

VARIABILIDAD E INCERTIDUMBRE EN EL ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS Y HERIDAS CRÓNICAS: SITUACIÓN ACTUAL

VARIABILITY AND UNCERTAINTY IN THE MANAGEMENT OF ULCERS AND CHRONIC WOUNDS: CURRENT STATUS

José María Rumbo Prieto

Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.
Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Las úlceras y las heridas crónicas, son lesiones de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización. Su prevención y tratamiento son sin duda, una de las acciones de cuidados más habituales dentro de la actividad sanitaria de los profesionales de enfermería en los distintos contextos asistenciales (atención hospitalaria, atención primaria y atención sociosanitaria).

El actual abordaje holístico e integral de este tipo de lesiones, afortunadamente ha relegado aquel concepto desolador que consideraba a las úlceras como algo "inevitable" y cuyo tratamiento se dispensaba como una práctica menor (cuidados paliativos), considerando esos cuidados, como una tarea poco agradecida y muy costosa, que además era escasamente reconocida⁽¹⁾.

Sin embargo, la situación epidemiológica y socioeconómica actual que rodea a las úlceras y heridas crónicas las ha convertido en un problema sanitario de primer orden, ya que pueden ser, según el caso, causa (amputación de pie diabético) o consecuencia (úlceras por presión, úlceras vasculares...) de discapacidad o dependencia; son, por tanto, un problema de salud importante que interesa poner de manifiesto, puesto que numerosos estudios y expertos aseguran que en la mayoría de los casos podrían evitarse con unos cuidados adecuados y con una buena base formativa de los profesionales, orientada a saber identificar y valorar el riesgo de padecerlas.

En el caso de las úlceras por presión, es significativo que durante muchos años se hayan considerado como un problema menor, consustancial al proceso de cronicidad, cuando la realidad es que numerosos estudios y expertos han demostrado que pueden evitarse hasta en un 95%-98% de las ocasiones⁽¹⁻³⁾. Lo mismo se podría decir de muchas heridas crónicas de otras etiologías que, por ausencia de tratamiento y cuidados adecua-

dos, acaban eternizándose en el tiempo (incluso durante muchos años) y derivan a veces en problemas mayores como amputación de miembros, pero que en cualquier caso, suponen una fuente de gran sufrimiento para pacientes, familiares y cuidadores, mermando su calidad de vida.

Pero no es el único reto con el que se enfrenta diariamente los profesionales y los servicios de salud para el manejo de este tipo de lesiones. Cuando la úlcera se ha desarrollado, la elección del producto adecuado para el tratamiento, los avances en el conocimiento de la fisiología del proceso de cicatrización, junto al desarrollo e innovación de nuevos materiales y productos para la curación de las mismas; propicia que muchos profesionales tengan incertidumbre a la hora de tomar una decisión correcta sobre el producto a utilizar, a la vez que genera una amplia variabilidad, que en gran medida condiciona o dificulta la buena evolución de las mismas, bien por inadecuación o bien por falta de persistencia en el mismo, aumentando de manera innecesaria los costes en el tratamiento de estas lesiones^(4,5).

Por ello, la toma de decisiones sobre su abordaje requiere tener en cuenta varias alternativas provenientes de diversas fuentes de información (datos clínicos, experiencia profesional, preferencias del paciente, evidencias científicas, protocolos, guías, etc.) que a su vez originan una considerable variabilidad de decisiones en función del momento, de la información disponible y de la persona que decide. Esto da lugar a una gran disparidad en la actuación de los profesionales en técnicas, pruebas y habilidades diagnósticas, juicio clínico y toma de decisiones ante un mismo problema o paciente e incluso en un mismo profesional en relación a pacientes con la misma clínica y patología⁽⁵⁻⁷⁾.

La trascendencia del riesgo de la variabilidad clínica trae como principal consecuencia, el hecho de que los pacientes puedan verse sometidos a pruebas diagnósticas y terapéuticas, a veces de dudosa utilidad, o incluso que éstas puedan resultar nocivas para la salud del paciente (efectos secundarios y/o iatrogénicos) o que en otras ocasiones puedan llegar a omitirse determinados procedimientos o procesos que sí podrían resultar adecuados a la situación y necesidades del paciente. Este grado de variabilidad va a ser proporcional a la experiencia profesional, la frecuencia de actualización de los conocimientos y la rutina clínica.

Como profesionales de enfermería, deberíamos de vez en cuando, cuestionarnos lo que estamos haciendo, nuestras prácticas cotidianas si son o no mejorables y buscar evidencias que nos guíen hacia una buena praxis. Florence Nightingale, a través de sus investigaciones epidemiológicas, fue la primera en observar la importancia de conocer el resultado de cada intervención para poder planificar unos cuidados más efectivos. Para ello trató de ir incorporando las evidencias de la investigación, de diferenciar entre lo científicamente comprobado y lo que no lo era e ir implementándolo a la práctica asistencial combinando la toma de decisiones con la experiencia y legitimando de esta manera a la enfermería como profesión.

El cuidado del paciente es una responsabilidad que enfermería realiza en colaboración con otros profesionales, dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente; por lo que tenemos el compromiso de usar la evidencia disponible para mejorar los cuidados que prestamos. Para ello, es necesario adquirir habilidades y conocimientos (y en ocasiones cierta formación especializada) suficientes para poder enfrentarse de una manera adecuada a este importante problema de salud, que son las úlceras y las heridas crónicas^(8,9).

Actualmente, el proceso enfermero (diagnósticos, intervenciones y resultados), en el abordaje de la integridad cutánea y tisular (úlceras y heridas) ha ido evolucionando hacia una mayor incorporación del conocimiento científico, mayor capacidad evaluadora y transparencia. Con ello, hemos logrado ir reduciendo la incertidumbre clínica al ir incorporando las mejores evidencias a la práctica asistencial en forma de PBE (práctica basada en la evidencia)⁽¹⁰⁾; para lograr con ello unos cuidados de calidad y una práctica

basada en la excelencia, o lo que es lo mismo: "Dime que conocimientos aplicas en tus cuidados y cómo los empleas, y te diré que clase de cuidados das"⁽¹¹⁾.

El nuevo paradigma que hoy llamamos Práctica Basada en la Evidencia (PBE), está fundamentado en tomar las decisiones basándose en la recomendación que nos dan cuatro elementos: 1) la experiencia y el juicio clínico del profesional (evidencia interna); 2) las expectativas (demandas), preferencias y los valores de los usuarios; 3) los resultados de la investigación clínica (evidencia externa) y 4) los recursos sanitarios y humanos disponibles⁽¹⁰⁾. Esas recomendaciones serán a su vez recogidas en unos documentos especiales denominados Guías de Práctica Clínica (GPC)^(12,13), cuyo objetivo es mejorar la efectividad y la calidad de la práctica asistencial, disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y establecer criterios homogéneos en el abordaje de las patologías más frecuentes, como en el caso de las úlceras y las heridas crónicas.

Bajo este halo de evidencia que nos rodea, los profesionales que atendemos a pacientes con úlceras y heridas crónicas estamos de enhorabuena porque contamos con una amplia biblioteca de GPC tanto nacionales como internacionales, en la que se abordan distintas tipologías de lesiones crónicas: úlceras por presión, pie diabético, úlceras arteriales, úlceras venosas, úlceras isquémicas, úlceras neoplásicas...

Pero, entonces ¿Cuál es el problema?, el problema es observar que en realidad las evidencias recogidas en las GPC siguen siendo de bajo nivel y en ocasiones presenta cierta variabilidad dependiendo de la escala de evidencia que se haya utilizado para clasificar su nivel^(14,15), por lo que se requiere seguir investigando que evidencias resultan más adecuadas a los efectos de conseguir unos cuidados excelentes; mientras no se valide una única escala que cumpla todos los criterios de rigor.

Además, al elevado número de GPC sobre un mismo tema, hay que añadirle que no todas cumplen por igual el rigor metodológico y de elaboración ya que ciertos estudios han identificado carencias tras una evaluación de su calidad⁽¹⁶⁻²⁰⁾. Ante estos hechos el profesional se siente entonces desconcertado por no saber que GPC es realmente la que debe seguir y que recomendaciones se con-

sideran fiables llevar a cabo. Esto implica que las GPC deben ser revisadas y actualizadas periódicamente (se recomienda cada 3-5 años) y su calidad contrastada con instrumento validado. Además, los estudios realizados hasta la fecha solo se han realizado sobre GPC de primera generación y en casi todos los casos sobre UPP, no así en el resto de lesiones crónicas (pie diabético y úlceras venosas de la extremidad inferior, úlceras neoplásicas...). Por lo que sería adecuado fomentar la investigación y evaluación de las nuevas GPC emergentes y sobre las úlceras más prevalentes utilizando para ello instrumentos validados.

Por otro lado, en los casos de contar con GPC de buena calidad para la prevención y tratamiento de las úlceras y heridas crónicas, esta tampoco ha tenido la repercusión esperada, ya que no hay implantado un sistema idóneo de como trasladar todo ese conocimiento y recomendaciones de evidencia, observando algunos autores ciertas dificultades en los profesionales (recursos, formación...) para que puedan aplicarlo en su práctica clínica diaria con el paciente^(16,21,22). Los proyectos actuales de implantación van encaminados a incorporar las recomendaciones de las GPC en los planes de cuidados (esencia de la práctica clínica de enfermería). La propia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ha revisado y actualizado los diagnósticos enfermeros referentes al Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular, incorporando alguno más relacionado con las úlceras, conscientes de importante rol que realiza la enfermería para prevenir y tratar este tipo de lesiones⁽²³⁾. En la literatura científica ya aparecen estudios que utilizan la vía de estandarizar el lenguaje de enfermería desarrollando un catálogo normalizado de acciones que den consistencia a las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification)⁽²⁴⁾ para que los profesionales pueda realizar planes de cuidados y actividades basadas en recomendaciones de evidencia con la seguridad que da el saber que esas acciones/actividades son los mejores cuidados que se pueden dispensar a los pacientes afectados de úlceras y/o riesgo de padecerlas^(25,26).

Así mismo, desde la promulgación a nivel europeo de la “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes”⁽²⁷⁾, en nuestro país se empieza a trabajar activamente para disminuir las lesiones atribuibles a los procesos de cuidados, como es el caso de úlceras. Así quedó recogido en el Plan Nacional de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de 2006 (PNCSNS)⁽²⁸⁾, a través del cual se impulsó y evaluaron prácticas seguras específicas, siendo una de ellas (estrategia nº 8) la de “prevenir las UPP en pacientes en riesgo” (Objetivo 8.3). Teniendo este proceso una continuidad con la actualización del nuevo PNCSNS en 2010⁽²⁹⁾, que en su estrategia nº 10; promueve, a nivel general, el uso e implementación de las GPC para reducir la variabilidad clínica (Objetivos 10.1 y 10.2). También, desde el documento denominado “Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011”⁽³⁰⁾ quedaron recogidos todas aquellas acciones e indicadores para mejorar la seguridad de los pacientes, la monitorización y control de las UPP (apartado 2.3.5). Actualmente, con la publicación de la “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”⁽³¹⁾, nuevamente se establecen las líneas estratégicas para la prevención de las UPP (línea estratégica nº 2; objetivo 2.4); basándose en la aplicación de prácticas clínicas seguras.

En definitiva, a tenor de la investigación actual y de la normativa desarrollada, podemos permitirnos ser optimistas en que vamos a lograr el disminuir, a corto plazo, la variabilidad no justificada y la incertidumbre profesional en el manejo integral de este tipo de lesiones; así como, implantar procedimientos normalizados de trabajo y herramientas de gestión clínica que incluyan la utilización de las mejores guías de práctica clínica y, formar globalmente a todos los profesionales en la aplicación de los mejores prácticas clínicas y de cuidados, garantizando una mayor calidad asistencial y seguridad a los pacientes con este tipo de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soldevilla-Agreda JJ. Las Úlceras por Presión en Gerontología. Dimensión Epidemiológica, Económica, Ética y Legal. [Tesis Doctoral]. A Coruña: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
2. Hibbs P. The Economics of Pressure Ulcer Prevention. *Decubitus*. 1988; 1(3):32-8.
3. Verdú-Soriano J. Epidemiología Prevención y Tratamiento de las Úlceras Por Presión [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2005.

4. García-Fernández FP, Carrascosa García MI, Bellido Valejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parras JM, et al. Guía para el Manejo de: Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea, Deterioro de la Integridad cutánea, Deterioro de la Integridad Tisular Relacionado con las Úlceras Por Presión. Marco Conceptual Enfermero. *Evidentia*. 2005;2(supl):1-65
5. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez MT, Antón Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García JM, Soldevilla Agreda JJ. Variabilidad en el Abordaje de las Heridas Crónicas: ¿Qué Opinan las Enfermeras? *Gerokomos*. 2014;25(4):171-7.
6. Granados-Matute AE, Cejudo-López A, Vega-Fernández VM. Variabilidad en la Práctica clínica para el Cuidado de las Heridas. *Evidentia*. 2014;11(45):[9 pantallas].
7. Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la Práctica Clínica. Situación Actual y Retos para Enfermería. *Enferm Clínica*. 2010;20(2):114-8
8. Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, Gómez Coiduras JM, et al. Situación Actual sobre el Manejo de Heridas Agudas y Crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos*. 2013;24(1):27-31
9. García Gil N. Enfermería Basada en la Evidencia: Proceso Efectivo para tratar una Úlcera Grado I del Pie Diabético [Trabajo Fin de Grado]. Leioa: Universidad del País Vasco; 2014.
10. Rumbo-Prieto JM, Aranto-Areosa L, Romero-Martín M. La Práctica Clínica Basada en la Evidencia en el Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular. En: Rumbo-Prieto JM, editor. *Cuidados y Registros de Enfermería en la Prevención y Tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2011.
11. Díaz Sánchez V, Álvaro Noguera M, Campo Cecilia E, Saavedra Sánchez F, Cabrera Artacho MD. El Paradigma de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) en la Enfermería Clínica Hospitalaria. *NURE Investig*. 2007;(28):1-18.
12. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* [Internet]. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
13. Grupo de Trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); 2007.
14. Grupo de Trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS); 2007.
15. Rumbo-Prieto JM. Incertidumbre en la Recomendación de Evidencias sobre UPP Difundidas por Guías de Práctica Clínica. Comunicación Oral presentado en: XI Congreso Nacional de ANEDIDIC (Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea). Barcelona, 31 de marzo de 2011.
16. Hernández Martínez-Esparza E. Evaluación de las Guías de Práctica Clínica Españolas sobre Úlceras por Presión en Cuanto a su Calidad, Grado de Evidencia de sus Recomendaciones y su Aplicación en los Medios Asistenciales [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012.
17. Navarro Yepes J, Rubio Martínez PL. Guías de Actuación Clínica en el Deterioro de la Integridad Cutánea ¿Dicen todas lo mismo? *Gerokomos*. 2012;23(3):132-6.
18. Alemany Marí C. Estudio Comparativo de Guías de Actuación Clínica en el Deterioro de la Integridad Cutánea. *Enferm Dermatol*. 2011;5(13):38-45.
19. Rumbo-Prieto JM, Aranto-Areosa L, Raña-Lama C, Tizón-Bouza E. Valoración Ética de las Guías de Práctica Clínica sobre Úlceras Vasculares y Úlceras por Presión. *Ética de los Cuidados* [revista online]. 2009;2(4): [4 pantallas aprox.].
20. Arantón Areosa L, Raña-Lama C, Rumbo Prieto JM, Tizón Bouza E. Calidad de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería sobre Prevención y Manejo de las Úlceras por Presión. *Rev Enfermeir@s del COE de Lugo*. 2009;(14):60-9.
21. Subirana-Casacuberta M, Ezquerro-Rodríguez O. Implementación. Aplicación en la Práctica de la Evidencia. En: *Enfermería Basada en la Evidencia Hacia la Excelencia en los Cuidados Material Didáctico de Apoyo para Profesionales de Enfermería*. Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2004. p. 111-22.
22. Suárez Alonso A. Evaluación del Uso de la Guía de Práctica Clínica Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y Otras Heridas Crónicas en un Hospital Valenciano. *Enferm Dermatol*. 2012;6(17):34-40.
23. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification 2015-2017*. 20th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
24. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ªEd. Barcelona: Elsevier España; 2013.
25. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L. Evidencias Clínicas e Intervenciones NIC para el Cuidado de Úlceras por Presión. *Enferm Dermatol*. 2010;4(9):13-9.
26. Rumbo-Prieto JM, Aranto-Areosa L, Romero-Martín M, Calvo-Pérez AI, Fernández-Segade J. Normalización de las Acciones de Intervención de la Práctica Enfermera en el Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular: Estudio NAIPE-DICyT. *Enferm Dermatol*. 2012;6(16):26-33.
27. Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. [Internet] Brussels: Council of Europe; 2006 [Acceso 9/03/2015]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
28. Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Agencia de Calidad del SNS. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
30. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Agencia de Calidad del SNS. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2005.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2015.