



Medicina UPB

ISSN: 0120-4874

revista.medicina@upb.edu.co

Universidad Pontificia Bolivariana

Colombia

Restrepo Medrano, Juan Carlos; Escobar, Carmen Liliana; Cadavid, Lina María; Muñoz, Verónica
Andrea

Propuesta de atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de
enfermería (PAE)

Medicina UPB, vol. 32, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 68-78

Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159029099008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Propuesta de atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de enfermería (PAE)

Proposal for Care for Patients with Pressure Ulcers Using the Nursing Process / Proposta de atendimento ao paciente com úlceras por pressão (UPP) através do processo de atendimento de enfermagem (PAE)

Juan Carlos Restrepo Medrano¹, Carmen Liliana Escobar², Lina María Cadavid³, Verónica Andrea Muñoz³

Fecha de recibido:

18 de julio de 2012

Fecha de aprobación:

26 de febrero de 2013

RESUMEN

En el contexto actual el proceso de atención de enfermería (PAE) es considerado por la comunidad científica de Enfermería como el método de cuidado de los profesionales de enfermería, en el que se articulan los cuidados brindados por los profesionales; es, además, una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería que promuevan los cuidados humanísticos centrados en unos resultados eficaces que llevan a mejorar el bienestar del paciente. Las úlceras por presión (UPP), son un tema del que se ha investigado ampliamente a lo largo del tiempo y muchos de sus procesos no están del todo claros, aun se observan dificultades en el manejo por parte del personal de enfermería como directa responsable de su cuidado, tal vez por el desconocimiento de su etiología, clasificación y opciones de tratamiento y por no tener un método sistematizado para su manejo. En el presente texto se hace una revisión del tema y se propone utilizar el PAE para individualizar los cuidados a la persona con UPP con base en sus necesidades y una mejor calidad de vida para el paciente y su familia e, indirectamente, a la mejora del cuidado de enfermería.

Palabras clave: úlcera por presión; atención de enfermería; úlcera por presión.

ABSTRACT

In today's context, the nursing scientific community considers the nursing process to be the care method to be used by professional nurses, which integrates all care given by professionals. It is also a dynamic and systematic way of providing nursing care to promote humanistic care and focusing on effective results ultimately leading to patient well-being. Although pressure ulcers (PU) are a topic that has been studied extensively over time, many processes are still not entirely clear. Even today, it can be observed that nurses, who are directly responsible for these patients' care, still have difficulty in handling such cases. This may be due to ignorance of the etiology, classification, and treatment options, as well as not having a systematic method of handling this disease. In this article, we review the issue and recommend the use of the nursing process to individualize care for patients with PU based on their needs with the objectives of offering patients and their families a better quality of life and, indirectly, improving nursing care.

Keywords: pressure ulcer ; nursing care; pressure ulcer.

1. Enfermero, Especialista en Gerencia en Economía y finanzas de la salud, PhD en Salud Pública. Profesor Facultad de Enfermería Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia
2. Enfermera, Especialista en Rehabilitación, Magíster en enfermería, profesora, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia
3. Estudiante séptimo semestre del programa de Enfermería Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Dirección de

correspondencia: Juan Carlos Restrepo Medrano. Correo electrónico: juance@tone.udea.edu.co

RESUMO

No contexto atual o processo de atendimento de enfermagem (PAE) é considerado pela comunidade científica de enfermagem o método de cuidado dos profissionais de enfermagem, no qual se articulam todos os cuidados brindados pelos profissionais; é ademais, uma forma dinâmica e sistematizada de brindar cuidados de enfermagem promovendo os cuidados humanísticos e centrando-se nuns resultados eficazes que levam em definitiva a melhorar o bem-estar do paciente. As úlceras por pressão (UPP), são um tema do qual se pesquisou amplamente ao longo do tempo e muitos de seus processos não estão do tudo claros, ainda na atualidade se observam dificuldades no manejo por parte do pessoal de enfermagem como direta responsável de seu cuidado, isto devido talvez ao desconhecimento de sua etiologia, classificação e opções de tratamento e por não ter um método sistematizado para seu manejo. No presente texto se faz uma revisão do tema e se propõe utilizar o PAE para individualizar os cuidados à pessoa com UPP com base em suas necessidades que procura uma melhor qualidade de vida para o paciente e sua família e indiretamente à melhora do cuidado da enfermagem.

Palavras chave: úlcera por pressão; cuidados de enfermagem; úlcera por pressão.

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas, dentro de las que se incluyen las úlceras por presión (UPP), son un problema de salud no solo individual sino colectivo, como consecuencia de las diversas implicaciones que trae para el individuo, para la familia y cuidadores¹ y para el sistema de salud.

Lo anterior trae consigo un aumento de los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios que diariamente presentan alta demanda de pacientes con estas patologías, lo que se traduce en elevados gastos de elementos de curación^{2,3}, aumento de la estancia hospitalaria, tiempo de atención de profesionales de enfermería⁴ y de procesos y demandas legales, puesto que la aparición de estas lesiones determina la efectividad del cuidado de la piel⁵.

Por tales razones, es preciso establecer criterios globales estandarizados para estos pacientes y que se articulen políticas de salud orientadas hacia la prevención y tratamiento de las UPP de manera que se asegure la atención integral a los pacientes con úlceras por presión y que se involucre el entorno familiar⁶.

Prevalencia y costos de las UPP

En los últimos años, las UPP se han convertido en un problema de salud pública por sus múltiples implicaciones. Diversos estudios muestran⁷⁻¹¹ una prevalencia de UPP en pacientes hospitalizados entre

un 8 y un 28%. Se tiene a España como referencia.^{9,12,13} En el estudio de 2009 se reportaron datos de 1.596 pacientes con UPP: 625 procedían de centros hospitalarios (39,2% del total), 347 (21,7%) de centros de atención primaria y los 624 restantes (39,1%) de centros socio sanitarios. 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 socio sanitarios¹³.

Las lesiones se localizaron más frecuentemente en región sacra y talones, se encontró el estadio I con el 23,2%, el estadio II con el 37,5%, el estadio III con el 27% y el estadio IV con el 11,8%⁹. En UCI¹⁴ se concretó la prevalencia en un 12,7% y un 6,8% de UPP iatrogénica.

En países desarrollados, como Canadá, Estados Unidos y Países bajos, la prevalencia se estima entre el 14,8% y 26% en instituciones de salud, 25% en pacientes agudos, 30% en pacientes crónicos, 15% en la comunidad^{5,15-17} y en América Latina se estima alrededor del 7%¹⁸, aunque puede ser mayor por los problemas de acceso a los servicios de salud.² En Colombia hace 10 años se inició la incorporación de las clínicas de heridas dentro de las instituciones de salud, es decir, no se cuenta con información sistematizada relacionada con el tema y no hay investigaciones recientes, lo que demuestra una falencia para conocer el estado actual de esta patología en nuestro entorno.

El manejo de las UPP implica desgastes para los servicios sanitarios, pacientes y sus familias, lo que hace necesario que se cuantifique y analice el impacto de las intervenciones que se lleven a cabo, tanto en el ámbito de la prevención como del tratamiento¹⁹. En países desarrollados, el costo del tratamiento de las UPP de estadio IV, asciende a US \$129.248²⁰ y el costo estimado promedio de un paciente que es admitido en los servicios de salud con estas lesiones como diagnóstico primario, es de US \$21.675¹⁻⁹ el cual está por encima del estimado para esas lesiones. En países como Holanda se estima un aumento de entre 78.000 a 131.000 € en la atención anual de personas con esta patología,²¹ lo que cuestiona el costo-efectividad de los cuidados brindados por enfermería. En otros países, estos costos aumentan. En España, por ejemplo, en los últimos años se ha dado un aumento desmedido porque pasó de 24€ a 6.802€ para pacientes tratados en hospitales⁹, que equivale a cerca del 5% del gasto sanitario anual español²²⁻²³.

Por no tener una sistematización de los datos en nuestro país, es difícil conocer con exactitud esta información ya que las políticas y planes de salud cubren la atención básica del manejo de las UPP pero el acceso a las tecnologías apropiadas se torna complejo pues éstas no están contempladas en el plan obligatorio de salud (POS), que se traduce en un aumento en los días de estancia hospitalaria de los pacientes y en sus gastos de atención.

Etiología, clasificación y factores de riesgo asociados con las UPP

Las UPP son definidas, según el *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (Npuap) y el *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (Epuap)²⁴ como una “lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a esta presión en combinación con cizalla”.

Desde hace más de 50 años Kosiak²⁵ destacó la importancia de la presión y el tiempo de exposición del paciente a la misma. Determinó que una presión externa de sólo 70 mmHg mantenida durante dos horas, provocaría lesiones isquémicas en todos los tejidos, puesto que la presión capilar normal oscila entre 15 y 32 mm Hg²⁶ y que presiones por encima de estos valores producirían un colapso de la red y a la vez un eritema cutáneo que debería desaparecer en un máximo de 30 minutos al retirar la presión. Si esto no pasa se produce isquemia, trombosis venosa y, en último término, necrosis y ulceración²⁷.

En la actualidad, las UPP se clasifican en 4 categorías/estadios más dos nuevas categorías adicionales para Estados Unidos, según el Npuap y la Epuap. (Ver Tabla 1).

Factores de riesgo asociados con las UPP

Además de la presión, existen otras fuerzas mecánicas externas como son la fricción y el cizallamiento, que aparecen sobre todo en pacientes que están encamados y necesitan ser movilizados²⁴, además de otros factores locales y extrínsecos que modifican la resistencia tisular. Algunos de ellos son: la inmovilidad, el deterioro de la piel, malnutrición y deficiente hidratación, enfermedades circulatorias y respiratorias y las enfermedades neurológicas.

El NPUAP-Epuap plantea una valoración detallada del riesgo de que aparezcan estas lesiones, considera el impacto de ciertos factores sobre el individuo. En ese sentido, factores como los indicadores nutricionales (la hemoglobina, la anemia y la albúmina sérica, las mediciones de la ingesta nutricional y el peso), los factores que afectan a la perfusión y a la oxigenación (la diabetes, la inestabilidad cardiovascular, el uso de norepinefrina, el índice tobillo-brazo, la baja presión de sangre y el uso de oxígeno), la humedad de la piel, la edad avanzada, la percepción sensorial y la temperatura corporal, entre otros, se convierten en fuertes indicadores de la aparición de estas lesiones. Es aquí donde el cuidado de enfermería tiene una oportunidad excepcional, pues contar con un método propio, la información necesaria podría ser sistematizada a través de indicadores empíricos concretos y, por ende, mayores oportunidades de investigación y mejoramiento de la calidad del cuidado.

Tratamiento de las UPP

El tratamiento de estas lesiones se basa en tres pilares terapéuticos fundamentales: la terapia causal, en la que se elimina de forma total la presión de la UPP de forma que se restablezca la circulación; la terapia local de la úlcera, donde, si es necesario, se realiza desbridamiento y cura en ambiente húmedo; y las terapias coadyuvantes para mejorar el estado nutricional y el estado general, entre otras acciones. En la Figura 1 (siguiente página) se observan las principales directrices en el tratamiento de estas lesiones.

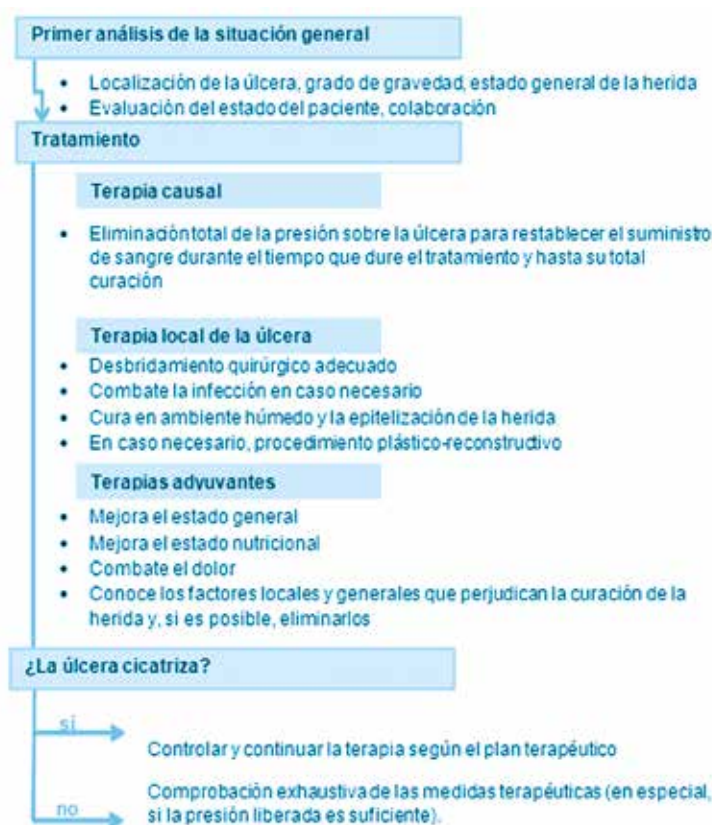
PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA (PAE) PARA LOS PACIENTES QUE PADECEN DE UPP

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios, según Colliere “cuidar es ante todo un acto de vida y representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca”²⁸.

Tabla 1. Sistema de clasificación del Npuap / Epuap de las úlceras por presión²¹.

Categoría	Características
Categoría I: Eritema no blanqueable	Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas "en riesgo".
Categoría II: Úlcera de espesor parcial	La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero o suero sanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas*. Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación. *El hematoma indica lesión de los tejidos profundos.
Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel	Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/estadio III varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de Categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.
Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos	Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/estadio IV varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio IV pueden ser poco profundas. Las úlceras de Categoría/estadio IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación), es probable que ocurra una osteomielitis o una osteítis. El Hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.
Categorías adicionales para Estados Unidos	
Inestadiable/sin clasificar: Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos. Profundidad desconocida	Pérdida del espesor total de los tejidos donde la profundidad real de la úlcera está completamente oscurecida por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (beige, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad no se puede determinar; pero será ya sea una Categoría/estadio III o IV. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.
Sospecha de lesión tejidos profundos.– Profundidad desconocida	Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse una escara delgada. La evolución puede ser rápida y exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.

Figura 1. Algoritmo del tratamiento de la úlcera por presión.



Tomado de: Hatmann AG, Paul. Las heridas y su tratamiento. 2ª edición. Madrid: Medical edition; 2005

En relación con el cuidado de la piel y conservación de la integridad cutánea, el tratamiento inicial está encaminado a la prevención de estas lesiones y la actividad educativa, dirigida a pacientes y cuidadores, cumple un papel fundamental. Por ello, es necesario hacer énfasis en las necesidades de las personas de modo que se aumente la confianza, disminuya la ansiedad y se aplique mejor el cuidado. La inclusión de la familia en el proceso es importante para lograr la participación activa en el tratamiento, hecho que mejorará los resultados esperados de las intervenciones realizadas²⁹⁻³⁰.

Valoración de enfermería

La valoración es la primera etapa del proceso de atención de enfermería PAE,

que debe ser organizada y sistematizada para la recopilación de la información, sobre la situación del paciente en el momento de la atención y se refiere a la obtención de información sobre las condiciones de salud de la persona.

El profesional de enfermería debe llevar a cabo una evaluación completa de las necesidades de cada paciente. En el caso del cuidado de UPP, las primeras etapas de la atención, la valoración del riesgo entendida como la probabilidad de desarrollar una UPP, como ya se ha dicho, es el medio más eficaz para identificar los pacientes susceptibles de tener UPP³¹⁻³³.

Para la prevención de las UPP se han establecido algunos puntos básicos que cuentan con evidencia científica, entre ellos están las escalas de valoración del riesgo de padecer UPP (Evrupp)³⁴ y la valoración de características propias de la herida. En la actualidad existen dos escalas validadas y más utilizadas en el medio: la escala de Braden³⁵ y la escala Emina.³⁶ La elección de una escala de evaluación es una decisión tomada por el equipo con argumentos científicos (sensibilidad, especificidad, valor predictivo, aplicabilidad).³⁹ En forma general, ambas escalas contemplan como indicador común los factores de riesgo³⁷⁻³⁸. Sin embargo, la valoración debe ir más allá de la aplicación de una escala y ser utilizada sólo como complemento del juicio clínico y no de manera aislada de otros aspectos³⁹, adicional a esto se evalúa la necesidad de las ayudas para la prevención como superficies para el manejo de la presión (*dinámicas*: cojines y colchones de aire alternante de celdas pequeñas, medianas y grandes o *estáticas*: cojines y colchones de fibras especiales, fibras siliconadas, espuma viscolástica, espumas de alta densidad, sistemas estáticos de aire, apósitos de espuma), cambios posturales y se evalúa la presencia de patologías de base que requieren control estricto (cardíacas, respiratorias endocrinas, etc.). Cuando ya la lesión se presenta, se debe considerar la valoración global de la persona y la lesión de manera que se complemente la información y se tenga una idea más completa del tratamiento y la conducta. Esta valoración incluye los siguientes aspectos:

la localización, forma, tamaño, profundidad, bordes, presencia de tunelizaciones y bolsillos, tejido necrótico, tipo de exudado y características.

Diagnósticos de enfermería

Identificadas las necesidades del paciente, se formula un diagnóstico de enfermería. En la presente revisión se toman como referencia los diagnósticos de la *North American Nursing Diagnosis Association (Nanda)*⁴⁰ que proporciona un marco lógico para el desarrollo de los diagnósticos y futuras intervenciones, entre los que se pueden considerar algunos relacionados con el riesgo o deterioro de la integridad cutánea, alteración de la perfusión hística, dolor crónico, alteración de la nutrición, por exceso o por defecto, riesgo de infección, conocimientos deficientes, trastorno de la imagen corporal, entre otros.

Las UPP traen consigo un sinnúmero de complicaciones que intervienen de manera negativa en la salud y bienestar de los pacientes y las familias, por eso las intervenciones del profesional de enfermería son de suma trascendencia. El deterioro de la integridad cutánea implica que el paciente experimente dolor, riesgo de infección y deterioro de su imagen corporal, así como la falta de prevención o un tratamiento incorrecto o inadecuado pueden acabar con graves lesiones como la amputación e, incluso, la muerte del afectado^{41,42}.

Intervenciones de enfermería

Después de establecer los diagnósticos, se planifican los cuidados y se definen prioridades de acuerdo con el juicio clínico del profesional de enfermería y con unos objetivos. La clasificación de intervenciones de enfermería NIC es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan los enfermeros para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado⁴³.

La intervención se define como “todo tratamiento” basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados⁴⁴.

La intervención de enfermería incluye habilidades cognitivas, interpersonales y psicomotoras. La no presencia y, en algunas situaciones, la resolución pronta de las úlceras cutáneas debido a la presión, son indicadores que determinan, entre otros, la calidad de cuidado que la enfermería brinda a los pacientes. Una atención adecuada en este campo ayuda a prevenir la aparición de UPP⁴⁵ y a disminuir el consumo de recursos, los días de estancia hospitalaria y las demandas legales^{46,47}.

La comunidad científica de España, país que en los últimos años se ha consolidado como pionero en la prevención de las UPP⁴⁸, mantiene que estas lesiones se

pueden prevenir mediante el cuidado básico y la participación activa de la enfermera, (riesgos leves) a través de simplificadas pautas de cuidados y material técnico básico (soluciones limpiadoras con escaso poder irritativo, ácidos grasos hiperoxigenados, películas de barrera, superficies especiales de apoyo, etc.) desafortunadamente, a menudo, ausente de las dotaciones de instituciones de salud. En los casos de mayor riesgo, por su situación de inmovilidad y vulnerabilidad, la conjunción de cuidados individualizados, adecuados en tiempo y forma (establecidos de acuerdo con las directrices vigentes basadas en las últimas evidencias disponibles) junto al uso de superficies especiales para el manejo de la presión y otras ayudas técnicas (para la reducción de la presión, fricción, adecuada movilización) permitirán salvar esas situaciones.

Evaluación y determinación de los resultados esperados

La evaluación es compleja y se da a través del despliegue del PAE, es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Se puede llevar a cabo con la comparación del estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería. En esta fase, se determina el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos que se presentan. La evaluación mide la respuesta de la persona afectada a las acciones de enfermería con los resultados esperados establecidos en la planificación y es central en la provisión de los cuidados. Los profesionales de la salud han percibido como inevitable prevenir las UPP. En consecuencia, es necesario sensibilizar y empoderar los cuidados hacia el mejoramiento continuo de la atención integral con alto riesgo de UPP y que se propenda por la reducción significativa de las complicaciones adyacentes al cuidado de la salud⁴⁹. La reducción de la incidencia es un objetivo prioritario.

Se recomienda que los profesionales evalúen el riesgo de UPP con maniobras que permitan redistribuir la presión con intervenciones dirigidas a prevenir o reducir la exposición al cizallamiento, intervenciones dirigidas a mitigar factores que contribuyen como la humedad o los trastornos de la nutrición y, finalmente, la educación a los pacientes, las familias y los proveedores de cuidados. A pesar de la implementación de las normativas de supervisión y de las mejoras en las tecnologías disponibles para la prevención, los datos epidemiológicos demuestran una estabilidad en la incidencia de las UPP⁵⁰. La fase de la evaluación comprende que se establezcan criterios de resultado (resultados esperados), la evaluación del logro de los objetivos y las fuentes de evaluación. La ejecución de las intervenciones estará orientada al logro de unos resultados en la prevención de alteraciones de la integridad cutánea o, en el caso de que la lesión aparezca, al

Tabla 2. Esquema de plan de cuidados de enfermería basado en la interrelación de diagnósticos, intervenciones y resultados esperados⁵².

Diagnósticos (Nanda)	NIC	NOC
00047 Integridad cutánea, riesgo de deterioro. Definición: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.	3590 Vigilancia de la piel. <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, drenaje, infección, erupciones, excesiva sequedad o humedad, magulladuras, presión o fricción en la piel y mucosas. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar el riesgo. (p.ej., escala de Braden o de Emina). • Vigilar color y temperatura de la piel. • Observar si hay zonas de decoloración y pérdida de integridad. • Anotar los cambios en la piel. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.ej., colchón antiescaras, cambios de posición). 3500 Manejo de presiones. <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas no ajustadas. • Aplicar protectores de talones. • Comprobar movilidad y actividad del paciente. • Utilizar dispositivos para mantener prominencias óseas libres de presión. • Utilizar jabón con pH neutro o ligeramente ácido para la higiene diaria de la piel. • Lavar la piel con agua tibia, y realizar un secado meticuloso, pero sin friccionar. • Mantener piel limpia y seca. • No aplicar sobre la piel soluciones que contengan alcohol en su composición. • Aplicar cremas hidratantes específicas, preferiblemente hidrosolubles y procurar su completa absorción. • Movilizar al paciente según sus necesidades. • Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas sometidas a presión, roce o cizallamiento y se extenderán suavemente, sin masajear. 3540 Prevención de úlceras por presión. <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración del riesgo (Escala de Braden). • Registrar el estado de la piel y luego eliminar humedad excesiva. • Valorar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Aplicar barreras de protección. • Evitar masajes en puntos de presión. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión cuando se cambia de posición al paciente. • Proporcionar cambios de peso corporal. • Controlar movilidad y actividad. • Asegurar una nutrición adecuada. 	0204 Consecuencias de la inmovilidad. Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física. 1004 Estado nutricional. Capacidad para que los nutrientes puedan cubrir las necesidades metabólicas.

Diagnósticos (Nanda)	NIC	NOC
00047 Integridad cutánea, riesgo de deterioro. Definición: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.	0840 Cambio de posición. <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de cada cambio de posición. • Poner en posición de alineación corporal correcta. • Poner en posición que facilite la ventilación/perfusión. • Fomentar la realización de ejercicios activos y pasivos. • Evitar posiciones que aumenten el dolor. • Minimizar el roce cuando se cambia de posición. 	
00046 Deterioro de la integridad cutánea. Definición: alteración de la epidermis y/o la dermis.	3520 Cuidados de las úlceras por presión. <ul style="list-style-type: none"> • Describir características de la úlcera a intervalos regulares(tamaño, estadio, presencia de exudado, tipo de tejido). • Controlar color, temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave. • Desbridar, si es necesario. • Limpiar úlcera con solución no tóxica, en movimientos circulares, desde el centro. • Anotar características del drenaje. • Aplicar apósito adhesivo permeable, según corresponda. • Aplicar vendajes, medicación y ungüento, si procede. • Cambiar posición cada 1-2 horas. • Controlar estado nutricional. • Observar signos y síntomas de infección. • Utilizar colchones espaciales, si procede. • Educar sobre cuidados de la herida a individuo y cuidador. 	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
00044 Deterioro de la integridad tisular. Definición: lesión de la membrana mucosa, corneal, tegumentaria o de los tejidos subcutáneos.		1103 Curación de herida: por segunda intención. Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta. (Tabla 3).
00132 Dolor crónico. Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.	1400 Manejo del dolor. <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del dolor (características definitorias). • Proporcionar información acerca del dolor. • Controlar factores ambientales. • Seleccionar, desarrollar y enseñar medidas farmacológicas y no farmacológicas (relajación, acupresión, masajes, etc.). 2210 Administración de analgésicos. <ul style="list-style-type: none"> • Determinar características del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar orden médica y alergias a medicamentos. • Determinar analgésico (según tipo y severidad del dolor), vía y dosis. • Administra los analgésicos a la hora adecuada. • Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares, observar señales de signos o síntomas adversos. • Evaluar la eficacia del analgésico. 	1605 Control del dolor. Acciones personales para controlar el dolor.
		2102 Nivel del dolor. Intensidad del dolor referido o manifestado.
		2010 Estado de comodidad física. Tranquilidad física relacionada con sensaciones corporales y mecanismos homeostáticos.
00004 Riesgo de infección. Definición: aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	6540 Control de infecciones. <ul style="list-style-type: none"> • Mantener técnicas de aislamiento y limitación de visitas, si procede. • Instruir sobre técnicas correctas de lavado de manos al paciente y familia. • Lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidado. • Poner en práctica precauciones universales. • Administrar terapia de antibióticos, si procede. 	1908 Detección del riesgo. Acciones para identificar las amenazas contra la salud personal.

Diagnósticos (Nanda)	NIC	NOC
00004 Riesgo de infección. Definición: aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	<ul style="list-style-type: none"> • Usar guantes estériles en las curas. • Mantener ambiente aséptico. • Fomentar ingesta adecuada de líquidos y nutrición. • Asegurar una técnica adecuada de cuidado de heridas. 6550 Protección contra infecciones. <ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de infección y grado de vulnerabilidad a la misma. • Valorar recuento de granulocitos y glóbulos blancos. • Mantener normas de asepsia. • Proporcionar cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. • Vigilar la piel. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Proporcionar líquidos y nutrición suficiente. • Fomentar movilidad y ejercicios. • Educar al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección e informar. • Informar sospechas al personal de control de infecciones. • Informar sobre resultados de cultivos positivos. 	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso. Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección.
		1004 Estado nutricional. Capacidad para que los nutrientes puedan cubrir las necesidades metabólicas.
		1842 Conocimiento: control de la infección. Grado de conocimiento transmitido sobre la infección, su tratamiento y prevención de las complicaciones.

manejo de la persona con estas lesiones y lo relacionado con estas situaciones.

Etiquetas descritas por la clasificación de resultados de enfermería, (NOC)⁵⁰ que son una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente y puede usarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y sirven como criterio para juzgar el éxito de dicha intervención⁵¹. Además, son útiles para verificar la eficacia de las actuaciones de enfermería. La Tabla 2 muestra la interrelación entre algunas etiquetas diagnósticas, las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados esperados (NOC), que representan los problemas más frecuentes en los pacientes en riesgo o con UPP. Para cada etiqueta se emplea la definición y el código designado en cada taxonomía.

CONCLUSIONES

Aunque se ha avanzado en el cuidado de la piel, aún es complicado estandarizar un plan de cuidados para los pacientes que padecen de UPP. Esto hace necesario que el profesional tenga muy claro, además de lo expuesto anteriormente, aspectos que, en los últimos años, han demostrado tener una gran importancia en la recuperación y cicatrización de las lesiones como es el estado nutricional y la presencia de algunos aminoácidos como la arginina, que cumplen un papel primordial en el proceso de cicatrización. Cuando se trata de atender pacientes

con úlceras por presión nadie tiene la última palabra y los cuidados estarán enfocados a las necesidades reales del paciente y no a cuidados estándar que no todos los pacientes necesitan.

Es menester que los países en vías de desarrollo reconozcan la magnitud de este problema y se creen políticas de salud específicas que permitan al profesional de salud, encargado de estas lesiones, atender con mayor calidad y de forma más integral porque no en todos los niveles asistenciales se cuenta con las herramientas básicas de cuidado y tratamiento de lesiones de piel.

En la bibliografía mundial existe un número alto de artículos acerca del cuidado de la piel y la presencia de UPP, pero hay poca bibliografía de la incorporación de estos cuidados con el PAE para atender estas lesiones. Esta es una propuesta que pretende hacer un acercamiento a lo planteando desde la bibliografía científica y una serie de intervenciones que brindan opciones de direccionamiento en la atención de estas lesiones a los profesionales encargados del cuidado de estos pacientes para su atención integral. ■

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- 1 Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en gerontología: dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. [Tesis Doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago; 2007.
- 2 Soldevilla JJ. Cambios propios del envejecimiento a nivel cutáneo. 4. ed. Madrid: Grupo Masson; 2002.
- 3 Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*. 1998;1(3): 32-8.
- 4 Gutiérrez FF. Prevenir las úlceras por presión es garantizar la calidad asistencial. *Enfermería Científica*. 1993;140: 7-10.
- 5 García FP, Pancorbo HP, Torra I, Bou JE. Úlceras por presión en el paciente crítico. En: López OJ, Morales AJM, Quesada MA, editores. *Cuidados al paciente crítico adulto*. Madrid: DAE; 2007.
- 6 Woodburg MG, Houghton PE. Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Manage*. 2004; 50(10): 22-38.
- 7 Chacon JM, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Med J*. 2009;127(4):29-195.
- 8 Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *J Eval Clin Pract*. 2010; 16(1): 50-56.
- 9 McDermott-Scales L, Cowman S, Gethin G. Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. *J Wound Care*. 2009;18(10): 405-417.
- 10 Soldevilla JJ, Joan-Enric Tu, Verdú J, Martínez F, López P, Justo Rueda J, *et al*. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*. 2006;17(3):154-172.
- 11 Stausberg J, Kroger K, Maier I, Schneider H, Niebel W. For the Interdisciplinary Decubitus Project. Pressure ulcers in secondary care: incidence, prevalence, and relevance. *Adv Skin Wound Care*. 2005;18(3): 140-145.
- 12 Soldevilla JJ. Úlceras de la extremidad inferior: presentación de la Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de Extremidad Inferior. *An Patol Vasc*. 2007;1(162):169.
- 13 Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* [publicación periódica en línea]. 2011 [citada 2013 Feb 22]; 22(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2011000200005&lng=es.
- 14 Esperón J, Angueira C, Escudero A, Ocampo A, Pérez JJ, Poceiro SM, *et al*. Monitorización de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Gerokomos*. 2007;18: 142-150.
- 15 Ayello EA, Frantz J, Cuddigan J, Lordan R. Methods for determining pressure ulcer prevalence and incidence. In: Cuddigan J, Sussman C, editors. *Pressure ulcers in America: prevalence, incidence and implications for the future*. Reston : National Pressure Ulcer Advisory Panel;1991.
- 16 Bours GJ, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Grol RT. Prevalence, prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions. *Nurs Health*. 2002; 25(2): 99-110.
- 17 Bours GJ, Halfens RJ, Lubbers M, Haalboom JR. The Development of a National Registration Form to Measure the Prevalence of Pressure Ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Manage*. 1999; 45(11): 28-40.
- 18 Cantún UF, Uc-Chi N. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Rev Enfer IMSS*. 2005; 13(3):147-152.
- 19 Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos* [publicación periódica en línea]. 2007 [citada 2012 Jul 12]; 18(4): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es.
- 20 Brem H, Maggi J, Nierman D, Rolnitzky L, Bell D, Rennert R, *et al*. High cost of stage IV pressure ulcers. *Am J Surg*. 2010; 200(4): 473-477.
- 21 Makai P, Koopmanschap M, Bal R, Nieboer A. Cost- effectiveness of a pressure ulcer qualitycollaborative. *Cost Eff Resour Alloc*. 2010; 8(11):13.
- 22 Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad repercusiones a nivel epidemiológico, ético económico y legal. Madrid: Logroño; 2003.
- 23 Bakken S, Currie LM. Standardized terminologies and integrated information systems: building blocks for transforming data into nursing knowledge. In: Cowen PS, Moorhead S, editors. *Current issues in nursing*. 8. ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2011. p. 287-296.
- 24 National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcer: clinical practice guideline. Washington DC: NPUAP;2009.
- 25 Kosiak M. Etiology and pathology of ischemic ulcers. *Arch Phys Med Rehab*.1959; 40:62 – 69.
- 26 Sussman C, Bates-Jensen B. *Wound care: A collaborative practice manual for health professionals*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

- 27 Segovia Gómez T, Bermejo Martínez M, Arantón Areosa L. Heridas e infección. In: Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez L, Collado F, *et al*, editores.. Guía práctica ilustrada: tratamiento de heridas. Madrid: EDIMSA; 2008.
- 28 Colliere F. Promover la vida. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1993.
- 29 Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F. Atención Integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004.
- 30 López Corral JC. Actuación de Enfermería ante las úlceras y heridas. Madrid: Smith & Nephew; 2005.
- 31 Aizpitarte E, García A, Zugazogoitia N, Morgad ME, Asiain MC. Úlceras por Presión en Cuidados Intensivos: Valoración del Riesgo y Medidas de Prevención. *Enferm Intensiva*. 2005;16(4):153-63.
- 32 Jiménez M, Martínez ME, Rojas JG. Estándar de cuidado de enfermería para la prevención de úlceras por presión en individuos hospitalizados en la UCI. [Tesis Doctoral]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2001.
- 33 Hernández C. Las úlceras por presión. *Nursing*. 2006;4(9):61-65.
- 34 Pancorbo-Hidalgo PL, García Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Blasco García C. Escalas de instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Logroño, España: GNEAUPP; 2009.
- 35 Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987;36:205-10.
- 36 Fuentesalz C. Validación de la escala EMINA, un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enferm Clin*. 2001;11(3): 97-103.
- 37 Ayello E, Braden B. ¿Por qué la valoración del Riesgo de Úlceras por Presión es tan importante? *Nursing*. 2002; 20 (5): 8-13.
- 38 European Pressure Ulcers Advisory Panel. Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del Grupo Europeo de Úlceras por Presión. *Gerokomos*. 1999;10(1): 30-33.
- 39 Rodríguez M, Malia R, Barba A. Valoración de úlceras por presión y heridas crónicas. un modelo de hoja de registro en atención primaria. *Gerokomos*. 2001;12(2):79-84.
- 40 Nanda I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2008.
- 41 Soldevilla Agreda J, Navarro J, Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2006; 17(4): 203-224.
- 42 Manzano Manzano F, Corral Rubio C. Úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos: ¿inevitables o prevenibles? *Med Intensiva* [publicación seriada en línea]. 2009 [citada 2012 Jul 16]; 33(6): 267-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021056912009000600002&lng=es.
- 43 Johnson M, Mass M, Moorhead S. Proyecto de resultados Iowa: clasificación de resultados de enfermería (CRE). Madrid: Elsevier; 2004.
- 44 Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería. 3. ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- 45 Martínez Cuervo F. Las úlceras por presión: una problemática prevenible. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39 (Supl 4):25-34.
- 46 Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Directrices generales sobre prevención de úlceras por presión. Logroño: GNEAUPP; 2003.
- 47 Pancorbo P, García FP. Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. *Gerokomos*. 2002;13(3):164-71.
- 48 Martínez Cuervo F, Soldevilla Agreda JJ, Novillo Briceño LM, Segovia Gómez T. Prevención de úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, editores. Atención integral a las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004.
- 49 Nanda I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2010-2011. Madrid: Elsevier; 2007.
- 50 Francisco Manzano F, Corral Rubio C. Úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos: ¿inevitables o prevenibles? *Med Intensiva* [publicación periódica en línea]. 2009 [citada 2011 Sep 23]; 33(6): 267-268. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v33n6/editorial2.pdf>.
- 51 Bulechek G, Butcher H, McCloskey DJ, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5. ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- 52 Macloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería: Nursing Interventions Classification. 4. ed. Madrid: Harcourt; 2005.