

ALCANCE DE LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA “VALORACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN” DE LA REGISTERED NURSES’ ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO)

M^a Dolores Quiñoz Gallardo (1,2), Sergio Barrientos Trigo (3) y Ana María Porcel Gálvez (3)

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

(2) Grupo de investigación Ee-12 Hygia adscrito al Instituto de Investigación Biosanitaria (ibs.Granada). Granada. España.

(3) Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla. Grupo de investigación CTS-1050 Cuidados Complejos, Cronicidad y Resultados en Salud adscrito al Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Sevilla. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: El Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados[®], se desarrolla en España, para reducir la variabilidad de la práctica clínica, implantando guías de práctica clínica de la *Registered Nurses’ Association of Ontario*. Este estudio describió los resultados de la implantación de la guía “*Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión*”.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo (2015-2018) en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves sobre 4.464 pacientes de 22 unidades de hospitalización, analizando el tipo de unidad, la valoración del riesgo, las medidas preventivas, la procedencia y la categoría de las úlceras. Se realizó análisis descriptivo y tablas de contingencia con el estadístico Chi-cuadrado $p < 0,05$.

Resultados: Los pacientes de riesgo fueron el 62,2% en unidades médicas, 53,4% en las quirúrgicas y el 90% en cuidados intensivos. La aplicación de medidas preventivas fue del 67,9%, 60,2% y 92,1% (respectivamente) para cada unidad. En unidades médicas se identificaron un 13,1% de úlceras por presión, de las cuales el 68,1% estaban presentes en el momento del ingreso. Mientras que en unidades quirúrgicas y en cuidados intensivos se desarrollaron durante la hospitalización (60,8% y 88,9% respectivamente) ($p < 0,001$). La presencia de úlceras pareció mostrar una tendencia a la disminución en los años analizados (19,6% a 11,2%).

Conclusiones: Existen entornos favorecedores para la implantación (unidades médicas y cuidados intensivos) que reflejan mayor nivel de valoración del riesgo, de utilización de superficies de gestión de la presión y disminución de la prevalencia. No se ha conseguido implantar las recomendaciones de forma homogénea existiendo diferencias en función del tipo de unidad.

Palabras clave: Úlceras por presión, Guías de práctica clínica, Práctica basada en la evidencia, Prevalencia, Evaluación en enfermería, Traslación del conocimiento.

ABSTRACT

**Effect of the guideline implementation
“Risk assessment and prevention of
pressure ulcers” of the Registered
Nurses’ Association of Ontario (RNAO)**

Background: The Best Practice Spotlight Organizations[®] Program is being developed in Spain to reduce the variability of clinical practice by implementing clinical practice guidelines from the Registered Nurses’ Association of Ontario. This study described the results of the implementation of the guide “*Risk assessment and prevention of pressure ulcers*”.

Methods: We carried out a retrospective observational study (2015-2018) at the Hospital Universitario Virgen de las Nieves on 4,464 patients from 22 hospitalization units, analyzing type of unit, risk assessment, preventive measures, origin and category of ulcers. Descriptive analysis and contingency tables were performed with the Chi-square statistic $p < 0.05$.

Results: The patients at risk were 62.2% in medical units, 53.4% in surgical units and 90% in intensive care. The application of preventive measures was 67.9%, 60.2% and 92.1% (respectively) for each unit. In medical units, 13.1% of pressure ulcers were identified, of which 68.1% were present at the time of admission. While in surgical units and intensive care they developed during hospitalization (60.8% and 88.9% respectively) ($p < 0.001$). The presence of ulcers seemed to show a decreasing trend in the years analyzed (19.6% to 11.2%).

Conclusions: There are favorable environments for implantation (medical units and intensive care) that reflect a higher level of risk assessment, use of pressure management surfaces and a decrease in prevalence. The recommendations have not been implemented homogeneously, with differences depending on the type of unit.

Key words: Pressure ulcer, Clinical practice guideline, Evidence-based practice, Prevalence, Nursing assessment, Translational medical research.

INTRODUCCIÓN

La variabilidad en la práctica clínica pone en riesgo a pacientes y a profesionales, y repercute en los resultados en la salud, en la seguridad y en la utilización inapropiada de recursos materiales y humanos disponibles^(1,2). Se estima que sólo el 60-70% de los cuidados están basados en resultados de la investigación, y que el 20-25% de ellos son innecesarios o potencialmente dañinos⁽³⁾. Reducir la brecha entre investigación y práctica clínica es una premisa fundamental para la gestión del conocimiento. Sin embargo, no es sencillo, ya que desde la producción de evidencia hasta su uso en la práctica pueden pasar casi dos décadas⁽⁴⁾.

Existen una gran variedad de enfoques teóricos, modelos y marcos, que intentan explicar el cómo y el porqué del éxito o falla en la implantación de la evidencia en la práctica clínica⁽⁵⁾. Uno de los modelos de traslación del conocimiento más utilizados es el denominado *Knowledge to Action Model* (KTA)^(6,7,8), que establece un ciclo de 6 fases:

- i) Identificación del problema.
- ii) Adaptación al contexto local.
- iii) Evaluación de los facilitadores y barreras.
- iv) Adaptación e implantación de las intervenciones.
- v) Monitorización.
- vi) Evaluación de resultados, y sostenibilidad.

Este modelo es el que utiliza el programa de implantación de buenas prácticas en cuidados, denominado Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC[®]), que coordina en España desde 2012 la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud

(Investén-ISCII), siguiendo los principios del programa canadiense *Best Practice Spotlight Organizations[®]* (BPSO[®]). Este programa reúne a diferentes instituciones sanitarias que implantan guías de práctica clínica de cuidados de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO)^(9,10). Estas guías están consideradas instrumentos útiles para optimizar la aplicación de estrategias de calidad en los sistemas sanitarios⁽¹¹⁾.

Una de las guías que ha desarrollado la RNAO es la “*Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión*”⁽¹²⁾ para reducir la variabilidad innecesaria y mejorar la práctica clínica. Las úlceras por presión (UPP) continúan siendo un problema de salud pública por el impacto sobre la morbilidad y la calidad de vida de las personas^(13,14), son un efecto adverso de la atención sanitaria y se utilizan como indicador de calidad de cuidados^(15,16).

Su aparición se asocia a complicaciones por el incremento del riesgo de infección, malnutrición intrahospitalaria, aumento de la estancia, carga de trabajo de las enfermeras y costes sanitarios⁽¹⁷⁾ y al uso de dispositivos clínicos, principalmente en cuidados intensivos y pediátricos⁽¹⁸⁾. Las cifras de prevalencia en España reflejan un aumento progresivo en los hospitales en torno al 7,9% para adultos, siendo el 65,6% de origen nosocomial⁽¹³⁾. El 5º Estudio Nacional de Prevalencia aporta cifras globales de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia del 8,7% e incorpora nuevos datos sobre otras lesiones producidas por humedad, por fricción, lesiones combinadas o laceraciones, que hasta entonces se englobaban como UPP. Las unidades de cuidados paliativos (16,7%), de cuidados intensivos (UCI) (14,9%), unidades posquirúrgicas y de reanimación (14%)⁽¹⁹⁾ presentan las cifras más altas.

En este sentido, el método más eficiente para afrontar el aumento de este tipo de lesiones es la prevención frente al coste del tratamiento,

por la importante disminución de gastos directos e indirectos⁽²⁰⁾. Sin embargo, varios estudios muestran que sigue existiendo gran variabilidad en la aplicación de las medidas de prevención, afirmando que menos de la mitad de los pacientes en riesgo reciben las medidas preventivas correctas^(21,22,23).

De esta manera, se hace necesario estudiar si estrategias puestas en práctica por el Sistema Nacional de Salud para la reducción de la variabilidad, como es el caso del programa CCEC[®], están consiguiendo mejoras en los resultados en salud, en la seguridad clínica y en la calidad de los cuidados recibidos, y si esas mejoras se aplican de forma homogénea y se mantienen en el tiempo.

Así, desde 2015 el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, participa en la aplicación, evaluación y mantenimiento de la guía de la RNAO “*Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión*”. El objetivo de este estudio fue identificar los resultados del proceso de implantación de la Guía de Práctica Clínica “*Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión*” para conocer qué recomendaciones se han incorporado a la práctica, en qué entornos se aplican, si se mantienen en el tiempo y si se han conseguido mejorar los resultados en salud de los pacientes.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo observacional transversal retrospectivo.

Población y muestra: La muestra estuvo compuesta por pacientes ingresados, entre octubre de 2015 y diciembre de 2018, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, evaluando todas las altas hospitalarias de 5 días de cada mes, como establece el protocolo del programa CCEC[®](10).

Criterios de inclusión y exclusión: Se seleccionaron pacientes de las unidades reclutadas con estancia superior a 24 horas y que cumplieran dos o más de los siguientes criterios:

- i) Edad igual o superior a 75 años.
- ii) Barthel menor o igual a 60.
- iii) Dependencia para las actividades de la vida diaria (movilidad, eliminación e higiene).
- iv) Presencia de riesgo de UPP en valoración inicial mediante juicio clínico del profesional.

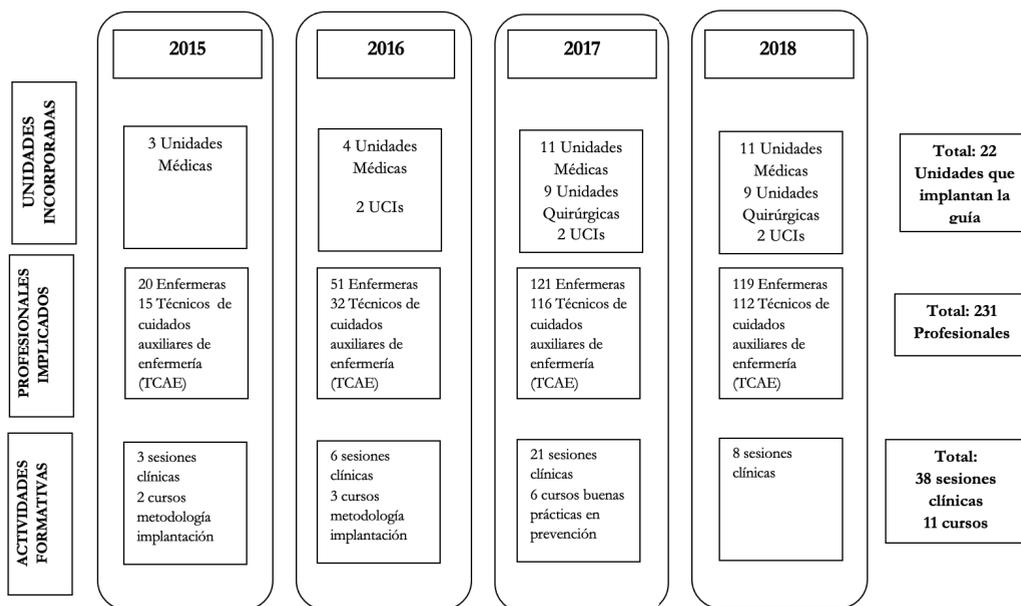
Se excluyeron pacientes de pediatría y maternidad, hospital de día y sala de reanimación.

Reclutamiento: Se inició el reclutamiento de aquellas unidades de hospitalización en las que la prevalencia de UPP era elevada en años anteriores. En 2015 se reclutaron 3 unidades médicas hasta incorporarse 22 unidades (11 médicas, 9 quirúrgicas y 2 UCI) en 2018. En esas unidades se captaron a profesionales de enfermería como impulsores clave para la implantación de la guía y que ejercían de dinamizadores entre sus compañeros. Recibieron formación en metodología de implantación de evidencia y crearon grupos de trabajo encargados de revisar las recomendaciones, de seleccionar aquellas que se iban a implantar y de actualizar protocolos y procedimientos con las recomendaciones. Durante el período de estudio el número de actividades formativas realizadas fue de 38 sesiones clínicas y 11 cursos. En la **figura 1** se describe el proceso de reclutamiento de unidades, profesionales y formación recibida.

Variables, Procedimiento y Recolección de datos:

- Variables: Se recogieron las siguientes categorías de variables: características sociodemográficas de pacientes, tipo de unidad de ingreso, valoración del riesgo (escala empleada para

Figura 1
Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento.



la valoración al ingreso, revaloración al alta e identificación del riesgo), superficies especiales para el manejo de presión (SEMP) y UPP (describiendo la procedencia y categoría). Se definió la opción “no aplicable” para algunas variables si concurrían los siguientes motivos: éxitos; traslado a otro centro u unidad; no cumplir con los criterios de medida del indicador.

– Procedimiento: La valoración del riesgo se realizó en las primeras 24 horas de ingreso del paciente utilizando la escala Braden en hospitalización convencional, como indica la guía RNAO⁽¹²⁾ y el índice Comhon en pacientes de UCI^(24,25). Por su baja frecuencia de uso se agruparon otras escalas, Norton y Emina, en el concepto “otras”. La revaloración del riesgo se monitorizó mediante la existencia de un nuevo registro de Braden o Comhon al alta para los pacientes identificados con riesgo al ingreso. Si

el paciente no tenía riesgo al ingreso se debía realizar una nueva revaloración a la semana. El criterio de identificación del paciente en riesgo se estableció según la coincidencia del juicio clínico con la escala de detección de riesgo. Las superficies utilizadas para el manejo de la presión debían estar registradas en el plan de cuidados y se asignaban en función del nivel de riesgo (bajo: colchón de viscolástica; medio: sobrecolchoneta de aire alternante y alto: colchón de aire alternante). Se utilizó la categorización definida por el Grupo Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (*National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP*) en 2016⁽²⁶⁾ para describir la categorización de las UPP.

– Recolección de datos: Todas las variables fueron recogidas de la Historia Clínica (HC) del paciente al alta y registradas en la plataforma online CarEviD[®] común para todos los

CCEC® (versión española de la plataforma oficial de evaluación de todos los CCEC® internacionales NQuIRE®). Esta plataforma se basa en una colección de formularios, que permite la recogida de información anonimizada para el cálculo de indicadores de proceso y resultados.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo, con medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos, y mediante frecuencia absoluta y porcentaje para variables cualitativas. Para comparar diferencias entre indicadores en distintos años, se construyeron tablas de contingencia y se calculó el test Chi-cuadrado de Pearson, considerando significativo valor $p < 0,05$. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 19 para el análisis estadístico de los datos.

Aspectos éticos: En el desarrollo de esta investigación se ha respetado en todo momento la confidencialidad y las directrices establecidas en el *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas, en lo que respecta al tratamiento de datos personales*. Se cumplió la Disposición adicional decimoséptima (Tratamientos de datos de salud) de la *Ley Orgánica 3/18, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Habiendo recibido el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Provincial de Granada (Código: T-IGLP-2020).

RESULTADOS

Características sociodemográficas: Se analizaron 4.464 pacientes que cumplían criterios de inclusión. Mediana de edad de 76 años (IC95% [63,84]), 53,3% hombres y 46,7% mujeres. El 56% estaban ingresados en unidades médicas, el 32% en unidades quirúrgicas, el 4,5% en UCI y un 7,5% no aporta el dato.

Evolución en la implantación: valoración y revaloración del riesgo de UPP. De los 4.464 pacientes incluidos se realizó valoración del riesgo al ingreso a 3.088 pacientes (69,2%). De ellos un 79% (2.440 pacientes) se valoraron con la escala Braden y un 15,4% (475 pacientes) con índice Comhon. Los pacientes revalorados del riesgo al alta fueron 861 (27,9%). Hubo 1.306 pacientes (42,3%) que no fueron revalorados y que requerían de nueva valoración. El 60,8% (1.645 pacientes) de los pacientes en riesgo utilizaban SEMP. En la **tabla 1** se presentan las categorías de variables comparadas por años.

Etiología en la producción de úlceras por presión: Se produjeron 447 úlceras al alta (10%), de las que 267 estaban presentes antes del ingreso (59,7%), 173 se produjeron durante la estancia (38,7%) y sin especificar en 7 casos (1,56%). Los pacientes que desarrollaron UPP estaban valorados del riesgo 405 (90,6%) ($p < 0,001$) y tenían asignada una SEMP ajustada al nivel de riesgo 281 (65,8%) ($p < 0,001$). En la **tabla 2** se detallan las categorías de las UPP en función de su procedencia (estaban presentes en el momento del ingreso o se han desarrollado durante el ingreso). Las categorías de las UPP previas al ingreso fueron de categoría II (33,07%), seguida de la categoría III (17,32%). Las de las lesiones producidas durante el ingreso fueron de categoría II (51,07%) y de categoría I (31,72%).

Entornos asistenciales: En la **tabla 3** se presenta cada variable en función del tipo de unidad (médica, quirúrgica y UCI). Destacando el área médica con un 56% de pacientes valorados y de mayor edad. Predominio del sexo masculino sobre el femenino, tanto en áreas médicas (53,3%), quirúrgicas (51,9%) y UCI (67%). El área médica realizó 77,3% valoraciones y 33,8% revaloraciones del riesgo, seguida de la UCI 74,6% y 33,3%. El 90% de pacientes

Tabla 1
Evolución en la implantación de las medidas.
Comparativa por años 2015-2018 de las variables de estudio.

Medidas	Totales	VARIABLES	2015 n=51 (1,1%)	2016 n=699 (15,7%)	2017 n=2.952 (66,1%)	2018 n=762 (17,1%)	p
Valorados con escala	4.464	-	45 (88,2%)	561 (80,3%)	1.930 (65,4%)	552 (72,4%)	<0,001
Escala en la valoración	3.088	Braden	44 (97,8%)	511 (90,1%)	1.496 (77,6%)	404 (73,7%)	<0,001
		Comhon	1 (2,2%)	32 (5,6%)	301 (15,6%)	143 (26,1%)	
		Otras	0	24 (4,2%)	132 (6,8%)	1 (0,2%)	
Revaloración del riesgo	3.088	No	23 (51,1%)	252 (44,9%)	824 (42,8%)	207 (37,5%)	<0,001
		No aplicable	3 (6,7%)	112 (20%)	646 (33,6%)	154 (27,9%)	
		Sí	19 (42,2%)	197 (35,1%)	454 (23,6%)	191 (34,6%)	
		Perdidos	0	0	6 (0,3%)	0	
Paciente en riesgo	4.464	No	18 (35,3%)	238 (34,1%)	1.260 (42,8%)	121 (15,9%)	<0,001
		No aplicable	2 (3,9%)	30 (4,3%)	77 (2,6%)	0 (0%)	
		Sí	31 (60,8%)	430 (61,6%)	1.604 (54,5%)	641 (84,1%)	
Superficie de aire	2.706	No	2 (6,5%)	107 (24,9%)	630 (40,4%)	212 (33,4%)	<0,001
		No aplicable	0 (0%)	3 (0,7%)	51 (3,3%)	0 (0%)	
		Sí	29 (93,5%)	319 (74,4%)	880 (56,4%)	422 (66,6%)	
Presencia de UPP	4.464	No	41 (80,4%)	577 (82,7%)	2.676 (90,8%)	676 (88,7%)	<0,001
		No aplicable	0 (0%)	18 (2,6%)	23 (0,8%)	1 (0,1%)	
		Sí	10 (19,6%)	103 (14,8%)	249 (8,4%)	85 (11,2%)	
Al ingreso/hospitalización	267	Estaban presentes	9 (90%)	72 (69,9%)	138 (56,8%)	48 (57,1%)	0,026
	173	Se han desarrollado	1 (10%)	31 (30,1%)	105 (43,2%)	36 (42,9%)	

UPP: Úlceras por presión.

Tabla 2
Categorías de UPP en función de su procedencia (presentes en el momento del ingreso/desarrolladas durante el ingreso).

Categorías	Presentes en el momento de ingreso	Desarrolladas durante el ingreso
Categoría I	39 (13,26%)	59 (31,72%)
Categoría II	84 (28,57%)	95 (51,07%)
Categoría III	44 (14,96%)	24 (12,90%)
Categoría IV	12 (4,08%)	3 (1,61%)
Inclasificable	40 (13,60%)	5 (2,60%)
No aplicable	75 (25,51%)	0

Tabla 3
Comparativa de cada variable en función del tipo de unidad (médica, quirúrgica y cuidados intensivos).

Variables		Médica n=2.499 (56%)	Quirúrgica n=1.430 (32%)	UCI n=201 (4,5%)	p
Sexo-Hombre		1.325 (53,3%)	738 (51,9%)	134 (67%)	<0,001
Edad Me [P₂₅-P₇₅]		77 [66-84]	73 [60-82]	68 [58-76]	<0,001
Valoración del riesgo		1.932 (77,3%)	807 (56,4%)	150 (74,6%)	<0,001
Revaloración del riesgo	No	807 (41,9%)	393 (48,8%)	33 (22%)	<0,001
	No aplicable	469 (24,3%)	303 (37,6%)	67 (44,7%)	
	Sí	651 (33,8%)	110 (13,6%)	50 (33,3%)	
Paciente en riesgo	No	879 (35,3%)	626 (43,9%)	11 (5,5%)	<0,001
	No aplicable	62 (2,5%)	38 (2,7%)	9 (4,5%)	
	Sí	1.550 (62,2%)	762 (53,4%)	181 (90%)	
Superficie de aire	No	460 (30,1%)	274 (36,8%)	12 (6,8%)	<0,001
	No aplicable	30 (2%)	22 (3%)	2 (1,1%)	
	Sí	1.038 (67,9%)	448 (60,2%)	163 (92,1%)	
Presencia de UPP	No	2.148 (86,1%)	1.340 (93,8%)	174 (86,6%)	<0,001
	No aplicable	21 (0,8%)	11 (0,8%)	9 (4,5%)	
	Sí	326 (13,1%)	78 (5,5%)	18 (9%)	
Al ingreso/hospitalización	Estaban presentes	220 (68,1%)	29 (39,2%)	2 (11,1%)	<0,001
	Se han desarrollado	103 (31,9%)	45 (60,8%)	16 (88,9%)	

Me: Mediana; P₂₅-P₇₅: Percentil 25-Percentil 75; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; UPP: Úlceras por presión.

en riesgo estaban ingresados en UCI, seguidos por las áreas médicas 62,2%. La utilización de SEMP en UCI fue del 92,1%, del 67,9% en unidades médicas y del 60,2% en unidades quirúrgicas. Se identificaron UPP en unidades médicas en un 13,1%, de las cuales el 68,1% estaban presentes en el momento del ingreso. Mientras que en las unidades quirúrgicas y en UCI éstas se desarrollaron durante la hospitalización (60,8% y 88,9% respectivamente) ($p < 0.001$).

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo el objetivo de analizar el éxito del programa CCEC[®] revisando cómo se han ido incorporando a la práctica clínica las recomendaciones de la guía de la RNAO “*Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión*” en una institución adscrita a dicho programa, el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Los resultados indican que esta implantación reduce la frecuencia de aparición de este tipo de lesiones en este entorno hospitalario (8,4%), al igual que los resultados obtenidos en cuatro hospitales pertenecientes al programa CCEC[®](27), donde se redujo un 5,5%.

Este proceso de implantación no ha incidido por igual en toda la institución. Se observa que los profesionales se han adherido de forma heterogénea a determinadas buenas prácticas. Fue el caso de dos recomendaciones implantadas, la valoración del nivel de riesgo en las 24 horas del ingreso del paciente y la utilización de superficies de aire, que han ido aumentando durante los años analizados. El adherirse a unas determinadas recomendaciones y no a otras ha sido objeto de estudio(28,29,30,31), llegando a resultados y conclusiones distintas. Una investigación nacional(28) concluyó que la intervención de enfermería sobre prevención tuvo un impacto positivo en la prevalencia de lesiones de categoría III y IV y sobre el registro del riesgo al ingreso del 87,7%. Otro trabajo realizado en hospitales suecos

obtuvo una prevalencia del 14,9% aplicando como intervenciones clave la valoración del riesgo y la utilización de superficies para el manejo de presión(29). Sin embargo, otros estudios que evaluaban el cumplimiento de las pautas de prevención concluyeron que los pacientes no estaban recibiendo estrategias de prevención de manera constante durante su estancia en el hospital(30,31). Por lo que se debe seguir trabajando para que los profesionales integren aquellas recomendaciones no consolidadas, como por ejemplo la revaloración del riesgo.

La evaluación del riesgo mediante una escala clinimétrica es una práctica asentada. Estudios recientes han cuestionado su efecto, utilizando la escala Braden sobre la incidencia de UPP, en comparación con el entrenamiento y la evaluación de riesgos utilizando el juicio clínico(32). Otros estudios concluyeron que el valor obtenido en la escala Braden junto con el cuidado de la piel fueron las intervenciones efectivas que demostraron reducciones significativas de UPP, actuando como predictores(33,34).

En relación a la frecuencia de aplicación de SEMP para pacientes con riesgo, nuestro estudio obtuvo un 60,8%, siendo superior al de otros estudios que oscilan entre el 29,7% y el 44%(21,29,30,31,35). En este sentido, estudios relacionados muestran que el grado de concienciación de los profesionales influye en el uso de esta medida concreta. Si se distingue por tipo de unidad de hospitalización, los porcentajes alcanzados de disponibilidad de superficies están por encima de los datos que aporta el 5^a *Estudio Nacional de Prevalencia*(19). Las unidades médicas obtienen porcentajes del 67,9% frente al 33,6% en superficies estáticas o 40,8% en superficies dinámicas, del estudio nacional; las quirúrgicas del 60,2% frente al 7,1% en superficies estáticas o 85,7% en superficies dinámicas, del mismo estudio y la UCI del 92,1% frente al 17,1% en superficies estáticas o 76,9% en superficies dinámicas.

La prevalencia de UPP sigue siendo un problema importante en la atención aguda. Los datos obtenidos durante estos 4 años reflejaron un descenso del 8,4%, aunque con una tendencia en ascenso en el último año, semejante al 8,7% obtenido por un estudio coetáneo nacional⁽¹⁹⁾. Una investigación australiana que estudió los cambios de prevalencia durante 6 años, consiguió una disminución del 7% en el porcentaje de pacientes con UPP⁽³⁶⁾. Otro trabajo obtuvo una reducción de la prevalencia del 12,6%, tras dos años de implantar un programa de prevención, y de un 2,6% seis años después de su inicio⁽³⁷⁾. Algunos estudios sostienen que una mayor adherencia a las recomendaciones no siempre se traduce en una disminución en las cifras de prevalencia⁽³⁸⁾, ya que se debe analizar todo el proceso de atención de enfermería para buscar aquellas condiciones que favorecen o dificultan la implantación de las nuevas prácticas.

Las UPP de origen nosocomial (producidas durante la estancia) suponen el 38,7% del total de UPP y se producen con mayor frecuencia en unidades quirúrgicas y en UCI. Este valor se encuentra muy por debajo de las cifras que reflejan otros estudios nacionales que las sitúa en el 72,2%⁽¹⁹⁾. Las unidades médicas aun teniendo prevalencias más elevadas, debido a que ingresan muchos pacientes con este tipo de lesiones previas, tiene menos UPP nosocomiales y sus categorías son más bajas. Al analizar situaciones como ésta algunos autores⁽²¹⁾ advierten que las diferencias organizacionales de las unidades, dentro de un mismo centro sanitario, pueden influir en este tipo de situaciones y deben ser revisadas.

Se evidencia que los entornos donde se implantan las recomendaciones influyen en el éxito de la implantación, encontrándose diferentes niveles de adherencia a las buenas prácticas en función del tipo de unidad. Las unidades médicas y UCIs han incorporado las recomendaciones en mayor medida que las unidades

quirúrgicas, pudiendo estar influido por estar más familiarizadas con el perfil de pacientes de riesgo. A estas mismas conclusiones apunta un estudio que analiza cómo el contexto en el que se realiza la atención sanitaria se relaciona con el grado de adherencia de los profesionales a las recomendaciones implantadas⁽³⁹⁾. Otro factor a tener en cuenta es el tiempo que lleva cada unidad implantado las recomendaciones. Las unidades quirúrgicas han sido las últimas a reclutar y han estado menos tiempo trabajando con las recomendaciones, pudiendo influir esta situación en la adherencia de los profesionales a las nuevas prácticas de prevención. Por lo que es necesario continuar analizando la sostenibilidad de este proceso de implantación a lo largo de los años para lograr consolidar en toda la institución trabajar con guías de práctica clínica que reduzcan la variabilidad asistencial.

Limitaciones: Al no disponer de datos basales previos a la implantación de la guía resulta más difícil valorar el impacto real de las medidas adoptadas con respecto a la situación anterior. A pesar de haber conseguido una reducción significativa en la prevalencia de UPP y un alto nivel de cumplimiento de determinadas recomendaciones, es necesario seguir afianzando las que aún no están consolidadas, como es el caso de la revaloración del riesgo. Otra limitación a tener en cuenta es el hecho de que este estudio analiza un tipo de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, como son las úlceras por presión, y deja fuera otros tipos de lesiones, por lo que no estamos describiendo la realidad global de la situación actual del hospital.

Conclusión: Existen diferencias en el grado de adherencia de los profesionales a las recomendaciones en función del tipo de unidad donde se aplican. Existen entornos favorecedores, como unidades médicas y UCI, que reflejan un mayor nivel de valoración del riesgo, de utilización de superficies de gestión de la presión y mayor efectividad en la disminución de la prevalencia de UPP.

Recomendaciones para futuras investigaciones: Para una posterior investigación se hace necesario analizar las barreras que han podido limitar el uso de las recomendaciones por parte de las enfermeras de las unidades quirúrgicas, para poder indagar en aquellos aspectos individuales de las propias enfermeras relacionados con los conocimientos y las actitudes de éstas. Así como explorar el clima laboral dónde se circunscribe la implantación, ya que un clima laboral negativo puede suponer una amenaza para conseguir cambios en la práctica de cuidados de la unidad.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del programa de implantación de *Guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*[®]. Los autores expresan su agradecimiento al Grupo de este programa, así como a todos los profesionales, impulsores y colaboradores en la implantación de la guía de la RNAO “*Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión*” del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lang ES, Wyer PC y Haynes RB. Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. *Annals of emergency medicine*. 2007; 49:355–63. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.08.022>
2. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z *et al*. Redeveloping the JBI Model of Evidence Based Healthcare. *Int J Evid Base Healthc*.2018; 16:227–41. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000139>
3. Grol R, Wensing M, Eccles M *et al*. *Improving Patient Care: The implementation of Change in Clinical Practice*. 2^a ed. Elsevier; 2013.392 p. ISBN: 978-1-118-52597-5.
4. Morris ZS, Wooding S y Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2011; 104:510–20. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
5. Lockwood C, Porritt K, McArthur A *et al*. An introduction to evidence implementation. In: Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editores). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. JBI. 2019. [consultado el 14/12/2020]. Disponible en: <https://implementationhandbook.joannabriggs.org>
6. Straus S, Tetroe J, Graham ID *et al*. Monitoring and evaluating knowledge. En: Straus S, Tetroe J, Graham ID, editores. *Knowledge translation in health care*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2009:151-159.
7. Graham ID, Logan J, Harrison MB *et al*. Lost in knowledge translation: time for a map?. *The Journal of continuing education in the health professions*. 2006; 26:13–24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
8. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN *et al*. Knowledge translation of research findings. *Implement sci*.2012;7:50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
9. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines*. 2^a ed. 2012.[Consultado 2/11/2020]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf].
10. González-María E, Moreno-Casbas MT, Albornos-Muñoz L *et al*. Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados[®]. *Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados[®]*. *Enferm Clin*. 2020;30:136-144.
11. Grupo de trabajo sobre GPC. *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2016 [Consultado 30/11/2020].

- Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/
12. Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. 2011. [Consultado 15/11/20]. Disponible en: http://rno.ca/sites/rno-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf
 13. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra JE *et al.* Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014 [Consultado 12/11/2020]; 25:162-170.
 14. Soldevilla J, Torra JE, Posnett J *et al.* The burden of pressure ulcers in Spain. *Wounds*. 2007; 7:201-206.
 15. Gorecki C, Nixon J, Madill A *et al.* What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. *J Tissue Viability*. 2012;21:3-12. doi: 10.1016/j.jtv.2011.11.001
 16. Sinn CL, Tran J, Pauley T *et al.* Predicting adverse outcomes after discharge from complex continuing care hospital settings to the community. *Prof Case Manag*. 2016;21:127-E4. doi: 10.1097/NCM.0000000000000148
 17. Jiang Q, Li X, Qu X *et al.* The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. *Int J Clin Exp Pathol*. 2014;7:2587-2594.
 18. García-Molina P, Balaguer-López E, García-Fernández FP *et al.* Pressure ulcers' incidence, preventive measures, and risk factors in neonatal intensive care and intermediate care units. *Int Wound J*. 2018;15:571-9. doi: 10.1111/iwj.12900
 19. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C *et al.* Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*. 2019 [Consultado 12/11/2020]; 30:76-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200076&lng=es
 20. Tayyib N, Coyer F. Effectiveness of pressure ulcer prevention strategies for adult patients in intensive care units: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13:432-44. doi: 10.1111/wvn.12177
 21. Bredesen IM, Bjørø K, Gunningberg L *et al.* The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:149-56. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005
 22. Sving E, Högman M, Mamhidir AG *et al.* Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a multi-faceted unit-tailored intervention in a hospital setting. *Int Wound J*. 2016;13:645-54. doi: 10.1111/iwj.12337
 23. Van Gaal BG, Schoonhoven L, Mintjes-de Groot JA *et al.* Concurrent incidence of adverse events in hospitals and nursing homes. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46:187-98. doi: 10.1111/jnu.12063
 24. Fulbrook P, Anderson A. Pressure injury risk assessment in intensive care: comparison of inter-rater reliability of the COMHON (Conscious level, Mobility, Haemodynamics, Oxygenation, Nutrition) Index with three scales. *J Adv Nurs*. 2016; 72:680-92. doi: 10.1111/jan.12825
 25. Leal-Felipe MLÁ, Arroyo-López MDC, Robayna-Delgado MDC *et al.* Predictive ability of the EVARUCI scale and COMHON index for pressure injury risk in critically ill patients: A diagnostic accuracy study. *Aust Crit Care*. 2018;31:355-61. doi: 10.1016/j.aucc.2017.11.003
 26. National Pressure Ulcer Advisory Panel. NPUAP Pressure Injury Stages. 2016. Disponible en: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
 27. Lorente-Granados MG, Quiñoz-Gallardo MD, Teixiné-Martin A *et al.* Implantación de la Guía de buenas prácticas en prevención de lesiones por presión: desarrollo, resultados y sostenibilidad. *Enferm Clin*. 2020; 30:198-211. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.04.001>

28. Moya-Suárez AB, Canca-Sánchez JC, Enríquez de Luna-Rodríguez M *et al*. Factors associated with variability in the prevention of pressure ulcers. *J Tissue Viability*. 2018; 27:211-16. doi: 10.1016/j.jtv.2018.10.006
29. Gunningberg L, Stotts NA, Idvall E. Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *Int Wound J*. 2011; 8:465-73. doi: 10.1111/j.1742-481X.2011.00818.x
30. Chaboyer W, Bucknall T, Gillespie B *et al*. Adherence to evidence-based pressure injury prevention guidelines in routine clinical practice: a longitudinal study. *Int Wound J*. 2017;14:1290-8. doi: 10.1111/iwj.12798
31. Latimer S, Chaboyer W, Gillespie B. Pressure injury prevention strategies in acute medical inpatients: an observational study. *Contemp Nurse*. 2016;52:326-40. doi: 10.1080/10376178.2016.1190657
32. Moore ZE, Patton D. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 31; 1:CD006471. doi: 10.1002/14651858.CD006471.pub4. PMID: 30702158; PMCID: PMC6354222
33. Mallah Z, Nassar N, Kurdahi Badr L. The effectiveness of a pressure ulcer intervention program on the prevalence of hospital acquired pressure ulcers: controlled before and after study. *Appl Nurs Res*. 2015; 28:106-13. doi: 10.1016/j.apnr.2014.07.001
34. Gadd MM, Morris SM. Use of the Braden Scale for pressure ulcer risk assessment in a community hospital setting: the role of total score and individual subscale scores in triggering preventive interventions. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41:535-8. doi: 10.1097/WON.0000000000000066
35. Stephen-Haynes J. Implementing the NICE pressure ulcer guideline. *Br J Community Nurs*. 2006; 11:S16-S18. doi: 10.12968/bjcn.2006.11.Sup4.21768
36. Smith SK, Ashby SE, Thomas L *et al*. Evaluation of a multifactorial approach to reduce the prevalence of pressure injuries in regional Australian acute inpatient care settings. *Int Wound J*. 2018; 15:95-105. doi: 10.1111/iwj.12840
37. Barker AL, Kamar J, Tyndall TJ *et al*. Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *Int Wound J*. 2013; 10:313-20. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.00979
38. Soban LM, Hempel S, Munjas BA *et al*. Preventing pressure ulcers in hospitals: A systematic review of nurse-focused quality improvement interventions. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011; 37:245-52. doi: 10.1016/s1553-7250(11)37032-8
39. Beekman D, Clays E, Van Hecke A *et al*. A multi-faceted tailored strategy to implement an electronic clinical decisions support system for pressure ulcer prevention in nursing homes: a two-armed randomized controlled trial. *Int J Nurse Stud*. 2013; 50: 475–486.