análisis inferencial se constató que no hay ninguna variable de las estudiadas (edad, sexo, experiencia, etc.) que se relacione, desde el punto de vista de significación estadística, con la respuesta de la existencia o no de variabilidad.

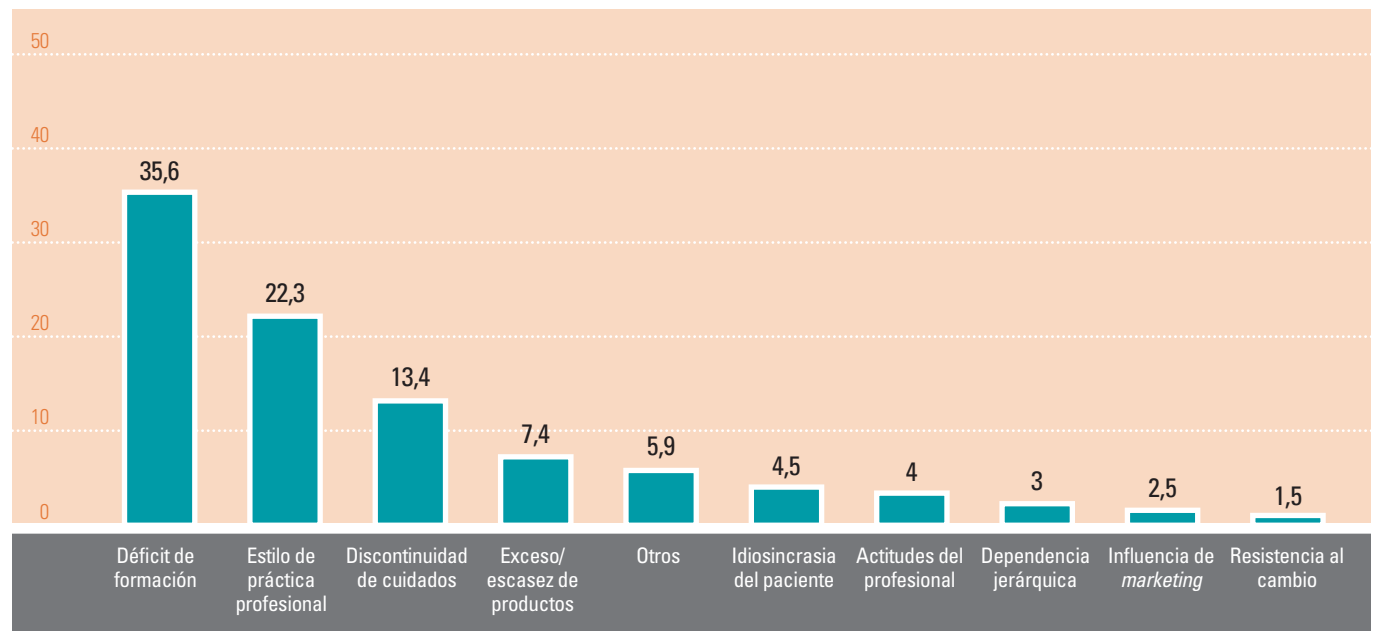


Figura 3. Clasificación de las razones enumeradas por las respondedoras como causa de la existencia de variabilidad (%).

DISCUSIÓN

Las heridas crónicas aumentarán en los países desarrollados debido al envejecimiento progresivo de la población y a la pluripatología de los pacientes. La elección del apósito adecuado para el abordaje de la cura local de estas heridas está determinado por numerosas características: tejido del lecho, exudado, piel perilesional, dolor, frecuencia del cambio de cura, expectativas del paciente... y es esencial que esta elección esté basada en las mejores evidencias científicas disponibles.

Como señala Fernández de Maya y Richart-Martínez¹¹: “la variabilidad es un fenómeno que se supone existe, pero que en muchos casos se desconoce”. La variabilidad en el tratamiento de las heridas parece relacionarse en nuestro estudio principalmente con un déficit de formación (35,6%) y con las actitudes de los profesionales (22,3%) que las atienden más que con las necesidades de la población atendida (4,5%). Por ello esta variabilidad no justificada puede conllevar problemas de efectividad, ineficiencia en la utilización de recursos y atentar contra el principio de equidad de la atención¹².

En un estudio realizado por Retsas²³ (2000) se señala como las mayores dificultades para aplicar la evidencia por parte de las enfermeras la falta de tiempo para introducir nuevas ideas en el trabajo o leer investigaciones, organizaciones que no permiten aplicar las evidencias, la dificultad para comprender las estadísticas, el aislamiento para discutir los hallazgos con otros profesionales y la falta de colaboración de los médicos.

Otros estudios han señalado la falta de autoridad o autonomía por parte de la enfermera para aplicar los cuidados derivados de la investigación, aunque en nuestro trabajo solo un 3% señalaron la dependencia jerárquica como uno de los factores implicados en la variabilidad. También es importante destacar las actitudes de algunos profesionales sanitarios manifestadas por la resistencia a los cambios e innovaciones y falta de interés y que piensan que el juicio clínico sustituye a la evidencia científica y que la implantación de directrices asistenciales solo conlleva un aumento de papeleo²⁴, factor este que en nuestro estudio fue valorado por un 5,5%.

De los datos obtenidos destacamos que aunque el 89% responde que tiene formación específica en heridas (cifra muy similar a la obtenida en un reciente estudio²⁵ llevado a cabo sobre la formación recibida por los profesionales de enfermería acerca del cuidado y tratamiento de las heridas), el 65,5% de los encuestados consideran que la variabilidad está relacionada con un déficit de formación.

Igualmente es importante señalar el apartado referido a la frecuencia de aplicación de las recomendaciones del *Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión* del SERGAS donde se observa que un 25,4% aplica las recomendaciones de manera ocasional o menos y un 14% no sabe/no contesta. Estos datos parecen correlacionarse con la baja adherencia a las recomendaciones de las guías de prevención de UPP del estudio de Saliba y cols.²⁶, así como con los datos encontrados por varios estudios realizados en España en los que se refleja que las enfermeras conocen mejor las recomendaciones con evidencia de prevención que las de tratamiento⁶.

Kälman y Susered (2009)²⁷, en un estudio realizado en Suecia, mostraron que, aunque las enfermeras tienen un buen conocimiento sobre la prevención y tratamiento de las UPP y una actitud positiva hacia su cuidado, existen ciertas carencias, como el hecho de que las enfermeras consideren el juicio clínico más eficaz que el uso de las escalas de valoración del riesgo o que obtuvieran valores bajos en la identificación de la clasificación de las UPP.

García Díaz y cols.²⁸ (2013) destacan la necesidad formativa periódica que tienen los profesionales y la importancia de la figura del enfermero consultor como medio para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, al ser este no solo un referente en la práctica asistencial, sino también en la formación que reciben los profesionales, logrando modificar la práctica diaria hacia actuaciones basadas en la evidencia.

Otro aspecto que debe contemplarse al evaluar el déficit de formación es la realizada a los alumnos de enfermería. Moore y Clarke (2009)²⁹, en una encuesta realizada en 28 países, hallaron que esta formación varía considerablemente tanto en el tiempo dedicado al abordaje de las heridas crónicas (desde 2 horas a 1 día) como en el programa, manifestando el 80% de los encuestados su discrepancia con el tiempo dedicado durante la formación enfermera al manejo de heridas y considerando en general que los estudiantes de enfermería no están adecuadamente preparados para la práctica asistencial de las mismas.

En la literatura científica revisada se habla de la disponibilidad de recursos como uno de los factores implicados en la variabilidad^{10,12,25}; en nuestro estudio, este ítem fue señalado por un 7,4% de los encuestados, quienes identificaron tanto la escasez como el exceso de recursos como causa.

Finalmente debemos destacar que no hemos encontrado en la bibliografía revisada referencia a otra de las causas reflejadas por los encuestados: la discontinuidad de cuidados (13,4%). En cuanto a la influencia del *marketing* (2,5%), las empresas privadas tienen un papel importante en la formación de los profesionales, ya que según los datos del estudio ATENEA²⁵ publicados en el presente año, estas proporcionan el 50% de la formación que reciben los enfermeros.

La práctica sanitaria debe estar supeditada a las necesidades de los usuarios y basarse en las mejores evidencias científicas, aunque no siempre podamos disponer de toda ella, con el fin de garantizar la efectividad de los procedimientos y gestionar los recursos disponibles proporcionando una asistencia efectiva, eficiente y equitativa.

A pesar del aumento considerable de la creación de guías, manuales y protocolos de prevención y tratamiento de heridas crónicas en nuestro país (numerosos hospitales y comunidades autónomas tienen su propio documento), basados en la mejor evidencia disponible y además de ser de fácil acceso al estar disponibles en Internet e incluso en las propias unidades asistenciales, esta información parece que o bien es desconocida por los algunos profesionales o parece que no ha sido debidamente asimilada por estos.

Aunque el personal encuestado ha respondido mayoritariamente que considera que existe variabilidad en la práctica enfermera, es necesario realizar nuevos estudios que proporcionen información más exacta acerca de cuáles son los factores implicados en la misma en el tratamiento de las heridas crónicas en nuestro medio. Igualmente, sería interesante conocer aquellos factores que condicionan el acceso a la amplia información disponible sobre este tema.

Disminuir la variabilidad en el tratamiento de las heridas crónicas debe ser un objetivo no solo de los profesionales que las atienden, sino también de los organismos institucionales implicados, ya que además del elevado consumo de recursos económicos y humanos, estas heridas provocan especial sufrimiento, muchas veces innecesario, y pérdida de autonomía en aquellos a los que cuidamos ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández FP, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú-Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP n.º 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012 [en línea] [consultado el 10/01/2013]. Disponible en: www.gneaupp.es
2. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007;18(4):201-10.
3. Posnett J, Franks PJ. The cost of skin breakdown and ulceration in the UK. En: Pownall M, editor. Skin Breakdown-the silent epidemic. Hull: The Smith&Nephew Foundation, 2007.
4. Blanes JI, Clará A, Lozano F, Alcalá D, Doiz E, Merino R, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. Angiología. 2012;64:31-59. DOI:10.1016/j.angio.2011.11.001.
5. Navarro Yepes J, Rubio Martínez, PL. Guías de actuación clínica en el deterioro de la integridad cutánea: ¿dicen todas lo mismo? Gerokomos. 2012;23(3):132-6.
6. Hernández Martínez-Esparza E. Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales. 2012. Tesis doctoral [consultado el 12 05 2013]. Disponible en: www.gneaupp.es
7. Hernández Martínez-Esparza E, Verdú J. Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión. Gerokomos. 2012;23(1):30-4.
8. Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos F, Morilla Herrera JC, Terol Fernández J, Ruiz Barbosa C. Guías de práctica clínica ¿mejoran la efectividad de los cuidados? Enferm Clin. 2003;13(1):41-7.
9. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc). 2000;114:460-3.
10. Fernández-de-Maya J, Richart-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. Enferm Clin. 2010;20(2):114-8.
11. Fernández-de-Maya J, Richart-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):809-16.
12. Molina Arias M. Análisis de las causas de la variabilidad en la práctica médica. Evid Pediatr. 2011;7:21.
13. Vermeulen H, Ubbink D, Shreuder S, Lubbers M. Inter-and Intra-observer (Dis) agreement among Physicians and Nurses as to the choice of dressings in surgical patients with open wounds. Wounds. 2006;18(10):286-93.
14. Delgado R. La variabilidad en la práctica clínica. Rev Cal Asistencial. 1996;11:177-83.
15. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. Med Clin (Barc). 1998;110:382-90.
16. Wennberg JE, Fisher ES, Stukel TA, Skinner JS, Sharp SM, Bronner KK. Use of hospitals, physicians visits, and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respect hospital in the United States. BMJ. 2004;328:607.
17. Wennberg DE, Wennberg JE. Addressing variations: is there hope for the future? Health Aff (Millwood). 2003 Jul-Dec; Suppl. [acceso 6 enero 2013]. Disponible en <http://www.content.healthaffairs.org>
18. Wennberg JE. Unwanted variations in the rules of practice. JAMA. 1991;265:1306-7.
19. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJ, Armstrong DG, et al. Infectious Diseases Society of America. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Clin Infect Dis. 2012 54:e132-73.
20. FDA Wound Healing Clinical Focus Group. Guidance for industry: chronic cutaneous ulcer and burn wounds-developing products for treatment. Wound Repair Regen. 2001;9(4):258-68.
21. Jones KR, Fennie K, Lenihan A. Evidence-Based Management of Chronic Wounds. Adv Skin Wound Care. November 2007 (591-600). Disponible en: www.woundcarejournal.com
22. Del Castillo Arévalo F. Variabilidad de la práctica enfermera en Atención Primaria. Revista de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias. Año X. Verano 2012.
23. Orellana Yáñez A, Paravic Klijn T. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería XIII. 2007(1):17-24.
24. Rodríguez Palma M, Vallejo Sánchez JM. La gestión de las úlceras por presión en residencia de mayores. Obstáculos y facilitadores. Gerokomos. 2010;21:3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2010000300003>
25. Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, Gómez Coiduras JM, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: estudio ATENEA. Gerokomos. 2013;24(1): 27-31.
26. Saliba D, Rubbstein DE, Simon B, Hickey E, Ferrel B, Czarnowski E, et al. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines: Implications for nursing home quality. J Am Geriatr Soc. 2003;51(1):56-62.
27. Kälman U, Susered B-O. Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. Scan J Caring Sci. 2009;23:334-41. DOI: 10.1111/j. 1471-6712.2008.00627.x
28. García Díaz J, Muñoz Conde M, Cabello Jaime R. Disminución de la variabilidad clínica a través de la formación a referentes en úlceras por presión. Biblioteca Lascasas. 2013;9(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0689.php>
29. Moore Z, Clarke E. A survey of the provision of education in wound Management to undergraduate nursing students. EWMA Journal. 2011;1: 35-8.



Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

www.seegg.es



Calvet, 55 • 08021 Barcelona
Tel. 933 672 420 • Fax 934 146 817
seegg@atlantacongress.org
seegg@seegg.es

te esperamos