

Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión

José M^a Rumbo Prieto *, Luís Arantón Areosa **.

* Enfermero. Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.

** Enfermero. Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas. Experto Avanzado en el Cuidado de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Área Sanitaria de Ferrol. Hospital A. Marcide de Ferrol (A Coruña).

Dirección: Área Sanitaria de Ferrol. Hospital Arquitecto Marcide. Avda. da Residencia s/n. 15405 Ferrol (A Coruña)
Contacto: jmrumbo@gmail.com

Nota: Una parte de este trabajo ha sido merecedor del 2º premio "Virginia" 2008 para trabajos de investigación basados en evidencia científica, convocado por el Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo y la Fundación para la Investigación, Desarrollo e Innovación del Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

Resumen

Introducción: La práctica basada en la evidencia ha supuesto un revulsivo que ha condicionado un cambio en el discurso y ha abierto nuevas opciones y alternativas en la práctica clínica de enfermería. Haciendo una traslación de todo ese movimiento científico de evidencia al complejo campo del deterioro de la integridad cutánea nos damos cuenta de que para poder realizar un abordaje integral de calidad y eficiencia, se requiere contar con intervenciones estandarizadas (NIC) basadas en actividades con adecuado nivel de evidencia.

Objetivo: identificar y describir que actividades de enfermería, basadas en razonamientos de evidencia, se pueden implementar con las intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión.

Material y métodos: Estudio descriptivo. Método QIT (Quality Implement Team). Revisión y consulta bibliográfica sobre recomendaciones de evidencias en úlceras por presión (UPP), Diagnósticos NANDA-I, intervenciones NIC y resultados NOC. Técnica cualitativa de grupo nominal y justificación por consenso de panel de expertos.

Resultados: A través de la taxonomía NANDA-I relacionamos 8 diagnósticos de enfermería con el cuidado de las UPP. Tales diagnósticos, a su vez, generan 10 resultados NOC, que para su cumplimiento necesitarían de 12 intervenciones NIC basadas en 52 actividades y/o procedimientos clasificados según recomendaciones de evidencia. Cada actividad descrita permite lograr niveles de cuidados eficaces y eficientes para la consecución de los resultados, en base a la mejor evidencia científica disponible.

Conclusiones: Este estudio, sobre evidencias e intervenciones NIC en el campo de las UPP, supone un paso adelante en una de las líneas de investigación propuestas en la IV Reunión de Enfermería Basada en la Evidencia, destinada a vincular los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) y las evidencias. Se deja constancia

de la complejidad que supone implementar cada intervención NIC (definida por un listado de 20-30 acciones) con actividades basadas en evidencia y, aún así, saber que es el camino adecuado para conseguir una práctica clínica de calidad y eficiencia (la mejor práctica posible).

Palabras clave: úlcera por presión, Evidencia, deterioro integridad cutánea, cuidados, intervenciones NIC.

Introducción

La práctica enfermera se podría definir como un método sistemático de brindar cuidados eficientes, centrado en el logro de unos resultados esperados, a través de una serie de intervenciones profesionales que la enfermera planifica y ejecuta¹. Este proceso requiere un análisis de la situación del paciente, sintetizar los hallazgos más importantes, exactitud al interpretar y dar sentido a los datos clínicos observados; es un proceso de pensamiento crítico, que nos permite (capacita) para tomar decisiones sobre aquellos resultados que deseamos obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos.

Las intervenciones se definen como cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínicos, que realiza un profesional de enfermería, para mejorar los resultados del paciente. La tendencia actual se dirige a la utilización de un lenguaje común estandarizado; dentro de los cuales se encuentra la clasificación internacional NIC (Nursing Interventions Classification)²; sin embargo, enfermería es un área en constante evolución y a medida que aumentan los conocimientos científicos generados desde la investigación básica y clínica, se van introduciendo cambios que justifican nuestra práctica de una forma más efectiva y eficiente. Es por ello, que cada vez se da más importancia a la práctica basada en la evidencia, en este caso enfermería basada en evidencia (EBE), como proceso continuado para proporcionar cuidados enfermeros acreditados por la mejor evidencia científico-técnica del momento, así como, por las experiencias clínicas de los profesionales y las expectativas del paciente³.

Haciendo una traslación de todo ese movimiento científico de evidencia al complejo campo de los cuidados de las úlceras por presión y de las heridas crónicas, nos damos cuenta de que la EBE deber ser la base para tratar el estado de estas lesiones, para poder realizar un abordaje integral del proceso, que permita prestar los mejores cuidados en aras de la excelencia de la Enfermería responsable.

Desde los años 80, las úlceras por presión (UPP) han venido ocupando un puesto privilegiado como problema de salud e indicador (negativo) de calidad asistencial de los sistemas sanitarios. Superado el mito de considerarse un problema banal, silente e inevitable⁴; los conocimientos, cuidados y tratamientos de las UPP, impulsados desde la innovación y los avances conseguidos con la incorporación de la cura en ambiente húmedo, han ido creciendo en progresión geométrica de forma imparable, hasta llegar a disponer actualmente, de un catálogo de más de 1000 productos destinados tanto al tratamiento como a la prevención⁵. Este impulso ha hecho ampliar las miras de observación y las líneas de investigación, que ya no se centran sólo en la evolución, el éxito o la rapidez de cicatrización, sino que el estudio y la visión de los diferentes factores multicausales concatenados, y la aparición de otras variables como confort, dolor, permanencia, adhesividad, etc.⁶. Es por ello, que el proceso de atención de enfermería afronta nuevos retos de vital importancia en el cuidado de este tipo de lesiones bajo el paraguas de la EBE⁷.

El objetivo de este estudio es identificar y describir que actividades de enfermería, basadas en razonamientos de evidencia, se pueden implementar con las intervenciones NIC, relacionadas con el plan de cuidados del paciente que padece úlceras por presión. La finalidad es conseguir una práctica de cuidados de enfermería basada en la calidad y la eficiencia (la mejor práctica posible).

Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo de revisión bibliográfica. A través de un grupo de investigación para la mejora de la calidad de enfermería tipo QIT (Quality Implement Team), formado por personal de enfermería experto en investigación, docencia, en gestión hospitalaria, en calidad asistencial y en asistencia clínica; se lleva a cabo un estudio de 3 meses de duración para detectar y definir aquellas actividades EBE que se pueden correlacionar con intervenciones NIC dentro del plan de cuidados de un paciente con úlceras por presión.

A través de los recursos del Instituto Joanna Briggs⁸ se obtiene la divulgación de la mejor evidencia disponible en

relación a nuestro campo de búsqueda⁹⁻¹¹. De forma complementaria se consultaron artículos, libros y manuales sobre EBE¹², Diagnósticos NANDA1, intervenciones NIC2 y resultados NOC (Nursing Outcomes Classification)¹³. También se hace acopio de guía clínicas y de procedimientos sobre UPP, acreditadas por instituciones expertas en el tema como ANEDIDIC (Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea) o el GNEAUPP¹⁴⁻¹⁹ (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas).

Con los datos obtenidos el grupo QIT, a través de la técnica cualitativa de grupo nominal y la búsqueda de consenso, se describe un plan de cuidados de un paciente estándar con úlceras por presión, haciendo hincapié en identificar y clasificar cada actividad EBE con su correspondiente intervención NIC más adecuada. Dicha actividades EBE (expuestas como procedimientos) se justifican por su grado de evidencia científica en: Grado A (evidencia alta), grado B (evidencia media), y grado C (evidencia baja).

Resultados

A partir de la situación clínica de un paciente con úlceras por presión, se realiza la planificación de un plan de cuidados estandarizado mediante la Taxonomía II de los Diagnósticos de la NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-Internacional), la Clasificación de Resultados NOC, la Clasificación de Intervenciones de enfermería NIC y su listado de actividades avaladas por la EBE.

La taxonomía NANDA relaciona 8 diagnósticos de enfermería con las UPP (Tabla n°1). Tales diagnósticos, a su vez, generan 10 resultados NOC a tener en cuenta para planificar unos cuidados de enfermería eficaces para las UPP (Tabla n°2). Las intervenciones NIC para conseguir los resultados fueron 12 (Tabla n°3) y las actividades y/o procedimientos que están avalados por criterios de evidencia son 52, agrupadas en 10 bloques según el tipo de intervención NIC asociada y el resultado NOC previsto (Tabla n°4).

Cada una de las 12 intervenciones NIC, incorpora un catálogo estandarizado de 20-30 acciones; hemos analizado la objetividad de cada una de ellas, en función de la evidencia científica publicada, reflejándose en la tabla 4 sólo aquellas que cumplen dichos criterios de evidencia (especificando el nivel de evidencia recomendada, que aparece entre paréntesis al final de cada enunciado). Destacar que una misma actividad puede formar parte de una o de varias intervenciones NIC, por lo que se relaciona el listado de intervenciones actividades NIC propuestas, con el de acciones que las implementan en la práctica real.

Tabla n° 1: Diagnósticos NANDA relacionados con el cuidado de UPP

Diagnóstico	Definición
Riesgo del deterioro de la integridad cutánea.	Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
Deterioro de la integridad cutánea.	Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.
Deterioro de la integridad tisular.	Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.
Perfusión tisular inefectiva: periférica.	Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.
Deterioro de la movilidad en la cama.	Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.
Riesgo de lesión.	Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con recursos adaptativos y defensivos de la persona.
Riesgo de infección.	Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
Riesgo de síndrome de desuso.	Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

Tabla n° 2: Resultados NOC relacionados con el cuidado de UPP

Código	Intervenciones NOC	Definición
0703	Severidad de la infección	Gravedad de la infección y síntomas asociados.
0203	Posición corporal: autoiniciada	Capacidad para cambiar de posición corporal independientemente con o si mecanismo de ayuda.
0204	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.
1103	Curación de la herida: por segunda intención	Magnitud de regeneración de células y ejidos en una herida abierta.
1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
0407	Perfusión tisular: periférica	Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la perfusión tisular.
1004	Estado nutricional	Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.
0113	Envejecimiento físico	Cambios físicos normales que se producen con el proceso natural de envejecimiento.
0208	Movilidad	Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o si mecanismo de ayuda.
0602	Hidratación	Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

Tabla nº 3: Intervenciones NIC relacionados con el cuidado de UPP

Código	Intervenciones NIC	Definición
3500	manejo de presiones	Minimizar la presión sobre las partes corporales.
0840	cambio de posición	Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.
6540	control de infecciones	Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
3584	cuidados de la piel: tratamiento tópico	Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.
3660	cuidados de las heridas	Prevención de las complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.
3520	cuidados de las úlceras por presión	Facilitar la curación de las úlceras por presión.
0740	cuidados del paciente encamado	Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.
3590	vigilancia de la piel	Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
3540	prevención de úlceras por presión	Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.
6550	protección contra las infecciones	Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.
2316	administración de medicación: tópica	Preparación y aplicación de medicamentos en la piel.
7040	apoyo al cuidador principal	Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Tabla nº 4: Actividades EBE relacionados con el cuidado de UPP

Actividades de enfermería. Basadas en la evidencia (EBE) *	Intervenciones NIC relacionadas
<ul style="list-style-type: none"> Realizar valoración del riesgo al ingreso (grado C). Dar prioridad al juicio clínico para planificar (grado A). Usar escalas de valoración de riesgos fiables y válidas como sistema de apoyo (grado C). Mantener una rutina de registros y estadísticas del riesgo (grado C). 	<p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>3660- Cuidados de las heridas.</p> <p>3540- Prevención de úlceras por presión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Informar y educar al cuidador principal y/o familia de las medidas preventivas en upp para que colaboren en los cuidados (grado C). Identificar las posibles dificultades del rol del cuidador principal (grado C). Realizar valoración del entorno de cuidados incidiendo en la disponibilidad y habilidad del cuidador principal, condiciones del domicilio y recursos en pacientes que vayan a ser atendidos en su domicilio (grado C). 	<p>7040- Apoyo al cuidador principal.</p> <p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>3540- Prevención de úlceras por presión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Valoración rutinaria del estado de la piel por personal experto o formado en upp (grado C). Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión (grado A). Revisar la piel del paciente expuesto a inmobilizaciones > 10 horas (grado C). Observar si hay riesgo de excesiva humedad en la piel por incontinencia (grado B). 	<p>3590- Vigilancia de la piel.</p> <p>0740- Cuidados del paciente encamado.</p> <p>3540- Prevención de úlceras por presión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración del estado nutricional. Si nos indica que es adecuado mantener dieta con aporte calórico (30-35 Kcal/Kg), proteico (1-1,25 gr/Kg) y de vitaminas y minerales según las recomendaciones de la RDA (grado A). Si la valoración del estado nutricional nos indica que esta alterado corregir las deficiencias nutricionales con una dieta normocalórica hiperproteica (1,5-1,7 gr/Kg), con amino ácidos específicos (arginina) enriquecida con vitaminas (A,B,C), ácido fólico y Zinc (22 mg/día) (grado C). 	<p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>3540- Prevención de úlceras por presión.</p> <p>3660- Cuidados de las heridas.</p>

(*) Entre paréntesis el grado de evidencia.

Actividades de enfermería. Basadas en la evidencia (EBE) *	Intervenciones NIC relacionadas
<ul style="list-style-type: none"> • Movilizar cuidadosamente al paciente, evitando la fricción y los movimientos de cizalla (grado C). • Si es el caso, siempre que sea posible, aplicar dispositivos hidrocelulares especiales para talones en lugar de vendaje almohadillado (grado A). • Comprobar la movilidad y actividad del paciente, recomendando al paciente con cierta independencia cambiar de posición cada 15 minutos (grado C). • Instaurar medidas encaminadas al alivio de la presión y la fricción especialmente en las zonas más propicias para desarrollar upp (grado C). • Hace la cama con pliegues para evitar la presión sobre los dedos de los pies (grado C). • Utilizar apósitos hidrocelulares para mantener talones, codos y prominencias óseas libres de presiones continuas (grado A). • En pacientes de riesgo medio alto de desarrollar upp usar colchones terapéuticos (grado A). • Realizar cambios posturales, en el paciente inmovilizado, al menos cada 2 horas (grado A). • No utilizar dispositivos tipo rosca o flotador en silla/sillón. Usar dispositivos especiales de alivio de presión para sentarse (grado C). 	<p>3500- Manejo de presiones.</p> <p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>3540- Prevención de úlceras por presión.</p> <p>0740- Cuidados del paciente encamado.</p> <p>(.....continuación).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cambios posturales a todo paciente identificado como riesgo de desarrollar upp, o que ya las tenga, siempre que no esté contraindicado (grado B). • Realizar cambios posturales, en el paciente inmovilizado, al menos cada 2-3 horas durante el día (grado A) y 4 horas durante la noche (grado C). • La secuencia recomendada para cambios posturales es: decúbito supino- decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo-decúbito supino (grado C). • No sobrepasar los 30° en posición decúbito lateral para evitar apoyar el peso sobre el trocánter (grado C). • En posición decúbito supino, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo (grado C). • Colocar al paciente en una posición que le evite tensiones, dolor o apoyo directo sobre una lesión (grado C). 	<p>0840- Cambio de posición.</p> <p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>3540- Prevención de úlceras por presión.</p> <p>0740- Cuidados del paciente encamado.</p>

(*) Entre paréntesis el grado de evidencia.

Actividades de enfermería. Basadas en la evidencia (EBE) *	Intervenciones NIC relacionadas
<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera incluyendo localización, dimensiones (longitud, anchura en centímetros), estadio (I-IV), tipo de tejido existente en el lecho ulceral. (grado C). • Determinar la existencia de secreción, exudado y signos de infección (grado C). • Observar el curso de evolución por medio de una escala validada de curación de upp. Se recomienda la escala PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing) o también llamada IMEUPP (Instrumento para la Monitorización de la Evolución de una úlcera por presión) (grado C). 	<p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>3540- Prevención de úlceras por presión.</p> <p>3590- Vigilancia de la piel.</p> <p>3660- Cuidados de las heridas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Para úlceras en estadio I en cualquier localización utilizar ácidos grasos hiperoxigenados para revertir la lesión (grado C). Para lesiones en zonas de riesgo (prominencias óseas) utilizar ácidos grasos más un apósito hidrocelular (grado A). • Para úlceras en estadio II en cualquier localización utilizar apósitos basados en cura húmeda, preferentemente hidrocoloide (grado A). para lesiones en zonas de riesgo utilizar apósitos hidrocelulares (grado A). • Para úlceras en estadio III-IV profundas con exudado escaso o nulo utilizar hidrogeles de estructura amorfa y apósito hidrocelular (grado C). Con exudado moderado o abundante utilizar apósitos de hidrofibra más hidrocelular (grado C). • Seleccionar un tamaño adecuado de apósito que cubra una superficie entorno a 2-4 cm alrededor de la úlcera (grado C). • En zonas anatómicamente complicadas (sacro, talones, etc.) controlar periódicamente la colocación del apósito (grado C). • Por norma general, la retirada del apósito debe realizarse mediante su humedecimiento (grado C). • Manejar las heridas con suavidad siendo conscientes de que cualquier ligero contacto puede producir dolor (grado C). 	<p>3584- Cuidados de la piel: tratamiento tópico.</p> <p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>2316- Administración de medicación: tópica.</p>

(*) Entre paréntesis el grado de evidencia.

Tabla nº 4: **Actividades EBE relacionados con el cuidado de UPP** (continuación)

Actividades de enfermería. Basadas en la evidencia (EBE) *	Intervenciones NIC relacionadas
<ul style="list-style-type: none"> • Colocarse guantes para realizar cualquier manipulación de la lesión (grado C). • Limpiar la herida con solución salina. Ante la ausencia de ésta puede realizarse con agua potable. En caso de lesiones cerradas en estadio I se puede utilizar agua templada y jabón (grado C). • Limpiar la úlcera de dentro a fuera con movimientos circulares en presencia de exudado, escaras o tejido necrótico (grado C). En caso de heridas limpias la limpieza por arrastre es el método más adecuado (grado C). • La presión de lavado eficaz es la proporcionada por la gravedad o a través de jeringas de 20-50 ml con una aguja o catéter de 0,9 mm (grado B). • No utilizar de forma rutinaria los antisépticos en la limpieza de heridas crónicas, su uso continuado puede provocar problemas sistémicos (grado B). • Ante presencia de infección se deberá intensificar la limpieza y el desbridamiento efectivo (grado A). • Para evitar la formación de abscesos o cierres en falso es conveniente rellenar las cavidades, tunelizaciones, y el lecho ulceral ½ o ¾ partes con productos enzimáticos tipo hidrogeles de estructura amorfa (grado C). • Minimizar la colonización de las úlceras y mejorar su curación protegiéndolas de fuentes externas de contaminación, heces, orina, etc. (grado C). • La presencia de tejido necrótico o esfacelos en el lecho ulceral es signo de proliferación bacteriana y pronóstico de mala cicatrización (grado C). • Las úlceras con pus o mal olor se asocian con la presencia de microorganismos anaerobios (grado C). • El uso de carbón activado con plata son de utilidad en el tratamiento de úlceras contaminadas y/o infectadas (grado C). • Considerar la utilidad de antisépticos locales (povidona yodada, clorexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito, ec.) sólo en aquellos casos de control de la carga bacteriana, como por ejemplo en la toma de muestras para cultivo (grado C). • Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local con sulfadiazina argéntica en úlceras limpias que no curan o continúan produciendo exudado después de 2-4 semanas (grado A). • Realizar cultivos bacterianos cuantitativos cuando la úlcera no responda a terapia antibiótica local después de 2 semanas de tratamiento (grado C). 	<p>6550- Protección contra las infecciones.</p> <p>6540- Control de infecciones.</p> <p>3520- Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>2316- Administración de medicación: tópica.</p> <p>3584- Cuidados de la piel: tratamiento tópico.</p>

(*) Entre paréntesis el grado de evidencia.

Discusión

Si bien es cierto que la implementación de la EBE a la actividad sanitaria ha supuesto un revulsivo que ha condicionado un cambio en el discurso y ha abierto nuevas opciones y alternativas en la práctica clínica de enfermería²⁰, el uso de intervenciones eficaces que, llevadas a la práctica se transforman en efectivas suponen un reconocimiento de la excelencia y calidad de los cuidados. Por primera vez se observa que los profesionales, antes de plantearnos un protocolo, guía clínica, plan de cuidados, etc. nos preguntamos: ¿contamos con evidencias que apoyen nuestra actividad?.

Sin embargo, la preocupación por la calidad de los cuidados es compartida por los profesionales, pacientes y gestores. En nuestro entorno sanitario la EBE ha pasado de ser un concepto novedoso, a ser un medio totalmente justificado y necesario, con unos elementos definidos y claros, cuyo principal objetivo es llevarnos hacia la excelencia de los cuidados. Es por ello, que debemos saber que los protocolos, manuales de procedimientos y guías clínicas, respaldadas por una sólida base científica no son sufi-

cientos para estandarizar y disminuir la variabilidad de la práctica clínica²¹, sino que se necesita la implementación de la evidencia, la experiencia y la opinión del paciente en el día a día de enfermería.

Este estudio, sobre evidencias e intervenciones NIC en el campo de las úlceras de presión, pone de manifiesto una de las líneas de investigación propuestas en la IV Reunión de Enfermería Basada en la Evidencia²², destinada a vincular los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) y las evidencias, esto es, a establecer nexos de unión entre la investigación en resultados de enfermería utilizando las taxonomía NANDA-NI-NOC, y la práctica EBE.

Fruto de todo ello, los resultados demuestran que, aunque pasando por las dificultades que supone el proceso de validación de una intervención enfermera en la taxonomía NIC, con la práctica EBE²³, (ya que cada intervención NIC cuenta con una clasificación propia de actividades y la EBE toma cada actividad individual como si fuese una intervención independiente que debe ser evaluada, considerando cada intervención NIC como una guía clínica en la que confluyen muchas actuaciones)²⁴, la implementación es posible.

Bibliografía

1. Ackley BJ, Ladwing GB. Proceso Enfermero, Diagnóstico de Enfermería y Enfermería Basada en la Evidencia. En: Ackley BJ, Ladwing GB (editor). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la Planificación de Cuidados (7ª ed.). Madrid: Elsevier España SA; 2007. p. 2-15.
2. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España SA. 2005.
3. Cidoncha Moreno MA. Mucho se ha hablado y se habla de la práctica basada en evidencias. Evidentia 2007; 4(17). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n17/387articulo.php>
4. García FP, Carrascosa MI, Bellido JC, et al. Guía para el manejo de: riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con úlceras por presión. Evidentia 2005; 2(supl). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf.
5. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar 2004.
6. Gago Fornells M, García González FR. Cuidados de la Piel Perilesional. Madrid: Fundación 3M y Drug Pharma SL. 2006. p. 9-10.
7. Rumbo Prieto JM, Casto Pastor A, Cobas Couto E, et al. Proceso de Atención de Enfermería y Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia Científica. Enf Científ 1999; 208-209: 23-27
8. Portal de Cuidados para la Salud Basados en la Evidencia Joanna Briggs (JBI COnNECT). Disponible en: <http://es.jbiconnect.org>
9. Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión 1ª parte: prevención de las lesiones por presión. Best Practice 1997; 1(1): 1-6 (revisión: 15-03-07)
10. Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión 2ª parte: Manejo de los Tejidos Dañados por la Presión. Best Practice 1997; 1(2): 1-6 (revisión: 15-03-07)
11. Instituto Joanna Briggs. Soluciones, Técnicas y Presión para la limpieza de heridas. Best Practice 2006; 7(1): 1-7 (revisión: 10-04-07)
12. Icart Isert MT. Enfermería Basada en la Evidencia (EBE): un nuevo desafío profesional. Enf Clín (Barc) 1997; 8(2): 77-83.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier España SA. 2005.
14. Romeo S, García A, Lacida M, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2007.
15. Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. Guía de práctica clínica en prevención de úlceras por presión. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
16. Carballo JM, Clemente W, Martín C, et al. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital general. HHUUVR.
17. Sociedad Española de Cirugía plástica reparadora y estética (SECPRE). Úlceras por presión. Disponible en: <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2018.html>
18. Martínez F, Soldevilla JJ, Verdú J, et al. Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. Rev ROL Enf 2007; 30(12): 801-808.
19. Soldevilla JJ, Torra JE (editores). Atención integral de las heridas crónicas (1ª ed). Madrid: SPA, SL. 2004.
20. Álvarez Leiva MI. Las Evidencias y el Cambio de Enfermería. Evidentia 2007; 4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/296articulo.php>
21. Sarille Gómez MF. Enfermería, evidencias y calidad. Evidentia 2007; 4(17). <http://www.index-f.com/evidentia/n17/347articulo.php>
22. IV Reunión Sobre Enfermería Basada en la Evidencia. NANDA-NIC-NOC "De la perplejidad a la generación del conocimiento". Evidentia 2007; 4(14): <http://www.index-f.com/evidentia/n14/341articulo.php>
23. Orellana Yáñez A, Paravic Klijn T. Enfermería Basada en Evidencia. Barreras y Estrategias para su implementación. Cienc enferm (chi) 2007; 13(1): 17-24
24. Bujalance Hoyos J, Pérez Boluda MT, Padín López S, et al. Desarrollo y proceso de validación de una intervención en la taxonomía NIC. Evidentia 2007; 4(13): <http://www.index-f.com/evidentia/n13/2305articulo.php>