

Impacto de un proyecto de enfermería en el cuidado de las heridas crónicas

Loureiro Rodríguez MT, Rosendo Fernández JM, Antón Fuentes VM, Bello Jamardo AM, Esperón Güimil JA, Fiel Paz L, García Fernández MM, Torres García C, Costa Mouriño MC, Pérez García I, González Álvarez JM
Hospital Provincial (Xestión Integrada Pontevedra e O Salnés). Loureiro, Pontevedra.
Dirección para correspondencia: jose.antonio.esperon.guimil@sergas.es



De izquierda a derecha, y de arriba abajo: M.^a Montserrat García, Cristina Torres, José Manuel González, M.^a Teresa Loureiro, Luis Fiel, Verónica M.^a Antón, M.^a Carmen Costa, José Manuel Rosendo, Ana M.^a Bello, Isabel Pérez y José Antonio Esperón.

Resumen

Introducción: Las heridas crónicas tienen un gran impacto en el individuo, sociedad y Sistema de Salud. Reconocida la variabilidad en cuanto a su abordaje y repercusión en el consumo de recursos, nace un proyecto con los objetivos de evitar la variabilidad en el tratamiento; optimizar el consumo de productos; mejorar los registros y actuar como equipo de referencia para profesionales.

Métodos: Proyecto de intervención en tres fases. Fase de planificación: evaluación y análisis del consumo de productos para cura de heridas del área sanitaria,

realización de un formulario de solicitud individual, nombramiento de tres enfermeras referentes, formación y asesoramiento a los profesionales. Fase de intervención: eliminación de pactos de consumo de productos de cura en ambiente húmedo de las unidades, petición de productos a través del formulario, inicio de la formación. Fase de evaluación: pendiente.

Resultados: Más de 500 profesionales formados, tres jornadas de formación abiertas a todos los profesionales de la comunidad autónoma; ampliación de la formación a centros de atención primaria y sociosanitarios; 200 consultas a los expertos. Puesta en marcha de un aplicativo informático *ad hoc* para la solicitud de productos al alcance de las enfermeras de los tres niveles asistenciales del área sanitaria. Cifras de consumo en los centros hospitalarios de productos para cura en ambiente húmedo en el año 2011 de 240 581 €, frente a un consumo en el año 2012 de 171 493 €.

Discusión: Unificación de criterios en el tratamiento de las lesiones, disminución importante del consumo y mejora de los registros.

Palabras clave: Úlcera por Presión; Lesiones; Herida; Atención de Enfermería; Economía Médica.

Impact of a nursing project in the care of chronic wounds

Abstract

Introduction: Chronic wounds have a great impact on the individual, the society and the health system. Having recognized the variability as to its approach and impact on the consumption of resources, a project arises with the objectives of avoiding the variability in the treatment; optimizing the consumption of products, improving records and acting as a reference team for professionals.

Methods: intervention project in three phases. Planning phase: evaluation and analysis of the consumption of wound healing products for the health area, carrying out an individual application form; appointment of three nurses of reference, training and advice to professionals. Intervention phase: elimination of pacts product consumption of moist wound healing from nursing units; products request through the form, start training. Evaluation phase: pending.

Results: More than 500 professionals trained, three training sessions open to all the professionals in the autonomous region, extension of training to primary care and nursing homes, 200 consultations with experts. Implementation of a computer application *ad hoc* for the application of products available to the nurses of the three care levels in the health area. Consumption figures in the hospitals of products for moist wound healing in 2011 of 240.581 €, compared with consumption in 2012 of 171.493 €.

Discussion: Unification of criteria in the treatment of injuries; significant decrease of consumption; improvement of the records.

Key words: Pressure Ulcer; Injuries; Wound; Nursing Care; Medical Economics.

Introducción

Definamos la herida crónica como aquella lesión de la piel con escasa o nula tendencia a la cicatrización, mientras se mantenga la causa que la produce. En ellas el mecanismo de cicatrización se encuentra parcial o totalmente alterado, no siguiendo un orden en su proceso normal de reparación tisular, por lo que la probabilidad de cicatrización, si dejamos evolucionar de manera natural, es baja^{1,4}.

Este tipo de lesiones atendiendo al agente causal, podríamos dividir las en: úlceras por presión, úlceras por humedad, úlceras venosas, úlceras arteriales, úlceras neuropáticas, úlceras neoplásicas y un capítulo de otras (englobaríamos aquel grupo de enfermedades que pueden causar heridas en la piel: enfermedades infecciosas – lepra, úlcera de Buruli, etc.–, epidermolísis ampollar...)⁵.

Definimos úlcera por presión (UPP) como una lesión localizada en la piel o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (incluyendo presión en combinación con la cizalla). Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las UPP; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado⁶.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), desde hace años lleva realizando estudios

epidemiológicos intentando mostrar la realidad de nuestro país. Su primer estudio se llevó a cabo en la Comunidad Autónoma de la Rioja⁷ en el año 1999, continuando a lo largo de estos años^{8,9} y teniendo en la actualidad los datos del último estudio realizado en el año 2009, "3^{er} Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España"¹⁰. Según este, estas lesiones afectan a:

- Un 5,9% de las personas que reciben atención domiciliaria.
- Un 7,2% de las personas ingresadas en hospitales de agudos (con diferencias de prevalencias entre las distintas unidades: unidad médica, 8,32%; quirúrgica general, 7,3%; cuidados intensivos, 24,2%).
- Un 6,4% de las personas ingresadas en centros sociosanitarios.

Esta realidad se traduce en unos costes económicos importantes. En un estudio publicado en el año 2007¹¹ en el que se abordan los costes económicos de la atención a las UPP en relación al tratamiento, se estima su importe en unos 461 millones de euros (teniendo en cuenta estancias, recursos humanos, recursos materiales), lo que representa el 5% del gasto anual en Sanidad. Los costos aumentan con la gravedad de las úlceras debido a que el tiempo de curación de las mismas es más largo y la incidencia de complicaciones mayor en los casos más graves¹².

A todo lo anterior debemos añadirle las consecuencias que pueden llegar a tener este tipo de lesiones sobre los individuos, la sociedad y el propio Sistema de Salud^{1,13}.

Sobre los individuos:

- Afectación en la calidad de vida.
- Disminución de la autonomía y autoestima.
- Riesgo elevado de complicaciones directas e indirectas en el estado de salud.
- Aumento de la mortalidad.

Sobre la sociedad:

- Incapacidad para la actividad laboral.
- atentado contra los derechos de los ciudadanos al permitir que se produzcan (conociendo las medidas de prevención) o se prolonguen innecesariamente por una inadecuada atención.

Sobre el Sistema de Salud:

- Elevado coste de su atención.
- Posibles problemas de salud pública derivados de la diseminación de gérmenes multirresistentes.
- Repercusiones legales.

La Organización Mundial de la Salud las considera como un indicador de calidad asistencial.

Según bibliografía consultada las úlceras de extremidad inferior afectan aproximadamente al 1% de la población adulta de países en desarrollo¹⁴ y alrededor de seis millones de personas en EE. UU.¹⁵. En el documento de la Conferencia Nacional de Consenso

sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI) recomiendan como datos epidemiológicos fiables una prevalencia comprendida entre el 0,10 y el 0,30%; siendo su incidencia de tres a cinco nuevos casos por 1000 personas y año, teniendo en cuenta que ambos datos deben multiplicarse por dos cuando se considere el segmento de población de edad >65 años¹⁶.

En el estudio de Posnett el costo del tratamiento de úlceras de etiología venosa ascendió a 168-198 millones de libras esterlinas, entre los años 2005-2006¹⁷.

La úlcera en el pie es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos. Aparece durante el curso de la enfermedad en aproximadamente el 15% de los casos. Su incidencia anual es del 2-3% y del 7% en aquellos pacientes con neuropatía, y su prevalencia del 2-10%. La diabetes es la causa más frecuente de amputación de la extremidad inferior en Europa y EE. UU.¹⁸.

Un punto fundamental del proceso de asistencia sanitaria lo forman los registros de Enfermería. Son el reflejo de nuestra profesionalización, la garantía de la calidad asistencial y posibilitan el intercambio de información sobre cuidados a la vez que facilitan la investigación y la docencia. Además, permiten crear una base de datos, que mejora la gestión de los recursos sanitarios y protege la actividad enfermera¹⁹.

Generalmente se acepta la existencia de variabilidad en la práctica clínica; sin embargo, la mayoría de los estudios están referenciados al ámbito médico, existiendo escasa bibliografía sobre la variabilidad en enfermería^{20,21}. Aunque se reconoce que las actuaciones de enfermería, y entre ellas el abordaje de las heridas crónicas, son

susceptibles de presentar una alta variabilidad.

La habilidad, los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios repercuten de manera importante en su capacidad para evaluar la complejidad de una herida, controlar los síntomas del paciente y tratar los problemas asociados. Sin embargo, con demasiada frecuencia, el tratamiento se basa en las tradiciones y costumbres y las decisiones se apoyan en una información subjetiva, no normalizada y sin evidencia científica²².

Al establecer un programa de calidad enfocado a mejorar la atención prestada a los pacientes, debemos tener presente tanto las expectativas de los distintos profesionales como las necesidades sentidas por usuarios y cuidadores respecto al abordaje de estas lesiones, facilitando a la vez el trabajo en equipo y objetivando la práctica asistencial diaria.

La instauración de este proyecto recoge los siguientes objetivos:

- Proporcionar cuidados integrales a los pacientes con heridas crónicas, mejorando, si cabe, la calidad de los mismos.
- Evitar la variabilidad en los tratamientos de las heridas, unificando criterios de actuación y estableciendo un modelo metodológico común en las actuaciones de enfermería.
- Optimizar el consumo de productos de Cura en Ambiente Húmedo (CAH).
- Establecer un espacio de actualización en la formación e investigación en heridas crónicas.
- Mejorar los registros de enfermería.

- Actuar como equipo de referencia, soporte y asesoramiento para los profesionales de los tres niveles asistenciales del área sanitaria, en todos aquellos temas relacionados con las heridas.

Métodos

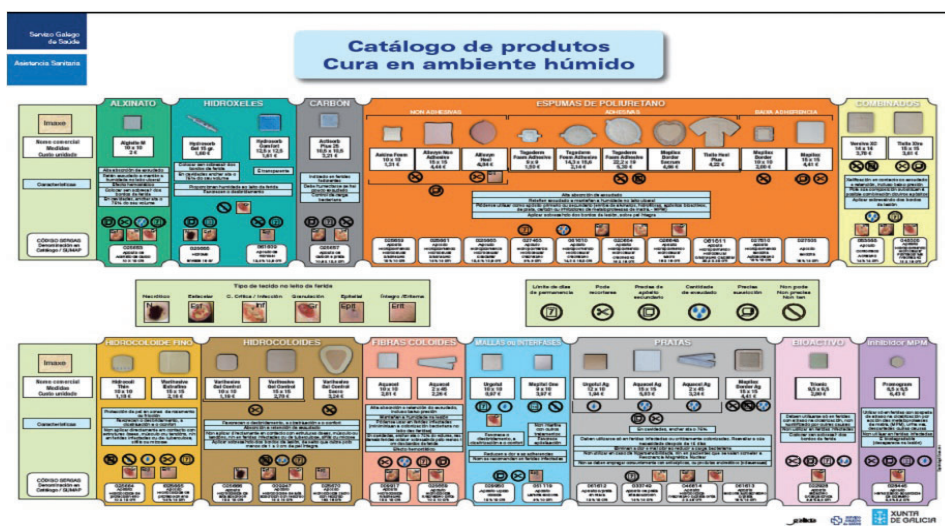
El marco de referencia

Área de Xestión Integrada Pontevedra e O Salnés:

La estructura organizativa del área de gestión integrada de Pontevedra e O Salnés (EOXIPS) fue creada en el año 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 a su vez 45 centros de Atención Primaria de Salud (AP) y 9 centros sociosanitarios.

Atiende a una población de aproximadamente 301 664 habitantes.

Desde hace unos años el Servicio Gallego de Saúde cuenta con una estrategia conocida como “Úlceras Fóra” para la optimización de los recursos de la CAH con el fin de garantizar la igualdad, equidad y universalidad a todos los pacientes, principios básicos de la asistencia. Consecuencia de esta estrategia es la disposición de un catálogo unificado de productos para cura en ambiente húmedo, formado en la actualidad por 31 apósitos (figura 1) y la formación a profesionales sanitarios en el deterioro de la integridad cutánea y tisular con el objetivo de unificar los conocimientos en prevención y tra-



Disponible en: <http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2085-es.pdf>

Figura 1. Catálogo de productos de Cura en Ambiente húmedo (CAH) del Servicio Galego de Saúde

tamiento de las heridas, colaborar en la elaboración de materiales docentes y asesorar en la utilización de los recursos disponibles.

Las unidades hospitalarias, los centros de atención primaria y centros socio-sanitarios pertenecientes al área sanitaria, tienen establecidos unos pactos de consumo de productos para CAH con el Servicio de Suministros. Con una periodicidad semanal, quincenal o mensual, según las necesidades y pactos estos productos son distribuidos a las unidades.

El proyecto

El proyecto, denominado "asesoría en heridas" (asesoría en heridas) se ha diseñado con un cronograma a dos años, desarrollado siguiendo las siguientes fases:

Fase 1. Fase de planificación

Ámbito de aplicación: unidades hospitalarias, centros de AP y centros socio-sanitarios que forman la EOXIPS.

Durante esta fase se mantuvieron varias reuniones con el grupo de "formadores en deterioro de la integridad cutánea" del área sanitaria. En estas reuniones se detectaron como aspectos de mejora la necesidad de unificar los registros de enfermería relacionados con el cuidado y tratamiento de las heridas, enfocado sobre todo a aquellas clasificadas como crónicas. Otros de los aspectos planteados por los formadores fue la variabilidad en el abordaje de las heridas y el desconocimiento por parte de los profesionales de los productos disponibles para el tratamiento de lesiones susceptibles de productos de cura en ambiente húmedo.

Se procedió a evaluar los registros de enfermería en cuanto a heridas. Para ello se obtuvieron del aplicativo informático GACELA (Gestión Asistencial del Cuidado de Enfermería Línea Abierta), los datos de los diferentes registros relacionados con las heridas en las cuatro unidades de medicina interna del CHOP, evidenciándose que estos no estaban cumplimentados en su totalidad y sugiriendo la posibilidad de un infraregistro.

Se llevaron a cabo reuniones con el Servicio de Suministros del área sanitaria que facilitó los datos sobre el consumo de los productos para CAH. Con los mismos se procedió a su tabulación: por centro, por unidad hospitalaria, por tipo de producto y por familias de producto; realizándose un posterior análisis.

Se analizaron las posibles líneas de reparto de los productos para cura en ambiente húmedo a los centros de AP y centros sociosanitarios, con el objetivo de que el suministro de dichos productos se realizase en un plazo de 24-72 horas.

Como consecuencia se valoró la necesidad de diseñar una petición individualizada para la solicitud de productos de CAH, que se realizó, inicialmente, utilizando la herramienta gratuita de Google Docs, de manera que la solicitud de productos fuese individual, por paciente y que recogiera aquellas características fundamentales de una lesión. En dicha petición se anonimizaron las unidades hospitalarias, asignándoles a cada una de ellas un código alfanumérico. Esta solicitud (figura 2) enlazaba los datos de filiación de un paciente con las características básicas descriptoras de la herida (etiología de la lesión, localización, estadio, tipo de tejido presente en el lecho de la lesión, referencia cuantitativa del exudado, estado de la piel perilesional, existencia

de tunelizaciones y la frecuencia esperada de curas), y con una solicitud de apósitos. El formulario se aplicó, como experiencia piloto, a varias unidades hospitalarias.

En esta fase se mantuvieron las primeras reuniones con el Servicio de Informática presentando el proyecto y el formulario realizado en Google Docs con el objetivo de la creación de un aplicativo informático propio, accesible desde los tres niveles asistenciales, que sustituyera al anterior mencionado formulario y en el que los profesionales de enfermería pudieran realizar la solicitud de los productos para CAH. Posteriormente esa solicitud antes de ser enviada al servicio de Suministros, estaría sujeta a validación por parte de los enfermeros referentes. Este aplicativo debería recoger datos sobre las lesiones descritas en el aplicativo GACELA, y también permitir transferir los datos al aplicativo IANUS (Historia Clínica Electrónica del Servicio Galego de Saúde) utilizado en los centros de atención primaria (el aplicativo informático GACELA solo se usa en el ámbito hospitalario), evitando de esta manera duplicidades en los registros y garantizando la continuidad de cuidados en los tres niveles asistenciales.

Se nombraron tres enfermeras referentes en el cuidado de heridas "formadores en deterioro de la integridad cutánea", como líderes del proyecto, responsables de canalizar y evaluar todas las peticiones realizadas y asesorar en materia de heridas.

Se planificó un programa de formación de manera presencial y de corta duración en las unidades de hospitalización, centros de AP y sociosanitarios, dirigidas a todo el personal sanitario y no sanitario: profesionales de enfermería, personal médico, celadores....A su vez y, como parte de este programa, se planificaron varias jorna-

das dirigidas a todos los profesionales del área sanitaria y otras áreas de la comunidad autónoma, en las que son invitados ponentes de reconocido prestigio que abordarán temas relacionados con las heridas.

En estas píldoras formativas se abordaron cuestiones relacionadas con la importancia de las heridas en cuanto a datos epidemiológicos y sus posibles consecuencias sobre los individuos, sociedad y sistema sanitario; se explicó el catálogo de productos de CAH del Servicio Galego de Saúde destacando y pormenorizando las características de los distintos productos, sus indicaciones, sus contraindicaciones...; así como la presentación del proyecto.

Se habilitaron, tres números de teléfono de consulta y una dirección de correo electrónico (asesoriaenferidas.pontevedra@sergas.es) para las posibles dudas o consultas que los profesionales desearan realizar a los referentes, líderes del proyecto.

Fase 2. Fase de intervención

– Fase piloto:

- Inicio: agosto de 2012.
- **Ámbito de aplicación:** cuatro unidades hospitalarias de medicina interna del CHOP.
- Presentación a las supervisoras y personal de las unidades pilotadas del proyecto *asesoriaenferidas*, con los objetivos planificados.
- Eliminación de los pactos de consumo y retirada de los stocks de las unidades pilotadas.
- Formación a las supervisoras en el uso del formulario de petición de productos diseñado en Google Docs.

- Implantación de la unidosis de productos de CAH para tratamientos de lesiones, habilitando un espacio físico en cada unidad destinado a ubicar los apósitos (identificados con el nombre y apellidos del paciente, número de Historia Clínica y número de habitación).

– Intervención 1:

- Inicio: agosto de 2012.
- **Ámbito de aplicación:** unidades hospitalarias de los tres centros que forman la EOXIPS.
- De manera secuencial y, tras el inicio como piloto en las cuatro unidades de medicina interna, se incorporan el resto de unidades hospitalarias al proyecto.
- Se procede a la eliminación de pactos de consumos de productos para CAH y retirada de stocks en la totalidad de las unidades hospitalarias.
- Una vez desarrollado el Programa Informático de Petición de Productos de Cura en Ambiente Húmedo (PIPCAH) (figura 3), se procede a su presentación a las supervisoras de unidad con las consiguientes sesiones formativas sobre su uso (el inicio de las peticiones a través de PIPCAH tuvo lugar en el mes de diciembre, hasta entonces las solicitudes de productos se estaban realizando utilizando el formulario diseñado en Google Docs).
- Las supervisoras de unidad son las encargadas de realizar, a través del programa informático diseñado, la petición de los diferentes apósitos para las curas de las heridas. Estas peticiones

Figura 3. Pantalla de inicio del programa informático de petición de productos de cura en ambiente húmedo

son validadas por los referentes (uno en cada hospital) y ellos mismos realizan el pedido de los productos al Servicio de Suministros utilizando para ello un programa específico. Todo esto previa consulta al aplicativo de enfermería GACELA verificando que esa petición corresponde a una lesión que se encuentra registrada por el profesional en dicho aplicativo. Este programa informático, al igual que el formulario inicial diseñado, recoge variables clave definitorias de las características de las lesiones así como datos de filiación del pa-

ciente, con el único objetivo de interrelacionar: un paciente-una lesión-una solicitud; siempre de manera individualizada.

- Para evitar desabastecimientos de productos para cura de heridas (los referentes trabajan en turno de mañana librando fines de semana y festivos), se habilitan en el despacho de la Dirección de Enfermería unos stocks de todos los productos del catálogo del Servicio Galego de Saúde. En estos días no laborables y ante la necesidad de un producto, este se solicita a tra-

vés de los Supervisores Generales de guardia en los distintos hospitales, dispensándolos a las unidades con tal necesidad, recogiendo la petición en un registro *ad hoc*, que posteriormente es revisado por los referentes. En uno de los hospitales del área, debido a la no existencia de esta figura organizativa, se crean pequeños stocks en las unidades, previo pacto con las supervisoras.

- Se realizan sesiones presenciales por las distintas unidades hospitalarias, en turno de mañana, en las que se abordan los temas relacionados anteriormente en el programa de formación: indicaciones de apósitos, contraindicaciones... Se inician, también las jornadas con ponentes externos y talleres de cuatro horas de duración en turnos de mañana y tarde, en los que se abordan aspectos relacionados con la prevención y tratamiento de las heridas.
- *Intervención 2:*
- Inicio: noviembre de 2012.
 - Ámbito de aplicación: centros de AP y sociosanitarios que forman parte de la EOXIPS.
 - Se presenta el proyecto *asesoría en heridas* a los coordinadores de los centros y al resto de profesionales sanitarios, así como el programa informático de petición de productos para cura en ambiente húmedo diseñado por el servicio de Informática, que permitirá a las enfermeras realizar las solicitudes individuales.
 - Se inician las sesiones formativas en los centros de AP y en

centros sociosanitarios en horarios de mañana y tarde, siguiendo el mismo guión que el establecido para las unidades hospitalarias.

Fase 3. Fase de evaluación

Su realización se llevará a cabo en el primer trimestre del año 2014.

Resultados

Evaluación de la situación previa al inicio del proyecto:

En la tabulación de los datos y en su posterior análisis se evidencia que el consumo de productos empleados para el tratamiento de esas lesiones no sigue una relación lógica con los registros que se llevan a cabo en el aplicativo de enfermería (tabla 1), en la que apreciamos unidades hospitalarias con un bajo registro de lesiones y con grandes consumos, frente a unidades con mayores registros y menores consumos de apósitos para cura en ambiente húmedo.

En la figura 4, podemos observar los porcentajes de consumos (en euros) de apósitos para cura en ambiente húmedo de los centros de AP en los seis primeros meses del año 2012, relacionados con el porcentaje de población que atiende cada centro y los mayores de 65 años, evidenciándose la gran variabilidad en los consumos, centros con mayor población y menores consumos, y viceversa.

Una de las funciones de la unidad de calidad del área de EOXIPS es el control y mantenimiento actualizado de los cuadros de mandos, entre los cuales se encuentran los correspondientes a las UPP y otras heridas (datos de incidencia, datos epidemiológicos como son su origen y procedencia, lo-

Tabla 1. Consumo de apósitos para cura en ambiente húmedo en las unidades hospitalarias del CHOP entre los meses de Enero y Junio del año 2012, en relación a las lesiones (UPP y otras heridas) declaradas en ese mismo periodo.

Unidades hospitalarias	N.º de total lesiones declaradas (UPP + otras heridas)	N.º de apósitos consumidos
H1	125	2354
H2	56	2684
H3	89	1510
H4	17	178
H5	58	346
H6	30	425
H7	21	592
H8	6	1204
H9	11	0
H10	5	550
H11	1	10
H12	7	1458
H13	11	2514
H14	5	474
H15	12	793
H16	39	1548
H17	13	710
H18	60	618
H19	2	0
H20	3	258
H21	28	1103
H22	0	543
H23	5	900

CHOP: Complejo Hospitalario de Pontevedra; UPP: úlceras por presión.

calizaciones, estadios...). Estos datos se obtienen con periodicidad mensual de los registros que el personal de enfermería realiza en el aplicativo GACELA. En la tabla 2 se presentan los datos comparativos de los mismos desde el perfil cuantitativo de los años 2011 y 2012.

Para la valoración de los registros desde el punto de vista cualitativo, a través del aplicativo GACELA se realizó un corte transversal con el análisis de todos los registros de las heridas, tomando cuatro unidades de Medicina Interna. Se analizaron los meses de marzo (previo a la intervención) y diciembre (post-intervención) del año 2012. Se compararon diez ítems que

tenían relación con las características de las heridas: entre otros podemos destacar que el registro del volumen de la herida pasó de un 78 a un 93%; el registro sobre la piel perilesional de un 67 a un 87% en el mes de diciembre; las características de la secreción del 84 al 91%; la descripción de cuidados y tratamiento local de un 87 a un 93% y sobre el registro en el aplicativo del tipo de producto utilizado para el tratamiento del 87 al 97%.

Se han realizado 74 sesiones presenciales por las distintas unidades, con las que se han formado a un número de profesionales sanitarios y no sanitarios e incluso a alumnos de enfermería, recogidos en la figura 5.

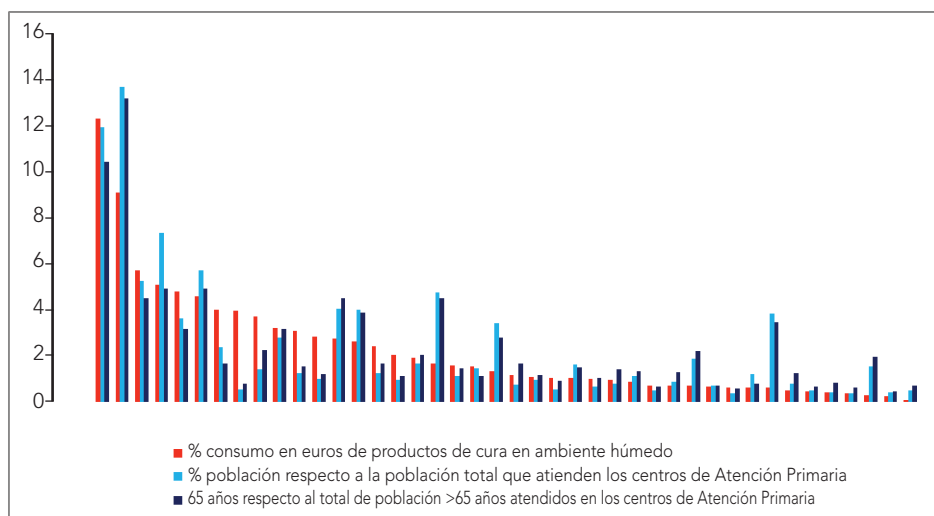


Figura 4. Porcentajes de consumo de los centros de Atención Primaria pertenecientes al área sanitaria, en relación a la población que atiende cada centro y a los mayores de 65 años atendidos por centro de Atención Primaria (incluye los seis primeros meses del año 2012)

Se han llevado a cabo tres jornadas externas que han versado, la primera de ellas sobre la dimensión e importancia de las úlceras por presión a cargo del Dr. José Javier Soldevilla Agreda (Dr. por la Universidad de Santiago de Compostela y director del GNEAUPP), una segunda sobre la prevención de úlceras por presión, a cargo de D. Pa-

blo López Casanova (miembro del comité director del GNEAUPP) y una tercera realizada en el mes de diciembre, sobre el abordaje de la herida infectada que tuvo como ponente al profesor José Verdú Soriano (Dr. por la universidad de Alicante, miembro del comité director del GNEAUPP).

Tabla 2. Comparativa de los resultados de los cuadros de mandos de UPP entre los años 2011 y 2012

	2011	2012
N.º de UPP intraunidad	273	453
N.º de UPP de otra Unidad	52	74
N.º de UPP domicilio	414	624
N.º de UPP otro centro	35	43
N.º total de UPP en la unidad	774	1194
N.º de pacientes con UPP	439	722

UPP: úlceras por presión.
Fuente: GACELA.

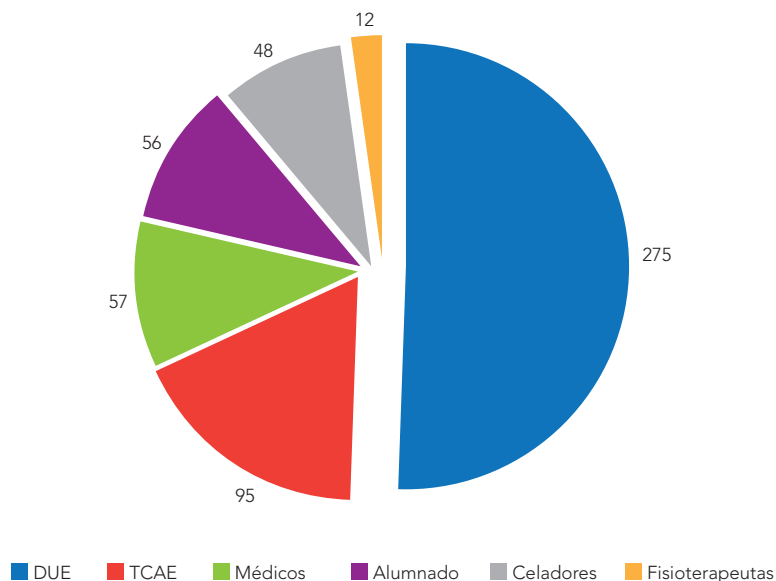


Figura 5. Profesionales formados a través de las sesiones formativas

Hasta el inicio del PIPCAH, en el mes de diciembre 2012, a través del formulario diseñado en Google Docs (esta aplicación tiene la ventaja de que realiza tabulación y gráficos de manera automática) para la solicitud de productos para curas de heridas, se realizaron un total de 1186 peticiones; el 46% de ellas para tratamiento de UPP, un 20% heridas de tipo traumático y quirúrgicas, un 17% para heridas de pierna y pie diabético y el porcentaje restante para otro tipo de heridas. El 36% de esas solicitudes correspondieron a heridas localizadas en el sacro y en los talones; las localizaciones en pierna representaron el 19% de las solicitudes. De todos los apósitos que forman el catálogo, solo dos de ellos no fueron solicitados.

A través del Servicio de Suministros se descargaron y compararon los consumos mensuales de los años 2011 y 2012 (figura 6). Téngase en cuenta que el proyecto se inició en el mes de agosto 2012.

El resultado global del consumo de productos para cura en ambiente húmedo se representa en la figura 7.

Los profesionales sanitarios, en su totalidad personal de enfermería han realizado 190 consultas a los expertos, todas ellas utilizando los teléfonos habilitados para tal fin, excepto dos de ellas que se realizaron utilizando la dirección de correo electrónico creada para ello.

Discusión

Las evidencias científicas disponibles hacen que hoy en día ningún profesional enfermero dude de la efectividad de la cura en ambiente húmedo y de las ventajas de su utilización: reducción de costes y tiempo de enfermería, mayor confort y autonomía para el paciente y fundamentalmente la reducción en el tiempo de epitelización de las heridas. Sin embargo uno de los problemas detectados al iniciar el pro-

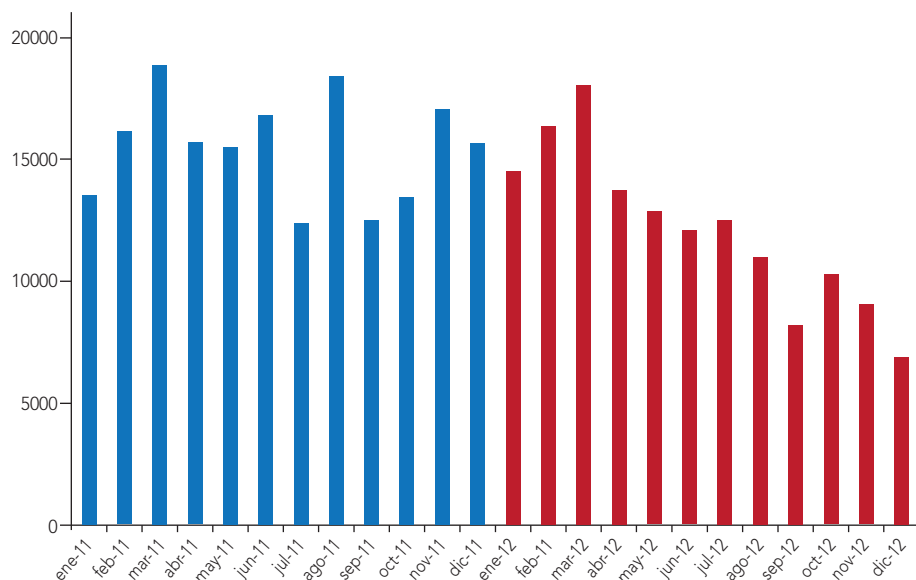


Figura 6. Comparativa del consumo en euros de productos para cura en ambiente húmedo en las unidades hospitalarias del CHOP (años 2011 y 2012). La intervención se inició en agosto de 2012

yecto fue la elección inadecuada de apósitos para el tratamiento de algunas heridas como demostró el elevado consumo de alguno de ellos. Tal como podemos encontrar en la bibliografía el nivel de conocimientos sobre las recomendaciones para la prevención y cuidados de las UPP son superiores a los correspondientes al tratamiento²³.

La valoración del cuidado de una herida representa uno de los aspectos que requiere por parte del profesional una mayor precisión, un nivel mas alto de detalle y una sólida base de conocimientos para enfocar adecuadamente el tratamiento. Una valoración completa de la herida y un registro adecuado de esta son dos elementos cruciales para realizar una planificación adecuada del cuidado de la herida²⁴.

Es fundamental concienciar a los enfermeros de la importancia de la elec-

ción correcta de los apósitos atendiendo a las características de las heridas, de la optimización del consumo de productos evitando los cambios de cura programados y realizándolos atendiendo a la saturación del apósito, y de garantizar una continuidad en el tratamiento diseñado entre los diferentes niveles asistenciales para conseguir una epitelización adecuada en un menor tiempo de las heridas. Así podremos proporcionar a los usuarios del sistema de salud unos cuidados de calidad basados en la mejor evidencia disponible y lograremos una mayor satisfacción de los mismos al mejorar o resolver su problema.

La revisión de los registros enfermeros evidenció que no todas las heridas tratadas estaban reflejadas en el registro de úlceras del aplicativo GACELA, así como la variabilidad en los tratamientos de las heridas, ello nos ha permiti-

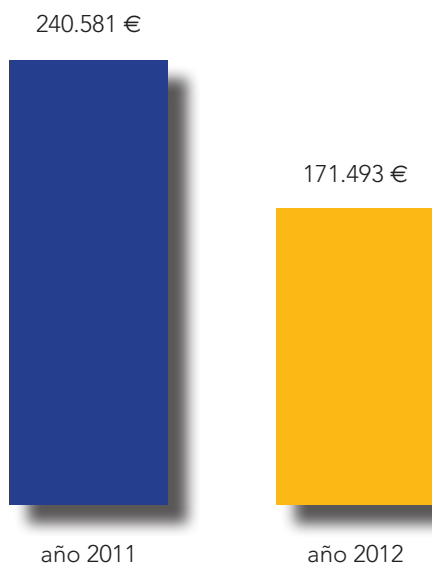


Figura 7. Consumo total en euros de productos para cura en ambiente húmedo en las unidades hospitalarias de la EOXIPS, correspondientes a los años 2011 y 2012 (en agosto de 2012 se inicia el proyecto asesoriaenferidas)

do detectar las áreas de mejora como la formación del personal en el registro informático y en las características e indicaciones de los apósitos del catálogo de productos de CAH del Servicio Galego de Saúde. Formación en la que se ha hecho especial hincapié durante este proyecto lo que junto con la revisión de la petición de apósitos por parte de los enfermeros referentes hace que haya disminuido la variabilidad en el tratamiento de las heridas, uno de nuestros principales objetivos.

Pilar Velayos *et al.* concluyen en su trabajo titulado "Utilidad clínica de los registros de enfermería informatizados en un área de salud en pacientes en hemodiálisis", lo siguiente: "La continuidad de los registros en el tiempo contribuyen a la mejora de la calidad científico-técnica y por tanto a la excelencia de los cuidados"²⁵.

Hemos encontrado dificultades en la conciliación de los tres programas informáticos existentes en cada nivel asistencial por lo que ha sido necesaria la creación de un aplicativo informático propio para la gestión de las solicitudes de apósitos. La implantación en el área de "un hospital sin papeles" ha permitido que la informática esté presente en todos los lugares de trabajo, y ello ha facilitado la implantación del programa en todos los centros permitiendo una comunicación eficaz entre los diferentes niveles asistenciales, una mayor fluidez en la transmisión de la información y una tramitación de las solicitudes al servicio de suministros de manera ágil y eficaz para poder atender las necesidades asistenciales en el menor tiempo posible.

Prácticamente la totalidad de las consultas a los profesionales referentes se

han realizado utilizando los números telefónicos habilitados al efecto y solo en dos ocasiones fueron realizadas a través del correo electrónico. Entre sus causas posiblemente se encuentren que al haberse iniciado el proyecto, en estos momentos, a nivel hospitalario, los profesionales encuentren más fácil acceso al uso del teléfono, método con más inmediatez. Seguramente el correo electrónico sea utilizado por los profesionales de AP y sociosanitarios, al estar presente el factor distancia.

Durante este tiempo hemos tenido que hacer frente a otros problemas que no habíamos previsto al inicio del proyecto *asesoría en heridas*, como la falta de habilidades informáticas por parte de algunos profesionales, y las dificultades en algunas ocasiones para realizar la formación en las unidades en horarios laborables por la demanda asistencial. Por ello contemplamos que la futura programación de docencia se realice en aulas ajenas a las unidades donde el profesional pueda recibir la formación sin interrupciones.

La puesta en marcha de este proyecto ha tenido otra consecuencia añadida, el significativo ahorro económico en solo cuatro meses y del tiempo de enfermería. Consecuencias a tener en cuenta ante las dificultades económicas y de sobrecarga asistencial a que se enfrenta actualmente el sistema sanitario.

La Evaluación final del proyecto está proyectada para el primer trimestre del año 2014, cuando ya todo el ámbito de la EOXIPS esté incorporada: hospitalaria, atención primaria y sociosanitaria. Somos conscientes de que el consumo importante se encuentra en la vertiente de AP. Esta evaluación será la que nos dirá si todo este ambicioso proyecto ha cumplido con los objetivos que nos habíamos planteado en sus inicios.

Para concluir y aunque los registros han mejorado desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, sería necesario realizar un estudio más profundo y con un diseño metodológico adecuado para evaluar y confirmar estos avances logrados.

Queremos resaltar finalmente la buena aceptación e implicación de los profesionales al proyecto y especialmente a la formación en las unidades, así como la demanda de cursos sobre heridas contemplando un enfoque más amplio.

Agradecimientos

A Luis Arantón y Ramón Delgado, por haber compartido con nosotros todo su saber.

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 nº 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. Woo K, Ayello EA, Sibbald RG. The edge effect: current therapeutic options to advance the wound edge. *Adv Skin Wound Care*. 2007;20(2):99-117; quiz 118-9.
3. Falanga V. The chronic wound: impaired healing and solutions in the context of wound bed preparation. *Blood Cells Mol Dis*. 2004;32(1):88-94.

4. Marinello Roura J. Úlceras de extremidad inferior. Madrid: Editorial Glosa; 2005.
5. Soldevila-Agreda JJ, García-Fernández FP, Verdú-Soriano J. Úlceras cutáneas. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4(7):370-81.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical Practice Guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
7. Soldevilla-Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. Gerokomos/Helcos. 1999;10(2):75-87.
8. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano 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.
9. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán J. 2.º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2006;17(3):154-72.
10. Soldevilla-Agreda JJ, Torra JE, Verdú J, López P. 3.º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2011;22(2):77-90.
11. 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.
12. Dealey C, Posnett J, Walker A. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. J Wound Care. 2012;21(6):261-2, 264, 266.
13. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas [en línea] [consultado el 10/02/2013]. Disponible en: www.gneauapp.es
14. Baker SR, Stacey MC, Jopp McKay AG, Hoskin SE, Thompson PJ. Epidemiology of chronic venous ulcer. Br J Surg. 1991;78(7):864-7.
15. Harrington C, Zagari M, Corea J Klitenc J. A cost analysis of diabetic lower-extremity ulcers. Diabetes Care. 2000;23(9):1333-8.
16. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior Documento de consenso [en línea] [consultado el 12/02/2013]. Disponible en: <http://www.gneauapp.es>
17. Posnett J, Franks PJ. The cost of skin breakdown and ulceration in the UK. En: Pownall M. Skin Breakdown-the silent epidemic. The Smith&Nephew Foundation; 2007.
18. Blanes Mompou JI, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. Angiología. 2011.
19. Hernández D, Rodríguez MA, Gutiérrez, MJ Bolaños G. Elaboración

- de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001:2005. *Rev Soc Esp Enferm Nefrológica*. 2007;10(1):15-22.
20. 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.
 21. 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.
 22. Documentos de Posicionamiento EWMA n.º 9. Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. European Wound Management Association. Londres. 2008 [en línea] [consultado el 13/02-/013]. Disponible en: www.gneaupp.es
 23. Pancorbo PL, García FP, Rodríguez MC, Torres M, López IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. *Gerokomos*. 2007;18(4):188-96.
 24. Aedo Carreño V, Parada Santander T, Alcayaga Rojas C, Rubio Acuña M. Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas. *Enfermería Global*, octubre 2012 [en línea]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.4.134131/139121>
 25. Velayos P, Martínez S, Andrés MM, Gruss E, Mas MI, Fernández O, et al. Utilidad clínica de los registros de enfermería informatizados en un área de salud en pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2010. p. 242-5 [en línea] [consultado el 12/02/2012]. Disponible en: <http://revistasden.org/seccion.asp?idRevista=155&idSeccion=9>

