

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## LA IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE ULCERAS POR PRESIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Autor principal** MARGARITA MARTÍN VAQUERIZO

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

**Palabras clave** úlcera por presión registros de enfermería seguridad del paciente calidad asistencial

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

El objetivo de esta comunicación es concienciar a los profesionales de la importancia de registrar todos los datos del proceso de atención de enfermería tanto en la prevención como en el tratamiento de úlceras por presión (UPP), centrándonos principalmente en la valoración de enfermería, punto clave para la elaboración de unos cuidados de enfermería de calidad adaptados a cada paciente.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de las principales guías de práctica clínica y las recomendaciones de las Comunidades Científicas Internacionales en criterios de valoración.

Los resultados al respecto versan sobre la necesidad de realizar un screening de riesgo y una valoración nutricional a todos aquellos pacientes cuyo juicio clínico nos indique que pueden presentar riesgo de UPP y realizar una valoración social para determinar si el paciente y familia pueden llevar a cabo el plan de cuidados propuesto por enfermería.

Si presentan UPP, además habrá que realizar una valoración completa de la herida y utilizar una escala validada para comprobar su evolución.

En conclusión, los registros de enfermería son necesarios tanto para los profesionales como para los pacientes, nos permite tomar decisiones en la realización del plan de cuidados en la prevención como en el tratamiento y realizar el seguimiento de las UPP y del paciente y además asegura a los pacientes unos cuidados de calidad individualizados.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Hace años la sociedad, consideraba las UPP como algo inherente a la edad avanzada, situaciones de terminalidad o inmovilidad del paciente, pero en la actualidad han aumentado las reclamaciones y denuncias, al cerciorarse de que se pueden evitar en el 95% de los casos, con una prevención adecuada; así como que la aplicación de un tratamiento incorrecto o inadecuado en las mismas, pueden acabar con graves lesiones e incluso la muerte del paciente.

Para evitar problemas potenciales es de vital importancia la utilización de registros de enfermería adaptados y actualizados a las últimas evidencias disponibles y seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la Comunidad Científica. Los registros nos permitirán tomar decisiones sobre qué es lo más adecuado para nuestros pacientes en cada momento.

El grado de implantación en la práctica clínica habitual de instrumentos para el cuidado preventivo y el tratamiento de las UPP, como son los protocolos, escalas, así como la documentación escrita de estos cuidados, es aún insuficiente en los tres ámbitos de atención: Atención Primaria, hospitalaria y socio-sanitaria.

La falta de protocolos aumenta la variabilidad de la práctica clínica y conduce, a la aplicación de intervenciones poco adecuadas, tanto en prevención como en el tratamiento de UPP.

Una investigación realizada en Asturias y expuesta en el V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas en 2004, concluyó que en 103 historias clínicas de pacientes con heridas crónicas atendidos en Atención Primaria un 44% de los profesionales no utilizaban registros en la valoración ni en el seguimiento, y un 69% no utilizaron ninguna escala de valoración.

**Objetivo General:**

Concienciar a los profesionales que la correcta recogida de datos de úlceras por presión mediante escalas validadas nos permiten desarrollar unos planes de cuidados individualizados de calidad tanto en la prevención como en el tratamiento de UPP.

**Objetivos Específicos:**

Sensibilizar a los profesionales de la importancia de realizar una valoración estandarizada, sistemática y el registro de los datos obtenidos para

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

**Material y Método:** Revisión bibliográfica de las principales guías de práctica clínica y artículos de los últimos 10 años, buscado la mejor evidencia científica disponible en criterios de valoración.

**Definición necesidades o problemas:** es necesario hacer una recogida de datos sistemática y estandarizada tanto para la prevención como para el tratamiento y el seguimiento de UPP para evitar su aparición y/o complicaciones de las mismas.

**Población identificada:** los beneficiarios de la valoración de enfermería serían tanto los profesionales como todas aquellas personas en riesgo de padecer úlceras por presión o aquellas personas que presenten úlceras por presión.

**Contexto de recogida información:** la valoración de enfermería se debería realizar en la consulta de enfermería o en el domicilio del paciente.

**Definición tipo de estudio:** Revisión bibliográfica.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

1. Evaluación del Paciente: exploración física completa y del estado mental. Anotar las enfermedades y tratamientos médicos que se asocian a la aparición de UPP y tenerlo en cuenta a la hora de la elaboración del plan de cuidados.

2. Escalas de valoración de riesgo de desarrollar UPP: son instrumentos que posibilitan valorar el riesgo que tiene un paciente de desarrollar UPP. Constituyen una herramienta metodológica objetiva para valorar y tomar decisiones, pero su uso no reemplaza al juicio clínico. Grado de Recomendación (RA) A.

Su utilización sistemática se traduce en un aumento de la calidad de los cuidados que recibe el paciente.

No existe consenso por parte de las organizaciones científicas de cuál es la más adecuada, pero si lo hay en cuanto que es necesario utilizar escalas validadas GR B. Norton, Norton modificada, Emina, Nova 5, Braden.

Es recomendable su realización en las primeras 24 horas. GR A. Cuando sospechemos que puede existir una situación de riesgo.

Se debe reevaluar a intervalos periódicos. GR A:

- Riesgo alto: reevaluar en 24 horas.
- Riesgo moderado: en 3 días.
- Riesgo mínimo: a los 7 días.
- Cuando se produzca cualquier cambio relevante en la situación del paciente.

3. Valoración del estado nutricional: la alteración en el estado nutricional puede desencadenar la aparición o la no curación de las úlceras. La desnutrición es un factor de riesgo importante para la formación de UPP. GR B.

Escalas:

A. MINU NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA), es la de mayor especificidad y sensibilidad. Creado para la población anciana.

B. MNA SP: es una versión reducida de la MNA, si indica que el paciente puede estar en peligro de desnutrición habrá que realizar el MNA completo.

C. Datos bioquímicos e inmunológicos: importantes para el diagnóstico y cualificación de la nutrición y la hidratación, los parámetros principales son: ALBUMINA, TRANSFERRINA Y LEUCOCITOS.

Realizar la evaluación nutricional al comienzo del proceso y al menos tres veces al mes en pacientes con riesgo de desnutrición. GR C.

Si se detentan situación de riesgo o alteración nutricional, derivar al paciente al profesional especializado.

4. Valoración psicosocial: es conveniente identificar al cuidador principal y valorar los recursos del paciente. Implicar al paciente y cuidadores en la planificación y ejecución de los cuidados. Valorar la motivación y la capacidad para aprender y para asumir el cuidado y valorar la sobrecarga del cuidador.

Escalas:

A. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

B. Cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk.

C. Índice de ajuste psicosocial.

D. Cuestionario de función familiar apgar-familiar.

Derivar al trabajador social en aquellas situaciones en que se encuentren pacientes con familias disfuncionales, con escaso apoyo familiar o falta de recursos socio-sanitarios.

5. Valoración de la UPP: el área dañada debería clasificarse según un sistema de clasificación uniforme. Debería evaluarse y documentarse la situación basal, tamaño y forma, tipo de tejido y exudado (cantidad y tipo). GR C.

A. Localización: registro de la zona anatómica en la que se encuentra (sacro, talón derecho, maleólo).

B. Estadío: en base a la profundidad anatómica del tejido dañado. El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por Presión (GNEAUPP) ha recomendado este sistema de clasificación por ser el más difundido y aceptado a nivel internacional:

+ESTADÍO I: piel íntegra, se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

+ESTADÍO II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

+ESTADÍO III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

+ESTADÍO IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.)

C. Forma: circular, ovalada, reniforme, herradura, serpinginosa, irregular

D. Dimensiones: realizar una PLANIMETRÍA, paciente siempre en la misma posición. Se mide: longitud y anchura.

E. Volumen: Método de Walter Berg, paciente en idéntica posición. El volumen de la úlcera vendrá determinado por la cantidad de suero introducido.

F. Valoración de las tunelizaciones: introduciendo una sonda o un estilete metálico estéril dentro de la tunelización y medir la longitud introducida.

G. Tipos de tejido del lecho de las UPP:

a. Tejido necrótico (escara húmeda o seca): tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere al lecho o a los bordes de la herida.

b. Esfacelos: tejido en bandas de aspecto fibroso, bloque o en forma de tejido blando muciforme adherido.

c. Fibrina: tejido amarillento o blanco que está adherido al lecho o a los bordes.

d. Tejido de granulación: tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular húmeda y brillante.

e. Tejido epitelial: Es un tejido nuevo, rosado y brillante, que crece de los bordes de la herida hacia dentro o en islotes en la superficie de la misma.

f. Cicatrizado/reepitelización: herida cubierta de epitelio (nueva piel).

H. Bordes de la lesión: oblicuo, excavado perpendicular, mellado, evertido, socavado.

I. Estado de la piel perilesional: es fundamental para instaurar la terapia integral más adecuada de tratamiento.

La piel es un medio de información de lo que está ocurriendo en la úlcera, sin olvidar que es una úlcera en potencia.

Valorar: integridad, laceración, maceración, sequedad, excoriación, vesículas, fragilidad, prurito, eritema, edema, induración, temperatura.

J. Secreción:

a. Cantidad: escasa, moderada, profusa.

b. Aspecto:

Hemorrágica: indica una lesión capilar.

Serosa: claro ambarino, con frecuencia se considera normal aunque puede asociarse a infección por bacterias productoras de fibrinolisisina como staphilococcus aureus.

Fibrinoso: presencia de hebras de fibrina, debido a una respuesta inflamatoria.

Purulento: contiene leucocitos y bacterias, indica infección.

2. Eritema empieza a extenderse.
3. Volumen de exudado aumenta.
4. El olor se manifiesta o se hace nauseabundo.
5. Tejidos fiabes que sangran con facilidad.
6. Tejidos hasta entonces viables se convierten en esfáceo.
7. La herida deja de cicatrizar pese a las medidas terapéuticas oportunas.
8. La presencia de celulitis es un signo de infección manifiesta.

L. Dolor: síntoma subjetivo, influenciado por factores sociales, emocionales, psicológicos y fisiológicos.

El tratamiento eficaz del dolor es esencial en la calidad de atención sanitaria, el profesional sanitario deberá valorarlo en todas las curas y ser exclusivo de la lesión.

La utilización sistémica de una escala de dolor proporciona un método para evaluar el grado de éxito logrado con los analgésicos y el tratamiento de las heridas seleccionadas GR C.

Se recomienda que la valoración se haga mediante alguna representación o registro gráfico: EVA (Escala Visual Analógica), escala de rostros de dolor, escala de categorías, etc.

6. Seguimiento de la UPP: Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH): desarrollada y validada por The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), es un instrumento que permite documentar la cicatrización de una úlcera por presión, valora:

1. Longitud x anchura: Medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros. Multiplicar las dos medidas para obtener la superficie aproximada en cm<sup>2</sup>.
2. Cantidad de exudado: Estimar la cantidad de exudado presente después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la úlcera.
3. Tipo de tejido: presente en el lecho de la úlcera. Valorar como el peor tejido de la herida.

#### » APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

1. Es necesario utilizar mecanismos para una documentación y monitorización precisa de los datos, incluyendo intervenciones de tratamiento y progreso de curación. GR C.
2. La calidad de cuidados enfermeros en relación con las úlceras pasa por aunar esfuerzos en dar una atención basada en la aplicación de una metodología científica desde la valoración hasta la provisión de cuidados, documentando los datos objetivos recogidos y los cuidados prestados para asegurar que el paciente reciba el nivel de cuidados adecuado.
3. Es necesario que los profesionales registren de manera adecuada los cuidados preventivos y curativos para incrementar su eficacia y poder certificar la calidad los cuidados prestados.

#### » PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

1. Mediante el registro de las úlceras que se producen, se puede estudiar las condiciones que han contribuido a su aparición, supone además, un buen método de evaluación para poder aplicar las medidas correctoras adecuadas.
2. La recogida de datos sistematizada supone un proceso de atención correcto y como resultado una mejoría en la atención del paciente. Realizando la evaluación de estos datos permite corregir problemas y situaciones evitables mejorando la calidad asistencial y la seguridad del

#### » BIBLIOGRAFÍA.

1. J. Javier Soldevilla Agreda, Sonia Navarro Rodríguez. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. R. Gerokomos vol. 17. Nº 4. 2006. 1-13.
2. Guía para la prevención y cuidado de las úlceras por presión en Atención Especializada. Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. 2008.