Perfil clínico y diagnósticos de enfermería de pacientes en riesgo de contraer úlcera por presión

Amália de Fátima Lucena¹
Cássia Teixeira dos Santos²
Ana Gabriela da Silva Pereira²
Miriam de Abreu Almeida³
Vera Lucia Mendes Dias⁴
Melina Adriana Friedrich²

Se trata de un estudio transversal con objetivos de caracterizar a los pacientes en riesgo de contraer úlcera por presión (UP) e identificar sus diagnósticos de enfermería (DEs). La muestra consistió de 219 hospitalizaciones de pacientes adultos en riesgo de contraer UP, determinado por la Escala de Braden. Los datos fueron recolectados retrospectivamente en registros de la Escala de Braden en ficha electrónica y, analizados estadísticamente. La mayoría de los pacientes fueron mujeres, ancianos, con tiempo de internación promedio de nueve días y portadores de enfermedades cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas. Los DEs más frecuentes fueron Riesgo de infección, Síndrome de déficit en el autocuidado, Déficit en el Autocuidado: baño/higiene, Movilidad física perjudicada; Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales, Estándar respiratorio ineficaz, Integridad tisular perjudicada, Dolor agudo, Alteración en la eliminación urinaria, Integridad de la piel perjudicada, Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel. Se concluye que estos DEs, en la mayoría, son comunes a la práctica clínica de enfermería.

Descriptores: Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Úlcera por Presión; Atención de Enfermería; Protocolos.

¹ Doctora en Ciencias. Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: fatimalucena@terra.com.br.

² Alunna del curso de graduación en enfermería, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: Cássia - cassia.teixeira87@hotmail.com, Ana Gabriela - agpereira@hcpa.ufrgs.br, Melina - mefriedrich@hcpa.ufrgs.br.

³ Doctora en Educación. Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: miriam.abreu@terra.com.br.

⁴ Enfermera, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: vdias@hcpa.ufrgs.br.

Correspondencia:

Amália de Fátima Lucena
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem-Médico-Cirúrgica
Rua São Manoel, 963
Bairro: Rio Branco
CEP: 90620-110 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: afatimalucena@gmail.com

Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão

Estudo transversal, cuyos objetivos foram caracterizar os pacientes em risco para úlcera por pressão (UP) e identificar os seus diagnósticos de enfermagem (DEs). A amostra consistiu de 219 hospitalizações de pacientes adultos em risco para UP, determinado pela escala de Braden. Os dados foram coletados, retrospectivamente, em registros da escala de Braden e em prontuário eletrônico e, após, analisados estatisticamente. A maioria dos pacientes era de mulheres, idosos, com tempo de internação mediano de nove dias e portadores de doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Os DEs mais frequentes foram risco para infecção, síndrome do déficit no autocuidado, déficit no autocuidado: banho/higiene, mobilidade física prejudicada, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, padrão respiratório ineficaz, integridade tissular prejudicada, dor aguda, alteração na eliminação urinária, integridade da pele prejudicada, risco para prejuízo da integridade da pele. Conclui-se que esses DEs, na maioria, são comuns à prática clínica de enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Úlcera por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Protocolos.

Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers

This cross-sectional study characterizes patients at risk of Pressure Ulcers (PUs) and identifies their corresponding Nursing Diagnoses (NDs). The sample consisted of 219 hospitalizations of adult patients at risk for developing a PU established through the Braden Scale. Data concerning the results of the application of the Braden Scale were retrospectively collected from the patients' medical files and statistically analyzed. Most patients were elderly women hospitalized for an average of nine days, affected by cancer, cerebrovascular, lung, cardiovascular and metabolic diseases. The most frequent NDs were Risk for infection, Self-care deficit syndrome, Bathing/hygiene self-care deficit, Impaired physical mobility, Imbalanced nutrition: less than body requirements, Ineffective breathing pattern, Impaired tissue integrity, Acute pain, Impaired urinary elimination, Impaired skin integrity, and Risk for impaired skin integrity. We conclude that most NDs are common in clinical nursing practice.

Descriptors: Nursing Diagnoses; Nursing Process; Pressure Ulcer; Nursing Care; Protocols.

Introducción

El Proceso de Enfermería (PE) consiste en un método para sistematizar el cuidado al individuo, a la familia y a la comunidad, así como auxiliar en la toma de decisiones y en la comunicación de los enfermeros. En este sentido, se observa el desarrollo de terminologías y de clasificaciones, que son instrumentos para describir los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de enfermería, de forma a dar visibilidad a su práctica⁽¹⁻²⁾.

El Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) utiliza el PE desde el final de la década de 1970, con base en

el referencial teórico de Horta⁽³⁾, incluyendo las etapas de anamnesis y examen físico, diagnóstico, prescripción, evolución y evaluación de enfermería informatizadas⁽¹⁻²⁾. Los diagnósticos de enfermería (DEs), introducidos en el año de 2000, fueron agrupados de acuerdo con las necesidades psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales⁽³⁾ y descritos conforme el vocabulario de la NANDA-I⁽⁴⁾.

La prescripción de enfermería informatizada tiene por base los DEs y sus factores relacionados o de riesgo

(etiologías). Para cada etiología de un diagnóstico de enfermería (DE) existen cuidados correspondientes, que son seleccionados de acuerdo al juzgamiento clínico de la enfermera que los prescribe. Estos poseen base en la literatura, en la práctica clínica de los enfermeros y en la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería – NIC^(2,5).

Los protocolos asistenciales también han auxiliado a calificar el cuidado de enfermería en el HCPA. Así, en 2006, se elaboró un protocolo para prevención y tratamiento de úlcera por presión (UP)⁽⁶⁾, que es una lesión en la piel y/o en el tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, en consecuencia de la presión o de la presión en combinación con el cizallamiento y/o la fricción. Es un problema con alta incidencia en pacientes hospitalizados, sin embargo evitable en gran parte de las veces, lo que demanda la adopción de medidas de prevención y tratamiento eficaces⁽⁷⁻¹⁰⁾.

El reconocimiento de los individuos en riesgo de contraer UP no depende solamente de la habilidad clínica del profesional, pero también del uso de un instrumento de evaluación apropiado. La escala de Braden posee índices de predicción, sensibilidad y especificidad adecuadas, además de haber sido traducida y validada para el portugués, lo que motivó su elección como instrumento de predicción del riesgo de contraer UP en el HCPA^(6,9,11).

El uso de la Escala de Braden, compuesta por sus seis subescalas (percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento)⁽¹²⁻¹⁴⁾ es hecho en la admisión del paciente en el HCPA, repetida semanalmente y a cada alteración de su estado general, siendo que el puntaje menor o igual ($\leq$) a 13 determina el riesgo de la UP⁽⁶⁾. Esta evaluación también ofrece subsidios al proceso de raciocinio diagnóstico e implementación de las intervenciones de enfermería conforme el protocolo asistencial. Desde la implantación de este protocolo en la institución, se pasó a observar una disminución en la incidencia de la UP, lo que, de cierta forma, evidencia la calificación del cuidado de enfermería. Entre tanto, se desconocían las características clínicas de los pacientes en riesgo de contraer UP, sus principales DEs y factores relacionados o de riesgo, así como los casos en que hubo la selección y la prescripción de las intervenciones descritas en el protocolo asistencial.

Así, se realizó este estudio con los objetivos de caracterizar el perfil clínico de los pacientes hospitalizados en riesgo de contraer UP en el HCPA; identificar los DEs y sus factores relacionados o de riesgo más frecuentemente establecidos para estos pacientes, así como identificar para cuáles de ellos hubo la selección y la prescripción de la intervención de enfermería descrita como "Implementar

protocolo de prevención y tratamiento de la úlcera por presión". Se destaca, que esta intervención es compuesta por un conjunto de actividades⁽⁵⁾, que están establecidas en el protocolo asistencial de cuidado para prevención y tratamiento de la UP de la institución.

Este estudio, también se justifica, en función de que, a pesar de la vasta literatura sobre la situación clínica de la UP^(8-9,13,15-16) no existe estudio brasileño publicado que la describa asociada a los diagnósticos de enfermería. Uno de los pocos trabajos encontrados en esta línea fue un artículo americano que presenta las etapas del proceso de enfermería en el cuidado a pacientes en riesgo de contraer UP⁽¹⁷⁾.

Métodos

Se trata de un estudio transversal, realizado en el HCPA, de la Universidad Federal de Rio Grande del Sur. La muestra fue de 219 internaciones de pacientes adultos, en unidades clínicas y quirúrgicas, en riesgo de contraer UP definido por el puntaje ≤ 13 en la Escala de Braden^(6,14). La ausencia de algunas informaciones redujo la muestra para 194 internaciones en la etapa de análisis referente a los motivos de internación y comorbilidades asociadas a los DEs. La recolección de datos fue retrospectiva, relativa al primero semestre de 2008. En una primera etapa se recolectó datos existentes provenientes de la aplicación de la Escala de Braden y de registros en ficha *on-line*. En un segundo momento se recolectó los DEs y la prescripción de enfermería en sistema informatizado. Todos los datos fueron organizados en planillas Excel para Windows y, analizados estadísticamente con el auxilio del *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versión 16.0. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación en Salud de la Institución bajo el protocolo nº 08-319 y los investigadores firmaron el Término de Compromiso para utilización de datos.

Resultados

La edad promedio de los pacientes fue de 67 años ($\pm 20,2$). El sexo predominante fue el femenino, en 132 (67%) casos, con tiempo promedio de la internación de nueve días (± 27), en unidades de clínica médica, la mayoría de las veces (129; 59%).

Los puntajes más frecuentes en las subescalas fueron: en la percepción el dos (muy limitado) en 109 (50%) casos; en la humedad, el tres (ocasionalmente mojado) en 92(42%) casos; en la actividad, el uno (acamado) en 182 (83%) casos; en la movilidad, el dos (bastante limitado) en 184 (84%) casos; en la nutrición, el dos (probablemente inadecuado) en 132 (60%) casos; en la fricción y cizallamiento, el uno (problema) en 115

(52,5%) casos. Los puntajes pueden variar de uno a cuatro en las tres primeras subescalas y de un a tres en la última.

Se identificó 46 diferentes DEs en las 219 internaciones, siendo once con mayor frecuencia (Tabla 1).

Tabla 1 - DEs más frecuentemente identificados en pacientes con riesgo de contraer UP y sus principales factores relacionados o de riesgo. Porto Alegre, Brasil, 2010.

DEs	n	%	Factor relacionado/riesgo	n	%
Riesgo de infección	120	55	Procedimiento Invasor	117	97
Síndrome de déficit del autocuidado	102	46,5	Perjuicio Neuromuscular/Muscular esquelético	102	100
Déficit en el autocuidado: baño e higiene	95	43	Evolución de la enfermedad	39	41
Movilidad física perjudicada	70	32	Perjuicio Neuromuscular/Muscular esquelético	38	54
Estándar respiratorio ineficaz	57	26	Perjuicio Neuromuscular/muscular-esquelético	18	34
			Procesos infecciosos de vías aéreas	17	32
Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales	53	24	Alteración en el metabolismo o exigencias calóricas aumentadas	17	29
Integridad tisular perjudicada	45	20,5	Trauma mecánico	25	56
Dolor agudo	44	20	Trauma	29	66
Alteración en la eliminación urinaria	30	14	Perjuicio neuromuscular/ esquelético	13	43
Integridad de la piel perjudicada	29	13	Inmovilidad	22	76
Riesgo de perjudicar la integridad de la piel	29	13	Inmovilidad	18	62

En algunos casos, un mismo paciente presentó más de un DE y/o más de un factor relacionado/riesgo en la misma internación (Tabla 1). Para cinco DEs hubo la

selección y la prescripción de la intervención de enfermería "Implementar protocolo de prevención y tratamiento para úlcera por presión" (Tabla 2).

Tabla 2 - DEs para los cuales fue prescrito la intervención "Implementar protocolo de prevención y tratamiento para úlcera por presión. Porto Alegre, Brasil, 2010.

DEs	Internaciones	Prescripción de la intervención	%
Síndrome del déficit en el autocuidado	102	89	87,3
Integridad de la piel perjudicada	29	22	75,9
Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel	29	20	70
Movilidad física perjudicada	70	28	40
Integridad tisular perjudicada	45	10	22,2

Los principales motivos de internaciones de los pacientes fueron enfermedades cerebrovasculares (49; 2,4%), pulmonares (34;15,5%), cardiovasculares (30;13,7%) y neoplasias (30;13,7%). Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedades cardiovasculares (88;40%), cerebrovasculares (82;37%) y metabólicas (60;27%).

verificar su frecuencia en cada una de las situaciones (Tabla 3). Se destaca que el DE Estándar respiratorio ineficaz fue el segundo más frecuente en pacientes que tuvieron como causa de internación las enfermedades pulmonares, así como el DE Movilidad física perjudicada fue el segundo más frecuente en pacientes que se internaron debido a las neoplasias. En esta etapa de análisis se excluyó 25 internaciones debido a la ausencia de algunas informaciones, reduciéndose la muestra para 194.

A esos motivos de internación y comorbilidades fueron asociados los DEs más prevalentes y los que se relacionaron directamente con el riesgo o daño a la piel, de forma a

Tabla 3 - Principales motivos de internación y comorbilidades de pacientes en riesgo de contraer UP asociado a los principales DEs. Porto Alegre, Brasil, 2010.

Principales Motivos de Internación	Diagnósticos de enfermería					
	Síndrome del déficit del autocuidado		Riesgo de infección		Déficit en el autocuidado el baño e higiene	
	f	%	f	%	f	%
Cerebrovascular (n=43)	23	53	19	44	16	37
Pulmonar (n=30)	18	60	14	47	-	-
Cardiovascular (n=26)	11	42	13	50	12	46
Neoplasia (n=26)	-	-	17	65	12	46
Principales Comorbilidades						
Cardiovascular (n=81)	38	47	40	49	4	5
Cerebrovascular (n=75)	38	51	31	41	27	36
Metabólica (n=53)	27	51	28	53	2	4

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

Principales Motivos de Internación	Diagnósticos de enfermería					
	Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel		Integridad de la piel perjudicada		Integridad tisular perjudica	
	f	%	f	%	f	%
Cerebrovascular (n=43)	5	12	5	12	5	12
Pulmonar (n=30)	3	10	4	13	2	7
Cardiovascular (n=26)	-	-	4	15	5	19
Neoplasia (n=26)	6	23	2	8	5	19
Principales Comorbilidades						
Cardiovascular (n=81)	4	5	14	17	15	18
Cerebrovascular (n=75)	8	11	17	23	13	17
Metabólica (n=53)	3	6	9	17	7	13

f = frecuencia de pacientes con el DE y el motivo de internación o las comorbilidades asociadas.

n = número total de pacientes para cada motivo de internación o las comorbilidades asociadas a por lo menos uno de los DEs descritos.

El promedio de los puntajes de cada subescala de Braden fue analizado en los pacientes que presentaron por lo menos uno de los once DEs más frecuentes. Las subescalas "actividad" y "movilidad" fueron las que presentaron los menores puntajes en todos los DEs, o sea, 1,19 y 1,89 respectivamente. El menor puntaje (1,00) fue en la subescala "actividad" en pacientes con el DE "Riesgo para Perjuicio de la Integridad de la Piel".

Discusión

La mayoría de los sujetos fueron mujeres y ancianos, con tiempo promedio de hospitalización de nueve días, la mayor parte de las veces, en unidades de internación clínica. La edad avanzada es apuntada como uno de los más relevantes factores envueltos en la fisiopatogénesis de la UP, principalmente, cuando asociada a condiciones como las alteraciones neurológicas, mentales, nutricionales, de movilidad, actividad y continencias anal y urinaria^(9,16,18-19). Esos factores caracterizan una población propensa a la formación, recidiva y complicaciones de la UP y, consecuentemente, con un aumento de la necesidad y del tiempo promedio de institucionalización, lo que puede empeorar su estado de salud y aumentar los costos del tratamiento^(9,15,20).

En el HCPA, el riesgo de contraer UP es determinado por el puntaje total ≤ 13 en la Escala de Braden. Para establecerlo se consideró las características del hospital, vinculado al Sistema Único de Salud (SUS), con gran demanda de internaciones de pacientes graves y atenciones de alta complejidad. La importancia en definir un punto de corte está en el hecho de delimitar el riesgo para la UP y así, direccionar acciones de prevención específicas a estos pacientes, evitando medidas desnecesarias a un número mayor de ellos^(6,11).

Los DEs más frecuentemente identificados en los pacientes estudiados presentan puntos importantes a ser discutidos. El primero de ellos es sobre la prevalencia de algunos DEs identificada de forma semejante en otras

investigaciones, que evaluaron grupos con características semejantes a las de los pacientes aquí analizados; por ejemplo, la edad (en torno de 65 años), la hospitalización (principalmente en unidades clínicas y quirúrgicas), la presencia de enfermedades crónicas y comorbilidades asociadas⁽²¹⁻²⁴⁾. En estos estudios, entre los DEs más frecuentes también están Riesgo para infección, Déficit del autocuidado: baño/higiene, Movilidad física perjudicada, Nutrición alterada: menos que las necesidades corporales y Dolor agudo. Esto lleva a inferir que esos DEs son comunes en la práctica de enfermería, muchas veces, de forma independiente de la causa de la enfermedad del paciente, pero con alteraciones en el nivel de necesidades básicas al funcionamiento de su organismo⁽²¹⁻²⁴⁾.

Otro punto se refiere a las peculiaridades de cada DE. El Riesgo de Infección fue el más prevalente (120; 55%), lo que está relacionado al hecho de que la prevención de esta complicación han sido cada vez más abordado en los hospitales, evitándose al máximo su ocurrencia⁽²²⁻²³⁾. Además de esto, los pacientes estudiados son, en la mayoría, ancianos y/o con comorbilidades asociadas que llevan a la disminución de la inmunidad y, por lo tanto, a las infecciones.

El segundo DE más frecuente, Síndrome del Déficit del Autocuidado (102;46,5%), el tercero, Déficit en el autocuidado: baño e higiene (95;43%) y el cuarto Movilidad Física Perjudicada (70;32%), presentaron como principales factores relacionados el perjuicio neuromuscular/muscular-esquelético y la evolución de la enfermedad. Esto demuestra que estos pacientes poseen dificultades en sus movimientos, afectando la realización de sus actividades diarias, tanto por la edad avanzada como por la condición de salud agravada⁽²¹⁻²²⁾.

Se sabe que las alteraciones provenientes del envejecimiento, así como las de una enfermedad pueden llevar a una limitación en la capacidad del individuo en desempeñar sus actividades básicas de la vida diaria como tomar baño, vestirse, evacuar y orinar sin ayuda,

alimentarse, caminar, sentarse, levantarse. Estas limitaciones son factores contribuyentes para el aumento del riesgo de la UP, que puede ser agravado por la ausencia de intervenciones adecuadas.

Los DEs Estándar Respiratorio Ineficaz, quinto más frecuente, (57;26%) y Alteración en la eliminación urinaria, noveno más frecuente, (30;14%), también presentaron como principal factor relacionado el perjuicio neuromuscular y/o muscular-esquelético, lo que indica el riesgo de la UP. Los pacientes con el DE Alteración de la eliminación urinaria también presentaron puntaje promedio de 2,55 en la subescala de humedad⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, lo que presupone pacientes mojados u ocasionalmente mojados y, por lo tanto, en riesgo de la UP.

El DE Nutrición desequilibrada: menos que las necesidades corporales - fue el sexto en frecuencia, (53;24%) y la subescala nutrición también apuntó bajos puntajes entre estos pacientes, en promedio 1,91, corroborando el estándar nutricional alterado. En estos casos, es preciso tener en cuenta que el estado de desnutrición puede estar presente, o que existe limitaciones en la ingestión normal de alimentos y líquidos, lo que determina la necesidad de realizar intervenciones para mejorar el estado nutricional del paciente y reducir el riesgo y la incidencia de la UP⁽²⁵⁾.

El DE Dolor agudo fue el octavo en frecuencia (44;20%), siendo común en pacientes hospitalizados⁽²³⁾. Aliado a esto, la enfermería está cada vez más preocupada con el tratamiento y cuidado del dolor, que en el HCPA es considerado como la quinta señal vital.

Los DEs Integridad Tisular Perjudicada séptimo más frecuente (45;20,5%), Integridad de la Piel Perjudicada, décimo (29;13%) y Riesgo para Perjuicio de la Integridad de la Piel décimo primero (29;13%) son los que mejor parecen describir el riesgo o la propia UP cuando se considera sus factores de riesgo y factores relacionados⁽⁴⁾. También, ellos fueron los últimos DEs en frecuencia en el grupo estudiado, mismo siendo los pacientes previamente evaluados por la Escala de Braden como de riesgo de contraer UP.

Además de eso, los pacientes con el DE Integridad de la Piel perjudicada presentaron los puntajes promedios más bajos en las subescalas actividad (1,20), movilidad (1,72) y humedad (1,92); y, los pacientes con el DE Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel recibieron en promedio el puntaje uno (el menor posible) en la subescala actividad, y 1,78 en la movilidad, lo que corrobora la presencia de factores de riesgo y factores relacionados a estos DEs. De esto se desprende, que la Escala de Braden es un excelente instrumento de evaluación de riesgo a ser usado para determinar el DE Riesgo para perjuicio de la

integridad de la piel, conforme preconiza la NANDA-I, una vez que sus subescalas evalúan factores de riesgo que son descritos en esta clasificación^(4,14,17).

El factor relacionado más frecuente a los 11 DEs fue Perjuicio neuromuscular y/o muscular-esquelético demostrando, de alguna forma, que hubo un proceso de raciocinio clínico del enfermero, una vez que este factor apunta para la posibilidad de menor puntuación en las subescalas de actividad y movilidad, las cuales presentaron los menores puntajes. La subescala con menor puntaje promedio fue la actividad (entre 1,00 y 1,36), seguido por la movilidad (entre 1,72 y 2,03), caracterizando el paciente encamado, inmóvil o bastante limitado.

La intervención de enfermería "Implementar protocolo de prevención y tratamiento para UP" fue seleccionada y prescrita para los DEs Síndrome del déficit en el autocuidado, Integridad de la piel perjudicada, Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel, Movilidad física perjudicada e Integridad tisular perjudicada. Todos ellos poseen factores de riesgo o factores relacionados o señales y síntomas que apuntan daño a la piel y así, la necesidad de la intervención propuesta en el protocolo asistencial de la UP. Entonces, ¿Por qué algunos de ellos como la Integridad de la piel perjudicada y el Riesgo para integridad de la piel, que son los más específicos para estos pacientes sabidamente en riesgo de contraer UP, no fueron identificados con mayor frecuencia?

Una de las respuestas podría ser que otros DEs identificados también poseían como factores relacionados motivos que explicitan riesgo de daño a la piel, como por ejemplo, el perjuicio neuromuscular/muscular-esquelético. Sin embargo, se percibe una tendencia en establecer DEs comunes a la práctica clínica de enfermería, como por ejemplo Riesgo para infección, cuando otros podrían definir de forma más precisa una determinada situación. Esto nos lleva a la cuestión de la precisión del diagnóstico, que se basa en el supuesto de que hay una amplia variedad de diagnósticos posibles en las diversas situaciones clínicas, entre tanto el enfermero deberá ser capaz de realizar un juzgamiento clínico con la mayor precisión posible.

La necesidad de perfeccionar la precisión del diagnóstico también fue observada cuando se identificó que los DEs Síndrome del déficit del autocuidado y Riesgo de infección aparecen como los más frecuentes, independientemente del motivo de internación o de la comorbilidad presentada por los pacientes (enfermedades cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares y neoplasias).

Esas patologías, que fueron motivos de internación o comorbilidades en esos pacientes pueden causar diversos agravios a su salud, tornándolos más debilitados⁽²⁶⁾ y,

consecuentemente, más vulnerables a la UP. Esta idea concuerda con los resultados de un estudio que evidenció que la diabetes mellitus, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias son significativas para el desarrollo de la UP⁽⁸⁾.

Considerando los agravios que llevan a la UP, se verifica que la enfermería posee tradicionalmente un papel fundamental, tanto en su prevención como en su tratamiento, a pesar de que otros profesionales de la salud también necesitan estar envueltos, por la naturaleza multicausal del problema. Así, prevenir y tratar la UP pasa por la adopción de cuidados al paciente, por la educación permanente de los profesionales, por la orientación de familiares y cuidadores, además del compromiso de la institución en proveer condiciones necesarias a la asistencia⁽²⁰⁾. De esta forma, un protocolo de prevención y tratamiento, así como el establecimiento de diagnósticos de enfermería precisos, se constituyen en alternativas para la excelencia del cuidado de enfermería en la UP, una vez que la adopción de las mejores prácticas puede reducir su incidencia y favorecer su tratamiento⁽²⁷⁾.

Conclusiones

Los pacientes en riesgo de contraer UP fueron en su mayoría mujeres y ancianos, hospitalizados en unidades clínicas, principalmente, por enfermedades cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares y neoplasias y con comorbilidades relacionadas a las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y metabólicas.

Para estos pacientes fueron identificados 11 DEs de mayor frecuencia, los cuales presentaron como principal factor relacionado el perjuicio neuromuscular/muscular-esquelético y con puntajes promedios bajos en las subescalas de Braden de actividad y movilidad. Esto lleva a inferir que son pacientes encamados y con dificultad de movimiento y que, por lo tanto, requieren, además de un diagnóstico preciso, un adecuado plano de cuidados con medidas preventivas y una cualificada evaluación de enfermería.

Los DEs Síndrome del déficit del autocuidado y Riesgo de infección fueron prevalentes, independientemente del motivo de internación o de la comorbilidad, lo que demuestra ser común a la práctica clínica de enfermería. A su vez, los DEs que se refieren al riesgo o al daño de la piel y tejidos como Integridad de la piel perjudicada, Integridad tisular perjudicada y Riesgo para perjuicio de la integridad de la piel se presentaron con menor frecuencia, contrariando la idea de que serían más prevalentes en pacientes previamente determinados con riesgo de contraer UP. Esto nos muestra una de las limitaciones de este estudio, en que se identificó la necesidad de obtener

una mayor profundidad y de realizar nuevas investigaciones en el área de la precisión del diagnóstico.

La intervención de enfermería "Implementar protocolo de prevención y tratamiento para UP" fue seleccionada para la prescripción de enfermería en los casos de pacientes que presentaron DEs con factores de riesgo o relacionados al daño a la piel, verificando que existe aplicabilidad correcta del protocolo de la UP cuando el DE es exacto.

Se destaca la aplicabilidad de la escala de Braden como instrumento de evaluación de riesgo a la UP y como subsidio a la identificación del DE "Riesgo de Integridad de la Piel Perjudicada". Ya que, conforme preconiza la NANDA-I, para establecer este DE es aconsejable utilizar un instrumento de predicción del riesgo. Esto se constituye en una de las principales innovaciones e implicaciones a la práctica de enfermería de este estudio, que también apuntó la descripción de los diagnósticos de enfermería frecuentemente establecidos para estos pacientes y las situaciones en que hubo la implementación de la intervención que compone el protocolo de cuidado asistencial de la UP.

En este contexto, el enfermero posee un papel fundamental, ya que es él quien recolecta los datos, establece los DEs, selecciona, prescribe y/o ejecuta la intervención y evalúa el resultado obtenido por el paciente. Así, es fundamental que conozca, no solo las características de los pacientes, pero también identifique en ellos los principales factores relacionados y de riesgo en las diferentes situaciones de cuidado como es el caso de la UP.

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal de enfermería del Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF) por su colaboración en esta investigación y el Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por su apoyo en su aplicación.

Referencias

1. Almeida MA, Longaray VK, De Cezaro P, Barilli SLS. Correspondência entre cuidados para pacientes com problemas ortopédicos e a classificação das intervenções de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* dez 2007;28(4):480-8.
2. Lucena AF, de Barros AL. Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. *Int J Nurs Terminol Class.* 2006 Jul/Sep;17(3):139-46.
3. Horta WA. *Processo de enfermagem.* São Paulo: EDUSP; 1979. 99 p.

4. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing diagnoses: definitions & classification 2009-2011. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2009. 435 p.
5. Dochterman MJ, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4.ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008. 988 p.
6. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA 2007;27(2):61-4.
7. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Camilo. Rev Assoc Med Brás 2004; 50(2):182-7.
8. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul-ago 2005;13(4):474-80.
9. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):223-8.
10. National pressure ulcer advisory panel [internet]. Washington (EUA). [acesso 22 jun 2010]. Disponível em: [http:// < www.npuap.org >](http://www.npuap.org).
11. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(nº esp):191-206.
12. Lyder C. Pressure Ulcer: Prevention and Management. What are known risk factors for pressure ulcers. Annual Rev Nurs Res. 2002;20:35-62.
13. Courtney H, Lyder ND. Pressure Ulcer Prevention and Management. J Am Med Assoc. 2003 January;289(2):223-6.
14. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. Rehabil Nurs. 1987 Jan-Feb;12(1):8-12.
15. Souza DMST; Santos VLCG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. set-out 2007; 15(5):958-64.
16. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: o risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(esp 70 anos):897-902.
17. Magnan MA, Maklebust J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. Adv Skin Wound Care. 2009 February;22(2):83-92.
18. Lyder C, Preston J, Grady J, Scinto J, Allman R, Bergstrom N, Rodeheaver G. Quality of care for hospitalized medicate patients at risk pressure ulcer. Arch Intern Med. 2001; 161(12):1549-54.
19. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):29-34.
20. Anselmi ML, Peduzzi M, França I Júnior. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):257-64.
21. Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER, et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. julho-ago 2008;16(4):707-11.
22. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):495-8.
23. Volpato MP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):119-24.
24. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACDC, Sá SP, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. Texto Contexto Enferm. jan-mar 2008;17(1):141-9.
25. Clark M. Diretrizes de nutrição na prevenção e tratamento de úlceras de pressão. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) nov 2003. Registered Charity Nº: 1066856.
26. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):643-8.
27. Fernandes LM, Caliri, MHL. Uso da escala de braden e de glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(6):73-8.

Recibido: 1.7.2010

Aceptado: 10.3.2011

Como citar este artículo:

Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico y diagnósticos de enfermería de pacientes en riesgo de contraer úlcera por presión. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2011 [acceso: /];19(3):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL