

Diagnóstico de enfermería de riesgo de úlcera por presión: validación de contenido¹

Cássia Teixeira dos Santos²

Miriam de Abreu Almeida³

Amália de Fátima Lucena³

Objetivo: validar el contenido del nuevo diagnóstico de enfermería denominado riesgo de úlcera por presión. **Método:** se trata de una validación de contenido, con muestra compuesta por 24 enfermeros especialistas en el cuidado de la piel, procedentes de seis diferentes hospitales del Sur y Sureste brasileño. La recolección de datos se realizó por medio electrónico, con un instrumento construido por el programa SurveyMonkey, que contenía: título, definición y 19 factores de riesgo para el diagnóstico de enfermería. Los datos fueron analizados por el método de Fehring y con la estadística descriptiva. El proyecto fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** título, definición y siete factores de riesgo fueron validados como "muy importante"; los factores fueron: inmovilidad, presión, fricción, cizallamiento, humedad, sensaciones perjudicadas y desnutrición. Entre los demás factores de riesgo, once fueron validados como "importante": deshidratación, obesidad, anemia, bajo nivel de albumina sérica, prematuridad, envejecimiento, tabaquismo, edema, circulación perjudicada, disminución de la oxigenación y perfusión tisular. El factor de riesgo hipertermia fue descartado. **Conclusión:** la validación de contenido, de esos componentes del diagnóstico de enfermería, confirmó la importancia de los mismos, lo que puede facilitar el raciocinio clínico del enfermero, orientando la práctica clínica en el cuidado preventivo de la úlcera por presión.

Descriptor: Úlcera por Presión; Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Factores de Riesgo; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Desarrollo y validación de contenido del diagnóstico de enfermería riesgo de úlceras por presión", presentada a la Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoyo financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (Fipe), Hospital de Clínicas de Porto Alegre, proceso nº 130034.

² Enfermera, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil. Profesor, Centro Universitário Metodista de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Introducción

La Úlcera por Presión (UP) es una lesión en la piel y/o en el tejido subyacente, generalmente localizado sobre una prominencia ósea, como consecuencia de la presión, o de la presión, combinado con el cizallamiento y/o la fricción⁽¹⁾.

Estudios internacionales indican tasas de prevalencia de úlcera por presión en hospitales norteamericanos en torno de 12,3%, en pacientes internados en unidades de cuidados clínicos y de 22% en unidades de terapia intensiva⁽²⁾. En Suecia, un hospital general demostró tasa de prevalencia de UP de 23%⁽³⁾ y, en Suiza, se identificó la prevalencia de 26,5% de UP en niños hospitalizados⁽⁴⁾.

Esos datos evidencian que la UP es todavía un problema de salud frecuente con efectos de largo alcance, ya que aumentan el riesgo de desarrollar otras enfermedades como infecciones, osteomielitis, artritis séptica y sepsis. La UP causa gran sufrimiento físico y emocional al paciente, reduciendo su independencia en las actividades diarias, comprometiendo su proceso de rehabilitación y, consecuentemente, impactando negativamente su calidad de vida⁽⁵⁾.

Además de eso, se sabe que los costos financieros son elevados para los sistemas de salud, que son asociados a la adquisición de material para tratamiento de la UP y a sus complicaciones, que determinan internaciones más prolongadas, con necesidad de mayor tiempo utilizado en los cuidados prestados a los pacientes con UP. Esos costos varían de US\$ 2.000 a US\$ 70.000 dólares por herida, estimándose un promedio anual del hospital de US\$ 400.000 a US\$ 700.000⁽⁵⁾.

Delante de eso, la prevención a la UP se muestra esencial, ya que puede impactar positivamente en la disminución de la prevalencia e incidencia de esa herida y de sus complicaciones y, por tanto, disminuyendo los costos de su tratamiento. En esa lógica, y delante de la ausencia de un Diagnóstico de Enfermería (DE) que dé nombre y defina, de manera clara, la situación de riesgo para UP en la Taxonomía II de la NANDA International (NANDA-I), enfermeros brasileños realizaron un estudio⁽⁶⁾ que colaboró para el desarrollo del DE Riesgo de úlcera por presión (localizado en el Dominio 11- Seguridad/protección, Clase 2- Lesión física) recientemente publicado en la edición 2015-2017 de ese sistema de clasificación diagnóstica⁽⁷⁾.

La validación de contenido del nuevo DE fue realizada a partir de su construcción⁽⁶⁾, a fin de comprobar la confianza y el grado de concordancia sobre los componentes que lo estructuran, o sea, título, definición y factores de riesgo⁽⁸⁻¹⁰⁾. Los estudios de validación de contenido de diagnóstico de enfermería son

fuentes esenciales en la búsqueda por evidencias y en la reducción de la probabilidad de errores en el proceso de diagnóstico y toma de decisiones del enfermero. Así, en este estudio, se tuvo por objetivo validar el contenido de los componentes del Diagnóstico de Enfermería Riesgo de úlcera por presión (título, definición y factores de riesgo), conforme la opinión de especialistas.

Método

Se trata de un estudio de Validación de Contenido (VCD) de los componentes del DE Riesgo de úlcera por presión, por medio de la opinión de especialistas⁽¹¹⁾. La muestra fue compuesta por 24 enfermeros, miembros de grupos de estudio del cuidado de la piel y heridas, procedentes de cinco hospitales de la Región Sur y de una Región Sureste de Brasil. Los especialistas fueron seleccionados de conformidad con los siguientes criterios de inclusión: participar o haber participado de grupo de estudio en el cuidado de la piel y heridas, por el menos durante un año; haber practicado en clínica en el cuidado con la piel, específicamente en el cuidado a pacientes en riesgo de UP, por lo menos durante un año; utilizar protocolo de prevención y tratamiento para UP, con aplicación de la escala de Braden como instrumento de predicción de riesgo; responder el instrumento en el plazo establecido de 60 días. Fueron excluidos del estudio los enfermeros que cumplían con los criterios de inclusión, pero que estuvieron ausentes del trabajo en el período del estudio debido a vacaciones, faltas o permisos.

Para la recolección de datos, se utilizó el programa *SurveyMonkey* disponible gratuitamente en la internet, en el cual se creó un cuestionario con un *link* generado automáticamente, que fue enviado por *e-mail* a los participantes del estudio. Las respuestas fueron almacenadas en el banco de datos del programa. La primera parte del instrumento contenía datos de caracterización y perfil profesional y académico de los especialistas. La segunda parte del instrumento se destinó a los datos de la VCD del DE Riesgo de úlcera por presión y contenía el título y la definición de ese nuevo DE, en el cual los especialistas deberían señalar con una "x", en la escala tipo Likert con cinco puntos, considerando una de las siguientes posibilidades: 1- discuerdo vehementemente; 2- discuerdo; 3- no sé; 4- concuerdo y 5- concuerdo vehementemente. A continuación, el instrumento presentaba los factores de riesgo componentes del DE con sus respectivas definiciones conceptuales y, también, con una escala Likert de cinco puntos en la cual los especialistas deberían señalar una de las alternativas: 1- no indica riesgo para UP; 2- indica poco riesgo para UP; 3- indica moderado riesgo para UP; 4- indica alto riesgo para

UP y 5- indica muy alto riesgo para UP. Junto con el instrumento de recolección de datos también fue enviada una hoja informativa sobre la forma de llenado y de retorno del instrumento al investigador, así como sobre los aspectos éticos del estudio. La devolución del instrumento respondido fue adoptada como siendo la aceptación de participar en el estudio.

El análisis de las variables relacionadas a la caracterización de la muestra fue realizada por medio de la estadística descriptiva en el propio programa *SurveyMonkey* y con el programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 18.0.

El análisis relacionado a la VCD del DE también fue estadístico, considerándose la nota atribuida por los especialistas para cada uno de sus componentes y, a partir de ahí, el promedio ponderado de las opciones señaladas en la escala Likert con variación de 1 a 5 puntos en donde: 1=0; 2=0,25; 3=0,50; 4=0,75 y 5=1⁽¹¹⁾.

El componente (título, definición, factor de riesgo) que recibió promedio mayor o igual a 0,80 fue considerado "muy importante"; con promedio inferior a 0,80, pero arriba de 0,50, como "importante" y con promedio igual o menor a 0,50 fue descartado, ya que no fue considerado importante para ese DE, según opinión de los especialistas⁽¹¹⁾. El proyecto fue aprobado en Comité de Ética en Investigación, con Protocolo 13-0034.

Resultados

El estudio contó con la participación de 24 enfermeros especialistas, siendo la gran mayoría del sexo femenino (95,8%), con actuación en la área de enfermería durante un tiempo mediano de 63,5 (20,75 - 183) meses y con tiempo mediano de participación en grupos de estudio sobre piel y heridas de 48 (16,5 - 72) meses. El título académico de la mayoría era de especialistas (58,3%), siendo su actuación prevalente en la clínica asistencial (54,2%). Se verificó la participación de los especialistas en eventos sobre la temática de prevención y tratamiento de UP, además de publicaciones en anales y artículos científicos (Tabla 1).

Tabla 1 – Caracterización de la muestra de enfermeros especialistas (n=24). Porto Alegre, RS, Brasil, 2014

Variable (n=24)	N (%)
Título académico	
Doctorado	2 (8,3)
Maestría	4 (16,7)
Especialista	14 (58,3)
Graduación	4 (16,7)
Área de actuación	
Clínica asistencial	13 (54,2)

(continua...)

Tabla 1 - *continuação*

Variable (n=24)	N (%)
Enseñanza de enfermería	1 (4,2)
Coordinación de enfermería	5 (20,8)
Otro	5 (20,8)
Tiempo de trabajo en la área de la enfermería (en meses)*	63,5 (20,75-183)
Tiempo de participación en grupos de piel (en meses)*	48 (16,5-72)
Participación en curso sobre úlcera por presión/ lesiones de piel	
Hasta 10 horas	1 (4,2)
De 10 a 20 horas	3 (12,5)
De 20 a 30 horas	1 (4,2)
De 30 a 40 horas	1 (4,2)
Más de 40 horas	18 (75)
Presentación de trabajos en seminarios/congresos/ cursos sobre úlcera por presión	
Hasta 10 horas	5 (20,8)
De 10 a 20 horas	7 (29,2)
De 20 a 30 horas	1 (4,2)
De 30 a 40 horas	2 (8,3)
Más de 40 horas	2 (8,3)
Publicaciones	
Anales de congresos	
1	3 (12,5)
2	2 (8,3)
Más de 3	3 (12,5)
Artículos	
1	1 (4,2)
2	1 (4,2)
3	1 (4,2)
Más de 3	2 (8,3)
Capítulos y/o libros	
1	5 (20,8)
2	1 (4,2)

Fuente: Santos⁽⁷⁾.

*mediana (25%-75%)

La validación de contenido del DE Riesgo de úlcera por presión incluyó el análisis del título, la definición y 19 factores de riesgo componentes del mismo.

El título y la definición fueron validados con promedio $\geq 0,80$ (Tabla 2).

Tabla 2 – Título y definición validados por especialistas para el DE Riesgo de úlcera por presión. Porto Alegre, RS, Brasil, 2014

Componentes del DE Riesgo de úlcera por presión	Promedio
Título - Riesgo de úlcera por presión	0,92
Definición - riesgo de daño celular en la piel y tejido subyacente, como resultado de la compresión de los tejidos blandos generalmente sobre una prominencia ósea, durante un período de tiempo capaz de ocasionar isquemia local y, consecuentemente la necrosis	0,87

Fuente: Santos⁽⁷⁾.

Diecinueve factores de riesgo para el DE Riesgo de úlcera por presión fueron sometidos a la VCD. Siete (36,8%) fueron validados como "muy importante" con promedio $\geq 0,80$ (Tabla 3).

Tabla 3 – Factores de riesgo validados como "muy importante" para el DE Riesgo de úlcera por presión. Porto Alegre, RS, Brasil, 2014

Factores de riesgo de úlcera por presión validados como "muy importante"	Promedio
Inmovilidad	0,97
Presión	0,90
Cizallamiento	0,90
Fricción	0,89
Humedad	0,88
Desnutrición	0,84
Sensaciones perjudicadas	0,82

Fuente: Santos⁽⁷⁾.

Once (57,8%) factores de riesgo fueron validados como "importante", con promedio $>0,5$ y $<0,8$ (Tabla 4).

Tabla 4 – Factores de riesgo validados como "importante" para el DE Riesgo de úlcera por presión. Porto Alegre/RS, 2014

Factores de riesgo de úlcera por presión validados como "importante"	Promedio
Circulación perjudicada	0,78
Disminución de la perfusión tisular	0,78
Deshidratación	0,77
Disminución de la oxigenación tisular	0,74
Edema	0,72
Obesidad	0,70
Anemia	0,70
Prematuridad	0,69
Bajo nivel de albumina sérica	0,68
Envejecimiento	0,67
Tabaquismo	0,54

Fuente: Santos⁽⁷⁾.

Apenas el factor de riesgo hipertermia fue descartado, ya que recibió promedio $\leq 0,50$.

Discusión

La VCD⁽¹¹⁾ ha sido reconocida por la NANDA-I⁽⁷⁾ como un método importante para el perfeccionamiento de los DE, con nivel de evidencia 2.3, una vez que demanda la opinión especializada de enfermeros sobre los componentes de un diagnóstico de enfermería. Esos estudios buscan verificar la confianza del DE en la práctica, además de considerar su validez en relación

al grado de concordancia sobre los componentes que lo estructuran: título, definición, características definidoras (señales y síntomas), factores relacionados (etiología/causa) y factores de riesgo. Ese tipo de estudios ha sido utilizado tanto para desarrollar nuevos DEs como también para refinar los ya existentes, objetivando obtener una mejor precisión⁽⁷⁾.

Entre las limitaciones de los estudios de validación está la dificultad inicial para definir los criterios de inclusión de los especialistas, considerando que no existe consenso en la literatura en relación al número ideal de la muestra, así como por la dificultad de encontrar enfermeros especialistas en las áreas de interés de la investigación⁽⁸⁻¹⁰⁾. Sin embargo, en el presente estudio, la elección de los especialistas fue guiada por la formación académica y, especialmente, por la experiencia clínica de los enfermeros que integran grupos de estudio sobre el cuidado de la piel y tejidos de diferentes hospitales, de forma a favorecer un juzgamiento preciso de los componentes del DE Riesgo de úlcera por presión. Además de eso, la diversidad en la procedencia de los especialistas amplió la confianza en los datos evaluados bajo diferentes perspectivas, demostrando existir, entre los especialistas, opiniones convergentes relacionadas a la fisiopatología y a los factores de riesgo para UP.

Los datos referentes a la validación del título del diagnóstico, "Riesgo de úlcera por presión", y de su definición, "riesgo de daño celular en la piel y tejido subyacente, como resultado de la compresión de los tejidos blandos, generalmente sobre una prominencia ósea, durante un período de tiempo capaz de ocasionar isquemia local y consecuentemente necrosis" obtuvieron promedios ≥ 80 puntos, o sea, considerados en la escala Likert como "conuerdo vehementemente".

Esa puntuación, referente al título del DE, demostró concordancia entre los especialistas, además de contemplar, de forma clara, los ejes esenciales de un DE, conforme la NANDA-I⁽⁷⁾: 1 - foco del diagnóstico (en este caso, úlcera por presión); 2 - sujeto del diagnóstico (cuando no enunciado, pasa a ser el individuo automáticamente); 3 - juzgamiento (combinado en el concepto diagnóstico en el caso de UP) y 7 - situación del diagnóstico (contemplada por la categoría de riesgo). De forma semejante, la definición del DE también presentó un promedio que demostró concordancia entre los especialistas, lo que demuestra claridad y objetividad, con base en la fisiopatología y etiología de la UP.

La importancia de un DE específico, con un título y una definición claros sobre el riesgo de UP, fue evidenciado por estudios⁽¹²⁻¹⁴⁾ que demostraron que esa situación clínica es común, tanto en pacientes en el domicilio como en los hospitales, lo que justificó su desarrollo e inclusión en una terminología de diagnóstico,

que ayuda al enfermero en la administración del proceso de cuidado preventivo a ese daño a la salud.

Siete factores de riesgo (37%) fueron validados por los especialistas como "muy importante" con promedio ≥ 80 puntos: inmovilidad, presión, cizallamiento, fricción, humedad, desnutrición y sensaciones perjudicadas.

El factor de riesgo inmovilidad fue validado con un promedio de 0,97, siendo este el de mayor puntuación y de concordancia entre los especialistas, demostrando ser uno de los principales factores que aumentan la vulnerabilidad del paciente para la UP. Se sabe que la movilidad disminuida propicia mayor tiempo de presión en la piel, favoreciendo la isquemia del tejido y la actuación de la fricción y cizallamiento, con la consecuente posibilidad de rompimiento de la piel e inicio de la ulceración⁽¹⁵⁾. Corroborando con esa idea, un estudio transversal y exploratorio, realizado en 43 ancianos con riesgo de UP, hospitalizados en unidades clínicas de un hospital brasileño, apuntó, en la subescala "actividad" de la escala de Braden, que cerca de 39,5% de esos pacientes estaban encamados o confinados a una silla; en la subescala "movilidad", 60% de los pacientes estaban totalmente inmóviles o bastante limitados, lo que justifica el riesgo de esos ancianos para desarrollar la UP⁽¹⁶⁾.

Los factores de riesgo, relacionados a las fuerzas de presión y cizallamiento, fueron validados con promedio de 0,90, y la fricción con promedio de 0,89. Esas fuerzas externas no actúan de manera aislada y causan la disminución del suministro sanguíneo a la piel y tejidos. Cuando asociadas a los factores intrínsecos del paciente (como inmovilidad, mala nutrición, baja perfusión y oxigenación tisular), causan el rompimiento de la piel debido a la isquemia, aumentando gradualmente el desarrollo de la UP, en el caso de que no se realice una intervención de prevención. El cambio de posición del paciente, el uso de colchones de poliuretano o de aire, la utilización de curativos protectores de las prominencias óseas y la evaluación constante de la humedad, son ejemplos de intervenciones preventivas para la UP⁽¹⁷⁾.

El factor de riesgo humedad recibió promedio de 0,88, reafirmando su importancia para el desarrollo de la UP. La exposición de la piel a la humedad, principalmente a la orina y excrementos, asociada a las fuerzas de abrasión como fricción y cizallamiento, predisponen para el aumento de la irritación, causando maceración y ulceración; y, cuando ya instalada la UP, el pronóstico es negativo en lo que se refiere a la cicatrización⁽¹⁴⁾.

El factor de riesgo desnutrición fue validado con promedio de 0,84. En el proceso de adelgazamiento, la musculatura se torna hipertrofiada y el panículo adiposo escaso ocasiona la ruptura de la piel. Con la deficiencia de los nutrientes ocurre también alteración

de la cicatrización tisular, de la reacción inflamatoria y de la función inmune cuando expuesta a la presión. La desnutrición también puede estar asociada al bajo peso, indicado por el bajo Índice de Masa Corporal (IMC < 20), lo que favorece el desarrollo de la UP sobre la prominencia ósea, asociado con la presión^(13,18-19).

El factor de riesgo sensaciones perjudicadas fue validado con promedio de 0,82. La disminución de las sensaciones sucede debido a las enfermedades que desencadenan ese daño, por ejemplo las neurológicas, o por el uso de analgésicos y sedativos que, además de reducir la sensación del estímulo físico, perjudican la movilidad. Eso se debe a la reducción del estímulo normal del dolor, llevando al paciente a no aliviar la presión prolongada⁽¹⁹⁾.

Once factores de riesgo fueron considerados "importante" por los especialistas, con promedio entre 50 y 80 puntos: circulación perjudicada, disminución de la perfusión tisular, deshidratación, disminución de la oxigenación tisular, edema, obesidad, anemia, prematuridad, bajo nivel de albumina sérica, envejecimiento y tabaquismo.

El factor de riesgo circulación perjudicada fue validado con promedio de 0,78. El daño en la circulación periférica conduce a la reducción de la presión capilar local, con impacto negativo en la nutrición de los tejidos por la deficiente irrigación sanguínea periférica, con probabilidad de hipoxia, anoxia e isquemia del tejido. La vasoconstricción periférica puede estar relacionada a enfermedades cardiovasculares periféricas, enfermedades hepáticas, anemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, infecciones concomitantes, lesiones ortopédicas, uso de medicamentos, entre otros factores⁽²⁰⁾. Delante de las numerosas enfermedades, relacionadas a la circulación, ese factor de riesgo merece atención y ha sido descrito en las investigaciones sobre UP^(12, 21), principalmente en ancianos, que poseen un sistema circulatorio perjudicado por las características propias de la senectud.

El factor de riesgo deshidratación fue validado con promedio de 0,77. La deshidratación perjudica las funciones vitales de la circulación, disminuyendo la oxigenación de los tejidos. Se sabe, también, que el déficit de líquido provoca disminución en la turgencia de la piel, tornándola cada vez más frágil, lo que, sumado a las fuerzas de abrasión (fricción, presión, cizallamiento), aumenta el riesgo de ulceración⁽¹⁸⁾.

El factor de riesgo disminución de la oxigenación tisular fue validado con promedio de 0,74, y la disminución de la perfusión tisular con 0,78. La disminución de la perfusión y oxigenación del tejido reduce la tasa de metabolismo y de energía del tejido, predisponiendo a la

hipoxemia y disfunción orgánica. Estudios apuntan que, en esa situación, el paciente está más predispuesto a la UP por causa del déficit de perfusión y oxigenación, lo que puede ocurrir en situaciones como trauma, pérdida de sangre e infección⁽²²⁾.

El factor de riesgo edema fue validado con promedio de 0,72. El edema es un acumulación anormal de líquido en que hay aumento de la permeabilidad vascular y disminución del drenaje linfático y, por esa razón, el tejido queda con la circulación comprometida y pobre en nutrientes. Cuando el fluido del tejido aumenta y extravasa para fuera de las células, la presión sobre los vasos sanguíneos aumenta y, por tanto, disminuyen el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos, favoreciendo la ulceración⁽¹⁹⁾.

El factor de riesgo obesidad fue validado con promedio de 0,70. En la obesidad, ocurre la formación del tejido adiposo, lo que disminuye la vascularización de la superficie de la piel, pudiendo favorecer la isquemia en los tejidos y el desarrollo de UP, cuando alguna área del cuerpo está sometida a presión. Asociado a esto, el individuo obeso podrá tener otras enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus, lo que puede tornarlo todavía más vulnerable a la UP^(13,18-19).

El factor de riesgo bajo nivel de albumina sérica fue validado con promedio de 0,68. La albumina es la proteína más abundante en el plasma, siendo utilizada para determinación del estado nutricional. Su baja concentración causa alteraciones de la presión oncótica y formación de edema, lo que compromete la difusión de oxígeno y nutrientes para los tejidos, predisponiendo a la hipoxia y a la muerte celular^(13,18).

El factor de riesgo anemia fue validado con promedio de 0,70. Consiste en la disminución de la cantidad de hemoglobina en la corriente sanguínea, que es responsable por el transporte del oxígeno para las células y tejidos. La disminución de oxígeno para los fibroblastos (células responsables por la cicatrización de los tejidos) reduce la formación de colágeno y aumenta la susceptibilidad del tejido al precipitar isquemia y necrosis^(13,19). Concordando con lo anterior, un estudio que describió el perfil de los pacientes con UP, en UTI de un hospital público de Sao Paulo, apuntó, entre otros factores, que el resultado de los exámenes de laboratorio presentaba un promedio de albumina de 2,7, glucemia 169,7, hemoglobina 9,5, leucocitos 14.888 y Proteína C Reactiva 79,2⁽²²⁾. Esos datos, relacionados a las tasas de albumina sérica y hemoglobina, demostraron la influencia de los mismos en el aumento del riesgo de UP.

El factor de riesgo prematuridad fue validado con promedio de 0,69. Se sabe que la piel del niño prematuro (edad entre la 20ª y la 37ª semana de gestación) es frágil y que los sistemas fisiológicos no

están completamente formados. Existen deficiencias en la oxigenación y vascularización de la piel y tejidos, así como en la integridad de la piel, siendo que cualquier rompimiento o ulceración puede llevar a la infección sistémica y al aumento de la morbilidad. Además de eso, los recién nacidos hospitalizados en unidades críticas necesitan, muchas veces de ventilación mecánica, de monitorización cardiológica y de soporte nutricional, lo que dificulta los cambios de posición, favoreciendo el aumento de la presión y el cizallamiento en las áreas más vulnerables y, consecuentemente, el desarrollo de la UP⁽²³⁾.

El factor de riesgo envejecimiento fue validado con promedio de 0,67. Se sabe que la población anciana es considerada de riesgo por presentar disminución en sus funciones biológicas, psíquicas y sociales, además de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas que causan prolongado tiempo de hospitalización y, después, de rehabilitación. Con el avance de la edad, la piel se torna más seca como consecuencia de la disminución de glándulas sudoríparas y sebáceas, también ocurre la disminución de la vascularización y de las propiedades de percepción del dolor y de la respuesta inflamatoria, además de haber alteraciones hemodinámicas y atrofia muscular, que tornan las estructuras óseas más prominentes⁽²⁴⁾. Cuando esos factores son asociados a las condiciones de morbilidad y a otros factores de riesgo (alteraciones en la movilidad, en la nutrición, incontinencias anal y urinaria) aumenta la predisposición para desarrollar la UP.

El factor de riesgo tabaquismo fue validado con promedio de 0,54. La nicotina presente en los cigarrillos provoca vasoconstricción y, por esa razón, impide que el flujo sanguíneo ocurra de forma normal, perjudicando la oxigenación y la perfusión de los tejidos, lo que favorece la necrosis y la ulceración. En un estudio de caso control, realizado en el Reino Unido, se evaluó la respuesta reactiva cutánea, después de la instalación de presiones en la región sacra, con la finalidad de identificar las diferencias de la reactividad del flujo sanguíneo en un grupo de individuos fumadores y no fumadores, demostrando que los fumadores poseen mayor probabilidad de formar isquemia tisular en comparación a los no fumadores⁽²⁵⁾. Ese dato fortalece el hecho de que la UP está fuertemente relacionada a los riesgos vasculares proporcionados por el tabaco, corroborando lo que fue validado por los especialistas de este estudio.

El factor de riesgo hipertermia, a pesar de no haber sido validado por los especialistas como importante, una vez que presentó promedio $\leq 0,50$, se encuentra descrito en la literatura como un factor que favorece el comprometimiento del metabolismo del cuerpo, la

inestabilidad de funciones enzimáticas y la alteración de las vías metabólicas dependientes de oxígeno, causan la disminución de la oxigenación de los tejidos. Esto, asociado a otros factores concomitantes como inmovilidad, desnutrición u obesidad y extremos de edad (prematuridad o envejecimiento), torna el riesgo de UP inminente⁽¹⁸⁾.

Los resultados obtenidos en este estudio fueron encaminados al *Diagnosis Development Committee* (DDC) de la NANDA-I, responsable por el análisis de propuestas de nuevos diagnósticos para esa taxonomía, habiendo sido aprobado y publicado en su última edición⁽⁶⁾ con algunas modificaciones, como la manutención del factor de riesgo hipertermia.

Conclusión

La VCD del nuevo Diagnóstico de Enfermería Riesgo de Úlcera por Presión, realizada por enfermeros especialistas, demostró que su título, su definición y 18 entre los 19 factores de riesgo puntuados fueron considerados importantes componentes de ese DE.

Se sabe que la UP se inicia silenciosamente y es como un *iceberg*, muy perjudicial en profundidad y discreta en la superficie. Así, un DE específico y preciso para esa situación clínica, con definición clara y con factores de riesgo bien delimitados para esa herida, auxiliará al enfermero en el proceso de juzgamiento clínico, así como en la selección de las intervenciones preventivas que permitan un resultado favorable, o sea, el no desarrollo de la lesión.

Se consideró como un limitador del estudio el corto tiempo para la elaboración y presentación del DE al DDC de la NANDA-I, considerando que esa taxonomía se actualiza de dos en dos años. Sin embargo, se resalta la importancia de este DE para la enseñanza de enfermería, ya que sus elementos podrán contribuir para la construcción de un raciocinio lógico sobre esa situación clínica, además de propiciar nuevas investigaciones como las de aplicación del mismo en un ambiente real de cuidado, con resultados para mejorar la asistencia.

También, se entiende que los sistemas de clasificación de un lenguaje estandarizado, como la NANDA-I, son instrumentos que favorecen una mejor calificación del proceso de enfermería, auxilian en el raciocinio clínico y viabilizan la mejor práctica de la enfermería en el ámbito de la asistencia directa al paciente en la comunicación, registro y administración del cuidado y, para lo tanto, es necesario perfeccionar y desarrollar nuevos elementos como el DE validado en este estudio.

Referencias

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.
2. Van gilder C, Amlung S, Harrison P, Meyer S. Results of the 2008-2009 international pressure ulcer prevalence survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manage.* 2009;55(11):39-45.
3. Leijon S, Bergh I, Terstappen K. Pressure ulcer prevalence, use of measures, and mortality risk in an acute care populations: a quality improvement project. *Wound Ostomy Continence Nurs. J.* 2013;40(5):469-74.
4. Schlüer AB, Schols JM, Halfens RJ. Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. *J Spec Pediatr Nurs.* 2014;19(1):80-9.
5. Carson D, Emmons K, Falone W, Preston AM. Development of pressure ulcer program across a university health system. *J Nurs Care Qual.* 2012;27(1):20-7.
6. Heardman TH, Kamitsuru S. (Eds.). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017.* Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
7. Santos CT. Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
8. Arreguy-Sena C, Carvalho EC. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. *Rev Bras Enferm.* 2008;62(1):71-8.
9. Capellari C, Almeida MA. Nursing diagnosis ineffective protection: content validation in patients under hemodialysis. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(3):415-22.
10. Juchem BC, Almeida MA, Lucena AF. Novos diagnósticos de enfermagem em imagenologia: submissão à NANDA International. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):480-6.
11. Fehring R. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart Lung.* 1987;16(6):625-629.
12. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(3):523-30.
13. Sibbald RG, Goodman L, Norton L, Krasner DL, Ayello EA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. *Skin Ther Lett.* 2012;17(8):4-7.
14. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das subescalas de Braden com o risco do

desenvolvimento de úlcera por pressão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):21-8.

15. Peterson MJ, Gravenstein N, Schwab WK, Van Oostrom JH, Caruso LJ. Patient repositioning and pressure ulcer risk: monitoring interface pressures of at-risk patients. *J Rehabil Res Dev.* 2013;50(4):477-88.

16. França SPS, Melo JS, Araújo LS. Risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em idosos. *Rev Enferm UFPE.* 2013;7(1):755-62.

17. Lahmann NA, Kottner J. Relation between pressure, friction and pressure ulcer categories: A secondary data analysis of hospital patients using CHAID methods. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(12):1487-94.

18. Barrientos C, Urbina L, Ourcilleón A, Pérez C. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Rev Chil Med Intensiv.* 2005;20(1):12-20.

19. Agrawal K, Chauhan N. Pressure ulcers: Back to the basics. *Indian J Plast Surg.* 2012;45(2):244-54.

20. Duque HP, Menoita E, Simões A, Nunes A, Mendanha M, Matias A. Manual de boas práticas - úlceras de pressão: uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde; 2009.

21. Apold J, Rydrych D. Preventing device-related pressure ulcers using data to guide statewide change. *J Nurs Care Qual.* 2012;27(1):28-34.

22. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *São Paulo Med J.* 2009;127(4):211-5.

23. Rodrigues CAS. Avaliação da integridade cutânea do recém-nascido prematuro [trabalho de conclusão de curso especialização]. Rio de Janeiro: Hospital Federal de Bonsucesso; 2011.

24. Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):385-93.

25. Nobre M, Voegeli D, Clough GFA comparison of cutaneous vascular responses to transient pressure loading smokers and no smokers. *J Rehabil Res Dev.* 2003;40(3):283-8.

Recibido: 18.3.2015

Aceptado: 2.8.2015

Correspondencia:

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

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.