



INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 3033-12

**“RELACIÓN DEL INDICADOR DE CALIDAD DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
CON LA FRECUENCIA DE CASOS EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA Y OBSTERICIA**

PRESENTAN:

OLVERA MARÍN MAGALY

VASQUEZ VASQUEZ ROLANDO

ASESOR METODOLÓGICO:

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

MÉXICO. D.F. ENERO DEL 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LIC. BLANCA ISELA LÓPEZ LEIJA

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

ASESOR DE TESIS

LIC. DELIA ESPINOSA RIOJA

PROFESOR (A)
DEL INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer antes que nada a ti Dios por estar con nosotros en cada momento de nuestras vidas, porque nos permitiste hacer realidad este sueño anhelado.

Agradezco al Instituto Marillac por abrirnos sus puertas y ser nuestra segunda casa durante toda nuestra carrera profesional. A la directora por su guía y apoyo, Lic. Jovita Arias Calles y a la Lic. Delia Espinosa Rioja por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado en nosotros finalizar nuestros estudios con éxito. De igual manera queremos agradecer a cada uno de nuestros profesores, compañeros y amigos porque sin ellos nada de esto hubiera sido posible. Agradezco a mis padres su amor, apoyo y paciencia.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I	
Antecedentes Históricos del Hospital General Xoco.....	5
CAPÍTULO II	
Anatomía y Fisiología de la piel.....	9
CAPÍTULO III	
Úlceras por presión.	
• Definición.....	15
• Etiopatogenia.....	16
• Factores de riesgo.....	18
• Mecanismo de producción.....	19
• Categorías de úlceras por presión.....	22
• Complicaciones.....	24

CAPÍTULO IV

Manejo preventivo

- Valoración integral del paciente.....25
- Valoración del riesgo.....27
- Escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión.....29
- Valoración de la piel.....30
- Valoración y cuidados nutricionales.....32
- Control sobre el exceso de humedad.....32
- Manejo efectivo de la presión: la relación entre la magnitud y la presión...33

CAPÍTULO V

- Plan nacional de desarrollo 2013-2018.....38
- Aspectos legales en la práctica de enfermería.....44
- Código penal Federal.....48

CAPÍTULO VI

- Calidad.....52
- Garantía de calidad.....53
- Garantía de calidad en salud.....57
- Auditoria en salud.....58
- Sistema de garantía de calidad y la atención de enfermería.....59
- Constitución de sistema.....63
- Modelo administrativo para lograr la excelencia en enfermería.....65
- Dimensiones de la calidad en la atención medica.....66
- Estándares de enfermería.....68
- Propuesta para la gestión de los cuidados.....70
- Estrategias para lograr la calidad en los servicios de enfermería.....71

- Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería.....72
- Monitoreo estratégico de la calidad de atención en los servicios de enfermería.....74
- Indicadores de calidad en enfermería.....75

CAPÍTULO VII

- Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión.....78
- Importancia del tratamiento eficiente de heridas.....81
- Indicador: “Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados”.....82

CAPÍTULO VIII

Justificación.....86

Planteamiento de problema.....90

Hipótesis.....90

Metodología.....91

- ✓ Variables
- ✓ Tipo de estudio
- ✓ Ámbito demográfico
- ✓ Control
- ✓ Criterios de inclusión, exclusión y eliminación
- ✓ Características del grupo de estudio y grupo control
- ✓ Población, muestreo y muestra
- ✓ Tipo de instrumento
- ✓ Prueba de campo
- ✓ Tratamiento estadístico de la información

Consideraciones éticas.....	95
Resultados.....	96
Discusión.....	110
Conclusiones.....	113
Sugerencias.....	114
Anexos.....	116

INTRODUCCIÓN

A 52 años de su creación, el Hospital General Xoco se ha convertido en uno de los nosocomios de la Ciudad de México que más vidas ha salvado, gracias a sus instalaciones; a la capacidad, habilidad y profesionalismo de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos.

Hoy en día la calidad es la esencia de ser de cualquier tipo de actividad, la encontramos implícita en todas aquellas áreas de desarrollo y actividades de tipo individual y social, siendo por lo que los servicios de salud no son la excepción. La ausencia de calidad se ve manifestada en: servicios ineficientes, incremento de costos, insatisfacción de los usuarios, pérdidas humanas; afectando la confiabilidad en la prestación de los servicios de salud.

Para América Latina, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)¹ son consideradas como una estrategia para la medición y mejora de la salud de la población desde 1997, cuando el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó aplicarse como punto de apoyo para la renovación de la política de la Salud para todos en el año 2000. Una de las once categorías de las FESP se definió para el tema de calidad y se denomina “*La seguridad de la calidad en los servicios de salud*”.²

Bajo estos puntos, se establece que la política y estrategias para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente, se lleven a cabo una serie de acciones inmediatas para que los sistemas de salud presten atención efectiva, segura, eficiente, apropiada y satisfaga a cada uno de los usuarios.

¹MUNOZ, Fernando et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panam. Salud Pública [online]. 2000, vol.8, n.1-2, pp. 126-134. ISSN 1020 - 4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700017>. [Consultado 18/09/2014].

² Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud A55/5. 18 de mayo del 2002. *Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Directora General*. [en línea] http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf. [Consultado 18/09/2014].

En el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en México se hace explícita la necesidad de desarrollar estrategias dirigidas a implantar un sistema integral de calidad en la atención. Como cualquier política pública se debe contar con los instrumentos y los sistemas de información necesarios para evaluar los avances y logros para generar una cultura de medición de la calidad por lo que se crearon los indicadores para la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería elaborada por la Comisión Interinstitucional de Enfermería para obtener información necesaria que permitiera medir estos logros, ya que es importante considerar que no es posible mejorar lo que no es controlado, no es posible controlar lo que no es medido y no es posible medir lo que no está definido.

Aunado a la creación de los indicadores de aplicación hospitalaria se diseñó un sistema de información denominado INDICA en donde se reciben todos los datos reales y transparentes para cualquier usuario que deseara conocer el comportamiento de los mismos, con este sistema se permite monitorizar los avances.

Los indicadores que generó la comisión interinstitucional de enfermería son de dos tipos de dimensión: A) técnica (cuantitativos) e B) interpersonal (cualitativos).

Hasta el momento se cuenta con cinco indicadores de dimensión técnica:

1. Cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral.
2. Vigilancia y control de venoclisis instalada.
3. Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.
4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.
5. Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Y un indicador de Dimensión Interpersonal:

1. Trato digno

En el presente trabajo se presenta la evaluación que se realizó de un indicador de dimensión técnica llamado “Prevención de Úlceras por Presión (UPP) en Pacientes Hospitalizados”³ el cual se define como el porcentaje de pacientes con factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, que cumplen con los 5 criterios establecidos.

También se tomaron en cuenta dos indicadores epidemiológicos: prevalencia e incidencia por ser éstos instrumentos indispensables para medir los alcances y evolución de problemas como las úlceras por presión (UPP), siendo estos los más conocidos y utilizados.

La prevalencia mide la proporción de personas en una población determinada que presentan úlceras por presión en un momento determinado.

La incidencia mide la proporción de personas en una población determinada que inicialmente no tenía UPP y que las han desarrollado en un periodo de tiempo determinado.

La presente investigación es de tipo transversal, ya que no hay un seguimiento de los casos; es decir solo se miden una vez las variables involucradas en la cédula de valoración a todo paciente y se describen en función de ellas. Es observacional, comparativo y prospectivo. Basado en un protocolo de investigación el cual fue aprobado por el comité local de investigación institucional. Considerando las normas en bioética y normas internacionales y nacionales en investigación en seres humanos.

³ Comisión Permanente de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres nuevos indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente. México 2006. [en línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/. [Consultado 18/09/2014].

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que cuando no se aplica el indicador de calidad “Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados” estas se presentan con mayor frecuencia, en comparación de cuando se aplica el indicador de calidad “Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación del indicador de calidad de Prevención de úlceras por presión con la frecuencia de presencia de úlceras en el Hospital General Xoco.
- Demostrar la frecuencia de presencia de las úlceras por presión en sus diferentes categorías en el Hospital General Xoco.
- Realizar la investigación de la incidencia de UPP y dar a conocer los resultados para implementar estrategias para la correcta aplicación del indicador.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL GENERAL XOCO

Uno de los centros hospitalarios más destacados de la red de salud del Distrito Federal es sin duda alguna el Hospital General Xoco, creado para la atención de urgencias traumatológicas y cuyo crecimiento, tanto de personal médico y tecnológico como de infraestructura, ha permitido brindar al usuario atención médica de alta calidad y con sentido humano, no dejando de lado que se ha convertido en un hospital escuela, que ha trascendido más allá de la capital del país.

El Hospital General Xoco, fue inaugurado el 25 de enero de 1962, siendo Presidente de la República el Lic. Adolfo López Mateos, su primer Director fue el Dr. José Manuel Cisneros Arjona.⁴

El Hospital de Urgencias Coyoacán Xoco contaba con 123 camas censables, una sala de Urgencias con ocho camillas de atención, un cubículo para la atención ginecológica, cuatro quirófanos, Rayos X, Laboratorio Clínico y una Unidad de Cuidados Intensivos.

En 1985 el hospital fue remodelado y de ser considerado una unidad hospitalaria horizontal, en la cual se brindaba atención a padecimientos traumatológicos, exclusivamente, se convirtió en una unidad vertical, por lo que el número de camas aumentó a 204 y se contó con 978 trabajadores. A partir de entonces se ubicó en la categoría de hospital de segundo nivel y quedó integrado por servicios de cirugía articular, auxiliares de diagnóstico con tomografía, endoscopia, ultrasonido, laparoscopia, rayos X, banco de ojos con trasplante de córnea, urgencias con nueve cubículos y tres de trauma y choque, y un área de quemados, misma que se cerró en 1994.

En el año 1986, el personal auxiliar de enfermería llevó a cabo el curso de profesionalización de enfermeras. Para el año de 1988, posterior al sismo de 1985,

⁴ Hospital General Xoco, a la vanguardia en. Tecnología. Rev. Familia Médica, editada por ASH2 Imagen Global SA de CV, agosto 2010. Impreso en México. [Consultado 20/09/2014]. Disponible en: <http://www.imagenglobal.org/revistasanteriores/FamiliaMedica/2010/JulioAgosto2010.pdf>.

las autoridades realizan un cambio total a la estructura física del hospital, reabriendo la atención hospitalaria como hospital general, ya que se ofreció el servicio de Medicina Interna y Neurocirugía, e incrementó el número de camas censables y no censables. Otorgando plazas de nueva creación para el personal de enfermería titulado y dejando de contratar personal auxiliar.

En el año de 1993 se inauguró el servicio de Endoscopia. En los años 1996 y 1997 y principios de 1998, el Hospital tiene un cambio radical en los servicios de consulta externa, al abrir el acceso a este servicio por las calles de Bruno Traven con nuevos consultorios de especialidad, entre ellos artroscopia, toma de electrocardiogramas; así mismo el servicio de urgencias se remodela y amplía para contar con un área de Choque: 5 camillas de atención y dos quirófanos para atención con lesiones de suma gravedad y que requieran de tratamiento quirúrgico urgente así como por la inadecuada estructura y organización funcional de esos quirófanos, se incrementó de 10 a 12 cubículos de atención y observación de urgencias con un módulo de atención de sutura y yesos. Actualmente dichas áreas son insuficientes ya que la demanda de atención de servicios solicitados por los usuarios ha rebasado la infraestructura de estas áreas al verse incrementado los ingresos hospitalarios en sus diferentes servicios.

En noviembre del 2007 se inició el programa de atención del Seguro Popular. Se realizaron las Guías Terapéuticas en Traumatología en Coordinación con los Hospitales Generales de la red como: Balbuena, La Villa, Rubén Leñero y Xoco. El 1 de abril del 2008 se inauguró el programa de donación de órganos, coordinado por la Maestra en Enfermería Irma Navarro Paz.

En octubre del 2011 se inauguró la Clínica de catéteres por autoridades del Hospital, siendo la primer jefe la Lic. En Enfermería Lidia Ramírez Hidalgo.

La Clínica de Heridas se inauguró el 20 de diciembre⁵ del año 2013. Tratándose de un espacio específico para el manejo especializado de pacientes con heridas e

⁵ Comisión Permanente de Enfermería. www.salud.gob.mx/unidades/cie. 20/12/2013. Lineamientos clínica de heridas.

infecciones, acelerando el proceso de curación y bajando la ocupación día cama de los hospitales.

El Dr. Román Rosales Avilés, subsecretario de Servicios Médicos e Insumos de la SSa-DF, señaló que "la curación de las úlceras y de las heridas, se hace a nivel nacional con técnicas de enfermería bien establecidas; lo que queremos ahora es fortalecer la organización del servicio para mejorar el acceso de nuestros pacientes".

En esta clínica se atienden principalmente a pacientes con pie diabético, quemaduras, úlceras venosas, úlceras por presión y heridas traumáticas por accidentes. Brindan atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios, fomentan la rehabilitación física y psíquica postoperatoria, reintegrando al paciente a su entorno social.

Visión: El personal que integra el departamento de enfermería deberá ser especializado en el manejo de técnicas y procedimientos de enfermería de acuerdo a los avances actuales para garantizar atención eficiente de calidad y con carácter humanista contribuyendo así a la excelencia.

Misión: Otorgar atención de enfermería con efectividad, calidad y calidez basada en el conocimiento científico y ético, orientado al bienestar biopsicosocial del individuo y la población que demande su servicio.

TIPO DE UNIDAD MÉDICA

Construcción: Tipo Mixto en forma de T Invertida.

Localización: Urbano.

Tipo de población que atiende: Abierta.

Atención que presta: Segundo nivel.

Por su estancia: Es agudo y crónico, dependiendo de la especialidad.

Por su capacidad: Es mediano con un promedio de ocupación del 80 %.

Por su costo día cama: De acuerdo a la especialidad y estudio socioeconómico.

Número de camas:**Censables 196 No censables 86 Total 282****NUMERO DE CAMAS CENSABLES Y NO CENSABLES.**

CAMAS CENSABLES	CANTIDAD	CAMAS NO CENSABLES	CANTIDAD.
Medicina Interna	35	Urgencias	18
Ginecología y Obstetricia	29	U.C.I	8
Cirugía General	34	Quirófano 6 Recuperación 5 Endoscopia 2	14
Neurocirugía	34	Cunas Fisiológicas Incubadoras	15 2
Ortopedia	34	Unidad Toco Quirúrgica A Mesa de exploración Camas Camillas Mesa quirúrgica.	1 6 1 2
Cirugía plástica y reconstructiva	32	Banco de sangre	4
Total.	199	Consulta externa	22

Plantilla de personal

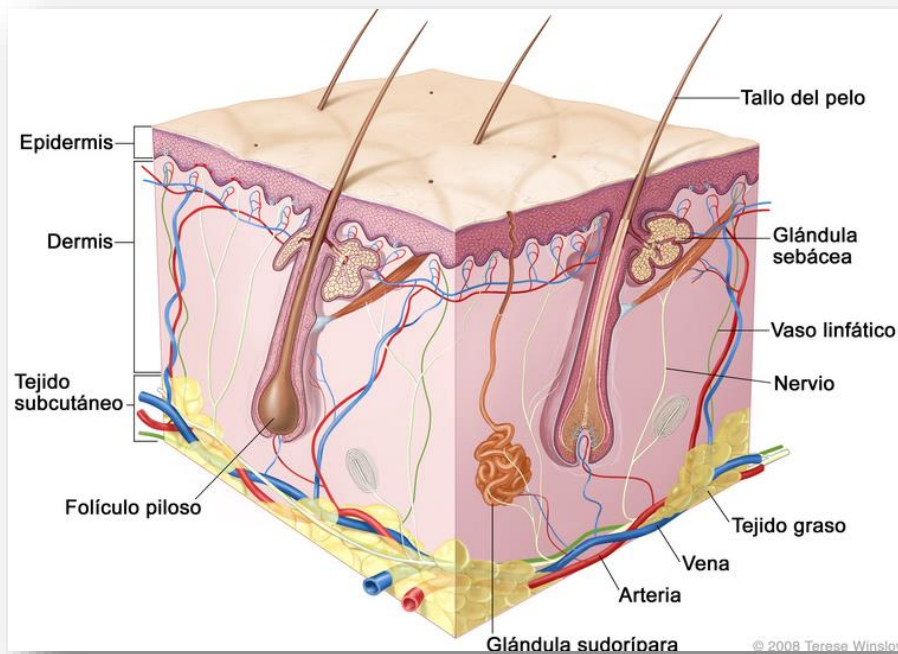
Turno matutino	104	enfermeras
Turno vespertino	74	enfermeras
Turno nocturno A	55	enfermeras
Turno nocturno B	65	enfermeras

CAPÍTULO II

ANATOMÍA DE LA PIEL

La piel es el órgano más extenso del cuerpo (2 m^2)⁶, su grosor oscila entre 0.5 y 4 mm, según su localización, cumple funciones importantes en nuestra sociedad y es fundamental en las relaciones humanas. Desde el punto de vista fisiológico, la piel es un órgano vital.

Es un órgano sensorial cuyas funciones son:⁷



- ✚ Construir una barrera innata inmunológica que evita que bacterias, hongos y virus penetren al interior del organismo y lo dañen.
- ✚ Regulación de la temperatura corporal y aísla al cuerpo del medio externo, lo cual ayuda a mantener el equilibrio electrolítico indispensable para la vida.
- ✚ Órgano sensitivo por excelencia que sirve para conocer el entorno y tiene actividad metabólica (como la síntesis de la vitamina D). Cuando la piel sufre

⁶ Derrickson, Tortora. Principios de Anatomía y Fisiología. 13ª edición 2013. Pág., 153-178.

⁷ Dr. Contreras Ruiz. Abordaje y manejo de las heridas, editorial sistemas inter, México DF. 2013, 1ª edición, pág. 21-29.

daños graves, las consecuencias pueden llegar a la muerte por infecciones o deshidratación.

- ✚ Almacenamiento de agua y grasa.
- ✚ Barrera protectora de agentes externos físicos, químicos y biológicos.

ESTRUCTURAS DE LA PIEL⁸

Histológicamente la piel está constituida por tres capas bien definidas;

- **EPIDERMIS**; dividido en estrato corneo, lucido (en piel gruesa), granuloso, espinoso y basal.
- **DERMIS**; se divide en papilar o superficial y reticular.
- **TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O HIPODERMIS**; no tiene divisiones.

EPIDERMIS

Es la capa más superficial de la piel, tiene un grosor entre 0.07 mm y 0.012 mm⁹, la renovación de la epidermis se produce en un periodo aproximadamente de 30 días.

La epidermis está formada por tres tipos de células:

Queratinocitos: 90% de las células epidérmicas. Células epidérmicas principales y las responsables de la queratinización, que consiste en la maduración y posteriormente muerte fisiológica de estas células para formar láminas de queratina fuertemente entrelazadas y rodeadas de lípidos protectores que da lugar a la capa cornea. Tienen importantes funciones regulatorias del proceso de cicatrización, ya que liberan citosinas que actúan tanto a nivel local como a distancia.

⁸ C.P. Anthony, G.A. Thibodeau. Anatomía y fisiología Humana. Décima edición. McGRAW – HILL.

⁹ A. Villanueva, C. Arazo, F. Mur, L. Zarca, M. Navarro. Guía clínica: prevención y tratamiento de las lesiones por presión.

Melanocitos: 8%, proceden de la cresta neural y migran a la epidermis durante la embriogénesis. Su función es la protección del núcleo y del DNA, de los queratinocitos, mediante la producción de melanina. Esta sustancia es un pigmento de color café que los melanocitos inyectan, a través de las dendritas al citoplasma de los queratinocitos.

En heridas donde los melanocitos se dañan de forma permanente, se produce hipopigmentación residual, que puede predisponer a la zona a daño actínico crónico y eventualmente a desarrollar cáncer en la piel.

Células de Langerhans: Proviene de la médula ósea y son macrófagos modificados que migran a la piel. A pesar de constituir solo el 2 a 8% de todas las células de la piel, poseen dendritas extensamente ramificadas que permiten cubrir casi toda la superficie cutánea. Fundamentales para la vigilancia inmunológica, ya que captan de manera continua antígenos, los cuales procesan, para luego perder sus dendritas y migrar a los ganglios linfáticos. Es allí donde presentan los antígenos a los linfocitos encargados de iniciar una respuesta inmunológica contra los mismos. Esto convierte a la piel en un órgano inmunológico por excelencia, y es ello que durante el cuidado de los pacientes con heridas se deben evitar sustancias altamente alergénicas como el látex, la bacitracina, los aminoglucósidos, el alquitrana, y la lanolina, entre otros.

Dentro de la epidermis podemos diferenciar una serie de capas o estratos:

Estrato basal; células ovaladas, donde las células se dividen para dar lugar a nuevos queratinocitos durante el proceso de cicatrización estas células madres epiteliales son las progenitoras de las nuevas células que se regeneran. Esto condiciona a que la epidermis no cicatrice, sino que recupere su estructura por completo, y cuando las heridas son superficiales no queda cicatriz visible. Las células basales están estrechamente asociadas a la membrana basal, estructura proteica que separa la dermis de la epidermis.

Estrato espinoso; Se le da este nombre porque los queratinocitos que lo componen se encuentran estrechamente adheridos entre sí mediante desmosomas, que en

ocasiones son visibles y se asemejan a finas espinas alrededor de las células. En este estrato se inicia la formación de gránulos de queratohialina, los cuales todavía no son visibles en el citoplasma celular. En la capa más ancha de la piel y se nutren por difusión de sustancias que provienen de la dermis papilar, ya que en la epidermis no hay vasos sanguíneos. El hecho de que la piel no requiera de vasos sanguíneos para nutrirse es fundamental para procedimientos como los injertos de espesor parcial donde se trasplanta únicamente la epidermis (y muy poca dermis), que se mantiene con el poco oxígeno y nutrimentos que alcanzan a difundirse desde el tejido de granulación subyacente.

Estrato lucido; Es exclusivo de la piel gruesa de palmas y plantas y consiste en un espacio claro que se ubica entre el estrato granuloso y el córneo. La piel gruesa además tiene papilas mucho más pronunciadas, un estrato granuloso más ancho y, por ende, un estrato corneo más grueso.

Estrato córneo; Es el estrato de la piel que realmente constituye una protección frente a los microorganismos del medio ambiente y mantiene la humedad corporal evitando la desecación. En esta capa los queratinocitos pierden el núcleo, adquieren una forma aplanada y fundamentalmente contienen queratina. La estructura del estrato corneo es similar a una pared de ladrillos donde los corneocitos son los ladrillos y los lípidos intercelulares el cemento; esto les confiere propiedades únicas que la hacen una capa semipermeable a algunas sustancias lipídicas e impermeables al agua. Esta propiedad evita la desecación cutánea, la desregulación térmica corporal y los desequilibrios electrolíticos. El estrato corneo ayuda a evitar la colonización por microorganismos porque se descama y renueva continuamente; así las escamas que ya están más cubiertas u hongos son eliminadas.

DERMIS ¹⁰

La dermis se encuentra justo debajo de la membrana basal y por encima del tejido celular subcutáneo o grasa. Capa media, principal de la piel y verdadero soporte de este órgano. Es un sistema de fibras entrelazadas en una sustancia llamada “sustancia fundamental” donde se sitúan gran variedad de tipos de células, anejos cutáneos, glándulas sebáceas y sudoríparas, vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas.

Anatómicamente la dermis se divide en dos secciones: la dermis papilar, que es la porción superficial, y la dermis reticular, situada más profunda. La dermis papilar, que conforma la zona de las papilas dérmicas, tiene un plexo vascular muy ramificado donde se encuentran los vasos capilares de la piel, mientras que la dermis reticular tiene vasos de mayor calibre, pero en menor cuantía y la colágena es más gruesa.

Sus células principales son los fibroblastos encargados de producir las fibras de colágeno, elásticas y la sustancia fundamental. Existen células del sistema inmunológico que estarán presentes, en mayor o menor medida, según las circunstancias de la piel.

TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

Formada especialmente por tejido adiposo y la red subcutánea de arterias y venas. Además de esta función de reserva, nos sirve de cojín mecánico frente a agresiones externas al absorber traumatismos (entre los que se encuentran las fuerzas de cizalla) y nos proporciona aislamiento térmico, evitando la pérdida de calor. Esta capa también está recorrida por vasos sanguíneos y troncos nerviosos. Está separada de los tejidos más profundos por fascias o aponeurosis. Debajo están los músculos y los huesos.

¹⁰ A. Gracia, M. Ballabriga, M. Clerencia, A. García. Heridas Crónicas: Un abordaje integral. 8 de abril del 2012. <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/heridas-cronicas-un-abordaje-integral.pdf> [Consultado 20/09/2014]

En cuanto a la cicatrización su importancia radica en que se han encontrado células madre multipotenciales mesenquimatosas entre los adipocitos, las cuales interfieren no solo en el proceso de cicatrización local, sino que pueden movilizarse a distancia cuando existe una lesión. Por su alto contenido nutricional, su poca vasculatura y su gran profundidad, el tejido celular subcutáneo tiene poca capacidad para resistir infecciones, de manera que cuando resulta involucrado en un proceso de este tipo, la infección se considera bastante grave.

CAPÍTULO III

ÚLCERAS POR PRESIÓN

La definición de úlceras por presión (UPP) ha sufrido numerosas revisiones en los últimos años, la más reciente realizada conjuntamente por el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) norteamericano y el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en el año 2009, proponen definir las úlceras por presión como:

*«Una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos».*¹¹

«Úlcera por presión (escara por presión, escara por decúbito y úlcera de decúbito), es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él. En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro-circulación».¹²

Como resultado de la hipoxia tisular en la zona, aparece una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso.¹³

¹¹ Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas Logroño: 2ª Edición. Mayo 2014.

¹² Guía de Práctica Clínica. Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión a Nivel Intrahospitalario. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/104_GPC_Ulcpresionintrahosp/ULCERA_S_INTRAHOSP_RR_CENETEC.pdf. [Consultado 20/09/2014]

¹³ Aguirre Aranaz RM, Arejolaleiba Aguirrezabal M, Barberena Iriarte C, Estévez Hernández I, Martínez L, Urruela Olivan M. Protocolo de prevención y cuidados de las UPP. 2008. <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/PREVENCI%C3%93NCUIDADOSUPP.pdf>. [Consultado 20/09/2014]

ETIOPATOGENIA

La frecuencia e intensidad de las UPP dependen, en gran medida, de la magnitud, duración y dirección de las fuerzas de presión, además de otros factores relacionados con la persona. El mecanismo de producción de las UPP se basa en la deficiente irrigación sanguínea de la zona por una causa externa: la presión. Ésta se define como la cantidad de fuerza aplicada a una superficie dividida por la superficie en la que se aplica: una fuerza aplicada sobre un área pequeña producirá mayor presión que la misma fuerza aplicada sobre un área mayor.

Las UPP son consecuencia directa del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente (hueso) y otro externo a él (sillón, camas, dispositivos terapéuticos,...). La denominación UPP anuncia con claridad cuál es el mecanismo último y principal responsable de esta dolencia: la presión.

La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Éste es reversible si, al retirar la presión, desaparece en 30 minutos, lo que indica un restablecimiento de la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33 mm Hg. Se considera que presiones superiores a 20 mm Hg (presión de oclusión capilar), en un área delimitada y durante un tiempo prolongado originan un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a esa zona, lo que da lugar a una rápida degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, que ocasiona alteraciones a nivel de la membrana celular y libera aminas vasoactivas. Si se prolonga, se ocasiona en este territorio necrosis y muerte celular.

En condiciones normales el cuerpo humano está constantemente expuesto a presiones superiores a las de cierre capilar, por lo que mediante cambios espontáneos y automáticos de posición, pone en marcha una reacción de defensa fisiológica natural llamada hiperemia reactiva.

FACTORES DE RIESGO

Existen factores que van a predisponer al individuo a que desarrolle UPP. Dichos factores pueden clasificarse en dos grupos; Factores intrínsecos y extrínsecos¹¹. La fricción no es causa directa de las UPP, sino que participa en el desarrollo de las mismas, considerándose un factor de riesgo importante. La importancia de la fricción en el contexto de las UPP se encuentra principalmente en su contribución a la producción del cizallamiento. Si la piel está irritada o inflamada, por ejemplo, por maceración, incontinencia o infecciones, los daños superficiales debido a la fricción se producirán con mayor facilidad.

FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastornos neurológicos; pérdida sensitiva y motora. ✓ Alteraciones nutricionales; desnutrición, deshidratación y obesidad. ✓ Tratamiento con inmunosupresores; radioterapia, corticoides y citostáticos. ✓ Tratamiento con sedantes; benzodiazepinas. ✓ Trastornos de la portación de oxígeno; alteraciones cardiovasculares periféricas, estasis venoso. ✓ Espasticidad y contracturas articulares. ✓ Edad: mayores de 70 años. ✓ Alteraciones respiratorias y circulatorias. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incontinencia: urinaria o fecal. ✓ Malos cuidados por falta de higiene. ✓ Inadecuadas condiciones de humedad y temperatura. ✓ Superficies de apoyo no adecuadas. ✓ Dispositivos diagnósticos o terapéuticos (equipo de oxigenoterapia o de ventilación mecánica no invasiva (VMNI); movilización de sondas; férulas, yesos, tracciones). ✓ Imposibilidad de cambios posturales. ✓ Formación inadecuada del cuidador.

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN ¹⁴

La etiología de las UPP debe considerarse siempre multifactorial, con dos elementos claves:

- Las fuerzas de presión, fricción y tracción o cizallamiento.
- La disminución de la tolerancia de los tejidos a estas fuerzas propiciada por factores extrínsecos, intrínsecos o combinación de ambos.¹⁵



Presión: La fuerza primaria que favorece la formación de úlceras es la presión directa. La presión induce anoxia, isquemia y muerte celular. Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.

La formación de una úlcera depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esta presión.

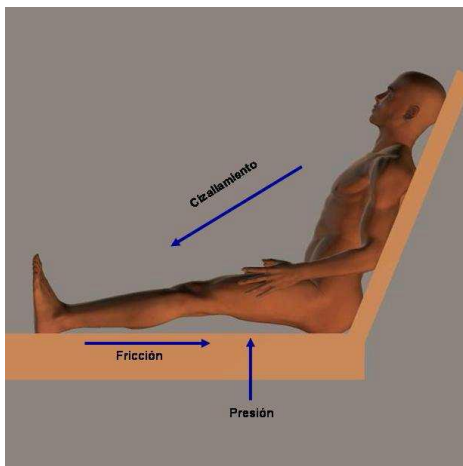
¹⁴ García-Fernández F, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo Hidalgo P, García Pavón F, González Jiménez F, Briones Izquierdo O, Arboledas Bellón J, Iglesias Parra MR. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de Andalucía; 2007-2008. http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/21_pdf. [Consultado 21/09/2014].

¹⁵ Verdú Soriano J, Soldevilla Agrada JJ, Torra i Bou JE. Etiopatogenia y Clasificación de las Úlceras por Presión. <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/10.pdf>. [Consultado 21/09/2014].

Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado, el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones al arrastrar al paciente.

En el año 2007, el GPUAP definió las fuerzas de fricción como la resistencia al movimiento en una dirección paralela de dos superficies. Basándose en este aspecto y en el modelo teórico de desarrollo de García-Fernández podemos definir a las heridas por roce-fricción como: “La lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) provocada por las fuerzas derivadas del roce-fricción entre la piel del paciente y otra superficie paralela que en contacto con él se mueven ambas en sentido contrario”.

De esta forma que una de ellas (la sabana, el sillón, la cama, férulas, dispositivos clínicos, etc.) se oponen al movimiento de la otra (en este caso la piel del paciente).



Tracción o cizallamiento (fuerza externa de pinzamiento vascular): se combinan los efectos de presión y fricción. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra. Estas fuerzas se producen al deslizarse la persona cuando está mal sentada y/o el cabecero de la cama se eleva más de 30°.

En esta situación, los tejidos externos (piel, fascias superficiales) permanecen fijos contra las sábanas mientras que los tejidos profundos (fascias profundas, esqueleto) se deslizan, los vasos sanguíneos se retuercen y se comprimen, lo cual priva de oxígeno y nutrientes a la piel.

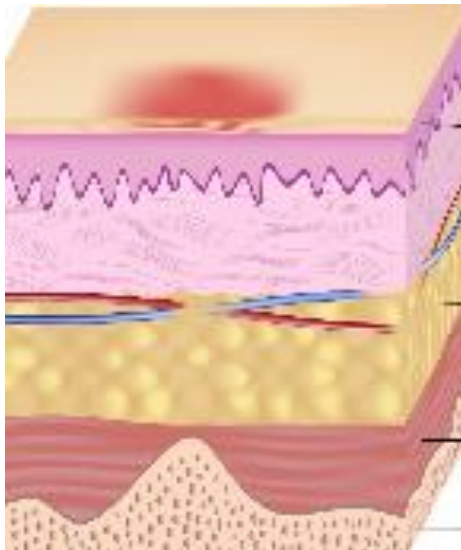
Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.

HUMEDAD

Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

CATEGORÍAS DE LAS UPP ^{9, 13, 16}

CATEGORÍA I: ERITEMA NO BLANQUEABLE.



Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada sobre una prominencia ósea (aunque también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos) el área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o fría en comparación con tejidos adyacentes, pudiendo presentar edema o induración (mayor a 15 mm de diámetro).

Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.

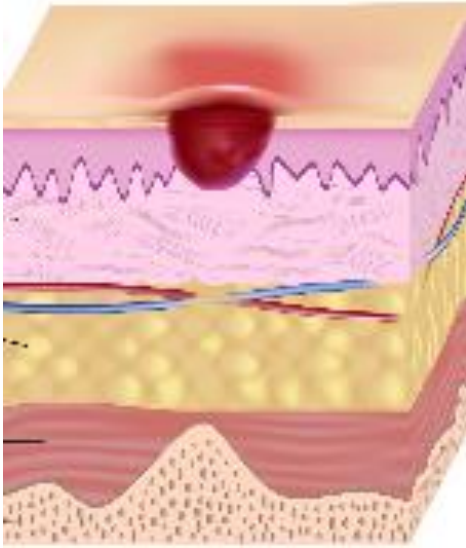
En comparación con un área adyacente del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel fría o caliente. Consistencia del tejido (edema, induración) y/ o sensaciones (dolor).

¹⁶ Porcorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n°11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.

⁹ A. Villanueva, C. Arazo, F. Mur, L. Zarca, M. Navarro. Guía clínica: prevención y tratamiento de las lesiones por presión.

¹³ Aguirre Aranaz RM, Arejolaleiba Aguirrezabal M, Barberena Iriarte C, Estévez Hernández I, Martínez L, Urruela Olivan M. Protocolo de prevención y cuidados de las UPP. 2008. <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/PREVENCI%C3%93NCUIDADOSUPP.pdf>. [Consultado 20/09/2014].

CATEGORÍA II: ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL

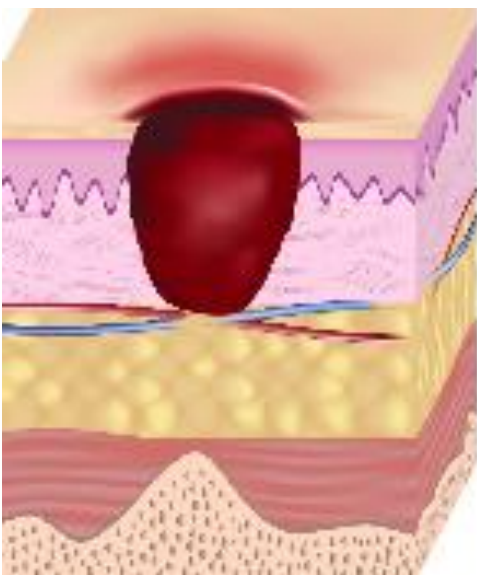


Pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida normalmente rojo-rosado y sin la presencia de esfacelo.

En esta categoría pueden darse confusiones con otras lesiones como las relacionadas con la humedad o la fricción. La valoración detallada de la lesión permite diferenciarlas; la existencia de signos de maceración orienta hacia lesiones por humedad, mientras que la presencia de ampollas o flictenas orienta hacia lesiones por fricción

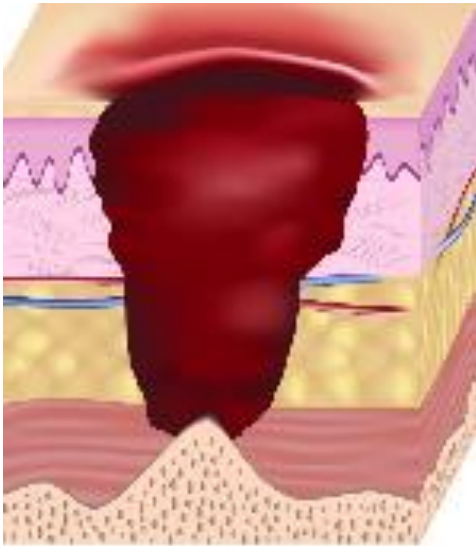
aunque también pueden existir lesiones combinadas.

CATEGORÍA III: PERDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL



Pérdida completa del tejido dérmico. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos pueden presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco) que no oculta la profundidad de la pérdida del tejido. La profundidad de la úlcera por presión de categoría III varía según la localización anatomía en el puente de la nariz, en la oreja, el occipital y el maléolo que no tiene tejido subcutáneo (adiposo).

CATEGORÍA IV: PERDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LOS TEJIDOS.



Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto, pueden presentar esfacelo y/o tejido necrótico (húmedo o seco) a menudo también presentan cavitaciones y/ tunelizaciónes. Las úlceras de categoría IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo la fascia, tendón o capsula de la articulación) pudiendo darse con bastante frecuencia una osteomielitis u osteítis. El músculo o hueso expuesto es visible o

directamente palpable.

COMPLICACIONES

El desarrollo de úlceras por presión puede conllevar problemas adicionales como:

- ✚ Dolor
- ✚ Anemia
- ✚ Celulitis
- ✚ Osteomielitis
- ✚ Infecciones de los tejidos adyacentes
- ✚ Muerte por sepsis

Complicaciones secundarias:

- ✚ Pérdida de la calidad de vida
- ✚ Aumento de la morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria
- ✚ Retraso en la recuperación y rehabilitación
- ✚ Infecciones nosocomiales o iatrogénicas

CAPÍTULO IV

MANEJO PREVENTIVO

VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

La valoración integral e individual del paciente es el primer paso como elemento primordial en la prevención de las úlceras por presión. Para que la valoración sea efectiva precisa de dos pasos:

- a) Evaluar el riesgo que el paciente tiene de desarrollar estas lesiones, clasificando este nivel de riesgo para poder establecer las medidas oportunas.
- b) Valorar periódicamente el estado de la piel para identificar precozmente signos de alarma que eviten o retrasen la aparición de las mismas.

Esta valoración integral a la persona con UPP se realiza en torno a tres dimensiones: estado de la persona, entorno de cuidados y estado de la lesión. La valoración integral se puede agilizar mediante el uso de esquemas formales de valoración derivados de una teoría o modelo (por ejemplo abarcando las 14 necesidades básicas de Henderson, o los requisitos de autocuidado de Orem), o sin estar enmarcados en un marco teórico (por ejemplo los 11 patrones funcionales de Gordon, o los 13 dominios de la Taxonomía II NANDA-I). A través de la Historia Clínica y exámenes físicos se dispondrá de la información necesaria para establecer un juicio sobre la situación de la persona.¹⁷

Es necesario disponer de información relevante de la historia clínica acerca de patologías y situaciones especiales como las siguientes:

- Diabetes: retraso en la cicatrización en personas con diabetes.

¹⁷ Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Edición Generalitat, 2012. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf. [Consultado 23/09/2014]

- Enfermedad vascular: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares. En muchas lesiones de los miembros inferiores estará indicado la valoración del índice brazo/tobillo (ITB).
- Coagulopatías: los déficits de proteínas C y S y los trastornos de coagulación en general son claramente un obstáculo para la cicatrización.
- Deficiencia inmunitaria.
- Neuropatías: presencia de úlceras en personas con problemas neurológicos, tanto centrales como periféricos.

Durante la valoración inicial de enfermería se hará especial mención a:

- Presencia de sondas, humedad y sudoración que colaboren a macerar y reinfectar las heridas dificultando su curación.
- Hábitos de higiene y estado de la piel del sujeto.
- Estilos de vida.
- Hábitos tóxicos: tabaquismo, consumo de alcohol, etc.
- Presencia de factores de riesgo de UPP (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia, etc.). Utilice una Evaluación para la Valoración del Riesgo de úlceras por Presión (EVRUPP) validada.
- Edad: Las personas mayores presentan una menor capacidad de proliferación celular, neo-vascularización y colagenogénesis, por lo que su capacidad para la reparación tisular se encuentra claramente disminuida.
- Estado nutricional. Tanto por exceso (obesidad importante) como por defecto (caquexia) influyen directamente en la aparición de las lesiones y su evolución. La valoración del estado nutricional debe realizarse en la primera consulta.

VALORACIÓN DEL RIESGO

Los objetivo de la aplicación de una escala de valoración del riesgo de UPP;¹⁸

1. Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP, en base la presencia de factores de riesgo.
2. Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.
3. Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o de efectividad.

Por ello se debe realizar esta valoración en el momento de la admisión del paciente¹⁹ y repetirla tan regular y frecuentemente como lo requiera la gravedad de su estado de salud. Los cambios en el estado clínico (intervención quirúrgica, modificación de alguno de los factores de riesgo conocidos, como cambios del cuidador habitual, etc.) determinarán una nueva valoración del riesgo. Excepcionalmente, un paciente que ingresa para cirugía programada y al que, tras realizarle la valoración de enfermería, no se le han detectado factores de riesgo, no será obligatorio la EVRUPP hasta después de la intervención quirúrgica.

En cada nivel de atención se deben poner en práctica políticas que incluyan la valoración del riesgo y que sean relevantes a ese contexto y a las áreas clínicas a las que se dirija, con una programación de la evaluación y reevaluación, así como recomendaciones claras para el registro de la valoración del riesgo y su posterior comunicación del equipo de atención sanitaria o socio sanitaria.

¹⁸ Porcorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n°11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.

¹⁹ Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012. [Consultado 20/09/2014]

Para la valoración del riesgo, se recomienda utilizar en forma sistemática, una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (EVRUPP) validada (Braden, EMINA, Norton).

Una vez valorado el riesgo hay que clasificar a los pacientes en función del mismo, lo que permitirá determinar el tipo de cuidados preventivos que precisa cada uno en función de su situación y su aplicación de manera inmediata. A la vez, esta clasificación permite optimizar los recursos, pues no debemos olvidar, que la prevención también tiene un costo elevado, tanto en recursos materiales como humanos, lo cual obliga a utilizar instrumentos de medida que permitan precisar que pacientes necesitan los cuidados preventivos y cuáles de estos han de implementarse.²⁰

Antes de emitir un juicio final sobre el riesgo y clasificar al paciente, es preciso considerar no solo los elementos relacionados con la presión, sino con el resto de los factores etiológicos (cizalla, humedad, roce-fricción, presión), así como los factores coadyuvantes.

Es muy importante registrar en la historia clínica de la persona la valoración del riesgo realizada, y garantizar la comunicación dentro del equipo multidisciplinar, para asegurar que la planificación de la atención sanitaria es la apropiada y proporcionar un punto de referencia para controlar los progresos del individuo. El papel de la enfermera como coordinadora de la atención prestada por otros profesionales implica que el intercambio y la transferencia de información sea una actividad importante para el resultado de los cuidados que se proporcionan.

El registrar toda la actividad relacionada con los cuidados aplicados a las heridas, no solo es una obligación legal, sino que también es esencial ante posibles demandas legales.

²⁰ García Fernández, FP; Soldevilla-Ágrada, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Prevención de las Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n° I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2a Edición. Mayo 2014.

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Algunas de las escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión (EVRUPP) que son más conocidas y empleadas a nivel internacional son:

ESCALA DE NORTON

Es la primer EVRUPP descrita en las literaturas, desarrollada en 1962 por Norton, McLaren y Exton-Smith en el curso de una investigación sobre pacientes geriátricos.

Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico; y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. En su formulación original su puntuación de corte era de 14 y en 1987, Norton propuso modificar el punto de corte situándolo en 16.

ESCALA DE WATERLOW

Desarrollada en Inglaterra en el año de 1985 a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que se encontró que la escala de Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que finalmente presentaban úlceras. Tras revisar los factores que intervienen en la etiología y patogénesis de las UPP, Waterlow presentó una escala con seis sub escalas: relación talla/peso, continencia, aspectos de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito, y cuatro categorías de otros factores de riesgo; malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación.

ESCALA DE BRADEN

La escala de Braden fue desarrollada en 1985 en Estados Unidos, en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre upp, lo que les permitió definir las bases de una EVRUPP.

La escala de Braden consta de seis subescalas: Percepción sensorial, Exposición de la piel a la humedad, Actividad física, Movilidad, Nutrición, Roce y peligro de

lesiones cutáneas, con una definición precisa de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Los tres primeros subíndices, miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

VALORACIÓN DE LA PIEL

Es imprescindible valorar periódicamente el estado de la piel para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión, cizalla, roce-fricción o humedad, por ello los profesionales deben tener la formación adecuada para distinguir la causa de estas lesiones. En cada contexto de atención sanitaria o socio-sanitaria deberían existir directrices que incluyan recomendaciones para realizar la valoración de la piel de forma estructurada, de modo que se ajusten al contexto y las circunstancias del paciente y su medio, con una programación de la evaluación y de la reevaluación.

La evaluación de la piel para detectar los primeros signos de daños ocasionados por la presión, la cizalla, la humedad o el roce-fricción no puede ser puntual, sino continua, haciendo especial hincapié en;

- **Zonas de apoyo donde hay prominencias óseas subyacentes.** La presión ejercida por la fuerza de la gravedad del cuerpo en una persona encamada o sentada no es uniforme sobre toda la piel, sino que se concentra y es mayor en estas zonas por lo que la inspección de la piel debe estar enfocada hacia dichas prominencias (en pacientes encamado: sacro, talones o trocánteres, etc.).
- **Zonas sometidas a humedad constante.** Especialmente zonas perianal y perigenital, pliegues cutáneos (mamarios, inguinales, abdominales), zonas periestomales, etc.
- **Zonas sometidas a fuerzas tangenciales superficiales (roce-fricción) o profundas (cizalla).** Pacientes sentados en sillón o encamados que precisan ser movilizados: en zonas como la espalda, omóplato, glúteos, etc.

- **Zonas con dispositivos especiales** (por ejemplo catéteres, tubos de oxígeno, tubos de respiradores, collarines cervicales, aparatos de presión positiva de oxígeno, etc.).
- **Zonas con alteraciones de la piel;** considerar que los individuos con alteraciones en la piel (piel seca, macerada, descamaciones o eritemas, entre otras) son pacientes más propensos a desarrollar úlceras por presión y/u otras lesiones.

Nunca debe ignorarse un enrojecimiento. La presencia de eritema debe ser evaluada continuamente para discernir si se trata ya de algún tipo de lesión. Si está situado sobre una prominencia ósea (talones, sacro,..) deberá realizarse la prueba del blanqueamiento para confirmar o descartar que se trate de una lesión por presión de categoría I (dicha prueba se realiza aplicando una suave presión con un disco transparente o con el dedo, para valorar si la zona enrojecida se pone blanca o palidece, lo que nos indicara la ausencia de daño tisular por presión).

La existencia de doble eritema con desplazamiento entre 30-45° sobre la prominencia ósea, deberá hacernos pensar ya en la presencia de una lesión de tejidos profundos causados por la cizalla, mientras que la presencia de eritema no blanqueante que presenta formas lineales, siguiendo los planos de deslizamiento, debería hacernos sospechar lesiones por roce-fricción.

La inspección de la piel debería incluir también una evolución de la existencia de otros signos además de enrojecimiento, tales como el dolor, variaciones localizadas del color o la temperatura y la presencia de edema o induración.

VALORACIÓN Y CUIDADOS NUTRICIONALES²¹

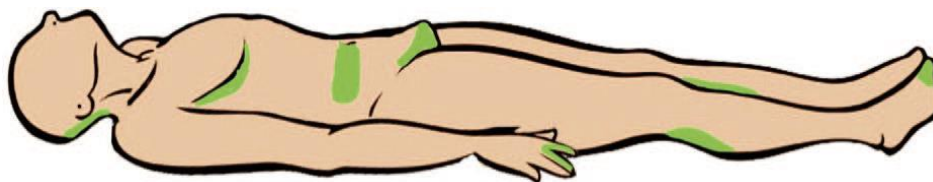
La relación entre la dieta y la prevención y tratamiento de heridas se ha mencionado desde tiempos históricos. Florence Nightingale, en 1859, en su libro “Notes on Nursing”, decía:

“Si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado, o tiene una escara, la culpa generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería. Yo utilizo la palabra enfermería a falta de otra mejor. ... Pero debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”.²²

Una ingesta calórica reducida, la deshidratación y una reducción de la albúmina sérica pueden disminuir la tolerancia de la piel y el tejido subyacente a la presión, fricción y las fuerzas de cizalla, lo que aumenta el riesgo de escisión de piel y reduce la cicatrización de la herida.

CONTROL SOBRE EL EXCESO DE HUMEDAD

El objetivo del control sobre el exceso de humedad es proporcionar los cuidados pertinentes para mantener la piel con la hidratación adecuada y evitar el exceso de humedad. (16)



Zonas corporales en riesgo de excesiva humedad.

²¹ Verdú J, Perdomo E. Nutrición y Heridas Crónicas. Serie de Documentos Técnicos GNEAUPP n° 12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Logroño. 2011. http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/59_pdf1.pdf [Consultado 28/09/2014].

²² Nightingale F. Notas Enfermería. Qué es y qué no es. Masson, S.A. Barcelona 1990.

La incontinencia, tanto urinaria como fecal, es uno de los factores asociados con más relevancia para la producción de UPP. El manejo de la incontinencia urinaria, fecal o mixta, debe incluir, desde una valoración de la misma hasta cuidados específicos.²³

MANEJO EFECTIVO DE LA PRESIÓN: LA RELACIÓN ENTRE LA MAGNITUD Y LA PRESIÓN

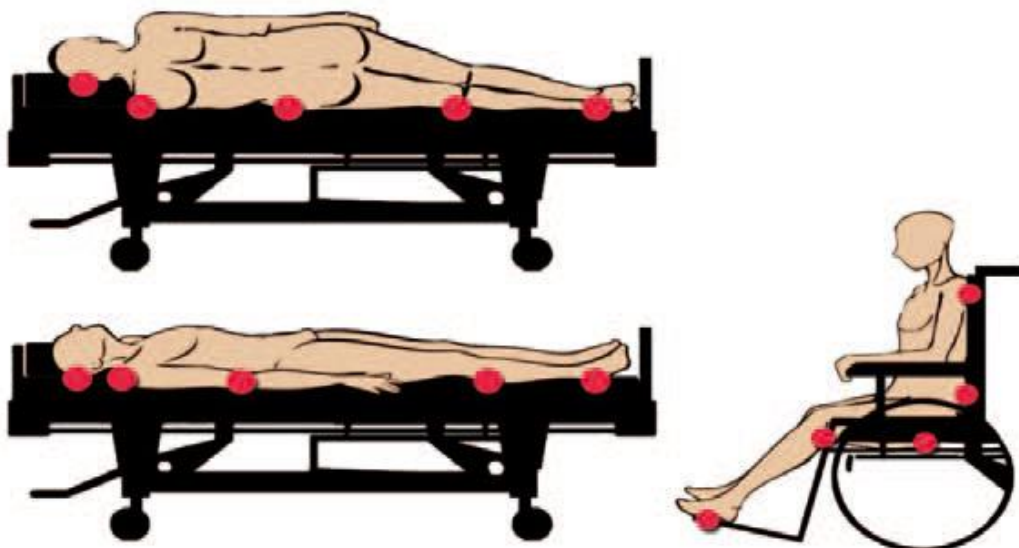
El objetivo del manejo de la presión es proporcionar los cuidados adecuados para evitar los efectos adversos de la presión directa y de cizallamiento. Para ello deben tenerse en cuenta los siguientes puntos: actividad física, cambios posturales, protección local ante la presión y superficies especiales de manejo de la presión.

Actividad física En relación a la actividad física de la persona hay que tener presente las siguientes actuaciones:

- Valorar su movilidad.
- Recomendar estrategias para estimular su actividad y movimiento.

Cambios posturales. Los cambios posturales son de gran importancia tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP. La presión causada en una zona del cuerpo por estar acostado o sentado puede ocasionar una deformación de los tejidos blandos, así como isquemia de la zona afectada. Normalmente en estas situaciones se produce un estímulo doloroso que motiva la respuesta de cambio de posición. Cuando esta respuesta no se ejecuta la isquemia produce daño tisular. Por ello, es muy importante que la persona tenga la capacidad para sentir el dolor y la capacidad física para moverse o cambiar de posición por ella misma. Los sujetos que por sí solos no pueden cambiar de posición necesitarán ayuda para ello.

²³ García Fernández, FP; Ibars Moncasi P; Martínez Cuervo F; Perdomo Pérez E; Rodríguez Palma M; Rueda López J; Soldevilla Ágreda, JJ; Verdú Soriano J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006 http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/18_pdf.pdf [Consultado 29/09/2014].





Zonas vulnerables a la presión.

El objetivo de los cambios posturales, realizados a intervalos regulares, es reducir la duración e intensidad de la presión sobre áreas corporales vulnerables. Los cambios posturales contribuyen a mejorar el confort del individuo y su habilidad funcional. En la realización de los cambios posturales se debe:



- Mantener la alineación corporal y fisiológica.
- No arrastrar al sujeto al cambiarlo de postura.
- Evaluar las condiciones de la piel del individuo y su tolerancia frente a los tejidos. Evaluar el nivel de actividad y movilidad.
- Valorar la condición clínica general.
- Conocer el tratamiento prescrito.

La educación sobre el papel de los cambios posturales en la prevención de las UPP y el entrenamiento en la técnica correcta para la realización de los mismos debe ser de carácter público y aplicado a todas aquellas personas involucradas en el cuidado de individuos con riesgo de desarrollo de UPP, incluyendo al propio individuo y sus familiares o cuidadores.

Recomendaciones para utilizar los cambios posturales específicos²⁴

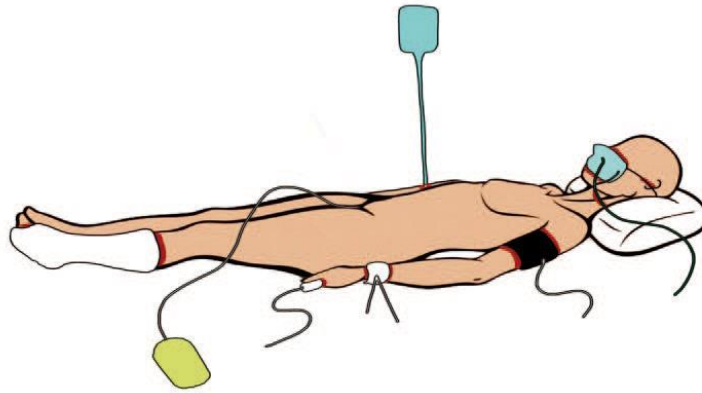
POSICIÓN	PROCEDIMIENTO
<p style="text-align: center;"><u>DECÚBITO SUPINO</u></p>  <p>Zonas más susceptibles: Occipital, codos, escápulas, sacro, coxis, talones.</p>	<p>Colocar al paciente boca arriba, sin elevar la cabeza más de 30°, siempre que no esté contraindicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situarle una almohada bajo la región superior de los hombros, en el cuello y en la cabeza. • Colocarle un cojín bajo las piernas dejando los talones sin contactar con la cama. • Mantenerle los pies en ángulo recto. • Situarle almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo. Estas almohadas situadas junto a la zona externa.
<p style="text-align: center;"><u>DECÚBITO LATERAL</u></p>  <p>Zonas más susceptibles: Pabellón auricular, escápulas (acromion), costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias y maléolos tibiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poner al paciente de costado, girándolo en bloque, para mantener la alineación corporal. • Colocarle una almohada paralela a la espalda manteniendo la alineación corporal y sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente. • Colocar almohadas bajo la cabeza y el cuello del paciente. • Colocarle ambos brazos flexionados ligeramente. • Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie. Así se consigue una posición oblicua de 30° o de decúbito lateral parcial, para intentar evitar la presión sobre el hueso de la cadera que se apoya en la cama.

²⁴ Plaza Blázquez R., Guija Rubio RM., Martínez Ivars ML., Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.08-febrerp-2007 [Consultado 08/10/2014]

<p style="text-align: center;"><u>DECÚBITO PRONO</u></p>  <p>Zonas más susceptibles: Frente, pómulos, pabellón auricular, acromion, pechos, crestas ilíacas, rodillas, genitales (en los hombres), pubis y dedos de los pies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Girar al paciente sobre sí mismo hasta que quede bocabajo, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña. • Colocarle otra almohada pequeña bajo el abdomen si fuese necesario para mantener la espalda recta. • Situarle una almohada bajo la porción inferior de las piernas y colocarle los pies en ángulo recto. • Colocarle los brazos flexionados. • Dejar libre de presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales y los pechos.
<p style="text-align: center;"><u>SEDESTACIÓN</u></p>  <p>Zonas más susceptibles: Escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un sillón adecuado, cómodo, con el respaldo un poco inclinado hacia atrás. • Colocarle un cojín o una almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas. • Mantenerle los pies en ángulo recto. • Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo y la ubicación de sondas y bolsas colectoras.

CONTENCIÓN MECÁNICA Y OTROS DISPOSITIVOS: Fosas nasales (con sonda), pabellón auricular (puntas nasales), meato urinario (con sonda vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones).

Protección local para el alivio de la presión Como se ha visto, existen zonas de riesgo para el desarrollo de UPP (como talones, sacro, occipital, etc.), sobre las que se pueden aplicar dispositivos específicos de protección local de la presión, los cuales deben permitir la inspección diaria de las zonas de riesgo y ser compatibles con otras medidas preventivas. No obstante, también existen zonas en riesgo frente a la potencial presión que puedan ejercer algunos dispositivos diagnósticos o terapéuticos.



CAPÍTULO V

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018²⁵

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, es el principal instrumento de planeación de la administración pública, y en cumplimiento a lo dispuesto por la ley de planeación, se elaboró el Programa Sectorial de Salud 2013-2018²⁶ publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, el cual está alineado a las prioridades nacionales que busca alcanzar el Gobierno de la Republica mediante es el establecimiento de objetivos, estrategias y líneas de acción.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 prevé como estrategia general elevar la productividad para llevar a México a su máximo potencial, por lo que se orienta la actuación gubernamental en torno a cinco metas nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global, incluyendo además tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género.

La meta nacional: México Incluyente, tiene por objeto, entre otros asegurar a los mexicanos el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud, para lo cual resulta indispensable avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, articulando acciones de protección, promoción y prevención como un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, particularmente en los sectores poblacionales de mayor vulnerabilidad.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y

²⁵ Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2014. Gobierno de la Republica. <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>. [Consultado 08/10/2014]

²⁶ Programa Sectorial de Salud 2013-2018. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf [Consultado 13/10/2014]

establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución.

La ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que establece el artículo 4o de la Constitución; es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Siendo que, conforme al artículo 5o de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local, así como por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud y por los mecanismos de coordinación de acciones es importante señalar el marco jurídico que vincula a las diferentes instituciones del sector salud.

El artículo 7o de la Ley General de Salud establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud y que le corresponde establecer, conducir la política nacional en materia de salud y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso se determinen. En concordancia con lo anterior, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39 establece que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

Por lo que los sectores de la Administración Pública Federal, y la Secretaría de Salud, elaboraron el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, siguiendo las directrices previstas en el Plan Nacional de Desarrollo, cuyo decreto es el siguiente.

DECRETO

ARTÍCULO PRIMERO.- Se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

ARTÍCULO SEGUNDO.- El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 será de observancia obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias.

ARTÍCULO TERCERO.- La Secretaría de Salud y las entidades paraestatales agrupadas en el sector coordinado por ella, de conformidad con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y las disposiciones jurídicas aplicables, elaborarán sus respectivos programas y anteproyectos de presupuesto. Estos últimos deberán destinar los recursos presupuestarios correspondientes para el eficaz cumplimiento de los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo y de dicho Programa Sectorial.

ARTÍCULO CUARTO.- La Secretaría de Salud, con la participación que conforme a sus atribuciones le corresponde a las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, en los términos de las disposiciones aplicables dará seguimiento a la implementación de las acciones y al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, y reportará los resultados obtenidos con base en las metas e indicadores correspondientes.

ARTÍCULO QUINTO.- La Secretaría de la Función Pública, en el ámbito de su competencia, vigilará el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las disposiciones contenidas en el presente Decreto.

- El rumbo estratégico del cambio que queremos para México en este sentido se define en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
- Derivado de este, el Programa Nacional de Salud busca atender tales anhelos mediante líneas de acción específicas y en el marco de una revisión a fondo de nuestro sistema de salud.”

El Sistema Nacional de Salud ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la esperanza de vida. Sin embargo, persisten retos que superar y deudas que saldar, en particular con la población que

vive en condiciones de vulnerabilidad. La salud de las personas debe ser un elemento que atenúe las brechas sociales no que las exacerbe. La salud pública y la atención médica deben constituirse en los elementos fundamentales para garantizar la protección a la salud tal como lo establece el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 establece entonces los objetivos, estrategias y líneas de acción a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes con las metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.

El Gobierno de la República se ha propuesto dar un seguimiento puntual al avance de las metas establecidas y estar abiertos al escrutinio público. Por primera vez se establece que los programas sectoriales incorporarán indicadores que midan el avance hacia el logro de los objetivos planteados. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 incluye 16 indicadores de resultado reconocidos como prioritarios tanto por las instituciones de salud como por las organizaciones de la sociedad civil y por los organismos internacionales. El seguimiento periódico del comportamiento de los indicadores respecto de las metas establecidas permitirá validar si las estrategias y líneas de acción propuestas son las correctas o es necesario realizar ajustes, de tal forma que se pueda asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos por esta administración. La salud es una condición elemental para el bienestar de las personas; además forma parte del capital humano para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Por ello, los logros del Sistema Nacional de Salud contribuirán al cumplimiento de las cinco metas nacionales, a la realización de las tres estrategias transversales y coadyuvarán a llevar a México a su máximo potencial, tal como lo define el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018.

La definición de los objetivos y la formulación de estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud 2013 2018 reconoce los avances de los últimos años y los desafíos actuales.

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población cumple los siguientes objetivos: mejorar la salud de la población; reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

Hoy día la población de México está viviendo más y con mejores condiciones de salud. La esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012 (INEGI 2009 y CONAPO 2013). En el mismo periodo, se ha producido una reducción importante de la mortalidad en prácticamente todos los grupos de edad (Partida 2008). Los avances en el estado de salud de la población se deben en buena medida a las mejores condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. El progreso en la educación, el nivel de ingreso, la alimentación, las condiciones de la vivienda y del empleo y en la infraestructura pública - agua potable, drenaje, luz eléctrica - así como la mejora en el acceso a servicios de salud y la disponibilidad de nuevas tecnologías al alcance de una mayor población han propiciado una vida más saludable. No obstante, México aún tiene un largo camino por recorrer para lograr indicadores de salud.

Las principales causas de muerte alrededor del ciclo de vida permiten claramente diferenciar los riesgos que inciden en la salud de la población de acuerdo con su edad.

En la población de 12 a 65 años de edad destacan las defunciones por lesiones accidentales e intencionales. Estas muertes reflejan ciertas conductas asociadas a la violencia y a problemas de salud mental, particularmente entre la población adolescente.

Las enfermedades crónicas comienzan a provocar un número importante de defunciones a partir de los 20. Se debe reconocer, sin embargo, que esta inequidad responde principalmente a los niveles de pobreza, educación, infraestructura pública y en el hogar, y a otros determinantes sociales (Marmot 2005).

Una vez abordados los determinantes sociales, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la protección contra los riesgos a la salud en

cualquier actividad de la vida son las herramientas con las que cuenta el sector salud para asegurar que la integridad física y mental de una persona sólo se vea amenazada por factores genéticos o por el proceso de envejecimiento. A través de décadas, el sector salud ha avanzado significativamente en temas de control de riesgos sanitarios y de salud pública.

En paralelo, se han registrado avances organizacionales como la descentralización de responsabilidades, el incremento de recursos públicos para la salud y la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). No obstante, se han identificado retos a superar en términos de diseño y coordinación de programas a nivel institucional e intersectorial, de fortalecimiento de acciones de promoción y prevención, primario y secundario (Muñoz 2012).

Si las acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de enfermedades son la forma de mantener a la población sana, el acceso efectivo con calidad a servicios médicos (incluyendo prevención secundaria) es la política con que cuenta el Estado para asegurar que una enfermedad no prospere o retrase su desarrollo, una pronta recuperación de la persona enferma, o una rehabilitación adecuada de la persona lesionada o discapacitada; por ello, el acceso efectivo con calidad es el segundo objetivo que persiguen los sistemas de salud. El logro de este objetivo implica que los sistemas de salud deben responder a las necesidades y expectativas de la población; es decir, asegurar la calidad técnica e interpersonal en los servicios de atención. Un servicio de calidad es aquel capaz de brindar a las personas usuarias los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles. Para alcanzar este resultado debe cumplirse el acceso físico a los servicios (geográfico, cultural, económico), su disponibilidad y oportunidad (recursos físicos y materiales cuando son necesarios) y la calidad en los procesos de atención. Cuando concurren estos elementos existe acceso efectivo con calidad.

ASPECTOS LEGALES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La responsabilidad legal del profesional de enfermería es un tema que cada vez adquiere mayor importancia en la práctica diaria. Esto es fácil de entender si consideramos, por un lado, que la salud es uno de los bienes más preciados en la vida humana. Por otro lado, la sociedad ha adquirido una mayor conciencia sobre sus derechos en materia de prestación de servicios de salud, así como el conocimiento de las diferentes instancias y herramientas jurídicas para hacer valer esos derechos. Esto hace que el riesgo de demandas por mala práctica en el Sector Salud, así como la acción al respecto por parte de las autoridades judiciales, se vea incrementados.

Ante este panorama, el conocimiento general respecto a la legislación sanitaria en nuestro país, es un asunto relevante dentro de una práctica profesional, personal, colectiva y responsable.

En México, aún no se cuenta con la normatividad jurídica que regule específicamente la práctica de enfermería. Sin embargo, los aspectos legales de este ejercicio están contemplados, de manera implícita, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que es el cuerpo normativo de más alto rango, nuestra “Carta Magna” o “Ley de Leyes”. En su artículo 4, la Constitución establece que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. De este artículo se deriva la Ley General de Salud, que es el ordenamiento jurídico donde se consagra el Derecho a la Salud. Esta ley establece los mecanismos, condiciones, modalidades en que se realizarán y desempeñarán los servicios de salud. Esta ley, como cualquier otra, cuenta con reglamentos para operarla, y en ellos queda incluida la prestación de los servicios de enfermería. Sin embargo, la práctica de enfermería, en el sentido amplio de la palabra, tiene que ver con todo el resto de las materias legales. Por ejemplo: El aspecto penal, educativo, laboral, administrativo, etc., están regulados en el resto de la legislación aplicable.

Iatrogenia y Mala Práctica.

La iatrogenia se refiere al efecto dañino o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad diagnóstica o terapéutica del equipo de salud. Abarca desde los efectos colaterales de los medicamentos, las secuelas de los procedimientos, los daños ocasionados por el uso de tecnología, etc., hasta los errores por acción u omisión de los prestadores de servicios. El profesional de enfermería puede verse involucrado en actos de iatrogenia con pacientes en aspectos físicos o biológicos, psicológicos o de tipo social, y puede hacerlo de manera voluntaria o involuntaria. La mala práctica (o mal praxis) es otra forma en que el profesional de enfermería puede producir iatrogenia, y ésta puede deberse principalmente a tres causas:

- Por negligencia: Se refiere al descuido, a la omisión o abandono del paciente que le provoque un daño.
- Por ignorancia: Cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios y esperados en un profesional de enfermería para prestar un servicio que ofrezca seguridad a los usuarios.
- Por impericia: En el caso que nos ocupa, se refiere a la falta de habilidad del profesional de enfermería para aplicar en el paciente los procedimientos necesarios durante su atención y que son atribuibles a su ámbito disciplinar.

De una mala práctica de enfermería pueden derivarse tanto conductas tipificadas como delictivas, las que a su vez pueden ser de dos tipos:

- Delito culposo: Es aquella conducta ilícita y delictiva en la que se ocasiona daño a otra u otras personas, pero en la que no hubo la intención de dañar (puede deberse a negligencia, ignorancia o impericia).
- Delito doloso: En este caso la conducta ilícita y delictiva tuvo intencionalidad. Esto es, que el daño se ocasionó de manera consciente y voluntaria.

Responsabilidad Civil

Desde el punto de vista del Derecho (civil y penal), se considera “responsable” a un individuo, cuando de acuerdo al orden jurídico, es susceptible de ser sancionado. La responsabilidad jurídica siempre lleva implícito un “deber”. El deber u obligación legal es una conducta que de acuerdo a la ley, se debe hacer u omitir.

La responsabilidad legal señala quién debe responder ante el cumplimiento o incumplimiento de tal obligación. Por ejemplo, la enfermera (o) tiene el deber de no dañar, y cuando no cumple con ello, comete un acto ilícito, por lo tanto será responsable del daño y deberá pagar por él. Así, la responsabilidad civil es la obligación de indemnizar los daños y perjuicios causados por un hecho ilícito o por un riesgo creado (Bejarano Sánchez).

Causas de Responsabilidad Civil

- **Responsabilidad por los hechos propios:** Cada quién es responsable de su propia conducta.
- **Responsabilidad por hechos ajenos:** Se refiere a la responsabilidad de las personas de evitar que otras cometan hechos dañinos. Al respecto, hay dos grupos por los cuales se debe ser responsable: En el primero están los niños y los incapacitados (por ejemplo: Los padres son responsables de los actos de sus hijos).

En el segundo están los daños causados por empleados y representantes. Tiene que ver con la selección del personal y con la supervisión técnica o administrativa del mismo, entre otros.

- **Responsabilidad por obra de las cosas:** Se considera que si el daño fue causado por cosas u objetos, el dueño de ellos será responsable de las consecuencias.

Responsabilidad Penal

El ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica. Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el Código Penal Federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería.

Debido a la naturaleza propia de la práctica de enfermería, los casos legales en los que el profesional de enfermería puede involucrarse son:

- Responsabilidad profesional: Se refiere a la comisión de actos delictivos, ya sean dolosos o culposos, durante el ejercicio profesional (Artículo 228).
- Lesiones y homicidio: Es el punto más delicado y trascendente del trabajo en que el profesional de enfermería puede incurrir. Puede tipificarse como culposo o doloso, dependiendo de las circunstancias ya mencionadas anteriormente (Artículos 288 y 302).

Son múltiples las causas por las cuales el profesional de enfermería puede verse involucrado en un problema legal. La primera línea de defensa al respecto, es conocer el marco legal y ejercer una práctica ajustada a la legislación en materia de salud, laboral, en la prestación de servicios, etc.

Una práctica disciplinada, argumentada jurídicamente y cautelosa, disminuirá el riesgo de tipo legal para el profesional de enfermería.

CÓDIGO PENAL FEDERAL²⁷

LIBRO SEGUNDO

Título Decimosegundo Responsabilidad profesional (Reubicado, antes Título Decimotercero, mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la federación el 29 de julio de 1970)

Capítulo I Disposiciones Generales (Reformada la denominación mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de enero de 1984)

Artículo 228. Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la ley general de salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicara suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y (reformada mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 10 de enero de 1994)

II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos. (Reformada mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 13 de enero de 1984).

Artículo 302. Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la ley general de salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

²⁷ Código Penal para el Distrito Federal En Materia de Fuero Común, y para toda La Republica en Materia de Fuero Federal. 17 de septiembre de 1931.

I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicara suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y (reformada mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 10 de enero de 1994).

II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos. (Reformada mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 13 de enero de 1984).

Título Decimonoveno Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal (Reubicado, antes Título Vigésimo, mediante Decreto publicado en Diario Oficial de la Federación el 29 de julio de 1970).

Capítulo I Lesiones

Artículo 288. Bajo el nombre de lesión, se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Artículo 289. Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días, se le impondrán de tres a ocho meses de prisión, o de treinta a cincuenta días multa, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardare en sanar más de quince días, se le impondrán de cuatro meses a dos años de prisión y de sesenta a doscientos setenta días multa.

En estos casos, el delito se perseguirá por querrela, salvo en el que contempla el artículo 295, en cuyo caso se perseguirá de oficio.

Artículo 290. Se impondrán de dos a cinco años de prisión y multa de cien a trescientos pesos, al que infiera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.

Artículo 292. Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre, cualquiera función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrán de seis a diez años de prisión, al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

Artículo 293. Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida, se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores.

LIBRO PRIMERO

Título Segundo

Artículo 30. La reparación del daño debe ser integral, adecuada, eficaz, efectiva, proporcional a la gravedad del daño causado y a la afectación sufrida, comprenderá cuando menos:

I. La restitución de la cosa obtenida por el delito y si no fuere posible, el pago del precio de la misma, a su valor actualizado;

II. La indemnización del daño material y moral causado, incluyendo la atención médica y psicológica, de los servicios sociales y de rehabilitación o tratamientos curativos necesarios para la recuperación de la salud, que hubiere requerido o requiera la víctima, como consecuencia del delito. En los casos de delitos contra el libre desarrollo de la personalidad, la libertad y el normal desarrollo psicosexual y en su salud mental, así como de violencia familiar, además comprenderá el pago de los tratamientos psicoterapéuticos que sean necesarios para la víctima;

III. El resarcimiento de los perjuicios ocasionados;

IV. El pago de la pérdida de ingreso económico y lucro cesante, para ello se tomara como base el salario que en el momento de sufrir el delito tenía la víctima y en caso de no contar con esa información, será conforme al salario mínimo vigente en el lugar en que ocurra el hecho;

V. El costo de la pérdida de oportunidades, en particular el empleo, educación y prestaciones sociales, acorde a sus circunstancias;

VII. La disculpa pública, la aceptación de responsabilidad, así como la garantía de no repetición, cuando el delito se cometa por servidores públicos.

Los medios para la rehabilitación deben ser lo más completos posible, y deberán permitir a la víctima participar de forma plena en la vida pública, privada y social. (Artículo reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 14 de junio de 2012).

CAPÍTULO VI

CALIDAD²⁸

Muchos autores han escrito acerca de la calidad y han desarrollado conceptos, técnicas y herramientas que ayudan a trabajar con calidad. Entre los principales tenemos a Juran, Ishikawa, Deming, Crosby, quienes han dado las bases para los conceptos básicos y modernos de la calidad.

Cada uno de estos autores ha generado aportaciones importantes para lograr poner en práctica el concepto tan amplio y complejo de calidad, sin embargo no se trata solo de realizar algunas actividades adicionales o de establecer otro procedimiento para hacer el trabajo sino de algo mucho más profundo de cambios en la forma de pensar, de sentir y de realizar el trabajo. A todo ello se le llama filosofía para la calidad.

La calidad es hacer bien lo que se debe hacer, desde la primera vez.

La calidad en la atención a la salud es brindar al paciente el máximo beneficio al menor riesgo y con un costo adecuado.

La calidad total no es sinónimo de excelencia, la calidad total significa que toda la organización trabaje simultáneamente en el esfuerzo de mejoría continua.

Para el aseguramiento de la calidad se necesita la integración y el completo control de todos los elementos dentro de un área específica, la calidad no puede añadirse a un proceso de producción, sino como una filosofía de integración total para lograr el resultado deseado.

Trabajar con calidad significa: trabajar en forma circular es decir continuamente a través de un proceso: planear, actuar, verificar y mejorar.

²⁸ Modelo administrativo para lograr la excelencia en enfermería, desarrollo científico de enfermería, vol. 5 No. 10, noviembre-diciembre 1997, Pp.313-316.

A hora bien, toda institución que decide iniciar un cambio hacia la calidad, debe llevar a cabo un proceso bien planeado, el cual puede basarse en el siguiente modelo: cultura, liderazgo, equipo, instrumentos e indicadores.

Los tres primeros pasos deben ser simultaneo e implican un cambio en la cultura de la organización, es decir introducir valores de calidad, que sean compartidos por todas las personas que forman parte de la institución , pero al mismo tiempo es necesario fomentar un liderazgo comprometido , lo cual significa ayudar a las personas que tienen un nivel de mando a que aprendan a motivar a su personal, a reconocerlo, a tener una buena comunicación, y a trabajar en equipo, esto último también debe ser aprendido por todos los miembros de la organización para obtener resultados positivos.

Una vez iniciado este proceso, entonces es posible enseñar a todo el personal formas concretas para medir y evaluar la calidad de su trabajo.

GARANTIA DE CALIDAD²⁹

Debido a la creciente complejidad de las ciencias de la salud y al constante incremento de la especialización de los profesionales sanitarios, surge la necesidad de realizar controles rigurosos para garantizar que estos profesionales posean los conocimientos y capacidades suficientes para prestar asistencia segura y eficaz. En el pasado, los principales mecanismos para asegurar la calidad de los cuidados de enfermería eran las leyes estatales de autorización, que estaban centradas en las calificaciones necesarias para el acceso a la práctica profesional.

Actualmente como resultado de la presión social para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y reducir los costes, las leyes federales, estatales y locales exigen a las instituciones sanitarias que apliquen medidas de control de calidad. Al mismo tiempo, las organizaciones independientes y profesionales recomiendan poner en práctica programas de garantía de calidad. La Joint Commission

²⁹ Marie Phaneuf, Garantía de calidad. En: Gestión de enfermería una aproximación a los sistemas. Masson Salvat, pp. 515-542.

Accreditation of Healthcare Organizations exige a las instituciones que aspiran al reconocimiento por parte de esta organización que coordinen todas las actividades de garantía de calidad en un programa institucional integrado, que se centre en la identificación de los problemas asistenciales de los pacientes.

La American Nurses Association (ANA) ha elaborado un modelo para encauzar la evaluación de la práctica profesional de enfermería, los cuidados a los pacientes y las instalaciones y servicios de las instituciones. Las enfermeras de los diversos departamentos de la American Nurses Association han formulado estándares de resultados, que sirvan como criterios mediante los cuales se puede evaluar la calidad de los cuidados de enfermería.

PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA JOINT COMMISSION

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, que es una organización independiente sin relación con los departamentos gubernamentales, ha explicado la continuidad de un programa de garantía de calidad organizado y bien definido como requisito indispensable para la acreditación de los hospitales. La obligatoriedad de las actividades de garantía de calidad en enfermería se describe en el estándar de enfermería 12.8 del manual de acreditación de la organización de 1998.

12.8.1. El departamento o servicio de enfermería ha de tener un proceso planificado y sistemático de control y evaluación de la calidad y adecuación de la asistencia a los pacientes y resolución de los problemas más identificados.

12.8.2. La calidad y la adecuación de la asistencia a los pacientes ha de ser controlada y evaluada en todas las principales funciones asistenciales del departamento o servicio de enfermería.

12.8.2.1. Este control y evaluación se realizarán mediante los siguientes métodos:

- Recopilación metódica de información, en el departamento o servicio de enfermería o por medio del programa de garantía de calidad del hospital, sobre aspectos significativos de los cuidados de enfermería.

- Valoración periódica de la información recogida, realizada por el departamento o servicio de enfermería con el fin de identificar problemas importantes de la asistencia a los pacientes y estrategias para mejorar los cuidados.

12.8.3. Si se detectan problemas significativos en la asistencia a los pacientes o posibilidades para mejorar la atención. Se realizarán las actividades pertinentes. Se evaluará la eficiencia de dichas actividades.

12.8.4. Los resultados y las conclusiones que se deriven del control, evaluación y actividades e resolución de problemas se registraran y comunicaran si se considera pertinente.

12.8.5. Las actividades que se realicen para resolver los problemas detectados, mejorar la asistencia a los pacientes y la información sobre la repercusión de las actividades realizadas, ser registraran y se comunicaran si se considera conveniente.

Aunque la evaluación realizada por la La Joint Commission es voluntaria, la acreditación de esta organización se utiliza como criterio para la autorización estatal, para la acreditación de programas docentes y para el reembolso económico de pagadores a terceros (compañía de seguros y compradores estatales).

Actualmente la Joint Commission recomienda que los hospitales dispongan de un programa de garantía de calidad integrado y global, que incluya monitorización continua de la asistencia a los pacientes con el fin de detectar los problemas, que posteriormente se analizarán de forma sistemática, se corregirán y se hará un seguimiento a lo largo del tiempo para asegurar un control continuado.

PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA AMERICAN NURSES ASSOCIATION

Después de la promulgación de la Public Law 92-603 en 1972, el departamento de sanidad, educación y asistencia social de estados unidos contrato a la AMERICAN NURSES ASSOCIATION, con la intención de que elaborase las directrices para

marcar los estándares en la práctica profesional de enfermería que pudieren ser utilizados por las organizaciones profesionales de revisión de estándares (Davis 1977). Los estándares para la práctica profesional de enfermería de la ANA fueron empleados como directrices para la creación de diversos programas de garantía de calidad (Barba y cols 1978). Puesto que estos criterios estaban orientados al proceso, facilitaban un análisis sistemático de las actividades de enfermería. Los estándares de 1973 se detallan a continuación:

1. La recogida de datos sobre el estado de la salud de los pacientes/clientes debe ser sistemática e interrumpida. Los datos han de ser comprensibles, transmitidos y registrados.
2. Los diagnósticos de enfermería deben inferirse de los datos del estado de salud de los pacientes.
3. El plan de cuidados de enfermería debe incluir objetivos que se deducen de los diagnósticos de enfermería.
4. El plan de cuidados de enfermería debe incluir las prioridades y las estrategias y medidas de enfermería prescritas para conseguir los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.
5. Las actividades de enfermería deben favorecer la participación de los pacientes/ clientes de la promoción, mantenimiento o recuperación de la salud.
6. Las actividades de enfermería deben ayudar a los pacientes/clientes a elevar al máximo sus potenciales de salud.
7. La evolución o la falta de la misma de los pacientes/clientes hacia la consecución de los objetivos debe estar establecida por los pacientes/clientes y las enfermeras.
8. La evolución o la falta de la misma de los pacientes/clientes hacia la consecución de los objetivos implica la reevaluación, reorganización de prioridades, en establecimiento de nuevos objetivos y la revisión del plan de cuidados de enfermería.

GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD³⁰

La calidad debe planearse y montarse como un sistema para el cual debe mobilizarse los esfuerzos del personal, los recursos físicos y materiales de la institución, la voluntad firme del gerente y directores, para lograr una etapa definitiva que es del aseguramiento de la calidad. Esta calidad debe estar controlada por estándares de enfermería e indicadores de calidad los cuales son mecanismos claramente definidos donde se establecen el actuar de enfermería estando bien reglados, los cuales deben llegar al paciente en forma de cuidado que deje satisfecho a sus requerimientos y necesidades que en ese momento se ven alteradas por el estado de salud. Es por ello que al estar bien estandarizado los cuidados se logran el mismo efecto en todos los clientes.

Ishikawa escribe que la garantía de calidad es “asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente pueda comprarlo con confianza y utilizarlo largo tiempo con confianza y satisfacción”.

Garantía de calidad en una empresa de servicios. Es asegurar la calidad del servicio, de modo que el cliente pueda usarlo con satisfacción y confianza.

Garantía de calidad en una empresa para la salud. Es asegurar la calidad del servicio de modo que se gane la plena confianza de, cliente y su completa satisfacción. La exigencia en la empresa para la salud es mayor, por lo mismo que el servicio va dirigido a los más preciados del ser humano, como es la garantía de su propia vida. En ésta el control y el aseguramiento de la calidad debe ser más estricto, por lo cual necesita garantizar que toda la secuencia se cumpla dentro del máximo rigor, comenzando por la planeación, la preparación de los recursos humanos y todos los demás aspectos del programa hasta la respuesta misma del usuario, porque es fácil de enunciar garantía de calidad pero es difícil de obtener si se omite algo.

³⁰ Malagón-Londoño, Gustavo., et. al. Garantía de Calidad en Salud. Capítulo II, Edit. Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. Pp. 27-35.

El mejoramiento de calidad, no contradice los planteamientos de Crosby que dice “el acto donde se cumplen todas las especificaciones”, al contrario reafirma que se parte de unas especificaciones precisas que permiten cumplir satisfactoriamente el objetivo y de ahí en adelante la institución o la empresa emplean toda su capacidad para asegurar y así poder garantizar al usuario la calidad.

El mejoramiento de la calidad no puede partir de cero. Necesariamente debe edificarse a partir de la presencia de una calidad que satisfaga las exigencias del cliente y que sometida al proceso de aseguramiento y a los mecanismos de control, avance hacia la calidad total.

LA AUDITORÍA EN SALUD

En las Instituciones para la salud el organismo máximo para el control de calidad es la Auditoría en salud. Este organismo realiza registros diarios sobre todos los aspectos de generación, producción y prestación de servicios y mira cómo se utilizaron los recursos, en que momentos se dispone de éstos y con qué efectividad y pertenencia son empleados.

La auditoría mantiene vivo el concepto de que el error es lo más costoso dentro del proceso de prestación de servicios, y es tan grave que puede aniquilar el prestigio de la institución, además de ocasionarle altos costos morales y penales en muchos casos. La actividad de la Auditoría en salud, se extiende hasta la comunidad de usuarios para medir el impacto que produce el servicio y establecer el grado de satisfacción.

El aseguramiento de la calidad, es un sistema que reúne todas las actividades planificadas y sistemáticas, equipos, materiales, procesos, documentación, presupuestos, personal requerido para que las tareas y operaciones se cumplan garantizando calidad en sus resultados, disminuyendo al mínimo las posibles fuentes de error.

Existe diferencia entre *calidad* y aseguramiento de calidad. La calidad es el resultado de la política general de la institución y representación de su máximo objetivo o propósito. El *aseguramiento de la calidad* es el aval fundamentado en la

integración de todas las normas, esfuerzo del personal, aplicación de políticas y empleo de los recursos y estrategias para que la política de la institución sea una realidad.

El mejoramiento de la calidad, representa el compromiso permanente de la empresa, y no se puede lograr sin la participación decidida de todo el personal que conforma la institución de salud, esta llega siempre como resultado de todo un proceso de motivación y organización, permitiendo el equilibrio progresivo.

La aplicación de la gestión de calidad a todas las etapas de un servicio, proporciona oportunidades específicas para: mejoramiento en la prestación del servicio y en la satisfacción del usuario. Mejoramiento en la productividad y reducción de costos y mayor participación en el mercado.

La evaluación de la calidad es uno de los factores que conducen a la garantía de calidad, si se considera como parte fundamental del proceso institucional mide no solamente los resultados o el impacto, sino el desenvolvimiento general del programa que comienza desde la planeación.

En salud la calidad de los servicios debe ser la única razón de ser de las instituciones u organizaciones prestadoras y ésta solo puede garantizarse si se han cubierto uno a uno los pasos fundamentales de un buen esquema de gestión.

SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Garantía de la calidad en enfermería. Consiste en asegurar la calidad del servicio de tal manera que la persona pueda comprarlo y utilizarlo con confianza y satisfacción. La garantía de calidad en la intervención de enfermería se encuentra enmarcada en los principios de responsabilidad moral, ética y jurídica, mediante la auditoria, evaluación y monitoreo de los procedimientos y procesos de atención que realiza, con el propósito de mejorarlos y alcanzar el más alto nivel de eficiencia en el cuidado prestado.

El sistema de garantía de calidad tiene como objetivos:

- Determinar el nivel de calidad del proceso de atención en las IPS, teniendo como base los manuales de procedimientos o guías de intervención.
- Determinar las necesidades de capacitación y actualización de todo el personal de enfermería tanto profesional como auxiliar y por niveles de complejidad.
- Determinar las deficiencias en estructura que afectan directamente la calidad del proceso de atención de enfermería.
- Proveer a los niveles decisorios de elementos de juicio, a fin de garantizar la calidad en todo el proceso de atención que brinda enfermería.
- Disminuir al mínimo los riesgos del cuidado en la prestación de los servicios de enfermería.
- Evaluar el grado de satisfacción de la persona que hace uso de los servicios de enfermería.

A partir de la reglamentación del sistema obligatorio de calidad para toda IPS en el Decreto 2174 de 1996, los componentes del sistema de garantía de la calidad de enfermería son:

1. Verificación de los requisitos esenciales.
2. Planes de mejoramiento.
3. Sistemas de información.
4. Auditoria de sus servicios.
5. Satisfacción del cliente

1.- Verificación de los requisitos esenciales.

Enfermería lidera en todos los servicios, hospitalarios y ambulatorios, la elaboración de los siguientes estándares, como herramienta en el proceso de verificación cumplimiento:

- Estructura organiza de enfermería y procesos de planeación, dirección, organización y control.

- Estándares mínimos de recursos humanos por servicios (indicadores para el cálculo de personal).
- Manual técnico – administrativo, de funciones, de asepsia, bioseguridad, de procedimientos de enfermería; guías de intervención de las principales patologías teniendo presente el perfil epidemiología de la institución; manual de ejecución de todos los procesos técnicos y administrativos que realiza enfermería en cada uno de los servicios de hospitalarios; administración de medicamentos; ronda de enfermería; educación del paciente; ingreso y egreso del paciente al quirófano; entrega de la persona en cada turno; traslado del paciente, entre otros.
- Auditoria de la calidad del proceso de atención de enfermería, a través de los registros clínicos de enfermería y encuestas de satisfacción de la persona que hace uso de los servicios.

2.- Planes de mejoramiento.

La implementación de los procesos de mejoramiento en enfermería requiere un gran liderazgo, apoyo y compromiso de las enfermeras(os); esto implica:

- Conformar el Grupo de calidad y ética de enfermería en todas las IPS con representación de cada una de las áreas de atención.
- Identificación de procesos que requieren estandarización y/o mejoramiento.
- Identificar los procesos de alto costo y poca rentabilidad ocasionados por: accidentes de personas, infecciones intrahospitalarias, errores en la aplicación de medicamentos, asignación inadecuada de funciones y procesos administrativos ineficientes.
- Identificar la falta de oportunidad del servicio como: demora en la aplicación de tratamiento, el ingreso y egreso de la persona; falta de oportunidad en la información para la persona y su familia; falta de oportunidad en el cumplimiento de las ordenes de enfermería consignadas en el plan de cuidados y falta de atención humanística y personalizada.
- La estandarización de los procesos de mejoramiento requiere definir por consenso las prioridades y elegir los procesos más críticos.

3.- Auditoría de la calidad de los servicios de enfermería

Evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios.

Los trabajos de Donabedian plantean que la calidad de los servicios puede evaluarse en cuatro aspectos: la estructura, el proceso, los resultados y el impacto.

- *La evaluación de estructura* se mide a través de la estructura física, los recursos humanos y los sistemas de organización, mediante la comparación de todo o algunos de ellos.
- *La evaluación de proceso* se basa en la valoración de las actividades del cuidado, los procedimientos y los tratamientos.
- *La evaluación de resultados* evalúa logros obtenidos por rendimiento, recuperación de la persona, costos de atención, cumplimiento de protocolos, satisfacción del cliente: todos estos monitoreados por indicadores de gestión y de calidad.
- *La evaluación del impacto* evalúa los efectos y los cambios en la comunidad objeto, en el servicio, en la persona.

Enfermería evalúa la calidad, mediante:

- La observación directa de los procedimientos, cuidados y tratamientos que se realizan en la prestación de sus servicios.
- La auditoría de registros clínicos.
- Entrevista directa o en grupo a profesionales respecto a la atención que se va a evaluar.

El procedimiento o estándar se califica de acuerdo con su cumplimiento en:

- *Excelente*: el que cumple el 100% del procedimiento establecido.
- *Aceptable*: el que cumple entre 90% y el 99% del procedimiento establecido.
- *No aceptable*: el que cumple menos del 90% del procedimiento establecido.

4.- Sistema de información

El objetivo final de este sistema de información de enfermería es monitorear los resultados, conocer los logros alcanzados en un periodo definido, identificar tendencias y tener herramientas para demostrar su gestión.

5.- satisfacción del cliente (persona que recibe el servicio)

La meta final del proceso de atención de enfermería es la satisfacción de la persona, a través de una atención apropiada y oportuna, sin duplicidad, sobreutilización de los servicios, complicaciones, omisiones, con un mínimo de riesgo que no deje secuelas o iatrogenias.

La atención que enfermería brinda a la persona en respuesta a sus necesidades debe superar sus expectativas, para que cada uno de los momentos desde el ingreso hasta el egreso de la persona lo satisfagan.

La satisfacción de la persona por la baja calidad del proceso de intervención de enfermería se manifiesta por medio de: quejas, reclamos, disgustos y deserción de los servicios, generando situaciones extremas que desmejoran la imagen de la organización.

CONSTITUCIÓN DEL SISTEMA³¹

Galán y colaboradores, han desarrollado un modelo denominado DOPRI, el cual concibe, que para evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes:

Contexto: incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del Sistema de Salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales, de cada entidad en particular.

³¹ Malagón-Londoño, Gustavo., et. al. Garantía de Calidad en Salud. Síntesis. Capítulo III, Edit. Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. Pp. 37-44.

Demanda: se analizan las características de los usuarios de los servicios, relacionadas con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivación de consulta y severidad del proceso patológico.

Oferta o Estructura: estudia, la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigente.

Proceso: identifica plenamente la evaluación o monitoreo; por lo tanto permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Interacción de los diferentes recursos (humanos, físicos y económicos), con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.

Resultado o Producto: evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en periodos habituales de un año, relacionadas por ejemplo volumen de egresos, consultas y pacientes atendidos en urgencias.

Impacto o Efecto: evalúa aspectos como: la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia los mismos servicios.

“El modelo DOPRI”, constituye el “*primer eslabón*” de la cadena de garantía de calidad en salud.

El “*segundo eslabón*” lo constituye “la matriz DOFA”, la cual señala las fortalezas y debilidades hacia el interior de la Institución, al igual que las amenazas y oportunidades presentes en el entorno.

El “*tercer eslabón*” corresponde a las “conclusiones” emanadas de la Matriz DOFA, las cuales se relacionan con el Contexto, la Demanda, la Oferta, el Procesos, los Resultados y el Impacto registrado en cada Institución en particular.

El “*cuarto eslabón*” está constituido por las “recomendaciones” emanadas de la Matriz DAFO en los componentes de estrategias.

Finalmente, y como “*quinto eslabón*” de la cadena, se formula el “plan estratégico”, constituido por actividades y tareas, que serán realizadas en el corto, mediano y largo plazo.

MODELO ADMINISTRATIVO PARA LOGRAR LA EXCELENCIA EN ENFERMERÍA

Generalmente dentro de las organizaciones se ha venido trabajando de manera tradicional, se fijan metas de cantidad, no de calidad y esto aplicado a las instituciones de salud es grave, ya que se llega a proporcionar una deficiente calidad de atención, una lenta recuperación y complicaciones, lo que retrasa el proceso de reintegración del individuo a su ambiente sano al que tiene derecho; esto se ve reflejado en el incremento de los presupuestos institucionales.

En los últimos años con el avance tecnológico y la introducción del tratado de libre comercio en nuestro país, el compromiso para toda empresa es actuar con calidad, dando como resultado un incremento en la efectividad y por lo tanto una disminución en los costos, reflejándose todo esto en la satisfacción empresa y cliente.

La calidad es un proceso que debe ser adoptado por las instituciones de salud para lograr la excelencia y para ello es necesario que todos los integrantes del organismo adopten la filosofía de calidad “hacer bien las funciones desde la primera vez”, con aceptación al cambio, en donde el personal de Enfermería está incluido en estas acciones, por lo que el planteamiento y aplicación de indicadores es una estrategia que conduce hacia el logro de la calidad de la atención.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA³²

De acuerdo a la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria es “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento de los pacientes y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Las variables implícitas en esta definición responden a tres criterios complementarios:

Criterio técnico. Aplica la ciencia y la tecnología médica y otras ciencias de la salud a un problema sanitario individual, de forma que se maximicen beneficios y se minimicen los riesgos.

1. **Criterio interpersonal.** Regula la interacción social y psicológica entre el cliente y el profesional y considera el grado de autonomía y responsabilidad del usuario frente al grado de dependencia que genera la actividad asistencial. significa encontrar el equilibrio entre la interacción empresa-cliente.
2. **Criterio económico.** Supone la utilización y distribución racional de los recursos disponibles a fin de conseguir los objetivos propuestos, lo cual obliga a establecer previamente preferencias calidad y coste son dos factores inseparables. La atención insuficiente, excesiva innecesaria o ineficaz originan un coste de calidad y en consecuencia, una disminución de calidad de asistencia.

Efectividad: Capacidad de mejorar el grado de salud de un procedimiento o tratamiento concreto, es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona igualmente, la capacidad de

³² VARO, Jaime. Dimensiones de la calidad de la atención médica. En: Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicio Sanitario. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, España 1994. Pp. 61-69.

actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado deseable. Comprende también minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.

Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio y sus coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La satisfacción implica una experiencia racional, entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios; consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, aunque difícil de realizar, es un instrumento de medida de la calidad de la atención.

SATISFACCIÓN PROFESIONAL

Es el grado de complacencia del profesional con las condiciones de trabajo, y esto influye en la calidad del trabajo.

A fin de ofertar servicios de alta calidad, la asistencia sanitaria institucionalizada debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espaciada. El cumplimiento de estas condiciones necesita una organización sanitaria responsable, dotada de elementos tangibles de calidad, con un factor humano competente en lo operacional y lo relacional y satisfecho con su trabajo estar orientada al mercado y al cliente con el fin último de satisfacer las necesidades de este.

ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA³³

La enfermería es una profesión de servicio. El servicio de enfermería abarca la atención autónoma en colaboración con otros profesionales a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Por lo que la asistencia prestada por las enfermeras es indispensable para la subsistencia y bienestar de cada uno de los pacientes que son atendidos en una unidad hospitalaria o centro de salud.

La profesión de enfermería considerada en su conjunto debe responsabilizarse de la calidad de los cuidados prestados por los diferentes profesionales de la salud concentrados en un centro asistencial. Para garantizar la eficiencia de los cuidados que brinda enfermería, deben existir criterios para cada área clínica que sean útiles y fundamentales para la toma de decisiones y que aseguren las intervenciones de enfermería de forma oportuna a la gran variedad de pacientes que son ingresados a las instituciones por algún problema. Es por ello que es de vital trascendencia contar con un estándar de asistencia de enfermería.

Un estándar es una exposición descriptiva del grado ideal de actuación requerida, con el que se podrá cuantificar la calidad de la estructura del proceso y de los resultados. Un estándar de cuidados de enfermería es una exposición descriptiva de la calidad establecida, con la que se puedan evaluar los cuidados de enfermería prestados a un paciente.

Es una pauta de actuación, que se produce como resultado de la relación entre los criterios y las normas que son utilizadas para evaluar la calidad de los métodos, objetivos y órdenes de enfermería. Es un sistema para garantizar la calidad de enfermería, en el cual se evalúan los resultados obtenidos a través de la prestación

³³ Perrow, Charles, "Estándares de Enfermería", en Guilles, Ann, Gestión de Enfermería, Una Aproximación a los Sistemas, Barcelona, Masson-Salvat Enfermería, 1994, pp. 123-136.

de cuidados a los pacientes, contrastándolos con los criterios derivados de los estándares de enfermería, para determinar la eficiencia de las intervenciones de enfermería.

En cuanto a los estándares asistenciales de enfermería, su divulgación, difusión y cumplimiento obedecen a los siguientes objetivos:

- 1.- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.
- 2.- Disminuir el coste de los cuidados de enfermería.
- 3.- Proporcionar fundamentos que permitan la delimitación de las negligencias de enfermería.

La divulgación de los estándares de enfermería contribuye a mejorar la calidad de los cuidados, centrando las actividades de los profesionales en la consecución de los objetivos establecidos y acrecentando la motivación de estos en cuanto a su logro que se tienen. La difusión de los estándares de enfermería disminuye los costes de los cuidados porque sirven para suprimir actividades que no son necesarias para alcanzar los objetivos propuestos, por ellos es indispensable jerarquizar estas intervenciones.

El procedimiento que se utiliza para establecer los actos de negligencia en el desempeño de la práctica de enfermería, consiste en determinar los estándares que regularizan la situación que se está considerando: en establecer que perjuicios pueden preverse como resultado de la falta de cumplimiento de los estándares; en demostrar que una enfermera en concreto fracasó en el cumplimiento del estándar de cuidados en cuestión, así como en probar que el fallo de esta enfermera en el cumplimiento del estándar fue la causa del daño ocasionado al paciente.

Por ello el personal de enfermería debería familiarizarse con los estándares de actuación de la American Nurse Association (ANA), los cuales guardan relación con su especialidad clínica y utilizarlos como guía de sus responsabilidades profesionales hacia los clientes.

TIPOS DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA

Los estándares pueden ser sistemáticos o empíricos. Los estándares sistemáticos describen modos de proceder que son considerados como buenos o perfectos. Por otra parte, los estándares empíricos describen las actuaciones que realmente se están llevando a cabo en un buen número de ámbitos de cuidados. Por lo tanto, los estándares sistemáticos definen una calidad de actuación superior a la de los estándares empíricos.

Las organizaciones profesionales, como American Nurses Association y la Association of Operating Room Nurse, promulgan estándares sistemáticos, por lo general, mientras que los organismos reguladores y los que aseguran el cumplimiento de Salud o la Joint Commission, normalmente publican estándares empíricos.

Un estándar puede elaborarse para especificar las circunstancias en las que las actividades han de llevarse a cabo, estando orientados a grupos o a la propia institución (estándar de estructura), naturaleza y características de estas actividades, dirigidos a los profesionales de enfermería (estándar de proceso), o los resultados de las actividades que se le realizaron al paciente (estándar de resultado).

PROPUESTA PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS³⁴

El rol de una gestora del cuidado consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización.

La gestión de los cuidados enfermeros es un proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción, vive experiencias de salud.

³⁴ Kérouace, Suzanne., et al. Propuestas para la gestión de los cuidados, capítulo 6, El Pensamiento Enfermero, Edit. Masson 1996, Barcelona, España. Pp. 120-147.

Un rol importante que desempeña la enfermera gestora consiste en apoyar al personal cuidador comprometido con los procesos de cambio en la realización de la práctica profesional y de cuidados centrados en las experiencias de salud de los clientes. Es por ello que la contribución de la enfermera gestora es única e indispensable para asegurar los servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de óptima utilización de los recursos disponibles. Otro rol es que debe ejercer un liderazgo transformador y la capacidad de motivación hacia el personal, estos dos procesos juegan papeles esenciales para la gestión del entorno social.

La enfermera gestora está llamada a crear un clima de trabajo favorable y constructivo. Posee varios medios a su alcance: hacer participar al personal en las decisiones, pedir opinión del grupo, mostrarse receptiva a las demandas del personal, reconocer el trabajo bien hecho, compartir la información, diversificar tareas que se han de cumplir, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y estimular la participación en las actividades de perfeccionamiento.

ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA³⁵

Sánchez, Clara I., et. al. , en “Guía de intervención en Enfermería. Basado en la Evidencia Científica” (Bogotá, Colombia), propone un plan para la implementación de la gestión de la Calidad en los Servicios de Enfermería, señalando:

Estrategia 1 (organización): establecer el concepto del proceso de calidad con los directivos de los servicios de enfermería y determinar la organización necesaria para apoyarlo.

Estrategia 2 (educación): educar a todo el personal de enfermería en la nueva filosofía, proceso, herramienta y técnicas.

³⁵ Sánchez, Clara I., et. al. Estrategias para lograr la Calidad en los Servicios de Enfermería. Gerencia. Guía de intervención en Enfermería. Basado en la Evidencia Científica. Acofaen, Santa Fé de Bogotá, Colombia. Pp. 27-51.1998.

Estrategia 3 (comunicación): aplicar una estrategia de comunicación permanente para mantener la conciencia acerca del avance del proceso.

Estrategia 4 (desarrollo de equipo): proveer la oportunidad para que las (os) enfermeras (os) participen en un equipo de calidad, conformar los grupos de expertos de mejoramiento o grupos primarios, los grupos de calidad y ética.

Estrategia 5 (reconocimiento): diseñar una metodología de reconocimiento y premios para apoyar el proceso de calidad.

Estrategia 6 (monitoreo): implementar una metodología efectiva para los procesos de monitoreo, informe, diseño de instrumentos y homologación de enfermería en todas las áreas.

Estrategia 7 (retroalimentación): dar a conocer los resultados del proceso del monitoreo a todos los niveles involucrados, con el fin de diseñar e implementar un plan de mejoramiento. Este plan debe contener indicadores de cumplimiento y debe ser presentado ante los grupos directivos para su apoyo y puesta en marcha.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA³⁶

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios, por ello en la gestión gubernamental en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se instituyó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud esta como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que le sistema de salud mexicano abordaría

³⁶ Gaviria Noreña, Dora Lucía. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XXVII, Núm. 1, pág. 24-33.

en los próximos años, por ello se identificó la oportunidad de iniciar el desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería.³⁷

Con este fin se establecieron vínculos de colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada, para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos.

Las enfermeras podrán evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora, o bien establecer procesos de mejora continua. Dichos indicadores les permitirán comparar resultados con otras unidades de salud, y disponer de una guía para definir y/o proponer otros indicadores, integrándose de manera efectiva con las políticas institucionales de calidad al interior de su unidad médica y con aquellas que emanen de autoridades superiores. Asimismo, se presenta una oportunidad inmejorable para incorporar en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud los indicadores de calidad de los servicios de enfermería.³⁸

³⁷ Castro V., María del Carmen. La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. *Región y Sociedad*, vol XVI, Núm. 30, pág., 43-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10203002> [Consultado 20/10/2014].

³⁸ Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf> [Consultado 20/10/2014].

MONITOREO ESTRATÉGICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA³⁹

El sistema de seguimiento y monitorización de los servicios de enfermería se basa en indicadores de gestión, que permiten medir periódicamente la ejecución de actividades, con el fin de adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que le genera el entorno.

El monitoreo debe cumplir los siguientes requisitos:

- Diseñar y planear los instrumentos de medición por la coordinación de los servicios de enfermería.
- Definir la periodicidad para realizar los controles, de acuerdo con los puntos de control que se establecen.
- Aplicar los indicadores, con base a hechos y datos que se originan en las áreas y servicios donde se desempeña el personal de enfermería.
- Fomentar el compromiso y la disciplina, tanto del personal directivo como del área operativa, en la gestión de los indicadores.
- Realizar la homologación de conceptos, para que el monitoreo tenga igual unidad de medida en todas las áreas y servicios.

La responsabilidad y disciplina de cada uno de los niveles de dirección de los servicios de enfermería hacen del monitoreo un evento fundamental y trascendental, que permite a los directivos tomar las decisiones oportunamente y a enfermería tener bases para el apoyo en su gestión.

³⁹ Sánchez, Clara I., et. al. *Monitoreo Estratégico de la Calidad de Atención de los servicios de Enfermería. Gerencia. Guía de intervención en Enfermería. Basado en la Evidencia Científica.* Acofaen, Santa Fé de Bogotá, Colombia. Pp 27-51. 1998.

INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERÍA.

Los indicadores se definen como los instrumentos cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.⁴⁰

Los indicadores son relaciones cuantitativas entre dos cantidades que corresponden a un mismo fenómeno, que por sí solas no son relevantes, adquieren importancia cuando se les compara, con otras de la misma naturaleza, relativas a periodos anteriores o con otros parámetros preestablecidos que se consideran adecuados, a fin de determinar la eficiencia, la productividad y la calidad de las acciones realizadas.

La determinación de estos indicadores se hace en función de los aspectos relevantes a medir que pueden ser, entre otros, el aprovechamiento de los recursos, el cumplimiento de las metas, la satisfacción del usuario.

Debido a que los indicadores fortalecen la autonomía de gestión, en virtud de que a través de la medición que realicen los responsables en los niveles de operación, conocerán de manera inmediata, la situación en que se desarrollan sus servicios para tomar oportunamente las medidas correctivas o de preferencia preventivas, que mejoren su actuación y resultados esperados en futuras evaluaciones. Es por ello que la evaluación del cuidado de enfermería es un compromiso ético y disciplinar, que se instaura en el principio de la calidad de la práctica profesional.

Donabedian nos dice “una Asistencia sanitaria de calidad es la aplicación correcta en la asistencia a los pacientes de los principios esenciales de las ciencias médicas, al mismo tiempo que se equiparan los riesgos inherentes a cada actividad asistencial realizada y los beneficios que se esperan de ella”⁴¹. Es por ello que

⁴⁰ Mendoza García C. *Principios de Administración, Antología*. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Sistema de Universidad abierta, UNAM. México.2010.

⁴¹ Donabedian A. “The definition of quality and approaches to its assessment. En: Exploration in quality and monitoring”. Vol. I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.

establecer una garantía de calidad establecerá un grado indicativo de excelencia en relación con las actividades de enfermería y la puesta en práctica de estrategias que garanticen que los pacientes reciban el nivel de cuidados convenidos.

Objetivo

Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.

Indicadores³

EVALUAR INDICADORES DE CALIDAD EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:

1. Cumplimiento de criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral.
2. Vigilancia y control de la venoclisis instalada.
3. Trato digno.
4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.
5. Prevención de úlceras por presión a paciente hospitalizados.
6. Prevención de Infecciones de Vías Urinarias en Pacientes con Sonda Vesical Instalada.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala. El Programa Nacional de Salud 2001-2006 identifica a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano abordará en los próximos años.

El reto de mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado antes a través de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector público como por las del sector privado, particularmente durante los últimos 15 años; sin embargo, el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que

permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado.

Tal es la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como verdadera cruzada, rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de los servicios, teniendo como punto de enfoque de todos esos esfuerzos a los usuarios de los servicios, buscando la mejora sustantiva de sus condiciones de salud y garantizar un trato adecuado.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud⁴² (CNCSS), lanzada formalmente el 22 de enero de 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público como en el privado y por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes. De esta manera, la Cruzada se convirtió en una plataforma para la convergencia y el avance que, impulsada desde el Gobierno Federal, adquirió el rango de política pública, a diferencia de lo que habían sido los programas institucionales, independientes unos de los otros.

La tendencia hacia una cobertura universal efectiva es cada vez más clara en todo el mundo y por consiguiente, la calidad empieza a ser reconocida explícitamente como un ingrediente fundamental, por lo que la proyección de la Cruzada ha empezado a ser reconocida internacionalmente.

⁴² Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf> [Consultado 24/02/2015].

CAPÍTULO VII

MAGNITUD DEL EVENTO ADVERSO. ÚLCERAS POR PRESIÓN⁴³

El tema de calidad y seguridad de los pacientes en los últimos 20 años ha tenido relevancia en la conformación de políticas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 109ª reunión, dedicada a la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente, recalcó: “las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño”.

Sin duda, la seguridad del paciente se sitúa en el centro de los debates públicos debido al alto índice de eventos adversos dentro del ámbito hospitalario. Estos pueden ser causa de muerte, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales de la salud.

Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud A55/5. Informe de la Comisión Mundial de la OMS sobre macroeconomía y salud, hizo mención de los estudios realizados por el Instituto de Medicina de Harvard,, se estimó que 4 % de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, 70 % de los eventos adversos provoca incapacidad temporal y 14 % de los incidentes son mortales. Asimismo, “los errores médicos causan entre 44 000 y 98 000 defunciones por año en los hospitales de los Estados Unidos de América”². Estudios recientes sobre los eventos adversos en la atención sanitaria han permitido identificar los altos

⁴³ Coordinación Normativa de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), Secretaría de Salud. México, Distrito Federal, México. Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm Inst Mex Seguro. 2013 <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131b.pdf> [Consultado 10/06/2015].

² Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud A55/5. 18 de mayo del 2002. *Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Directora General.* [en línea] http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf. [Consultado 18/09/2014].

costos que representan para los sistemas de salud la “no calidad” y la atención insuficiente hacia los temas de prevención.

Por tal motivo, hoy en día se tienen directrices internacionales para el desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de los pacientes, entre las que se encuentra la emitida en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (A55/2002), en la que se aprobó la resolución que solicita a los países prestar mayor interés a la seguridad de los pacientes y fortalecer los mecanismos de vigilancia y control de riesgo. En este contexto, la OMS, ministros, investigadores y pacientes de todo el mundo acordaron la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, bajo el lema “Ante todo no hacer daño”, con el fin de luchar contra la propagación de infecciones relacionadas con la atención a la salud.

Años más tarde, con una mayor sensibilización de los sistemas de salud en todo el mundo y durante la celebración de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS instó a los países miembros, mediante la expedición de la resolución A59/22, a implementar acciones comprendidas en seis iniciativas: la primera, el reto mundial por la seguridad de los pacientes; la segunda, los pacientes por su propia seguridad; la tercera, la taxonomía de la seguridad del paciente; la cuarta, la promoción de la investigación en el campo de la seguridad del paciente; la quinta, las soluciones para reducir los riesgos de la atención a la salud y mejorar su seguridad y la sexta, el desarrollo y el perfeccionamiento del “sistema de notificación y aprendizaje”. Es la quinta iniciativa denominada Soluciones para reducir los riesgos de la atención a la salud y mejorar la seguridad la que incluye la aplicación de prácticas disponibles y la coordinación de esfuerzos entre los profesionales involucrados en la prevención de riesgos innecesarios para los pacientes.

Un hecho relevante fue el estudio latinoamericano de seguridad del paciente y la acreditación en salud (IBEAS) que involucró la participación de varios países, entre ellos México; el estudio IBEAS dio como resultado la identificación de los tres eventos adversos más frecuentes, entre los que se mencionan: neumonías

nosocomiales, infecciones de heridas quirúrgicas y en tercer lugar las úlceras por presión.

Con base en lo anterior, el gobierno mexicano, por medio del Programa Nacional de Salud 2007-2012⁴⁴, determinó cinco objetivos en la atención de la salud, los cuales estaban relacionados con la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad. Para esto, tomó en consideración la prevención de eventos adversos. Así, se definieron líneas de acción dirigidas a mejorar la calidad técnica, la calidad percibida y la calidad de la organización, entre estas, el monitoreo sistematizado de indicadores de calidad (INDICAS)⁴⁵.

Uno de estos indicadores monitoreados desde 2006 fue el nivel de cumplimiento de acciones de enfermería para prevenir las UPP de los resultados obtenidos han surgido propuestas de mejora, como la estandarización del uso de una escala de valoración, un protocolo para la prevención y el manejo, y la implementación y la estandarización de las clínicas de heridas. Aunque se tenía conocimiento del nivel de prevención, no se contaba con datos sobre la magnitud del problema de las UPP ni con información necesaria para desarrollar estrategias encaminadas a disminuir los altos costos de la atención de los pacientes que ingresaban a la larga fila de pacientes con heridas crónicas, ya que representan un gasto social importante por los costos que genera el tratamiento, así como el costo emocional de quienes padecen una herida crónica.

A fin de contribuir a dar solución a esta condición, se determinó que era necesario conocer la magnitud de las UPP como uno de los eventos adversos que se presentan en el país a partir de la aplicación de una encuesta nacional y cuantificar

⁴⁴ Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. <http://www.pediatrica.gob.mx/pns.pdf> [Consultado 15/07/2015]

⁴⁵ Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Las 10 estrategias del Programa Nacional de Seguridad de Paciente. SICALIDAD. 5 de septiembre del 2011.

el problema que, de acuerdo con Pam Hibbs, antes de la década de los ochenta se consideró como una “epidemia debajo de las sábanas”, lo cual ilustra de manera didáctica la epidemiología de las UPP.

Por tanto, se considera de vital interés conocer el valor real de un evento adverso como las UPP factor que contribuye a elevar los índices de morbilidad y mortalidad, situación que no debiera presentarse en los servicios de salud, especialmente cuando el evento es prevenible y cuya magnitud se presenta en este estudio.

Un factor que influye de manera básica lo es el profesional de enfermería y la atención personalizada que brinda a los pacientes a su cargo, lo que obliga a manejar un protocolo de prevención y tratamiento de UPP, dirigido a detectar los factores de riesgo o bien a diagnosticar y brindar un tratamiento oportuno.

Actualmente en el Hospital General Xoco se carece de esta información, por lo que el propósito de este estudio es identificar la prevalencia en pacientes hospitalizados de UPP como un evento adverso a nivel local. Los resultados de prevalencia de UPP se encauzarán al desarrollo de diferentes estrategias institucionales dirigidas a disminuir los factores organizacionales y técnico-profesionales que propician la ocurrencia de este tipo de úlceras como eventos adversos en la atención hospitalaria.

LA IMPORTANCIA DE UN TRATAMIENTO EFICIENTE DE HERIDAS

Vivimos en un mundo de recursos limitados, pero los humanos tendemos a querer siempre «más y mejor». La tensión entre la disponibilidad de recursos y la demanda siempre ha estado presente en los sistemas sanitarios de todo el mundo, incluso durante los periodos de relativa prosperidad económica. Las limitaciones económicas y de recursos suponen tener que elegir a la hora de cómo gastar el dinero y de cómo asignar los recursos para obtener el máximo beneficio, a su vez, la elección entre varias opciones implica inevitablemente tomar decisiones sobre en qué no gastar dinero, esto es, sobre qué sacrificios hacer. La economía de la salud

desempeña un papel importante a la hora de aportar información a los responsables de tomar unas decisiones tan complejas y a menudo cargadas de significado político.

«En un sistema con recursos limitados, los profesionales sanitarios tienen la obligación de determinar que no solo lo están haciendo bien, sino que es la mejor de las opciones posibles con los mismos recursos.» Alan Williams (profesor de Economía sanitaria, Universidad de York, Health Outcomes Conference, 1993)

Está claro que, cuando se aplica correctamente, el tratamiento de heridas que utiliza las intervenciones adecuadas en función de un diagnóstico preciso supone beneficios para los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad, sin embargo, la combinación de bajas tasas en el diagnóstico preciso de heridas y la irregular implantación de los principios del tratamiento de heridas pueden conllevar, por desgracia, un tratamiento ineficaz y un desperdicio de recursos, socavando así los esfuerzos por demostrar que está justificado invertir los fondos sanitarios en el tratamiento de heridas. Un problema añadido es que los sistemas de reembolso pueden, en ocasiones, desincentivar a los profesionales de la salud al reembolsar productos o procedimientos que no estén recomendados en las directrices sobre buenas prácticas.

Aun así, estos problemas tienen su lado positivo: aumentar la concienciación y la comprensión de la necesidad de demostrar que la rentabilidad de la inversión puede conllevar una mayor implementación de un tratamiento de mayor calidad en heridas.

A continuación se describe el indicador:³

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Objetivo:

Contar con un documento que guíe el proceso de medición del indicador “Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados”.

1. Valora y registra factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de úlceras por presión.

- Revise en los registros clínicos de enfermería que estén anotados:
 - ✚ En las unidades médicas que cuenten con protocolo: la clasificación del riesgo.
 - ✚ En las unidades médicas que no cuenten con protocolo, los factores reales o potenciales para desarrollar úlceras por presión, entre los que se encuentran:
 - ✓ Pacientes seniles.
 - ✓ Estado nutricional: obesidad o desnutrición.
 - ✓ Características de la piel: deshidratada, húmeda, irritada, edematizada o macerada.
 - ✓ Deficiencias motoras o sensoriales: parálisis, paresias, insensibilidad, entre otras.
 - ✓ Alteraciones en los procesos de eliminación vesical o intestinal: incontinencia, diarrea, entre otras.
 - ✓ Inmovilidad voluntaria o involuntaria por periodos prolongados: dolor, fatiga, sedación, analgesia, pacientes en estado crítico, con aparatos ortopédicos o neurológicos entre otros.
 - ✓ Padecimientos que comprometen el sistema inmunológico o vascular periférico.
 - ✓ Alteraciones en el estado de conciencia: depresión, coma, confusión, estupor, entre otros.

2. Establece el plan de cuidados y ejecuta las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo.

- Constate en los registros de enfermería que las acciones o actividades preventivas implementadas sean correspondientes con el grado de riesgo determinado como:
 - ✓ Establecimiento de gráfica de rotación programada e individualizada para cambios de posición así como de ejercicios pasivos para estimular la circulación.
 - ✓ Movilización asistida, pasiva o activa, dentro y fuera de la cama con la frecuencia requerida para lograr la alternancia en los puntos de presión y de acuerdo con las condiciones valoradas.

- ✓ Mantenimiento de la piel: seca, limpia, lubricada y protegida principalmente las zonas de fricción y en las salientes óseas.
- ✓ Aplicación de masajes locales con suaves movimientos circulares.
- ✓ Protección de los sitios de la piel expuestos a fricción generada por aditamentos como: tubos de drenaje, sondas o catéteres, férulas, yesos, tracciones, entre otros.
- ✓ Cambios de ropa de cama, pañal, bata o pijama cuantas veces sea necesario, evitando la formación de arrugas en las prendas.
- ✓ Mantenimiento de la piel libre de orina, heces fecales, cualquier otro líquido o exudado producido por las condiciones de salud del paciente.
- ✓ Vigilancia de que el paciente ingiera la dieta indicada.

3. Utiliza los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión.

- Verifique de acuerdo al riesgo evaluado, la disponibilidad del equipo y las condiciones de éste; que el personal de enfermería dé el uso apropiado a los recursos físicos, materiales o mobiliario destinados a la prevención de úlceras por presión y en caso de existir alguna lesión, evitar la extensión de la lesión o infección.

Algunos aspectos a revisar son:

- ✓ Uso de cama con colchón hule espuma, de presiones alternas, neumático o de agua.
- ✓ Utilización de almohadas de diferentes tamaños, cojines neumáticos o de material viscoelástico entre otros.
- ✓ Uso de jabones neutros.
- ✓ Uso de ropa de cama seca y limpia.
- ✓ Utilización de dispositivos protectores como: apósitos elaborados a base de hidrocoloides, películas o espumas de poliuretano.
- ✓ Uso de productos para lubricar e hidratar la piel.

4. Orienta al paciente y familiar sobre las formas de prevenir las úlceras por presión.

• Corrobore con el paciente, familiar o visitante si la enfermera lo ha orientado sobre la condición de riesgo e importancia de las acciones para prevenir úlceras por presión En caso de existir alguna lesión, evitar su infección o extensión:

- ✓ Cambios de posición y su frecuencia.
- ✓ Realización de ejercicios pasivos para estimular la circulación.
- ✓ Revisión diaria de la piel del paciente.
- ✓ Lubricación de la piel.
- ✓ Utilización de elementos como: ropa limpia, almohadas, colchón de agua o de aire, de hule espuma, cama sin arrugas, etc.
- ✓ Higiene del paciente.
- ✓ Signos de alarma en la aparición de lesiones en la piel como enrojecimiento u otro cambio de coloración.
- ✓ Consumo de dieta indicada.

5. Revalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.

- Verifique por lo menos en cada turno, que en los registros de enfermería esté el reporte de valoración del estado del paciente, de tal forma que haya continuidad o modificación a las intervenciones planeadas, asegurando el seguimiento en las medidas de prevención de úlceras por presión.

CAPÍTULO VIII

JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión son una complicación frecuente en pacientes hospitalizados, habitualmente suelen presentarse en enfermos graves y con estancias largas. En la Unidad de Cuidados Intensivos existe una mayor incidencia debido a una serie de factores que aumentan el riesgo de aparición de las mismas (gravedad del paciente, fármacos utilizados, deterioro del nivel de conciencia, estado hemodinámico, inmovilidad, acúmulo de líquido en el tercer espacio, etc...). Su incidencia varía entre 20-56% (ulceras.net) y su aparición puede ocasionar dolor, depresión, pérdida de la independencia, infección, aumento de la estancia y costes hospitalarios.

Es evidente que nos encontramos ante un grave problema que precisa de un planteamiento serio, racional y consecuente, así como de la colaboración de todo el personal multidisciplinario, familiar y del mismo sujeto.

En esta línea de trabajo se han desarrollado cuatro estudios nacionales de prevalencia en 2001, 2005⁴⁶, 2009 y 2014. A falta de datos oficiales para la Comunidad Valenciana, y según el 3er Estudio Nacional de Prevalencia de UPP realizado en España por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). En el estudio de 2009⁴⁷ se reportaron datos de 1596 pacientes con UPP. 625 de los pacientes procedían de cuestionarios de hospitales (39,2% del total de pacientes), 347 (21,7%) de centros de atención primaria y los 624 restantes (39,1%) de centros sociosanitarios. De éstos, 1.344 (84,2%) son pacientes con UPP mayores de 65 años de los que 324 (24,1%) son de centros de atención primaria, 474 (40,6%) de hospitales y 546 (35,3%) de centros sociosanitarios.

⁴⁶ Soldevilla Agreda J. J., Torra i Bou J.-E., Verdú Soriano J., López Casanova, Martínez Cuervo F., Rueda López J., Mayán Santos J. M. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005.

⁴⁷ Soldevilla Agreda J. J., Torra i Bou J.-E., Verdú Soriano J., López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.

En atención primaria la PC fue del 5,89% para los pacientes mayores de 14 años incluidos en el programa de atención domiciliaria, en las unidades de hospital, la PC fue de 7,2% y la PM de 10,05% \pm 13,24 % (mediana 6,25) y en los centros sociosanitarios, la PC fue de 6,39% y la PM de 7,35% \pm 6,4% (mediana 5,55).

Los cuestionarios recibidos proporcionaron información acerca de un total de 2.468 lesiones, 1.031 UPP en hospitales (un 41,8% del total), 914 UPP en atención primaria (un 37%) y 523 UPP en atención sociosanitaria (un 21,2%). De ellas, un 20% eran de estadio I, un 43% de estadio II, un 24% de estadio III, un 11,4% de estadio IV y un 1,6% sin estudiar. La localización más frecuente fue el sacro (32,8%), seguido de los talones (28%), trocánteres (7,6%) y maléolos (6,6%).

Los datos del estudio publicado en 2007 sobre la estimación del coste económico (efectuado a la baja) de la atención de las UPP son desalentadores ya que el coste del tratamiento anual se sitúa alrededor de los 461 millones de € entre recursos humanos, materiales, y estancias extra en instituciones hospitalarias y sociosanitarias, que supone alrededor del 5% del gasto sanitario anual en sanidad.⁴⁸

El estudio latinoamericano de seguridad del paciente y la acreditación en salud (IBEAS) que involucró la participación de varios países, entre ellos México; dio como resultado la identificación de los tres eventos adversos más frecuentes, entre los que se mencionan: neumonías nosocomiales, infecciones de heridas quirúrgicas y en tercer lugar las úlceras por presión.

En México, es la primera vez que se realiza un estudio de prevalencia a nivel nacional en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de conocer la magnitud de las UPP en pacientes hospitalizados como un evento adverso prevenible.

⁴⁸ J. Soldevilla, J. Enric, J. Verdú. Epidemiología, costes y repercusiones legales de las úlceras por presión en España. http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24633/1/2007_Verdu_Soriano_etal_GNEAUPP_2.pdf [Consultado 20/02/2015].

Las instituciones que participaron fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Servicios Estatales de Salud, Secretaría de Marina (SEMAR) y servicios médicos privados.

La información recibida procede de 175 unidades médicas de segundo nivel de atención, de 32 entidades federativas, con un total de 13 137 pacientes valorados, de los cuales 1 697 presentaron una o más UPP, con un total de 2 754 UPP.

A nivel nacional, el porcentaje de prevalencia cruda de las entidades federativas con mayor prevalencia media fueron Veracruz (72.96 %), Campeche (60 %), Colima (50.7 %), Jalisco (46.12 %) y Baja California (45.8 %). Las mujeres tuvieron una mayor prevalencia de UPP (52 %) y los pacientes que tienen entre 71 y 80 años (20%).

En cuanto a los días de aparición de las UPP, el promedio fue de seis días después de la fecha de ingreso; 26 % de los pacientes llegaron a la unidad médica con UPP desarrolladas y 74 % desarrollaron UPP después de su ingreso a la unidad médica.

Con relación al sitio anatómico, se encontró que la frecuencia de la aparición fue: sacro 27 %, talón 27 %, isquion 10 %, cabeza 4 % y codos 3 %. La severidad de las UPP de acuerdo con diversos estadios (cuadro I).

Cuadro I. Porcentaje de casos encontrados de úlceras por presión por categoría

Categoría	%
Categoría I	39
Categoría II	43
Categoría III	12
Categoría IV	5
No estadiable	10

En cuanto a la magnitud de las UPP en México, se considera que es una situación poco conocida por parte de los profesionales de salud, y aún menos por los pacientes y familiares. Ante su potencial importancia y consecuencias, será preciso institucionalizar el registro de prevalencia en la red de vigilancia epidemiológica por parte de las unidades médicas, y con ello disminuir la exposición del paciente hospitalizado a riesgos innecesarios y proporcionar cuidado de calidad y seguridad durante todo el proceso hospitalario.

En cuanto a los datos obtenidos de las anteriores investigaciones, detectamos que la magnitud de las UPP es poco conocida por parte de los profesionales de salud, y aún menos por parte de los pacientes y familiares. Por lo que el presente estudio de investigación tiene el propósito de dar a conocer la relación del indicador de calidad de úlceras por presión con la frecuencia de las mismas en el Hospital General Xoco.

Y de esta manera mediante los resultados obtenidos se tomen medidas preventivas, se concientice el personal de enfermería en cuanto al manejo del indicador de calidad de UPP para brindar al paciente seguridad, confianza de mejorar y conservar su salud durante su estancia hospitalaria, ya que contarán con personal de enfermería comprometido bajo los más altos estándares de calidad que se establecen en la secretaria de salud y por consecuencia disminuya la incidencia y prevalencia de UPP.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La úlcera por presión es una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y con estancias largas. Su Aparición depende de diversos factores, principalmente el déficit de movilidad relacionado al confinamiento en cama por periodos prolongados, a la presencia de alteraciones nutricionales, percepción sensorial disminuida e incontinencia urinaria y fecal; además, factores como: la edad, fricción, humedad, estado de conciencia, post intervención quirúrgica.

El tiempo de exposición a dichos factores, determina la frecuencia y localización de las UPP, las zonas más afectadas son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.

Una identificación objetiva y precisa en la detección de riesgo para UPP, se han desarrollado diversas escalas, las más utilizadas son las escalas de Braden, conjuntamente con este instrumento es de vital importancia conocer y aplicar el indicador de calidad para brindar una mejor atención de calidad a los pacientes evitando las posibles complicaciones que se puedan derivar de una inadecuada intervención de enfermería.

Por lo que con base en lo anterior la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Existe diferencia en la frecuencia de Úlceras Por Presión en los pacientes hospitalizados cuando no se aplica el indicador de calidad, en comparación cuando si se aplica en el Hospital General Xoco?

HIPOTESIS GENERAL:

En los pacientes hospitalizados cuando no se aplica el indicador de calidad de Úlceras por presión, se presenta mayor frecuencia de úlceras que cuando si se aplica el indicador de calidad de úlcera de calidad.

METODOLOGÍA

➤ **VARIABLES**

- Variable independiente: Indicador de calidad.
- Variable dependiente: Úlceras Por presión.
- Variables socio demográficas: Nombre, sexo, edad, diagnóstico, No. Expediente, Servicio.

➤ **TIPO DE ESTUDIO**

De acuerdo a la clasificación de Méndez son 4 los criterios

- 1.- De acuerdo al periodo en que se capta la información es: PROSPECTIVO (la información no existe y se generará a partir de la investigación).
- 2.- De acuerdo a la información del fenómeno es: TRANSVERSAL (la medición de la variable dependiente se hizo una sola vez).
- 3.- De acuerdo a la comparación de los grupos: COMPARATIVO.
4. De acuerdo a la interferencia del investigador: OBSERVACIONAL (solo observando el fenómeno).

Por lo tanto se realizó un estudio prospectivo, transversal, comparativo y observacional, a los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y la Unidad de Cuidados Intensivos.

ÁMBITO DEMOGRÁFICO

El presente estudio se realizó en el Hospital General Xoco con dirección en Av. México Coyoacán s/n, Esq. Bruno Traven, Col. General Anaya, Delegación Benito Juárez, C.P 30340.

✓ **CONTROL**

Técnicas de control para diferencias de los sujetos: selección homogénea.

Técnicas de control para las diferencias situacionales: aleatorización.

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Edad > de 17 años y < de 97 años ✚ Sin presencia de úlcera al ingreso al hospital. ✚ Con > 24 horas de hospitalización. ✚ Hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos ✚ Aceptación el consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Edad < de 17 años y > de 97 años ✚ Con úlcera extrahospitalaria. ✚ Con < 24 horas de hospitalización. ✚ No hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos. ✚ No aceptación el consentimiento informado 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Defunción ✚ No se puede valorar ✚ Fuga del paciente

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y GRUPO CONTROL

Grupo de estudio es aquel conformado por los sujetos del estudio que recibe la acción de la variable independiente y cumple con los criterios de inclusión.

Grupo control: es aquel conformado por los sujetos del estudio que no reciben la acción de la variable independiente y que cumplen con los criterios de inclusión.

✓ POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA

La población de este estudio fueron los pacientes hospitalizados en el Hospital General Xoco, siendo 100 pacientes en promedio.

MUESTREO NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA.

Es decir que se fueron captando los pacientes hospitalizados y los cuales fueron cumpliendo con los criterios de inclusión establecidos en la investigación.

MUESTRA

La muestra que se obtuvo fue por medio de la estimación de proporciones de 5% que la literatura menciona que es el porcentaje que desarrolla úlcera de presión y se arroja una muestra 72.96 por lo cual la muestra quedo en 73 pacientes.

$$\begin{aligned} Z^2 &= (1.96)^2 \\ p &= 0.05 \\ q &= 0.95 \\ d^2 &= 0.05^2 \end{aligned}$$

Formula: $n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.05)^2} \quad \boxed{72.96}$$

- ✓ **TIPO DE INSTRUMENTO:** se diseñó con base a requerimientos de la investigación una hoja clínica de valoración de pacientes hospitalizados para valorar las úlceras por presión.

El otro instrumento utilizado es el formato estandarizado que maneja la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) en el indicador de calidad de "Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados".

- ✓ **PRUEBA DE CAMPO:** se realizó prueba piloto de instrumento para lograr su validez y confiabilidad aplicándolo a pacientes hospitalizados en el mes de noviembre, validando los datos que se necesitan

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

1) Hipótesis General:

En los pacientes hospitalizados cuando no se aplica el indicador de calidad de Úlceras por presión, se presenta mayor frecuencia de úlceras que cuando si se aplica.

2) Hipótesis estadística

n: 73 pacientes

Variable nominal

A: Frecuencia de UPP sin la aplicación del indicador de calidad

B: Frecuencia de UPP con la aplicación del indicador de calidad

Ho: A=B

Hi: A > B

3) Tipo de estudio

Unilateral con área de rechazo a la derecha

4) Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

5) Tipo de prueba

Prueba de hipótesis no paramétrica de X^2 para dos muestras independientes.

6) Coco:

X^2 crítica: 2.706

7) Criterios de rechazo de Ho

Se rechaza Ho si:

$X^2_{exp} > X^2_c$ es decir si $X^2_{exp} > 2.70$ y si $p < \alpha$ e decir si $p < 0.05$

CONSIDERACIONES ÉTICAS

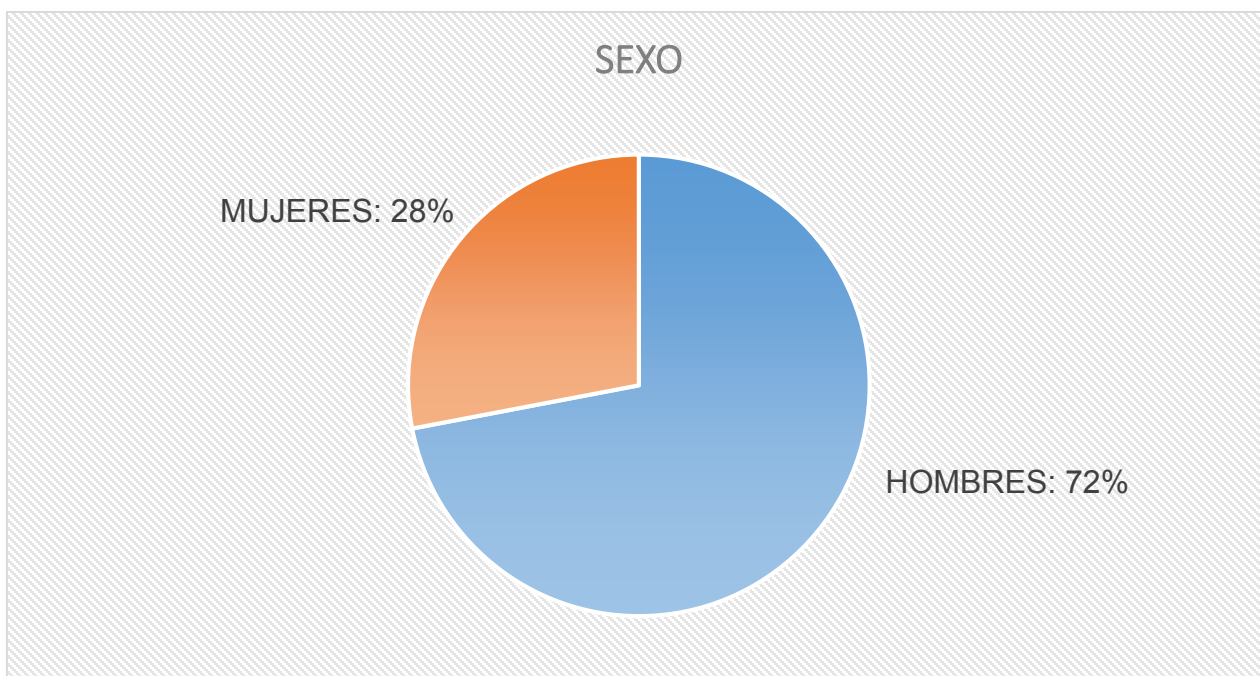
El presente trabajo tomó en cuenta las consideraciones bioéticas aplicables en investigación en seres humanos así mismo se realiza ante consentimiento informado. Se toma en cuenta la normatividad en materia de investigación de la declaración del HELSINKY, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación de México y la aprobación por el comité local de investigación del hospital.

RESULTADOS

En la aplicación de la primera cédula de valoración (anexo 1) con un universo de 100 pacientes hospitalizados, se obtuvo una muestra de 73 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

Con relación al sexo encontramos que de 73 pacientes, solo un 28% son mujeres, mientras que el 72% son hombres; es decir de cada 2.5 hombres hay una mujer. Viendo con esto una mayor frecuencia en hombres debido al tipo de pacientes que en el Hospital General Xoco se atienden. (Ver gráfica 1).

GRÁFICA 1



Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

De acuerdo a la edad de los 73 pacientes, se encontró que en los intervalos de 47-56 años tiene mayor incidencia con 16 pacientes que representan el 22%, el intervalo de 17-26 representan un 19% y el de 57-66 con 13 pacientes con un 18%. (Ver tabla 1)

TABLA 1

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17-26	14	19%
27-36	9	12%
37-46	12	16%
47-56	16	22%
57-66	13	18%
67-76	5	7%
77-86	3	4%
87-96	1	2%
TOTAL	73	100%

Moda: 26

Mediana: 59

Media: 46.94

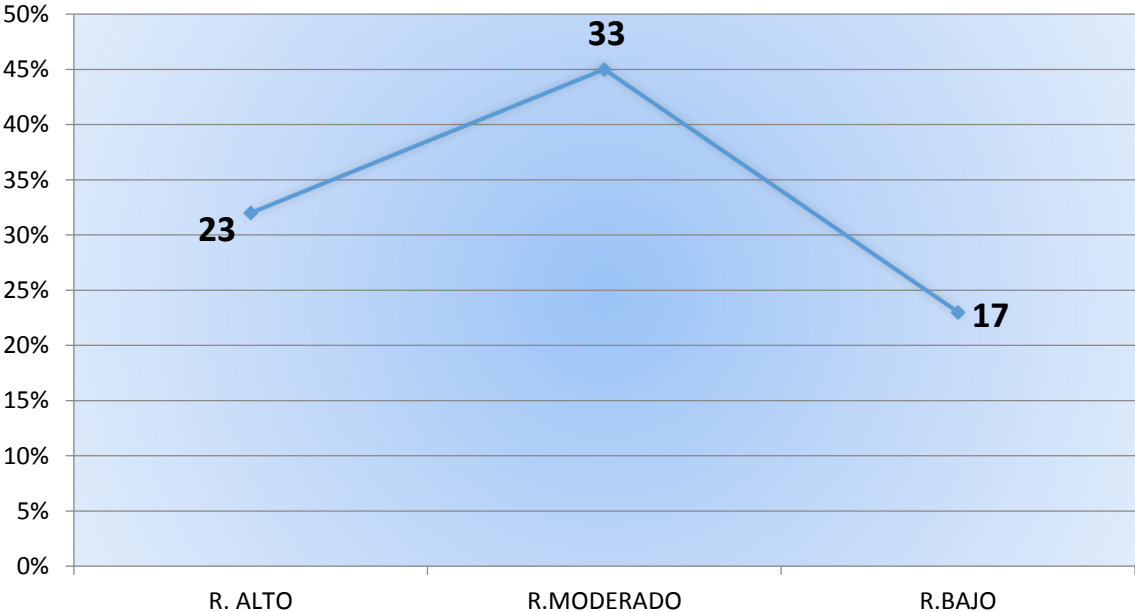
Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

En la valoración que se realizó a los pacientes hospitalizados para conocer el riesgo de presentar una úlcera por presión con la escala de Braden, respecto al riesgo se encontraron los siguientes datos; el nivel de riesgo con más incidencia fue el riesgo Moderado con un 45%, el riesgo alto con un 32%, mientras que el riesgo bajo solo con el 23%. (Ver Gráfica 2)

Estos datos obtenidos crean un impacto a nivel asistencial por el personal de enfermería porque el nivel de calidad en cuanto a las intervenciones que se proporciona al paciente es deficiente, porque se esperaría que existieran riesgos bajos no altos.

GRÁFICA 2

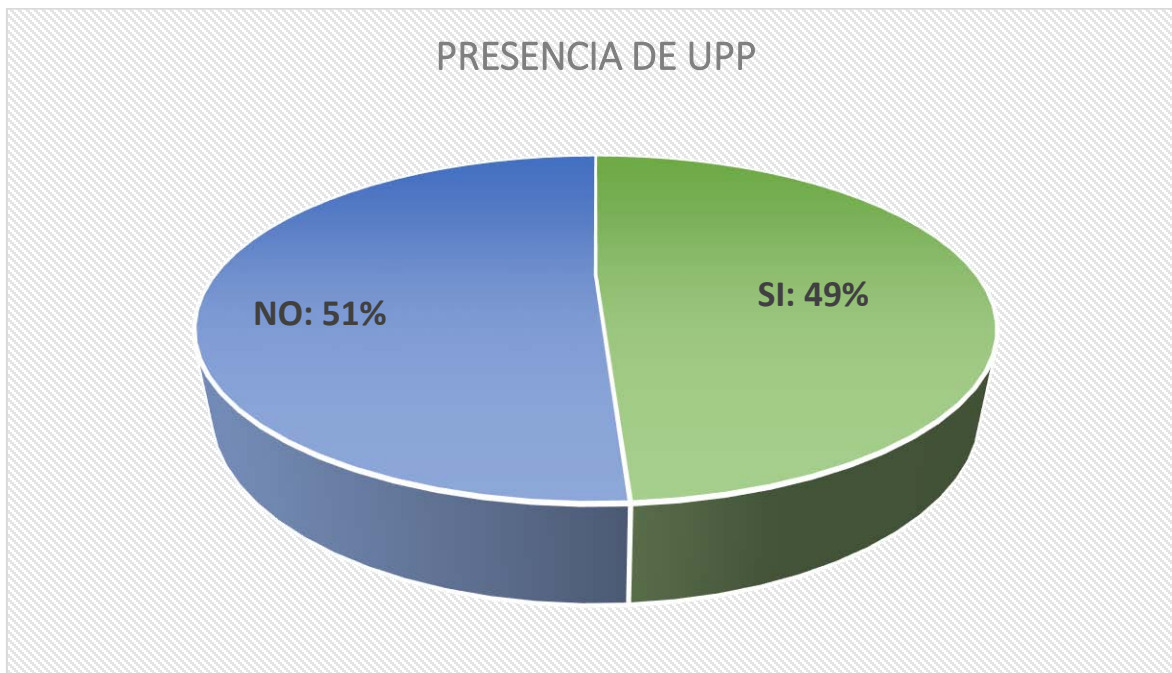
VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP DE ACUERDO A LA ESCALA BRADEN



Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

De acuerdo a la presencia de úlceras por presión se encontró que 51% de pacientes no presentan úlceras y 49% si las presentan. Cabe mencionar que los pacientes que no presentaron úlceras tenían riesgo de presentarlas. (Ver gráfica 3)

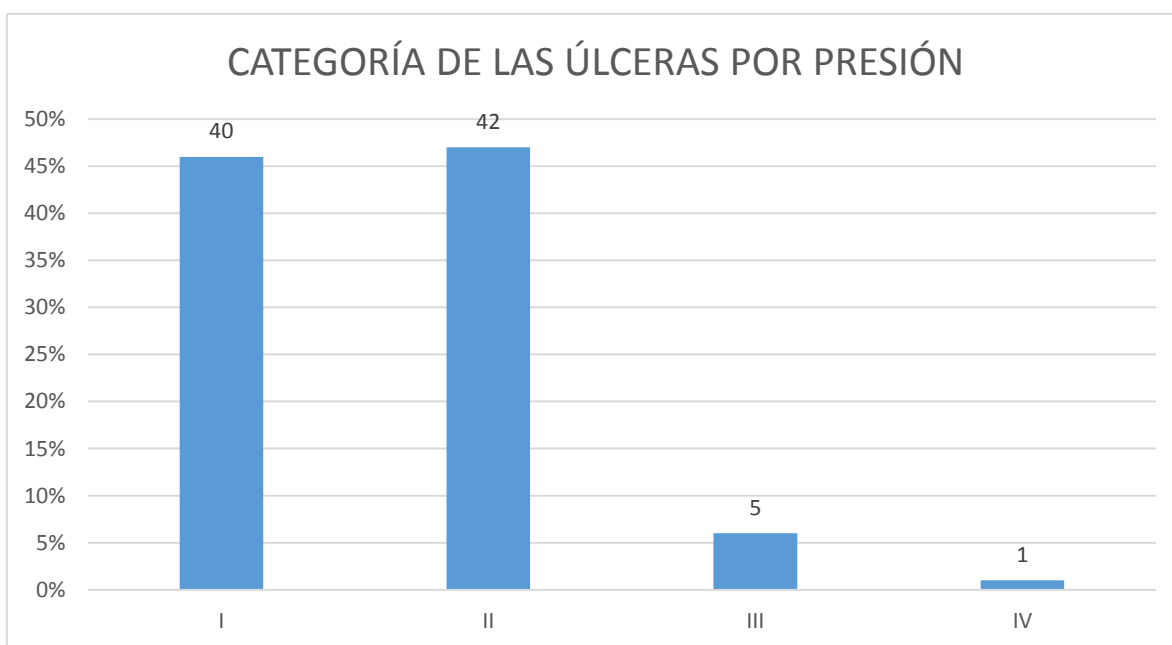
GRÁFICA 3



Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

Respecto a la suma de úlceras por presión presentes en los 36 pacientes fue de 88 de las cuales de mayor a menor incidencia fueron: Categoría II con 42 úlceras que representa el 47%, categoría I, 40 úlceras, categoría III 5 y 1 úlcera en categoría IV. Se tiene entonces que por cada paciente se presentan 2.4 úlceras por presión. (Ver gráfica 4).

GRÁFICA 4



Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

De acuerdo al sitio anatómico se tiene que hay mayor frecuencia en el Talón con el 43%, sacro 16%, codo y maléolos 15% respectivamente. La razón de talón respecto a sacro es de 2.9 a 1. (Ver tabla 2).

TABLA 2

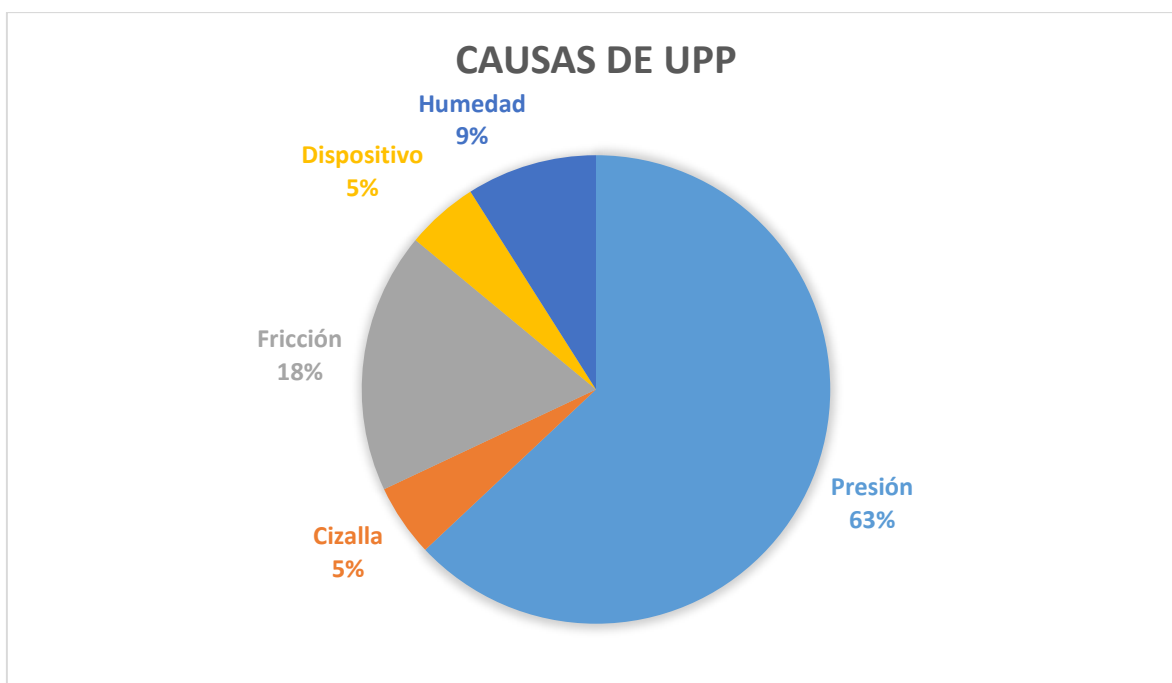
SITIO ANATÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CODO	14	15%
ESPALDA	3	3%
ISQUION	2	2%
MALEOLOS	14	15%
NUCA	1	1%
SACRO	13	16%
TALON	38	43%
TROCANTER	4	5%
TOTAL	88	100%

Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

De acuerdo a las causas desencadenantes de UPP en los cuatro servicios valorados se tienen los siguientes datos; presión 63%, Fricción 18%, Humedad 9% (Ver Gráfica 5).

Como se ilustra en la gráfica la presión es la principal causa para que se genere una UPP. Los dispositivos siendo otra de las causas aunque en menor porcentaje nos hablan de que hay un serio problema en cuanto a la falta de vigilancia del personal de enfermería.

GRÁFICA 5

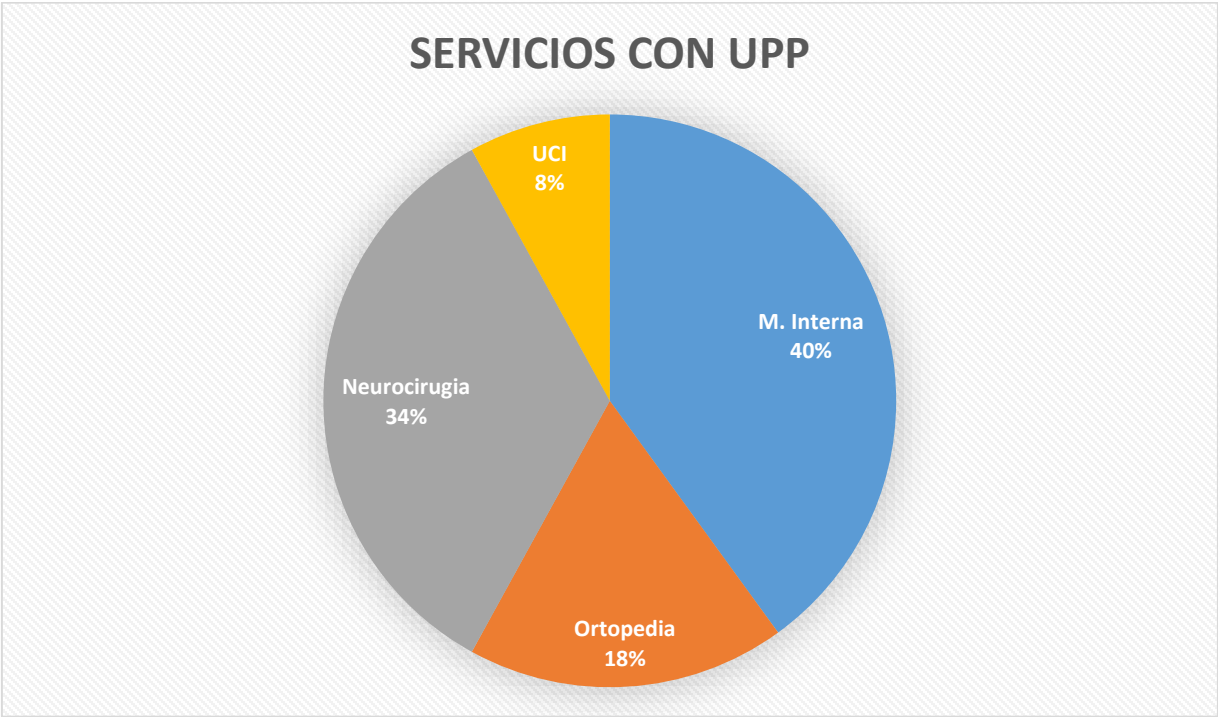


Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

De acuerdo a la presencia de UPP en los cuatro servicios valorados se arrojan los siguientes resultados; en el servicio M. Interna 40%, Neurocirugía 34%, Ortopedia 18%, Unidad de cuidados intensivos un 8%. (Ver Gráfica 6).

El servicio de Medicina Interna tiene un mayor incidencia de UPP, debido a diversos factores como: enfermedades crónico degenerativas, edades, Número de población, etc. Por el contrario la UCI tiene una incidencia alta, pese que no se puede demostrar debido al bajo número de pacientes.

GRÁFICA 6

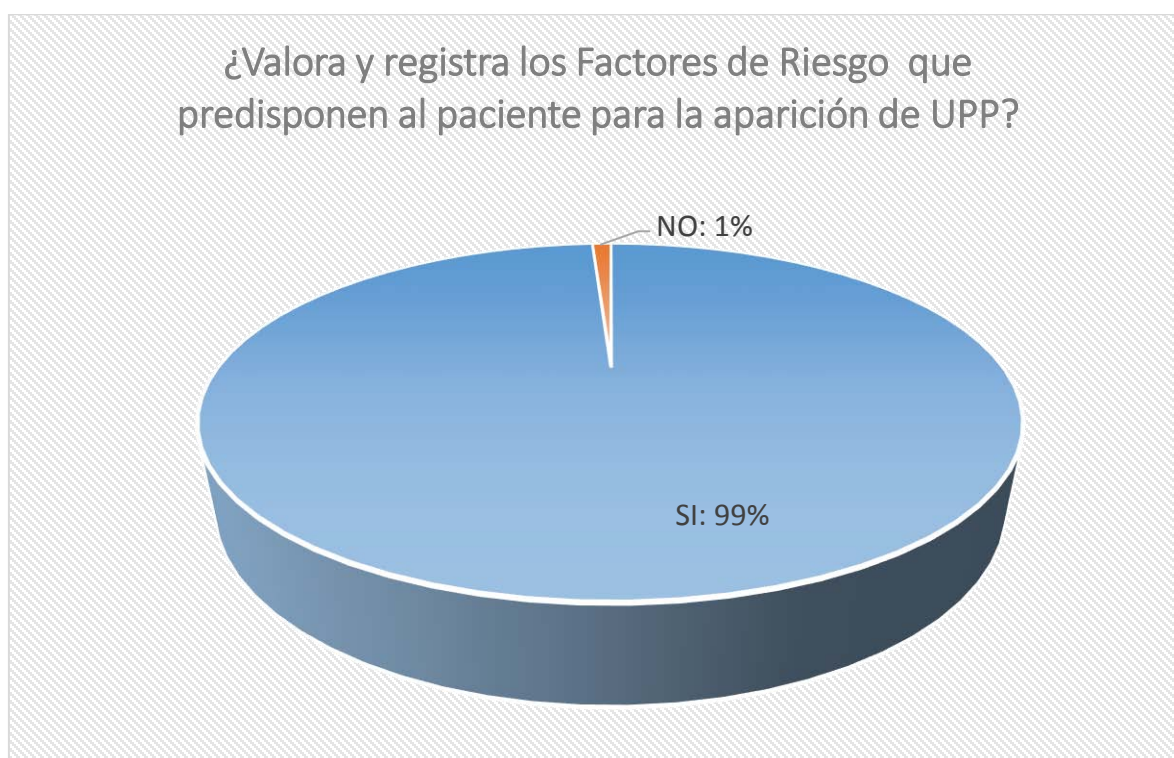


Fuente: Instrumento de valoración aplicado en pacientes de los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

Segundo instrumento aplicado (anexo 2)

De acuerdo a los 73 pacientes que fueron valorados, se revisaron los registros clínicos de enfermería si estaban anotados los criterios que establece el indicador, observamos que el personal de enfermería valoró y registro los factores de riesgo que predisponían al paciente para la aparición de úlceras por presión en un 99% (frecuencia 72) y el 1%.(Ver gráfica 5)

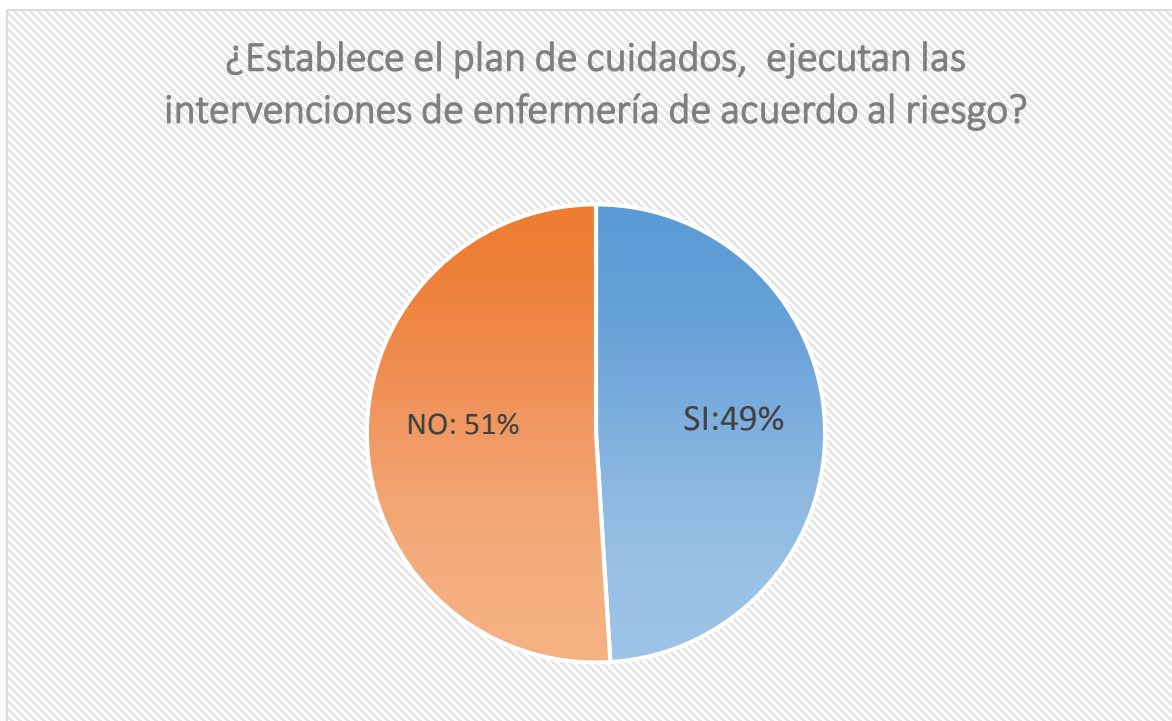
GRÁFICA 5



Fuente: Instrumento aplicado para el control y registro del indicador de calidad de úlcera por presión en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

De acuerdo a lo anterior el personal de enfermería estableció un plan de cuidados y ejecutó las intervenciones de acuerdo al riesgo en 36 pacientes (49%) si lo hicieron, mientras que 37 (51%) demostraba lo contrario. (Ver gráfica 6).

GRÁFICA 6

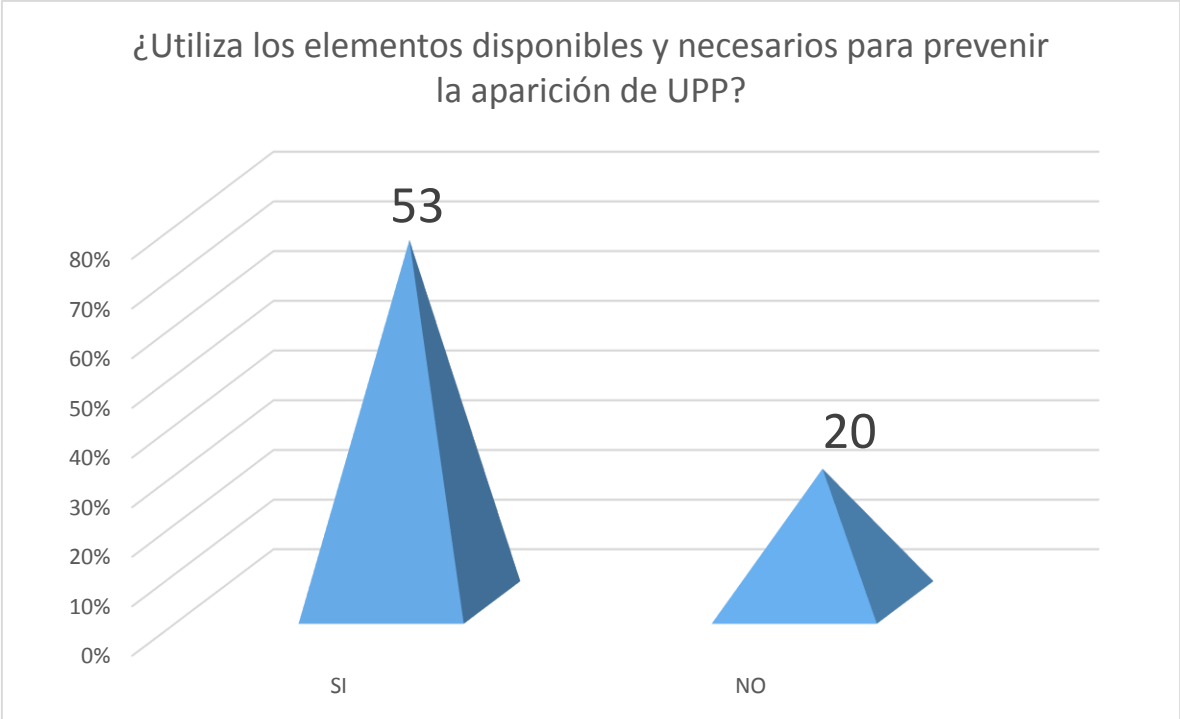


Fuente: Instrumento aplicado para el control y registro del indicador de calidad de úlcera por presión en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

Respecto a utilizar los elementos disponibles con los que cuenta el hospital para la prevención de úlceras por presión se encontró que el 73% de los casos el personal de enfermería si utiliza los elementos, el 20 % no utiliza alguna medida preventiva. (Ver gráfica 7).

Lo que es importante aclarar es que si se utilizan medidas preventivas pero si no se realizan los cambios cada dos horas, entonces esas medidas preventivas no son efectivos.

GRÁFICA 7

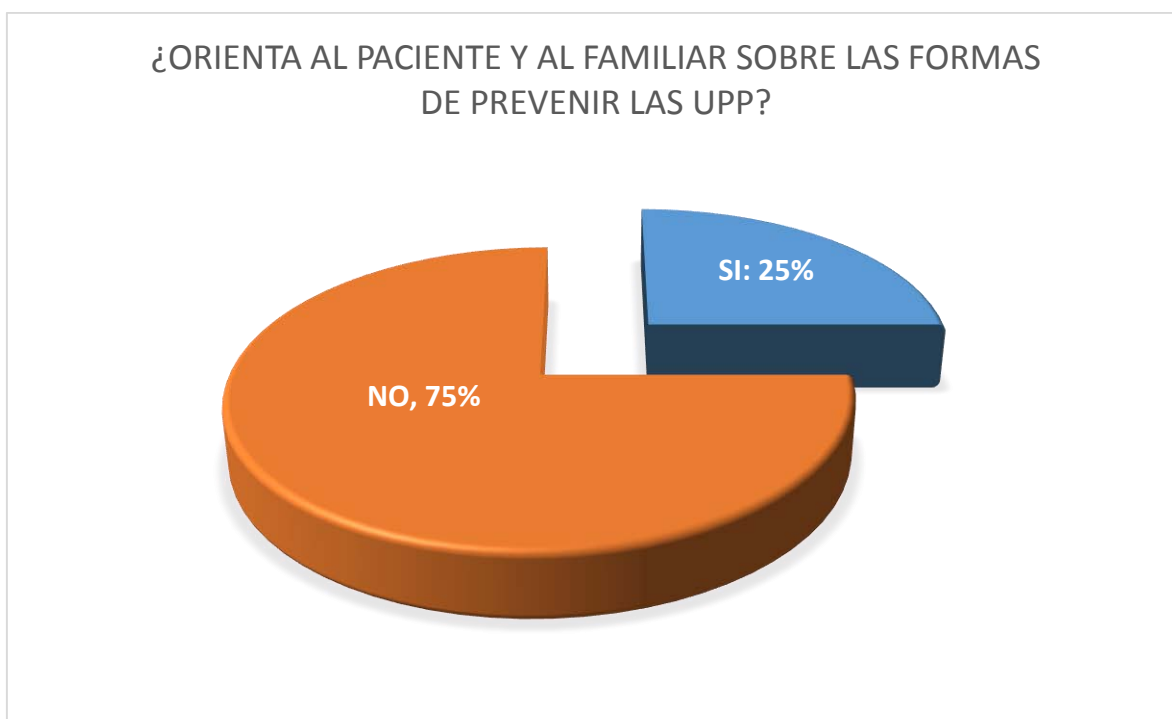


Fuente: Instrumento aplicado para el control y registro del indicador de calidad de úlcera por presión en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

Con relación a la orientación que debe recibir el paciente y familiar sobre las formas de cómo prevenir las úlceras por presión de parte del personal de enfermería se encuentra que solo el 25% son orientados y el 75% no recibe ningún tipo de informe. (Ver gráfica 8).

Este dato es alarmante porque nos damos cuenta que el personal no cumple en unas de las tareas fundamentales y que esto fue de quitarles tiempo en sus actividades no se dan cuenta que los familiares o el mismo paciente puede contribuir a prevenir las úlceras.

GRÁFICA 8



Fuente: Instrumento aplicado para el control y registro del indicador de calidad de úlcera por presión en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco/2015.

Resultado obtenido de la utilización del indicador y su relación con la frecuencia de úlceras por presión:

$$X^2_{exp} = \frac{N(|AD-BC| - N/2)^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)} = 41.33$$

	Si hay UPP	No hay UPP	Total
Indicador no aplica (A)	07 Neurocirugía 01 UCI 08 Ortopedia 15 M. Interna 31	0	31
Indicador Si aplica (B)	03 Neurocirugía 02 UCI 04 Ortopedia 09	09 Neurocirugía 02 UCI 14 Ortopedia 08 M. Interna 33	42
Total	40	33	73

DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos las UPP son un problema potencial de salud en el Hospital General Xoco, pero también son un problema de salud prevenible.

La prevalencia de UPP en el Hospital General Xoco es alta; con un resultado de 49.3; de 73 pacientes que fueron valorados, el 45% presentaron UPP en categoría I y 48% categoría II, comparados con otros estudios realizados concuerda en que la categoría II se presenta con mayor frecuencia⁴⁹⁵⁰⁵¹. Algo importante a resaltar es que existe una insignificante diferencia entre las categorías mencionadas y que si no son detectadas, manejadas para su prevención no es posible disminuir una incidencia.

Las zonas anatómicas con mayor frecuencia de UPP según el porcentaje que se obtuvo en el estudio es; Talón 43%, Sacro 16% y Maleolos 15%, comparados con otras literaturas difieren colocando sacro (30%) en primer lugar y talones (12%) en el cuarto lugar⁵², en el cuarto estudio de prevalencia de úlceras por presión realizada en España arrojaron los siguientes datos⁵³; sacro 35%, talón 30.2 %, trocánter 4.7%. En la clasificación por categorías, el mayor porcentaje de lesiones corresponde a las de categoría II con un 44.5%.

De acuerdo a la edad de los 73 pacientes, se encontró que en los intervalos de 47-56 años tiene mayor incidencia con un 22%, el intervalo de 17-26 representan un

⁴⁹ I. Montes, S. Cruz, C. Ortega, S. Hernández, F. Cabrera. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 18, Núm. 1-2, Enero-Agosto 2010. Pag.13-17.

⁵⁰ Virginia Gaonzález R., Cardona D., Murcia Trujillo P. A., Matiz Vera G. D., Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev. Fac. Med. 2014, Vol. 62 No. 3.

⁵¹ González García M. R., Soldevilla Agreda J. J., Proyecto de investigación: Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay. Junio 2013.

⁵² L. Bautista, M. Esparza, J. Ortega. Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios del INER. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. Vol. 17. Núm. 2, Abril-Junio 2004. Pág. 91-99.

⁵³ P. Pancorbo, F. García, J. Verdú, J. Soldevilla. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia.

19% y el de 57-66 un 18% y con una moda de 26, es decir la población con riesgo de presentar UPP es joven en comparación a otras investigaciones.

En las literaturas consultadas nos damos cuenta que la prevalencia en el servicio de UCI son elevadas, que en nuestro estudio no se observa esta característica por el número de pacientes que se valoraron. Es importante enmarcar y explicar que los resultados arrojados en los diferentes países se observe el nivel elevado de prevalencia debido a la mayor fragilidad de los pacientes estudiados, la utilización de una serie de dispositivos biomédicos que ejercen presión local en zonas de riesgo predisponente, pero que también puede tener un vínculo a la escasez de medidas preventivas a su prevención.

Los eventos adversos aumentan la morbimortalidad de los pacientes, generan mayores tiempos de estancia hospitalaria y costos, produciendo desconfianza en el sistema y agotamiento profesional, por lo que es importante identificarlos oportunamente.⁵⁴

Hallazgo importante en el estudio de Zarate-Grajales R., Olvera-Arreola S., et al⁵⁵. Fue que observaron que una gran parte de los eventos se suscitaron porque el profesional de enfermería no se apegó a los procedimientos establecidos institucionalmente, haciendo referencia que las infecciones nosocomiales y las úlceras por presión son debidas a la falta de adherencia a las guías clínicas y a la falta de programas de educación continua de los profesionales de enfermería involucrados en el cuidado de los pacientes hospitalizados. El evento identificado con mayor frecuencia fue el relacionado con el cuidado (30.7%), teniendo en primer lugar las úlceras por presión (13.9%). Se observó igualmente que el mayor peso recae en los aspectos relacionados con el estrés laboral, la distracción o

⁵⁴ Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach, J, Rodríguez-Malagón N. Incidencia y evitalidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias de Colombia, 2006. Rev., Salud Pública. 2008.

⁵⁵ Zarate-Grajales R., Olvera-Arreola S., Hernández-Cantoral A. et al. Factores con eventos adversos reportados por enfermería en unidad de cuidados intensivos. Rev. Enfermería. 23 mayo 2015. Pág. 63-72.

preocupación o con la fatiga, así como la escasa definición o asignación de roles en los servicios, unidos a una supervisión inadecuada y continua.

No menos importante fue la falta de conocimientos y habilidades adecuadas, situaciones que van de la mano como causa de incremento en complicaciones, en los estudios de Aiken⁵⁶ et; al identificaron que la formación de enfermería es importante para la calidad del cuidado y la mejora en el resultado para el paciente; por ejemplo, cada aumento de 10% de enfermeras contratadas con licenciatura se asocia a una disminución de mortalidad del paciente en un 5%, de ahí el interés por la preparación adecuada de las enfermeras. Asimismo, González-Medécigo y Gallardo Díaz declararon que la causa más común de los errores no está en los individuos de forma particular, sino en las fallas del sistema, los procesos y las condiciones que llevan a la gente a cometer errores en la prevención de los mismos, los cuales convergen en la formación, capacitación y entrenamiento.

En cuanto a la gravedad generada a causa de los eventos adversos, el estudio de Nueva York halló que el 70,5% de los eventos causaron una incapacidad de al menos 6 meses y en un 2,6% ocasionaron incapacidad permanente, mientras que en Utah y Colorado esta última fue de un 9%.

Con respecto a la valoración en la aplicación del indicador de calidad se obtuvo que un 49% del personal de enfermería no cumple con los criterios de indicador de calidad, mientras que el 51% si lleva a cabo. Con estos resultados que existe relación entre la frecuencia de UPP y la no aplicación del indicador de calidad, lo cual nos indica que la institución se encuentra en semáforo rojo, por ello es vital tomar las medidas necesarias para minimizar daños.

Decisión estadística

Se rechaza H_0 porque $X^2_{exp} > X^2_c$

Es decir $41.33 >$ que 2.706 . Con p menor 0.00025

⁵⁶ Aiken L, Clarke S, Sloane D, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA. 2002.

CONCLUSIONES

Todas las úlceras por presión son prevenibles si se utiliza oportunamente la escala de valoración de Braden la cual es la escala más aceptada por contener los criterios específicos para dicha evaluación y a partir de ella clasificar el nivel de riesgo, lo que nos va a permitir desarrollar un plan de cuidados individualizado; es decir al aplicar una valoración temprana permite tomar decisiones oportunas, adecuadas e individualizadas para la prevención y tratamiento.

La revaloración real y continua del paciente y de la lesión permitirá reestructurar el plan de cuidados para disminuir la incidencia o el progreso de la úlcera por presión.

Evidenciar los resultados en cuanto a la relación del indicador de calidad de úlceras por presión y la frecuencia de las mismas permite difundir el trabajo de enfermería que se realiza en el Hospital General Xoco, para identificar los problemas tales como: la falta de educación y orientación al cuidador primario, falta de apego a los criterios del indicador de calidad de UPP, la incorrecta clasificación del nivel de riesgo de desarrollar úlceras por presión por el mal manejo de la escala Braden, la incorrecta valoración del paciente desde el ingreso a la unidad hospitalaria y durante su estancia, la falta de conocimiento del personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las UPP, así como la falta de interés por parte del personal de enfermería para capacitarse de manera continua. Con base en lo anterior se considera que en el Hospital General Xoco podrían tomarse medidas de acción con el fin de minimizar la incidencia y prevalencia de las UPP.

En el apartado de sugerencias se brindan una serie de propuestas y herramientas que pueden ser implementadas para un mejor manejo de las úlceras por presión y con ello se contribuya a brindar un servicio de calidad.

Conclusión estadística:

Al aplicar la prueba de hipótesis no paramétrica de χ^2 para dos muestras independientes con grado de libertad igual a 1. Existe diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de UPP cuando no se aplica el indicador de calidad

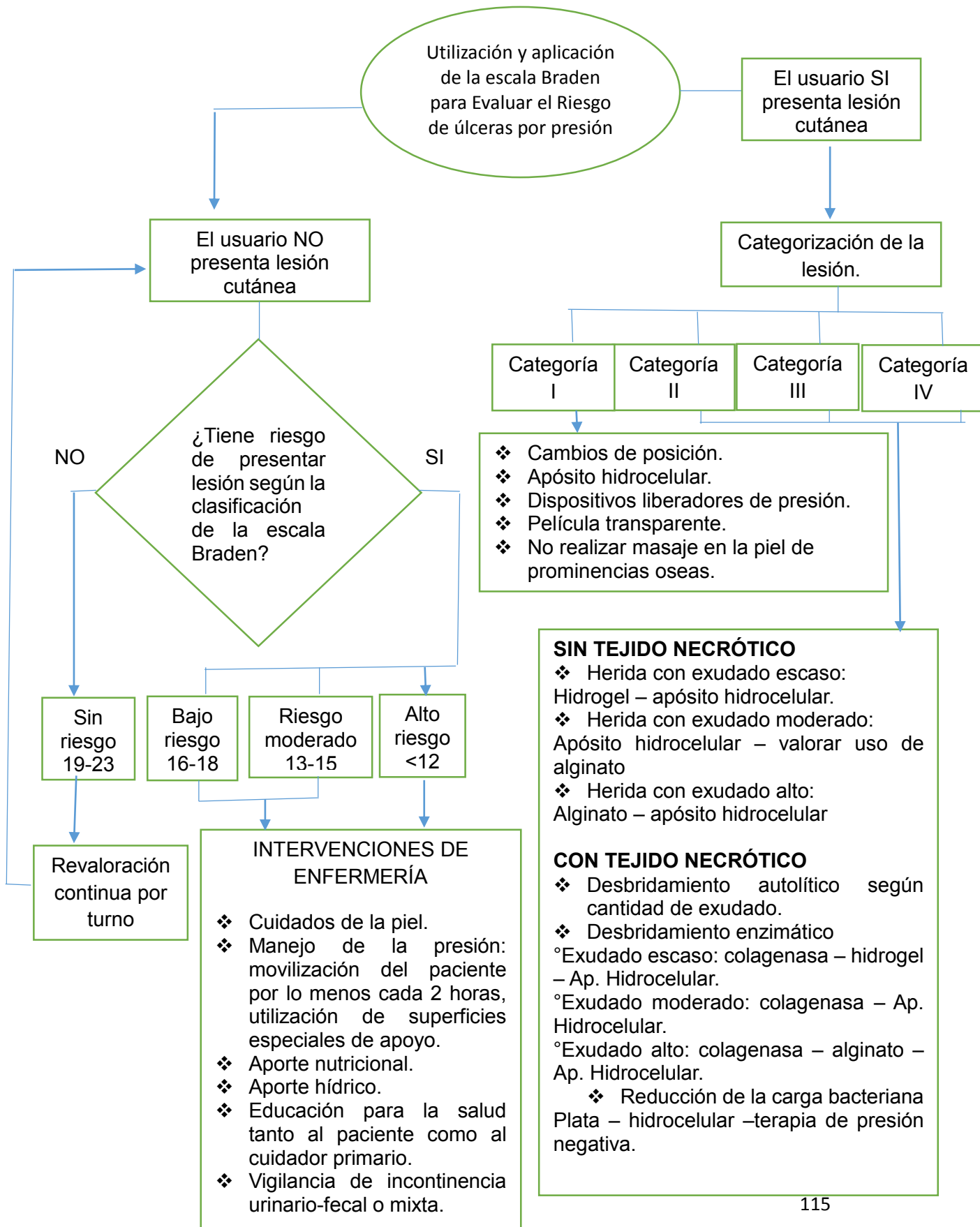
que cuando si se aplica con una $p < 0.00025$, con α de 0.05 y con x^2_c de 2.706, con X^2 exp de 41.33, por lo cual se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alterna.

SUGERENCIAS

Para mejorar las prácticas en cuanto a la prevención de úlceras por presión es necesario saber e implementar correctamente el indicador de calidad, por lo que se dan las siguientes propuestas con la finalidad de disminuir la incidencia y prevalencia de úlceras por presión:

- ❖ Capacitación continua al personal de enfermería para retroalimentación de la prevención de UPP.
- ❖ El presente protocolo sirve como base de datos para seguimiento de estudios posteriores.
- ❖ Con este trabajo se inicia una línea de investigación dada la importancia del tema y de esta manera poder aportar soluciones de la problemática de calidad que debe brindar el personal de enfermería al estar más tiempo en el cuidado del paciente hospitalizado.
- ❖ Realizar intervenciones educativas para disminuir la frecuencia de úlceras por presión a través de cursos, sesiones, carteles y dípticos.
- ❖ Culminando con una hoja como herramienta en la valoración de todo paciente que ingrese a esta unidad Hospitalaria.
- ❖ Así mismo se propone y plantea a continuación un algoritmo para la actuación de enfermería.

Se propone la aplicación del siguiente algoritmo diagnóstico:



ANEXOS

CARTA DE AUTORIZACIÓN

México D.F., a 02 de febrero del 2015

L.E. Herminia Martínez Novillán

Jefe del Departamento de Enfermería

Hospital General Xoco

Por medio de la presente, nos permitimos solicitarle de la manera más atenta, sea tan cordial en autorizar la aplicación de una cédula de valoración de úlceras por presión y el indicador de calidad del mismo, tanto al personal de enfermería y pacientes hospitalizados en los servicios de; Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y la Unidad de Cuidados Intensivos, con el propósito de recopilar información necesaria para llevar a cabo el siguiente protocolo de investigación:

“RELACIÓN DEL INDICADOR DE CALIDAD DE ÚLCERAS POR PRESIÓN CON LA FRECUENCIA DE CASOS EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO”

Agradecemos de ante mano la gentileza de su atención en la petición.

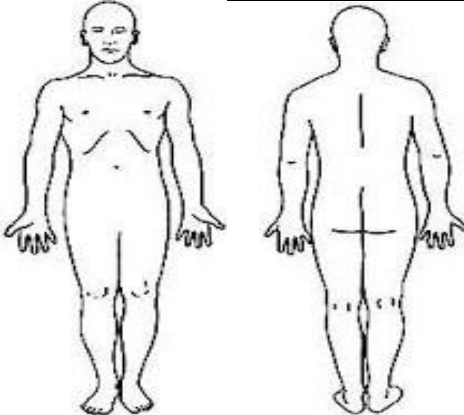
ATENTAMENTE

Olvera Marín Magaly

Vasquez Vasquez Rolando

ANEXO 1

FORMATO DE VALORACION Y CAPTURA DE INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de Ingreso: _____																																														
Diagnóstico: _____ Servicio: _____																																														
Fecha de ingreso: _____ Días de estancia hospitalaria: _____																																														
No. Cama: _____ No. Expediente _____																																														
Género: Femenino__ Masculino__	UPP: SI () NO() NUM. DE UPP: _____																																													
Edad en años:	Valoración en escala de valoración de riesgo Braden: Puntuación: _____ Nivel de riesgo _____																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Rango de Edad (años)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>41 – 50 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>11 – 20 <input type="radio"/></td> <td>51 – 60 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>21 – 30 <input type="radio"/></td> <td>61 – 70 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>31 – 40 <input type="radio"/></td> <td>71 – 80 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Más de 81 años: <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	Rango de Edad (años)			41 – 50 <input type="radio"/>	11 – 20 <input type="radio"/>	51 – 60 <input type="radio"/>	21 – 30 <input type="radio"/>	61 – 70 <input type="radio"/>	31 – 40 <input type="radio"/>	71 – 80 <input type="radio"/>	Más de 81 años: <input type="radio"/>		Observaciones:																																	
Rango de Edad (años)																																														
	41 – 50 <input type="radio"/>																																													
11 – 20 <input type="radio"/>	51 – 60 <input type="radio"/>																																													
21 – 30 <input type="radio"/>	61 – 70 <input type="radio"/>																																													
31 – 40 <input type="radio"/>	71 – 80 <input type="radio"/>																																													
Más de 81 años: <input type="radio"/>																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Localización (Sitio anatómico)</th> <th>Categoría (I-II-III-IV)</th> <th>Causa de la lesión (P/H/F/C)</th> <th>Tamaño de la UPP (L x A x P)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Localización (Sitio anatómico)	Categoría (I-II-III-IV)	Causa de la lesión (P/H/F/C)	Tamaño de la UPP (L x A x P)	1					2					3					4					5					6					7					8				
	Localización (Sitio anatómico)	Categoría (I-II-III-IV)	Causa de la lesión (P/H/F/C)	Tamaño de la UPP (L x A x P)																																										
1																																														
2																																														
3																																														
4																																														
5																																														
6																																														
7																																														
8																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PROCEDENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Extrahospitalario SI () NO()</td> </tr> <tr> <td>Domicilio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asilo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hospital</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Intrahospitalario SI () NO()</td> </tr> <tr> <td>Propio servicio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro servicio</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PROCEDENCIA		Extrahospitalario SI () NO()		Domicilio		Asilo		Hospital		Intrahospitalario SI () NO()		Propio servicio		Otro servicio																														
PROCEDENCIA																																														
Extrahospitalario SI () NO()																																														
Domicilio																																														
Asilo																																														
Hospital																																														
Intrahospitalario SI () NO()																																														
Propio servicio																																														
Otro servicio																																														

RIESGO ALTO: Puntuación ≤ 12 puntos
RIESGO MODERADO: Puntuación 13 a 14 puntos
RIESGO BAJO: Puntuación ≥ 14 puntos

ESCALA BRADEN DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

CRITERIOS	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Completamente limitada Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos, quejándose, estremeciéndose o agarrándose o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar al menos en una de las extremidades.	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente.	A menudo húmeda La piel está a menudo pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física.	Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y necesita ayuda para poder pasar a una silla o a una silla de ruedas.	Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente con o sin ayuda durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Rara vez toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos. Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	Probablemente inadecuada Rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético. Recibe menos de la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda.	Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece. Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades.	Excelente Ingiere la mayor parte de la comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y DESLIZAMIENTO	Problema Requiere moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla.	Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

