

Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de Úlcera por Presión¹

Taline Bavaresco²
Amália de Fátima Lucena³

Objetivo: validar las intervenciones de la clasificación de enfermería NIC para el diagnóstico Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en pacientes en riesgo de úlcera por presión (UP). Método: la muestra fue compuesta por 16 enfermeras experts. Los datos colectados en instrumento con las intervenciones, su definición y una escala Likert puntuada por las experts. Los datos analizados estadísticamente, utilizándose cálculo de media ponderada (MP). Estudio aprobado en Comité de Ética e Investigación (56/2010). Resultados: se validaron nueve intervenciones como prioritarias (MP $\geq 0,80$), entre ellas Prevención de UP (MP=0,92); 22 como sugeridas (MP $> 0,50 < 0,80$) y 20 fueron descartadas (MP $\leq 0,50$). Conclusiones: la prevención de la UP, pasa a través de la implementación de intervenciones específicas y relacionadas a los factores de riesgo al desarrollo de la lesión, con implicaciones a la práctica, enseñanza e investigación de enfermería.

Descriptores: Procesos de Enfermería; Úlcera de Presión; Cuidados de Enfermería; Estudios de Validación.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada para pacientes em risco de Úlcera por Pressão", presentada a la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Apoyo financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil.

² MSc, Profesor, Universidade de Caxias do Sul, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondencia:

Taline Bavaresco
Av. Júlio de Castilhos, 740, apto 307
Centro
CEP: 95010-000, Caxias do Sul, Brasil
E-mail: tali_nurse@yahoo.com.br

Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão

Objetivo: validar as intervenções da classificação de enfermagem NIC para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, em pacientes em risco de úlcera por pressão (UP). Método: a amostra foi composta por 16 enfermeiras experts. Os dados foram coletados em instrumento contendo a caracterização das participantes, além de uma tabela com as intervenções e a definição de cada uma delas, bem como uma escala Likert que foi pontuada pelas experts. Os dados foram analisados estatisticamente, utilizando-se cálculo de média ponderada (MP). O estudo foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa (56/2010). Resultados: validaram-se nove intervenções como prioritárias (MP $\geq 0,80$), dentre elas prevenção de UP (MP=0,92); 22 como sugeridas (MP $> 0,50$ e $< 0,80$) e 20 foram descartadas (MP $\leq 0,50$). Conclusões: a prevenção da UP perpassa pela implementação de intervenções específicas e relacionadas aos fatores de risco ao desenvolvimento da lesão, com implicações na prática, ensino e pesquisa de enfermagem.

Descritores: Processos de Enfermagem; Úlcera de Pressão; Cuidados de Enfermagem; Estudos de Validação.

Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers

Objective: to validate the Nursing Intervention Classifications (NIC) for the diagnosis 'Risk of Impaired Skin Integrity' in patients at risk of pressure ulcers (PU). Method: the sample comprised 16 expert nurses. The data was collected with an instrument about the interventions and their definitions were scored on a Likert scale by the experts. The data was analyzed statistically, using the calculation of weighted averages (WA). The study was approved by the Research Ethics Committee (56/2010). Results: nine interventions were validated as 'priority' (WA ≥ 0.80), among them Prevention of PU (MP=0.92); 22 as 'suggested' (WA > 0.50 and < 0.80) and 20 were discarded (WA ≤ 0.50). Conclusions: the prevention of PU results from the implementation of specific interventions related to the risk factors for development of the lesion, with implications for nursing practice, teaching and research.

Descriptors: Nursing Process; Pressure Ulcer; Nursing Care; Validation Studies.

Introducción

El método que orienta el juicio clínico y la tomada de decisión del enfermero es denominado Proceso de Enfermería (PE), siendo constituido por las etapas de averiguación (recogida de datos), diagnóstico de enfermería (DE), planificación, implementación de intervenciones de enfermería y evaluación de los resultados presentados por el paciente, familia o comunidad delante de las conductas adoptadas⁽¹⁾.

En las etapas referentes al diagnóstico, a la intervención y al resultado pueden ser usados términos estandarizados descritos por los sistemas de clasificación, que apuntan los fenómenos comunes en la e para la práctica clínica de la enfermería. Actualmente, los sistemas de clasificación de lenguaje más conocidos y utilizados en la realidad brasileña son las taxonomías NANDA-*Internacional* (NANDA-I)⁽²⁾, Clasificación das Intervenciones de Enfermería - NIC⁽³⁾ y Clasificación dos Resultados de Enfermería-NOC⁽⁴⁾. Esas clasificaciones

favorecen la comunicación y la documentación sistemática de las acciones de la enfermería, además de otros beneficios relacionados a la práctica clínica⁽³⁾.

Los escenarios de cuidado donde el PE y los sistemas de clasificación pueden ser aplicados son diversos, con esto algunas especificidades necesitan ser mejor exploradas. Un de estos casos es el escenario de la prevención de las úlceras por presión (UP), las cuales demandan preocupación de la enfermería y ha sido un objeto de discusión, principalmente, en medio hospitalario. Sin embargo, la incidencia de UP aun permanece elevada y estas lesiones son causa importante de morbimortalidad, afectando la calidad de vida de los pacientes, además de que generen costes a los servicios de salud⁽⁵⁾.

La UP es una lesión en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia huesosa, debido a la presión que puede estar en combinación con deformación y /o fricción⁽⁵⁾. Entre los factores de riesgo que aportan

para la exposición de los pacientes a su desarrollo se destacan: déficit de movilidad y/o sensibilidad, fricción y deformación, edema, humedad, edad avanzada, enfermedades sistémicas, uso de algunos medicamentos como, por ejemplo, corticoide, antiinflamatorio y antibiótico, deficiencia nutricional, comprometimiento neurológico y disturbios metabólicos⁽⁵⁾.

La precoz y regular estratificación del riesgo para el desarrollo de UP, que puede ser realizado con el uso de escalas como la de Braden, sostiene la adopción de medidas preventivas para reducir los factores predisponentes a la hipo perfusión del tejido, optimizar el estado general y nutricional del individuo y favorecer las atenciones locales a la piel⁽⁶⁾. Esta evaluación, puede también subvencionar el establecimiento de un DE esmerado, que basará la selección de las intervenciones de enfermería para cada paciente, llevándose en cuenta los resultados esperados⁽³⁾.

Actualmente, el DE de la NANDA-I que mejor traduce la situación de vulnerabilidad a la UP es el Riesgo de Integridad de la Piel Dañada (00047), encontrado en el dominio 11, Seguridad/protección, en la clase 2 de Lesión física. Para que éste DE pueda ser identificada con mayor esmero la NANDA-I orienta el uso de un instrumento estandarizado de evaluación de riesgo⁽²⁾, que puede ser, por ejemplo, la Escala de Braden, que evalúa el riesgo del individuo a la UP. Todavía, el DE en cuestión no es específico para determinar el riesgo de UP, sino para cualquier riesgo a la integridad de la piel.

La NIC presenta diversas posibilidades de intervenciones para ése DE, sin embargo sin estudios de validación en el escenario de cuidado a pacientes en riesgo para UP. En reciente busca en base de datos utilizándose los términos "nursing interventions classification and validation study" fueron encontradas 35 publicaciones⁽⁷⁾, siendo cuatro en Brasil. Ninguna de ellas presentó la UP como situación clínica en estudio, lo que refuerza la finalidad de esta averiguación de las intervenciones de enfermería para pacientes en riesgo de UP, teniendo por base el propuesto en las relaciones entre NIC-NANDA-I. Esas relaciones son definidas como la relación o asociación entre un DE de la NANDA-I y una intervención de enfermería de la NIC, teniendo por objetivo minimizar o solucionar el problema en cuestión, en este caso, la UP⁽³⁾.

En las relaciones de la NIC con la NANDA-I son presentadas para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada 48 intervenciones de enfermería, siendo tres prioritarias, 28 sugeridas y 17 adicionales optativas⁽⁸⁾. Las prioritarias son las más probables para la solución del problema. Las sugeridas tienen una grande probabilidad de solucionar el DE y, las adicionales optativas, las que se aplican solamente a algunos pacientes con el DE. Además

de esas 48 intervenciones, se verificó la existencia de otras intervenciones de enfermería en el libro *Relaciones entre NANDA-I, NOC y NIC*, para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada⁽⁹⁾.

Así, considerándose el capítulo de relaciones NIC-NANDA-I y el propuesto por el libro *Relaciones entre NANDA-I, NOC y NIC*, se encontró 51 intervenciones de enfermería pasibles de ser aplicadas a pacientes con el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada. Mientras, aun no validadas en el escenario de cuidado a pacientes en riesgo de UP. Entonces, considerándose la importancia de profundizar el conocimiento sobre las intervenciones preventivas a la UP y de apurar la aplicabilidad de la NIC se desarrolló este estudio que tuvo como objetivo validar el contenido de las intervenciones de enfermería para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada, para pacientes adultos en riesgo de úlcera por presión, desde la relación NIC-NANDA-I.

Método

Estudio de validación de contenido realizado en el período de marzo de 2010 a diciembre de 2011 en dos hospitales universitarios brasileños, un en la región sur y otro en la región sudeste del país. La muestra constó de 16 enfermeras *experts* pertenecientes a grupos de estudios e investigación en el área del cuidado de enfermería con la piel en éstos dos hospitales.

Los criterios de inclusión de las mismas fueron: participar o haber participado del grupo de estudio en el cuidado con la piel y heridas, durante por lo menos un año; tener práctica clínica en el cuidado con la piel, específicamente en el cuidado a pacientes en riesgo de UP; conocer y/o utilizar el proceso de enfermería y los sistemas de clasificación de términos estandarizados de enfermería (NANDA-I y NIC) y utilizar protocolo de prevención y tratamiento para UP, con aplicación de la Escala de Braden como instrumento predictor de riesgo para éste agravo.

La recogida de datos fue realizada con instrumento construido con base en las relaciones existentes entre NIC-NANDA-I y entregue por la investigadora a las participantes por medio de correo electrónico creado para el estudio. Antes de eso hubo contacto presencial entre la investigadora y representantes de los grupos que compusieron la muestra, para presentar los objetivos del estudio.

* Expert – persona que tiene habilidad o práctica especial, siendo considerado un experto o hábil en determinada área, que le permite participar de estudios de validación en la calidad de juez⁽¹⁰⁾.

El instrumento de recogida de datos contenía datos para caracterización de las participantes, además de una tabla de seis columnas, donde la primera traía el título y la definición de cada una de las 51 intervenciones NIC sometidas a la validación. Las demás columnas contenían una Escala *Likert* de 1 a 5 puntos, en que los *experts* atribuían una nota basada en la evaluación de cuanto el contenido de cada intervención era utilizado para lo DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada, específicamente, para pacientes en riesgo para UP. Las enfermeras *experts* puntuaron de la siguiente manera: 1= no utilizada; 2= mucho poco utilizada; 3= de algún modo utilizada; 4= considerablemente utilizada y 5= muy utilizada. Junto al instrumento también fueron enviadas a las participantes orientaciones relativas a su relleno y devolución.

El análisis de los datos fue realizado de forma estadística, considerándose la nota atribuida por los *experts* para cada intervención⁽¹¹⁾. Se calculó la media ponderada de las anotaciones, atribuyéndose los siguientes pesos⁽¹¹⁾: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1. Este cálculo definió las intervenciones prioritarias, o sea, las con media ponderada $\geq 0,80$; las intervenciones sugeridas, que lograron medias $> 0,50 < 0,80$ y las descartadas, con medias $\leq 0,50$.

El proyecto fue aprobado por Comisión de Investigación (56/2010) y por Comité de Ética de las instituciones envueltas (110028), atendiendo a todos los principios éticos a la averiguación.

Resultados

La muestra se constituye de 16 enfermeras *experts* formadas hace un tiempo mediano de 104,5 (14-320) meses y con participación en grupo de estudio sobre piel y heridas de 33,5 (12-144) meses. Hubo predominio del título de experto en 7 (43,75%) casos, seguido por 4 (25%) doctoras. El área de actuación profesional actual prevalente fue la clínica asistencial con 13 (81,25%) enfermeras.

En cuanto a la participación de las *experts* en eventos sobre la temática del proceso de enfermería, 10 (62,5%) de ellas realizaron hasta 10 horas de actividad, mientras que en la temática sobre úlcera por presión 6 (37,5%) tuvieron más de 40 horas de actividades. Siete (43,75%) *experts* participaron tanto de eventos sobre PE como de UP. Se identificó también que 7 (43,75%) enfermeras publicaron hasta 10 artículos, 3 (18,75%) son autoras de por lo menos un capítulo y/o libro sobre la temática en estudio y 5 (31,25%) publicaron hasta 10 trabajos en anales de congresos.

Como resultados de la validación de contenido de las 51 intervenciones de enfermería NIC para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada en pacientes con riesgo para UP se logró 9 (17,6%) intervenciones validadas como prioritarias, con media ponderada $\geq 0,80$; 22 (43,1%) como sugeridas, con media ponderada $> 0,50 < 0,80$ y, 20 (39,3%) descartadas, por presenten media ponderada $\leq 0,50$. Las nueve intervenciones de enfermería validadas como prioritarias están presentadas en la Tabla 1.

Tabla 1 - Intervenciones de Enfermería validadas como prioritarias para el de Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en el escenario de cuidado de pacientes en riesgo de UP. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Intervenciones validadas como prioritarias (n=51)	Media Ponderada
Prevención de Úlceras de Presión (3540)*	0,92
Control de la Presión (3500)*	0,89
Supervisión de la Piel (3590)*	0,89
Baño (1610)†	0,87
Atenciones de la Piel: tratamientos tópicos (3584) ‡	0,86
Monitorización de Señales Vitales (6680) †	0,84
Cuidados en la Incontinencia Urinaria (0610) §	0,82
Posicionamiento (0840) ‡	0,80
Terapia Nutricional (1120) †	0,80
Total	9 (17,6%)

* Intervenciones de enfermería también descritas en la NIC como prioritarias por la relación NIC-NANDA-I.

† Intervenciones de enfermería descritas en la NIC como adicionales optativas por la relación NIC-NANDA-I.

‡ Intervenciones de enfermería descritas en la NIC como sugeridas por la relación NIC-NANDA-I.

§ Intervención de enfermería descrita como adicional optativa en el libro "Relaciones entre NANDA, NOC y NIC".

Las 22 intervenciones validadas como sugeridas, con media ponderada $> 0,50 < 0,80$, están presentadas en la Tabla 2.

Tabla 2 - Intervenciones de enfermería validadas como sugeridas para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en el escenario de cuidado de pacientes en riesgo de UP. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Intervenciones validadas como sugeridas (n=51)	Media Ponderada
Control de la nutrición (1100)	0,78
Supervisión (6650)*	0,77
Atenciones con el reposo en el lecho (0740)	0,77
Atenciones con lesiones (3660)*	0,77
Protección contra infección (6550)*	0,75
Atenciones en la incontinencia intestinal (0410)	0,75
Control de infección (6540)*	0,75
Inmovilización (0910)*	0,70
Administración de nutrición parental total (NPT) (1200)	0,70

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Intervenciones validadas como sugeridas (n=51)	Media Ponderada
Terapia con ejercicios: deambulaci3n (0221)*	0,69
Precauciones de la circulaci3n (4070)*	0,69
Posicionamiento: silla de ruedas (0846)	0,69
Precauciones contra sangramiento (4010)	0,67
Atenciones con pr3tesis (1780)	0,66
Atenciones con la tracci3n/inmovilizaci3n (0940)*	0,64
Atenciones con el perineo (1750)	0,62
Control de la diarrea (0460)	0,62
Asistencia en el autocuidado: ba1o / higiene (1801)	0,62
Posicionamiento: transoperatorio (0842)*	0,59
Asistencia en el autocuidado: uso del retrete sanitario (1804)	0,55
Atenciones con ostom3as (0480)*	0,53
Atenciones con local de incisi3n (3440)*	0,53
Total	22 (43,1%)

*Intervenciones de enfermer3a tambi3n descritas en la NIC como sugeridas por la relaci3n NIC-NANDA-I.

Veinte intervenciones fueron descartadas en el estudio, con media ponderada $\leq 0,50$ (Tabla 3).

Tabla 3 - Intervenciones de enfermer3a descartadas para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en el escenario de cuidado de pacientes en riesgo de UP. Porto Alegre/RS, 2012

Intervenciones descartadas (n=51)	Media Ponderada
Monitorizaci3n de las extremidades inferiores (6680)	0,50
Atenciones con aparato de yeso: mantenimiento (0762)	0,50
Control hidroelectrol3tico (2080)	0,50
Atenciones con aparato de yeso: h3medo (0764)	0,48
Atenci3n con los pies (1660)	0,47
Control de electrolitos (2000)	0,47
Administraci3n de medicamentos: tema (2316)	0,47
Promoci3n del ejercicio (0200)	0,45
Atenciones en la amputaci3n (3420)	0,45
Terapia con ejercicios: movilidad articular (0224)	0,44
Control de medicamentos (2380)	0,44
Ense1anza: cuidado con los pies (5603)	0,42
Promoci3n del ejercicio: entrenamiento para fortalecimiento (0201)	0,37
Terapia con ejercicios: control muscular (0226)	0,36
Masaje (1480)	0,36
Promoci3n del ejercicio: alargamiento (0202)	0,34
Terapia con ejercicios: equilibrio (0222)	0,31
Cuidado con las u1as (1680)	0,31
Precauciones en el uso de art3culos de l3tex (6570)	0,23
Conducta en el prolapso rectal (0490)	0,23
Total	20 (39,3%)

Discusi3n

La selecci3n de las enfermeras *experts* fue norteaada por la busca de profesionales con experiencia en la pr3ctica cl3nica asistencial, en dos hospitales universitarios reconocidos en Brasil por su excelencia en el cuidado a la salud, ense1anza e investigaci3n. As3, las participantes presentaron un n3mero significativo de publicaci3n cient3fica y cursos realizados sobre el PE y sobre UP, lo que demuestra conocimiento t3cnico-cient3fico y fortalece la confiabilidad de los resultados de este estudio de validaci3n de contenido.

Nueve intervenciones de enfermer3a NIC para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Da1ada en pacientes en riesgo para UP, entre las 51 estudiadas, fueron validadas como prioritarias. Entre 3stas, est3n las tres (*Prevenci3n de 3lceras de Presi3n, Control de Presi3n, Supervisi3n de la Piel*) que son apuntadas por la relaci3n NIC-NANDA-I como prioritarias para el DE en estudio. La importancia de ese dato es corroborada por la literatura, que demuestra la necesidad de estas intervenciones para auxiliar en la minimizaci3n precoz de los factores de riesgo a la UP, con destaque para el control de las fuentes de presi3n y supervisi3n constante de la piel⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Las intervenciones *Atenciones de la Piel: tratamientos t3picos y Posicionamiento*, en el presente estudio validadas como prioritarias, son presentadas como sugeridas en la relaci3n NIC-NANDA-I. Se destaca que el uso de productos aplicados en la v3a t3pica puede alterar o mantener la integridad de la piel y que, actualmente, existen diversos dispositivos para esto, con el fin de evitar el desarrollo de la UP⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Todav3a, requieren evaluaci3n constante por parte de la enfermer3a⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

La UP puede originarse de un posicionamiento inadecuado del paciente y/o por su larga permanencia en una misma posici3n, lo que favorece la presi3n sobre 3reas del cuerpo. Esto demanda intervenci3n en el sentido de (re) posicionarse una o m3s 3reas del cuerpo en contacto con una superficie dura, como el colch3n y/o silla, pues la movilizaci3n del paciente con frecuencia es medida de prevenci3n para evitar, reducir y/o controlar la ocurrencia de UP⁽¹⁶⁾. Los cambios de posici3n del paciente sean en el lecho o en la silla y el uso de dispositivos adecuados que aligeren la presi3n son esenciales a la prevenci3n de la UP, pues auxilian en la interrupci3n del proceso de hipoxia celular local, que interfiere directamente en el surgimiento de la lesi3n⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Las intervenciones *Baño*, *Monitorización de las Señales Vitales* y *Terapia Nutricional* también fueron validadas como prioritarias en este estudio. Mientras, son consideradas adicionales optativas en la relación NIC-NANDA-I para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada. La intervención *Baño* reporta al cuidado de higienización de la piel, que debe estar aseada, sin humedades y suficientemente hidratada para apocar el riesgo de UP y de la invasión de patógenos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Además de eso, en el baño, la enfermería puede supervisar la condición de integridad de la piel y proporcionar alivio de las fuentes de presión, estimulando la circulación y reposicionando el paciente.

Se reconoce también la importancia de la *Monitorización de las Señales Vitales* en la evaluación de la condición circulatoria y de la temperatura de la piel, lo que puede subvencionar al enfermero para realizar un diagnóstico de riesgo como el estudiado. De modo semejante, la evaluación del estado nutricional de esos pacientes es importante, pues determinará la necesidad de la intervención validada *Terapia Nutricional*, para mantener el organismo con un adecuado aporte nutricional y así, facilitar su capacidad de mantener la integridad de la piel, además de favorecer la regeneración y el proceso de cicatrización de la misma^(16,20).

La intervención *Atenciones en la Incontinencia Urinaria*, presentada como adicional optativa para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en el libro *Relaciones entre NANDA-I, NOC y NIC*⁽⁹⁾ también fue validada como prioritaria. Es conocido que uno de los determinantes de la UP es la humedad de la piel, condición que la torna más fragilizada y quisquilloso al atrito y maceración. La humedad, sea advenida de productos o de las secreciones y fluidos fisiológicos, causa ablandamiento y maceración de la piel, con reducción de su fuerza de tensión, tornándola fragilizada a la compresión, fricción y deformación, además de propiciar crecimiento de microorganismos que perjudican su integridad⁽²⁰⁾.

Por tanto, todas las intervenciones validadas como prioritarias son aplicables a las condiciones clínicas que interfieren en el mantenimiento de la integridad de la piel y pueden minimizar el riesgo para UP. Las diferencias encontradas en el estudio con relación al nivel de relación entre las intervenciones NIC con el DE de la NANDA-I se justifican, visto que la NIC apunta intervenciones asociadas a un DE, sin embargo refuerza que las mismas no son preceptivos, sino que dependen del juicio del enfermero sobre la condición presentada por el individuo⁽³⁾. Sumado a esto, los estudios de validación buscan identificar en un conjunto de intervenciones las que son más adecuadas para el cuidado de pacientes en una determinada situación

clínica, como por ejemplo, a de riesgo para UP⁽²¹⁾. En este estudio se validó las intervenciones para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada en el escenario de cuidado a pacientes en riesgo de UP y no para otros tipos de riesgo de lesión a la piel.

Los resultados de ese estudio también pueden ser relacionados con las seis sub escalas que componen la Escala de Braden, las cuales evalúan la percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y deformación. Las alteraciones, cuando identificadas, indican la necesidad de intervenciones como las validadas, una vez que precaven y/o tratan las situaciones que favorecen el desarrollo de la UP^(12-13,20).

El número de nueve intervenciones de enfermería validadas como prioritarias al cuidado de pacientes en riesgo para UP fue mayor de lo que el presentado en este nivel en el capítulo de relaciones de intervenciones NIC con el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada. Esos resultados refuerzan la especificidad del cuidado la esta situación clínica que por sí apenas ya apunta también la necesidad de un DE específico que podría ser denominado Riesgo para Úlcera por Presión⁽²²⁾.

Con relación a las 22 (43,1%) intervenciones validadas como sugeridas, 11 (50%) de ellas también son así consideradas por la NIC en su capítulo de relaciones. Este conjunto de intervenciones corrobora la preocupación de los enfermeros con relación al control de la nutrición, el cuidado con lesiones, la importancia de la asistencia del autocuidado, protección y control de la infección, que son factores contribuyentes al surgimiento de la UP⁽²³⁾.

Veinte (39,3%) intervenciones de enfermería entre las 51 sometidas al estudio fueron descartadas, de dónde se infiere que haya ocurrido en función de la especificación del tipo de paciente considerado, en riesgo para UP, y no con otros factores que pudiesen llevar al establecimiento de el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada. Ésta idea es reforzada por el hecho de que algunas de las intervenciones descartadas se referían a la terapia con ejercicios, atenciones en la amputación, movilidad articular, con los pies y uñas, siendo aplicables a otros escenarios de cuidado. También es posible que algunas de ellas puedan ser utilizadas en el cuidado a pacientes en riesgo para UP, mientras en menor escala, pues como ya se refirió anteriormente, así como la NIC no presenta un carácter preceptivo de sus intervenciones, este estudio también no tiene esta pretensión.

Se destaca una vez más, que el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada es amplio y abarca otras situaciones de vulnerabilidad a la integridad de la piel, dejando dudas sobre su esmerada aplicabilidad en determinadas situaciones como la de riesgo para UP. Así,

los resultados de la validación de las intervenciones NIC para ése DE, considerando la especificidad del cuidado al paciente en riesgo para UP, también puede auxiliar en el establecimiento del mismo con mayor discernimiento, además de auxiliar en su prevención y tratamiento⁽²⁴⁾.

Así, se entiende que los resultados del estudio favorecieron el conocimiento de las clasificaciones NANDA-I y NIC, principalmente de la última, que presenta intervenciones que favorecen la comunicación, el registro y la implementación de acciones sistemáticas y continuadas en la enfermería.

Conclusiones

Se concluyó que entre las 51 intervenciones propuestas por la NIC para el DE Riesgo de Integridad de la Piel Dañada, desde la relación NIC-NANDA-I, las consideradas prioritarias para pacientes adultos en riesgo de úlcera por presión son nueve: *Prevención de Úlceras de Presión, Control de la Presión, Supervisión de la Piel, Baño, Atenciones de la Piel: tratamientos tópicos, Monitorización de las Señales Vitales, Atenciones en la Incontinencia Urinaria, Posicionamiento y Terapia Nutricional*. Esas intervenciones fueron consideradas aplicables a la prevención de la UP, las cuales pueden ser utilizadas dependiendo de la situación clínica evidenciada, de los conocimientos y habilidades de los profesionales de la enfermería, que prestan asistencia continuada a los pacientes, intervenido en los factores de riesgo para el desarrollo de la UP.

También se constató que el uso de instrumentos predictivos de riesgo, como la Escala de Braden, son importantes en el direccionamiento del DE, que basa el plan de acciones del enfermero, para lograr resultados positivos a la prevención de la UP. Como factor limitante del estudio, se cita el número reducido de publicaciones semejantes, para auxiliar en la comparación y discusión de los resultados logrados.

Las implicaciones de esta investigación están vueltas al avance del conocimiento de la práctica asistencial de la enfermería, pues validó intervenciones prioritarias al cuidado de los pacientes en riesgo para UP. También implica positivamente en la enseñanza, pues sus resultados pueden facilitar la aproximación entre teoría y práctica. Favorecen aun, la tomada de decisión y el raciocinio clínico de los estudiantes y profesionales, habilidades fundamentales a la aplicación del PE. De manera semejante, implica en la investigación de enfermería, pues a partir de esos resultados otros estudios pueden ser impulsados como los de validación clínica de las intervenciones y desarrollo de nuevos DEs.

Agradecimientos

Agradecemos a la alumna del curso de graduación en enfermería y becario de iniciación científica - Priscila Eugênio Fortes -, por su colaboración en la presentación de parte del estudio en un evento científico internacional.

Referências

1. Almeida MA, Lucena AF. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MC. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 23-40.
2. NANDA - International. Nursing diagnoses: definitions & classification 2012-2014. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2012. 568 p.
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 944 p.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem - NOC 4ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. 936 p.
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). [Internet]. Washington (EUA). [acesso 10 out 2011]. Disponível em: <http://www.npuap.org>.
6. Magnan MA, Maklebust J. Braden Scale risk assessments and pressure ulcer prevention planning: what's the connection? J Wound Ostomy Continece Nurs. 2009;36(6):622-34.
7. Gopubmed. [Internet]. 2011 [acesso 28 nov 2011]. Disponível em: <http://www.gopubmed.com>.
8. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 988 p.
9. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M. Ligações entre: NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 704 p.
10. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006;5(1):60-6.
11. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung: J Acute Crit Care. 1987;16(6):625-9.
12. Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(4):703-10.

13. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2011; [acesso 6 julho 2012]; 19(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf
14. Menegon DB, Pereira AG, Santos CT, Heckler S. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas do Sistema Tegumentar. In: Silva ERR da, Lucena AF. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 259-82.
15. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(11):223-8.
16. Paiva LC. Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco [dissertação de mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. 99 p.
17. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2010;[acesso 6 jan 2011]; 18(6):[10 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf
18. Goulart FM, Ferreira JA, Santos KAA, Morais VM, Freitas Filho GA. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. Rev Objetiva. 2008;4:85-97.
19. Baumgarten M, Margolis D, Orwiq D, Hawkes W, Rich S, Langenberg P, et al. Use of Pressure-Redistributing Support Surfaces Among Elderly Hip Fracture Patients Across the Continuum of Care: Adherence to Pressure Ulcer Prevention Guidelines. Gerontologist. 2010;50(2):253-62.
20. Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):50-7.
21. Crossetti MGO, Antunes GSM, Tanccini T. Validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. In: Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MCR. Processo de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 89-99.
22. Santos CT, Lucena AF, Almeida MA, Oliveira MC. Risco para úlcera por pressão: um novo diagnóstico de enfermagem. In: Almeida MA, organizadora. 6. Simpósio do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 25-26 junho 2012; Porto Alegre: HCPA; 2012. p. 53.
23. Souza AC, Pereira KC, Gama FN. O processo do cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera de pressão. Rev EnfermIntegrada. 2010;1(3):369-80.
24. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. 2012;[acesso 10 jun 2012]; 20(2):[07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200016&script=sci_arttext&tling=pt

Recibido: 27.8.2012
 Aceptado: 31.10.2012

Como citar este artículo:

Bavaresco T, Lucena AF. Intervenciones de la Clasificación de Enfermería NIC validadas para pacientes en riesgo de úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. 2012 [acceso: ____/____/____];20(6):[08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día / mes abreviado con punto / año