

# Pases de visita enfermera para mejorar los indicadores de calidad de las úlceras por presión adquiridas en el hospital

Kristen Fisher, BSN, RN; Amanda Grosh, BS, RN, y Vanessa Felty, MSN, RN

## Resumen

Las organizaciones sanitarias tienen el reto de evaluar la prestación de cuidados y diseñar modelos de cuidados de enfermería innovadores. Este estudio retrospectivo demuestra que la implementación de pases de visita enfermera (también denominados “rondas”), un método de vigilancia de pacientes, centrado en los indicadores de calidad, que incluye a la enfermera responsable del paciente y a una enfermera que actúa como facilitadora (enfermera que asume el rol de liderazgo), mejora los resultados de forma efectiva.

El estudio aborda concretamente el riesgo y la prevención de las úlceras por presión adquiridas en el hospital (UPPAH). Los datos demuestran que, con la evaluación diaria de los cuidados, las enfermeras implementan de forma más consistente una gran variedad de intervenciones preventivas en tiempo y forma. Los pases de visita enfermera diarios son un método innovador para cubrir de forma adecuada las demandas de calidad que son responsabilidad de las enfermeras.

## Introducción

Los sistemas sanitarios deben demostrar sus resultados de calidad en la atención centrada en el paciente, cada vez más. Las organizaciones deben evaluar los sistemas de prestación de cuidados y diseñar modelos de cuidados que aporten innovación a la práctica enfermera.

Los pases de visita enfermera diarios son un método de vigilancia de los enfermos que cuenta con la enfermera responsable de cada paciente y una enfermera en el rol de liderazgo, que recibe el nombre de facilitadora. Esta se centra en los indicadores de calidad, específicamente en el riesgo y la prevención de las úlceras por presión adquiridas en el hospital (UPPAH). Los pases de visita enfermera permiten un diálogo centrado en la determinación del nivel de riesgo y las intervenciones más apropiadas para cada paciente. Los datos de este estudio demuestran que con la evaluación diaria de los cuidados, las enfermeras proporcionan intervenciones mejores y más proactivas en el cuidado de la piel.

## Búsqueda bibliográfica

En 2016, el *National Pressure Ulcer Advisory Panel* definió la lesión por presión como un área de “daño tisular localizado en la piel y los tejidos blandos subyacentes, generalmente alrededor de prominencias óseas o relacionado con un dispositivo médico o de otro tipo”<sup>1</sup>.

El área de lesión puede presentarse en forma de piel intacta o de úlcera abierta y puede ser dolorosa. La lesión es consecuencia de la exposición mantenida a la presión o de la combinación de presión y fricción<sup>1</sup>. Las zonas más habituales de lesiones por presión son el sacro, los trocánteres, las tuberosidades isquiales, los talones, los tobillos y las escápulas. Según la escala más empleada para la valoración del riesgo, el instrumento *Braden Scales for predicting pressure ulcers* (o escala Braden), los principales factores contribuyentes al desarrollo de lesiones por presión son el déficit nutricional, la inmovilidad, la humedad, la disminución de la percepción sensorial y de la actividad, la fricción y la cizalla<sup>2</sup>. Los pacientes con una puntuación

igual o inferior a 18 en la escala Braden tienen mayor riesgo de desarrollo de lesiones por presión. Una alternativa a la escala de Braden es el instrumento de medida de Norton, que tiene en cuenta 5 dominios relevantes en relación con las alteraciones cutáneas: estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Ambas escalas utilizan un sistema de puntuación del 1 al 4 para establecer la medida. Los pacientes con puntuación inferior tienen mayor riesgo de UPPAH.

A pesar de la creciente concienciación sobre la importancia de las UPPAH, sigue siendo un problema relevante en los hospitales y una complicación grave para los pacientes. Las UPPAH aumentan la estancia media, la morbilidad, la mortalidad y el coste de los cuidados<sup>3</sup>. Debido a los cambios en el sistema sanitario, el pago a las organizaciones sanitarias se reduce en los casos en que los pacientes desarrollan UPPAH de grado III o IV. En los pacientes hospitalizados, el 3,6% del total y el 7,9% de los que tienen riesgo desarrollan una UPPAH<sup>4</sup>. Anualmente, 62 000 enfermos mueren por UPPAH<sup>5</sup>.

Las enfermeras son la primera línea de defensa en la prevención de las UPPAH. Ellas deben ser capaces de identificar los factores de riesgo de cada paciente e intervenir de forma adecuada. A pesar de las recomendaciones internacionales y nacionales basadas en la evidencia y del desarrollo y evaluación de indicadores centrados en las UPPAH durante más de 15 años, la incidencia de UPPAH sigue siendo elevada<sup>6</sup>.

Según los estudios de investigación, los métodos más habituales en la prevención de las UPPAH son la identificación de los pacientes en riesgo mediante el uso de las escalas de valoración Braden o Norton y la implementación de intervenciones tales como el reposicionamiento frecuente, el uso de apósitos de espuma y dispositivos de reducción de la presión, la aplicación de intervenciones de reducción de la humedad, la optimización del estado nutricional y el mantenimiento de una adecuada hidratación. Las intervenciones más específicas se reservan para aquellos pacientes con puntuaciones subóptimas en las subescalas del instrumento de valoración del riesgo. Según el protocolo de prevención y cuidados cutáneos de nuestro centro, una puntuación subóptima en una subescala es equivalente a una puntuación igual o inferior a 3 en cualquiera de las 6 categorías evaluadas en la escala de Braden. Los obstáculos a la prevención de las UPPAH incluyen principalmente las elevadas cargas de trabajo y la insuficiente colaboración entre los miembros del equipo. Además, los indicadores asistenciales, otros problemas adquiridos en el hospital, la tendencia a los eventos cero, los objetivos de seguridad *National Patient Safety Goal* y las encuestas de evaluación hospitalaria de las asociaciones de consumidores se suman a la complejidad y aportan nuevos retos de liderazgo<sup>7</sup>.

Aunque nuestro centro ha implementado todas las intervenciones mencionadas para contribuir a prevenir las UPPAH, la tasa global no ha mejorado a nivel de unidad. La tasa global de UPPAH en el año fiscal de 2010 era de 2,94 por 1000 días de paciente.

En octubre de 2012, la unidad de telemetría cardíaca, de 24 camas, puso en marcha un nuevo método de prevención de las UPPAH. El equipo pensó que la introducción de nuevas actitudes hacia este problema y el aumento de los conocimientos y de la concienciación sobre los indicadores de calidad mediante la puesta en marcha de los pases de visita enfermera podían mejorar las intervenciones de prevención de UPPAH y las tasas de úlceras. Los estudios demuestran que

cuando las enfermeras se responsabilizan de temas de la práctica y tienen el apoyo del liderazgo, tienen más probabilidades de conseguir sus objetivos<sup>5</sup>.

Previamente, el rol de facilitadora estaba solo orientado al proceso del paciente, lo que implicaba específicamente asegurar el ingreso y el alta del paciente en tiempo y forma para mantener un correcto flujo en el servicio de urgencias. Sin embargo, la enfermera gestora y la enfermera clínica de lesiones cutáneas consideraban que además de en el proceso ingreso-alta, para que los cuidados de enfermería tuvieran impacto en los resultados de calidad se requería atención diaria. El rol y las responsabilidades de la facilitadora debían rediseñarse para centrarlos en los resultados de calidad en el marco del proceso.

En el rediseño de este rol, la facilitadora trabaja en la unidad sin tener asignación de pacientes, lo que le permite el tiempo necesario para dar soporte a las enfermeras y controlar los indicadores de calidad al tiempo que gestiona el flujo de pacientes y profesionales. Mediante una convocatoria y un proceso de entrevista, se seleccionaron 5 enfermeras como facilitadoras de la unidad. Su formación se centró en aspectos de liderazgo, métrica de calidad, proceso de pase de visita enfermero y las expectativas de su rol como facilitadoras.

Para identificar los pacientes con riesgo de desarrollar UPPAH, las enfermeras debían evaluar en cada turno el riesgo de UPPAH de los pacientes empleando la escala Braden.

Después del rediseño del rol de facilitadora, el siguiente paso fue reforzar la formación en el uso de la escala Braden a todas las enfermeras de la unidad, incluyendo elementos de pensamiento crítico, para garantizar la precisión de las puntuaciones de cada paciente. Así mismo se les formó en el proceso y las expectativas sobre los pases de visita enfermera.

Después de esta formación, se pusieron en marcha los pases de visita diarios en octubre de 2012. Para preparar estas rondas, se ejecutaba un informe a través de la historia clínica electrónica (HCE) que detallaba las puntuaciones de la

escala Braden de todos los pacientes de la unidad. La facilitadora emplea este informe para identificar la población de riesgo de la unidad: aquellos pacientes con puntuaciones en la escala Braden igual o inferior a 18. La facilitadora revisa las categorías de la escala Braden (percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento) para identificar los riesgos específicos de cada enfermo. La facilitadora y la gestora de la unidad se reúnen con cada enfermera de forma individual para comentar la puntuación total de la escala Braden de cada paciente y el riesgo de UPPAH. Se presta especial atención a las subescalas para destacar el estado general del paciente y sus comorbilidades, cualquier úlcera preexistente y las intervenciones necesarias, así como identificar cualquier intervención adicional que se precise.

Por ejemplo, las intervenciones para un paciente al que se le ha asignado una puntuación de 3 (ocasionalmente húmedo) en la categoría de humedad de la escala Braden serían distintas del que tiene una puntuación de 1 (constantemente húmedo). El paciente con una puntuación de 1 puede presentar incontinencia urinaria o fecal que requiere cambios frecuentes de la ropa de la cama y el uso de productos específicos de control de la humedad. El paciente con una puntuación de 3 puede requerir, en cambio, solo el cambio de ropa de la cama una vez al día.

Para capturar toda la información del paciente, se diseñó una plantilla para el registro de las intervenciones, según el resultado de cada una de las subescalas. La información adicional que se recoge en el pase de visita enfermera también se registra en esta plantilla. Puesto que los pases de visita enfermera se realizan en cada turno, la plantilla se traspa a la facilitadora del siguiente turno.

### **Población de estudio**

Los participantes en este estudio fueron seleccionados en función de la puntuación de la escala Braden registrada en la HCE.

Se incluyeron pacientes ingresados desde octubre de 2011 a octubre de 2013, cuya

## Glosario de términos de investigación

Análisis bivariado	Que tiene o tiene que ver con dos variables <sup>8</sup>
Prueba de la $\chi^2$	Esta prueba estadística se emplea para determinar si existen diferencias entre dos o más variables categóricas (p. ej., hombre y mujer, o bien categorías de nivel de formación o de edad) <sup>9</sup> .
Intervalo de confianza (IC)	Rango estimado de valores en los que es probable que se halle el valor real.
Modelo de regresión de Cox (o regresión proporcional de riesgos)	Permite el análisis de efecto de diversos factores de riesgo en la supervivencia. La probabilidad del <i>end point</i> (muerte o cualquier evento de interés, como una recidiva de la enfermedad) se denomina <i>hazard</i> o riesgo <sup>10</sup> .
Escala de comorbilidad de Elixhauser	Es un método para evaluar la comorbilidad basado en los diagnósticos codificados según la CIE-9 y la CIE-10, de los conjuntos mínimos básicos de datos (CMBD) <sup>11</sup> .
Homogeneidad	En estadística, este término se emplea con frecuencia, pero normalmente se usa en relación con las muestras de distintas poblaciones que pueden ser idénticas o no. Si las poblaciones son idénticas, se dice que son homogéneas <sup>12</sup> .
Curva de Kaplan-Meier	Se utiliza para analizar distintos tiempos de supervivencia (tiempo hasta el evento). El tiempo de "supervivencia" no se relaciona necesariamente con la supervivencia a la muerte, sino con cualquier evento; el "evento" puede ser cualquier variable de interés <sup>13</sup> .
N	Tamaño de la muestra <sup>14</sup> .
P	La probabilidad de que una diferencia en un resultado se relacione con la intervención de estudio no significa oportunidad <sup>9</sup> . Si <i>p</i> es $\leq 0,05$ , es más probable que la diferencia en los resultados esté relacionada con la intervención que se está probando en lugar de con un resultado obtenido por casualidad <sup>9</sup> .
Modelo logístico con efecto aleatorio	Empleado para modelar variables de resultado binarias, en el que el logaritmo de <i>odds</i> (probabilidades) de los resultados se modelan en una combinación lineal de las variables predictivas al agrupar los datos o se hallan tanto efectos fijos como aleatorios <sup>15</sup> . Este modelo estadístico también puede usarse con grandes cantidades de datos, cuando un sujeto puede tener varias tomas de medidas de una variable. El error aleatorio (o sesgo) puede producirse porque se desconozcan o no se consideren algunas características del sujeto. El error fijo puede producirse debido a factores escogidos por el investigador, como la edad, el sexo o las comorbilidades.
Estudio retrospectivo	Estudios que obtienen los datos de casos o eventos históricos, esencialmente empleando lo que ha ocurrido en el pasado para explicar fenómenos presentes o futuros <sup>16</sup> .
t-test	Prueba estadística empleada para establecer las diferencias entre dos grupos cuando la variable dependiente (p. ej., tiempo o frecuencia) es continua <sup>9</sup> .

hospitalización transcurrió por completo en la unidad de telemetría y cuyo registro de la escala Braden fue de 18 o inferior durante al menos dos turnos. El turno se definió con periodos de 8 horas.

Se excluyeron los pacientes que:

- se encontraran en observación,
- con una estancia media de 24 horas,
- que fallecieron en la unidad.

Todos los pacientes que cumplían criterios de inclusión desde octubre de 2011 a octubre de 2013 fueron incluidos en el estudio. Puesto que se trataba de un estudio retrospectivo, todos los sujetos que cumplían criterios (N = 3604) fueron incluidos, sin considerar el tamaño de la muestra u otras asunciones del tamaño muestral. Los intervalos de confianza para estimar los resultados en el periodo pre y postintervención fueron ajustados basándose en la muestra de cada periodo de estudio.

### Diseño

Se trata de un estudio retrospectivo sobre las intervenciones preventivas de cuidados de la piel en pacientes con riesgo de UPPAH, riesgo definido como una puntuación de 18 o inferior, en el periodo comprendido entre octubre de 2011 y octubre de 2013. Se emplearon datos extraídos de la HCE, incluyendo los datos demográficos básicos, las puntuaciones de la escala Braden y sus subescalas y acerca de las intervenciones de cuidados preventivos. Los datos de octubre de 2011 a octubre de 2012 (antes de la implementación de los pases de visita enfermera) se compararon con los del periodo de noviembre de 2012 a octubre de 2013 (postimplementación).

### Preguntas de investigación

1. ¿Aumentan los pases de visita enfermera diarios la frecuencia de intervenciones preventivas de cuidados de la piel registradas en la HCE de los pacientes con riesgo de UPPAH?
2. ¿Promueven los pases de visita enfermera las intervenciones específicas relacionadas con las puntuaciones de las subescalas, facilitando unos cuidados cutáneos centrados en el paciente?
3. ¿Favorecen los pases de visita enfermera una reducción del número de UPPAH?

## Análisis estadístico

Se realizaron análisis bivariantes para evaluar la homogeneidad de los periodos pre y postimplementación en todas las variables demográficas, y para el análisis de las variables de la escala Braden se emplearon la prueba de la  $\chi^2$  y el test *t*. Se calculó el resultado de la escala Elixhauser de comorbilidad, basada en las puntuaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 y CIE 10, para cada paciente, como herramienta para el ajuste por comorbilidad. Puesto que los datos fueron recogidos en múltiples ocasiones para cada paciente, se empleó un modelo logístico con efectos aleatorios ajustado por edad, sexo y comorbilidad, con el fin de compensar cualquier error contenido en los datos. Este modelo también se empleó para evaluar la variable de aumento de la frecuencia antes y después de la intervención, en los casos de escala de Braden igual o inferior a 18. Se empleó un modelo de regresión de Cox ajustado por edad, sexo y comorbilidad, con error ajustado estándar para las medidas repetidas durante el ingreso, con el fin de evaluar el resultado del tiempo hasta la intervención enfermera en los casos en que se observó una puntuación de la escala Braden igual o inferior a 18 en el periodo pre y postintervención. Para evidenciar las

diferencias del tiempo hasta la intervención entre los dos periodos, se empleó la curva de Kaplan-Meier con intervalos de confianza para el número de horas desde el diagnóstico del riesgo hasta la intervención.

En relación con las subescalas de la escala Braden, los investigadores evaluaron si la intervención se ajustaba a la puntuación de la subescala con un modelo logístico de efecto aleatorio ajustado por edad, sexo y comorbilidad, considerando las medidas repetidas durante el ingreso. Los valores de *p* inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos y el análisis de los datos se realizó empleando el *software* estadístico Stata v13 (Stata Corporation, College Station, TX).

## Resultados

Este estudio retrospectivo evaluó a 1 733 pacientes con 11 646 valoraciones de riesgo mediante la escala Braden en el grupo preintervención y 1 871 enfermos con 16 152 valoraciones de riesgo en el grupo postintervención. El riesgo de los pacientes en el grupo postintervención fue identificado con mayor precisión, después de la formación sobre la escala Braden y la puesta en marcha de los pases de visita enfermera. En el periodo preintervención, el 36,5% de los pacientes fueron identificados

con el riesgo, comparado con un 47,8% de pacientes en el periodo postintervención (regresión logística  $\chi^2(4) = 705,18$ ,  $p < 0,001$ , *odds ratio* (OR) = 3,25, intervalo de confianza [IC] al 95% = 2,51-4,20). (Véase el cuadro *Resultados de la escala Braden en cada fase*).

Durante los pases de visita enfermera se fomentó el pensamiento crítico y la responsabilidad. Por ejemplo, si la puntuación de la escala Braden no reflejaba fielmente el riesgo del paciente en función de sus antecedentes, diagnóstico al ingreso o motivo de hospitalización, ello se incorporaba en la discusión durante el pase de visita enfermero. Se solicitaba a la enfermera responsable que explicara su razonamiento sobre la puntuación y se realizaba formación *in situ* para garantizar la obtención de un resultado de la escala Braden preciso.

Por ejemplo, al evaluar la categoría percepción-sensorial, si la enfermera responsable no consideraba los cambios microvasculares que se producen en el paciente diabético, se le orientaba en este sentido para identificar la relevancia de este aspecto en ese paciente. Si no se realizaba una intervención, como por ejemplo la aplicación de crema barrera, en un paciente con incontinencia urinaria, se le sugería y se llevaba a cabo.

## Resultados de la escala Braden en cada fase

	Todas	Preintervención (1/10/11 – 30/9/12)	Postintervención (1/10/12 – 31/10/13)	Valor <i>p</i>
N	27 798	11 646	16 152	
Puntuaciones de la escala Braden	18,4 (3,1)	19,0 (2,9)	18,0 (3,1)	<0,001
Puntuación ≤ 18	43,1%	36,5%	47,8%	<0,001
Puntuación ≤ 18 e intervención	83,1%	63,0%	94,2%	<0,001
Puntuación > 18 e intervención	39,1%	19,6%	56,1%	<0,001
Tiempo hasta la primera intervención*	1,5 (3,8)	2,9 (5,5)	1,0 (2,9)	<0,001
Puntuación ≤ 18; tiempo hasta primera intervención*	1,0 (3,0)	2,2 (4,7)	0,6 (1,8)	<0,001
Puntuación > 18; tiempo hasta primera intervención*	2,3 (4,8)	4,2 (6,5)	1,7 (4,0)	<0,001
Fisioterapia (FT), terapia ocupacional (TO), soporte nutricional (SN)	4,2%	10,6%	1,9%	
Cuidados de enfermería (CE)	95,7%	89,4%	98,0%	
Ambos CE y FT, TO o SN	0,1%	<0,1%	0,1%	
Puntuación ≤ 18; número de intervenciones pre/post	3,8 (3,6)	1,6 (2,2)	5,0 (3,7)	<0,001
Tiempo entre valoración (horas)	14,9 (8,7)	17,7 (9,0)	12,9 (7,9)	< 0,001

\*Horas después de la valoración.

Para responder a la primera pregunta del estudio *¿Aumentan los pases de visita enfermera diarios la frecuencia de intervenciones preventivas de cuidados de la piel registradas en la HCE de los pacientes con riesgo de UPPAH?*, se revisaron casi 30 000 puntos de datos, focalizando en las puntuaciones de la escala Braden y sus subescalas, así como en las intervenciones. Los resultados de este estudio demostraron que con la implementación de los pases de visita enfermera diarios, cuando se identificaba que un paciente tenía riesgo, el tiempo hasta que la enfermera o el técnico en cuidados auxiliares (TCA) iniciaba las intervenciones preventivas disminuyó significativamente. En el periodo preintervención, 2,2 horas, mientras que en el periodo postintervención, el tiempo se redujo a 0,6 horas (RL regresión de Cox  $\chi^2(4) = 65,97$ ,  $p < 0,001$ , hazard ratio (HR) = 3,31, IC95% = 3,04-3,61).

El número de intervenciones registradas por paciente en la HCE también aumentó. En el periodo preintervención se registraron 1,6 intervenciones por paciente y turno, mientras que en el periodo postintervención se documentaron 5,0 intervenciones ( $p < 0,001$ ) por paciente y turno.

Estas intervenciones adicionales se referían a aspectos concretos de las subescalas de la escala Braden.

Para responder a la segunda pregunta de este estudio *¿Promueven los pases de visita enfermera las intervenciones específicas relacionadas con las puntuaciones de las subescalas, facilitando unos cuidados cutáneos centrados en el paciente?*, los datos sugieren que en el periodo postintervención, la respuesta o intervención de cuidados era más probable en los casos en que alguna de las categorías de la escala Braden desencadenaba una alerta (puntuación de 3 o inferior). En el periodo preintervención, las necesidades de actividades orientadas a fisioterapia, soporte nutricional, terapia ocupacional o de enfermería fueron <0,1% y 0,1% en el periodo postintervención ( $p < 0,001$ ). Las múltiples áreas de riesgo y sus intervenciones asociadas demostraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados entre ambos periodos. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes con

una alerta por humedad y una intervención de protección tisular fue del 31,5% en la fase preintervención y del 57% en la fase postintervención (regresión logística  $\chi^2(4) = 215,17$ ,  $p < 0,001$ , OR = 3,34, IC95% = 2,77-4,02).

Este estudio no pudo demostrar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la disminución global de UPPAH en la unidad. En el periodo preintervención, 11 o un 0,6% de pacientes desarrollaron UPPAH y en la fase postintervención, 8 o 0,4% de pacientes presentaron este problema.

### Discusión

Las enfermeras y las gestoras del primer nivel asistencial son clave en la puesta en marcha de medidas innovadoras orientadas a mejorar la métrica de la calidad.

Los resultados de este estudio demuestran que cuando los líderes se comprometen con las enfermeras a pie de cama, los esfuerzos preventivos frente al desarrollo de UPPAH son más robustos. Concretamente, las medidas de prevención centradas en el paciente realizadas en tiempo y forma adecuados y el número de intervenciones aumenta.

La valoración del riesgo del paciente es solo una parte de la prevención de las UPPAH; la implementación de intervenciones focalizadas en las necesidades específicas de cada paciente es imprescindible. Cuando las organizaciones se comprometen con la calidad y con la prevención de UPPAH diariamente, la responsabilidad y el compromiso de los profesionales aumenta.

Al inicio de este proyecto, las enfermeras asistenciales de la unidad se mostraron escépticas al respecto. Teníamos que avisarlas para que vinieran a hacer el pase de visita enfermera y precisaban acompañamiento y formación en el uso de la escala Braden para una adecuada valoración del riesgo, así como para elegir las intervenciones más adecuadas para la prevención de las UPPAH en cada caso. Al finalizar el estudio, los investigadores percibieron un cambio de cultura en este sentido. En lugar de solo realizar tareas, las enfermeras realizaban una valoración

crítica en cada turno, con un razonamiento intencionado sobre las mejores intervenciones preventivas a prestar. Al participar en los pases de visita enfermera, estaban mejor preparadas y con frecuencia disponían de más material a mano para los cuidados. Las enfermeras empezaron a pensar acerca de cómo protegían a sus pacientes en los traslados de la unidad de telemetría a otras unidades o áreas del hospital, como la unidad de hospitalización de cardiología. Así, las enfermeras de esta unidad se comprometieron con la prevención de las UPPAH durante todo el ingreso de los pacientes.

Para asegurar el éxito de este proceso, la “compra” de la idea por parte de todas las líderes enfermeras del centro fue vital. Sin el apoyo de las líderes, las enfermeras que participamos en este estudio no habríamos podido tener impacto en el cambio a pie de cama.

En el día a día, la enfermera facilitadora y la gestora deben estar comprometidas en el proceso y no deben permitir que otras responsabilidades o preocupaciones sobre las coberturas de personal interfieran en los pases de visita enfermera. Para cumplir con los indicadores de calidad, la prevención debería ser la piedra angular. Un equipo que no colabora entre sí solo obtendrá resultados parciales.

La implicación de los TCA es también esencial en el proceso. Muchas TCA son capaces de hacer observaciones sobre el estado de la piel del paciente y colaborar en la movilización y los cuidados de higiene. También reciben formación sobre la escala Braden y la valoración del riesgo de UPPAH, así como de las intervenciones que pueden realizar de forma autónoma. Puesto que los TCA en nuestra organización son responsables de registrar en la HCE, necesitan comprender todas las opciones y medidas preventivas disponibles. Juntos, enfermeras y TCA realizan y registran las intervenciones de cuidados cutáneos.

Los resultados de este estudio son prometedores ya que la evidencia que explora y explica métodos liderados por enfermeras para prevenir las UPPAH es limitada. Los investigadores creen que este estudio puede inspirar

a otras organizaciones a aumentar la responsabilidad y el pensamiento crítico, y más importante aún, cumplir con los indicadores de calidad.

Aunque los resultados de este estudio se centran en la prevención de las UPPAH, la unidad también emplea este método para la prevención de caídas, de infecciones asociadas a catéter venoso, infecciones por sonda vesical y educación sanitaria para el cumplimiento de la vacunación y satisfacción del paciente.

La unidad continúa realizando pases de visita enfermera diariamente, y otras unidades de nuestro centro han adoptado este método, basándose en los resultados obtenidos. Los investigadores recomiendan replicar el estudio en múltiples unidades y completar pases de visita enfermera diarios para identificar su impacto en la disminución de las UPPAH.

### Limitaciones

Puesto que este estudio fue realizado en una sola unidad, sus resultados pueden no ser generalizables.

La muestra del estudio incluyó a toda la población de la unidad de telemetría cardíaca; aunque se excluyó a los pacientes que fueron ingresados en la unidad y posteriormente trasladados a otra unidad. Los resultados no demuestran que se produzca una reducción significativa de la tasa de UPPAH con la intervención realizada. Sin embargo, este proyecto se consideró un éxito: después del estudio, la tasa de UPPAH de esta unidad se situó en un 0,00 por 1000 días de paciente en el año fiscal 2014.

### Conclusiones

La puesta en marcha de pases de visita enfermera en la unidad de telemetría cardíaca para conseguir un cambio cultural con impacto en los indicadores de calidad, concretamente los relacionados con los cuidados de la piel y la prevención de UPPAH, se demostró eficaz en este ámbito. El número de intervenciones de cuidados cutáneos aumentó, se redujo el tiempo desde la identificación del riesgo hasta la implementación de las medidas preventivas y las intervenciones dirigidas a cada subescala del riesgo se plantearon

de forma más precisa. Estos resultados aún apoyan más la expansión de los pases de visita enfermera a otras unidades de hospitalización. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. In: Emily Haesler, ed. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Osborne Park, Australia: Cambridge Media; 2014.
2. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987;36(4):205-210.
3. Duygulu S, Kublay G. Transformational leadership training programme for charge nurses. *J Adv Nurs*. 2011;67(3):633-642.
4. Bergquist-Beringer S, Dong L, He J, Dunton N. Pressure ulcers and prevention among acute care hospitals in the United States. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013;39(9):404-414.
5. Sullivan N, Schoelles KM. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 2):410-416.
6. Sving E, Gunningberg L, Högman M, Mamhidir AG. Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. *J Clin Nurs*. 2012;21(9-10):1293-1303.
7. Eggenberger T. Exploring the charge nurse role: holding the frontline. *J Nurs Adm*. 2012;42(11):502-506.
8. Stark PB. University of California, Berkeley, Department of Statistics. Glossary of statistical terms. 2016. [www.stat.berkeley.edu/~stark/SticiGui/Text/gloss.htm](http://www.stat.berkeley.edu/~stark/SticiGui/Text/gloss.htm)
9. Dumont C, Meisinger S, Whitacre MJ, Corbin G. Nursing2012. Horizontal violence survey report. *Nursing*. 2012;42(1):47.
10. Bradburn MJ, Clark TG, Altman DG. Survival analysis part II: multivariate data analysis—an introduction to concepts and methods. *Br J Cancer*. 2003;89(3):431-436.
11. Elixhauser A, Steiner C, Harris RD, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care*. 1998;36(1):8-27.
12. Dictionary of Statistical Terms. 5th ed. 2004. <http://statrek.com/statistics/dictionary.aspx?definition=Homogeneous>
13. Rich JT, Neely JG, Paniello RC, Voelker CC, Nussenbaum B, Wang EW. A Practical guide to understanding Kaplan-Meier curves. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;143(3):331-336.
14. Dumont C, Tagnesi K. Nursing image: what research tells us about patients' opinions. *Nursing*. 2011;41(1):9-11.
15. Agresti A. *Categorical Data Analysis*. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley and Sons; 2013.
16. Stephens CR. Camp health center usage at a Scout jamboree. *Nursing*. 2012;42(11):17-22.

En Lancaster, Pennsylvania. Kristen Fisher y Amanda Grosh son enfermeras asistenciales en el Lancaster General Hospital, y Vanessa Felty es coordinadora de mejora de la calidad en Affilia Home Health.

La sección *Rincón de la investigación* está coordinada por Rith A Mooney, PhD, MN, RN-BC, anterior facilitadora de investigación en el Christiana Care Health System en Newark, Delaware.

El contenido de este artículo ha recibido la autorización del comité institucional correspondiente y del comité de dirección para su publicación.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.

