



Clasificación de las intervenciones de enfermería (CIE) en los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión: validación de las actividades

Nursing Interventions Classification (NIC) in the NANDA diagnoses about pressure ulcer: validation of the activities

Carlos Calvo Martín*

José M^a Blanco Rodríguez**

M^a Isabel Carrión Bolaños***

Gabriel Gaspar Alonso-Vega****

Fernando García Navarrete*****

*Supervisor de Área Funcional. Dirección de Enfermería.

**Coordinador Formación Continuada de Enfermería. Dirección de Enfermería

***Directora de Enfermería.

****Coordinador Formación Médica Continuada. Jefe de Sección Medicina Interna.

*****Subdirector Médico.

Hospital Universitario de Getafe (IMSALUD. Madrid).

Correspondencia:

Carlos Calvo Martín

Dirección de Enfermería

Hospital Universitario de Getafe

Carretera Toledo, km 12.500

28905-Getafe (Madrid)

Tfno.: 91 6196457

E-mail: ccalvo@hugf.insalud.es

RESUMEN

En la línea de buscar, a través de la descripción de la práctica enfermera, un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados que a la vez permita determinar los costes de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería y por tanto su aportación real al Sistema Sanitario, se pretende realizar la validación de las actividades incluidas en las intervenciones *Nursing Interventions Classification* (NIC 3^a edición) para los diagnósticos de la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA Taxonomía II) relacionados con las úlceras por presión (UPP).

Se realiza un estudio descriptivo transversal por encuestas en el Hospital Universitario de Getafe (febrero de 2002). Población a estudio: 201 enfermeras de las Unidades de Enfermería incluidas en el programa de Calidad de las UPP. El tamaño muestral se calcula partiendo de la hipótesis de que se va a obtener un porcentaje de respuestas afirmativas del 70%, para una precisión absoluta del 7%, con un intervalo de confianza del 95% (programa estadístico CQC, subprograma CTM 1.1, análisis de los datos SPSS 9.0).

La mayor parte de los cuidados sanitarios son realizados por los profesionales de enfermería; a principio de los años 90 existían 2,2 millones de profesionales de enfermería registrados en Estados Unidos (1) y aproximadamente 4,5 millones en todo el mundo (2). Las enfermeras/os representan así el grupo más grande de entre los profesionales dedicados a prestar cuidados sanitarios, trabajando en gran variedad de lugares y desarrollando diversas funciones. Aún cuando los cuidados son cruciales para el bienestar de quienes los reciben, el impacto de estos es muchas veces poco valorado. Por ello

58 Los resultados permitirán concluir que las enfermeras/os del Hospital Universitario de Getafe identifican las actividades incluidas en las intervenciones NIC relacionadas con las UPP como necesarias para la realización de dicha intervención.

PALABRAS CLAVE

Intervención de enfermería, actividades de enfermería, Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (CIE), Taxonomía de las Intervenciones de Enfermería.

SUMMARY

In the line of looking for, through the practical nurse's description, an instrument of continuous improvement of the quality of the cares that at the same time it allows to determine the costs of the services provided by the nursing professionals and therefore its real contribution to the Sanitary System, seeks to be carried out the validation of the activities included in the interventions Nursing Interventions Classification (NIC 3^a edition) for the diagnoses of the American Association of Diagnoses of Nursing (NANDA Taxonomía II) related with the ulcers for pressure (UPP)

He is carried out a traverse descriptive study for surveys in the University Hospital of Getafe (February of 2002). Population to study: 201 nurses of the Units of Nursing included in the program of Quality of the UPP. The size sample is calculated leaving of the hypothesis that will obtain a percentage of affirmative answers of 70%, for an absolute precision of 7%, with an interval of trust of 95%. (statistical CQC, routine programs CTM 1.1, analysis of the data SPSS 9.0)

The results will allow to conclude that the nurses of the University Hospital of Getafe identifies the activities included in the interventions NIC related with the UPP like necessary for the realization of this intervention.

KEY WORDS

Nursing intervention, activities of nursing, Nursing Interventions Classification (NIC), Taxonomía of the Interventions of Nursing.

siguen en pie preguntas básicas con respecto a la contribución de la enfermería:

– ¿Qué hace un profesional de enfermería?

– ¿Suponen sus acciones alguna diferencia en la calidad de los cuidados recibidos?

– ¿Podría el aumento de la utilización de los cuidados específicos in-

fluir en la prevención de algunas 49 condiciones médicas, la disminución de las complicaciones o la mejoría de la salud y el bienestar?

– ¿Son algunos cuidados tan efectivos y menos costosos que los de otros proveedores de cuidados?

Enfermería, como profesión independiente, necesita describir, con un lenguaje común, aquello que realiza para facilitar el entendimiento profesional, la medida y valoración de su actuación y poder definir tanto el alcance del trabajo realizado como su aportación a la mejora de la salud de la población.

Desde comienzos de la década de los 90 se desarrollan diversos sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería (3).

A finales del año 1997, el Departamento de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), constituye un grupo de trabajo con el fin de conocer y analizar los distintos sistemas de clasificaciones de intervenciones de enfermería y seleccionar el más adecuado y proceder a su posterior validación en los Centros Sanitarios de Atención Primaria y Especializada en el ámbito de la UCM. Se elige la “Clasificación de Intervenciones de Enfermería” (NIC), que se inicia y realiza en la Universidad de Iowa en 1987 por las Doctoras en Enfermería Joana C. McCloshey y Gloria Bulechek; éste es el sistema más conocido en nuestro país y el de mayor aplicación en el mundo (4).

El 13 de febrero de 2001, se firma un convenio entre el Consejo General de Enfermería, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el



50 INSALUD para el desarrollo del proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería), circunscribiéndolo al proyecto “Análisis y desarrollo de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en el Sistema Nacional de Salud” del propio Ministerio.

Dos líneas definirán el proyecto NIPE:

- Definir un lenguaje común para la práctica de enfermería (NIC).
- Establecer un sistema para el control de costes generados por enfermería.

El objetivo de este trabajo es validar, en el Hospital Universitario de Getafe, las actividades incluidas en las intervenciones NIC para los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión, dentro del proceso de validación e implantación de un sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería emprendido por diversos grupos en España (Cataluña, Andalucía, Madrid...), además del propio NIPE comentado anteriormente.

MÉTODO

Se trata de validar las actividades incluidas en las intervenciones (NIC) de los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión, para saber si las actividades definidas en cada intervención son reconocidas por las enfermeras/os consultadas, como efectivamente pertenecientes a dicha intervención.

Se realiza un estudio descriptivo transversal por encuestas en el Hospital Universitario de Getafe, durante el mes de febrero de 2002.

Población de estudio: 201 enfermeras/os que desarrollan su actividad en las Unidades de Enfermería incluidas en el programa de Calidad de UPP, cuyos pacientes son susceptibles de padecer UPP.

En todo momento se obtiene el consentimiento informado de las enfermeras/os participantes, manteniendo el anonimato y la confidencialidad.

Las Unidades con el número de enfermeras/os y su distribución por turnos se muestra en la Tabla 1.

Para determinar el tamaño muestral se parte de la hipótesis de que se va a obtener un porcentaje de respuestas afirmativas del 70%, para una precisión absoluta del 7%, con un intervalo de confianza del 95%. Se estima que el tamaño de muestra suficiente para una población de referencia de 201 enfermeras/os es de 91, que se incrementarán a 110 enfermeras/os esperando unas pérdidas del 20% (programa estadístico CQC, subprograma CTM 1.1).

Se realiza un muestreo aleatorio simple, para seleccionar las 110 enfermeras/os con una tabla de números aleatorios.

Se decide realizar la encuesta mediante un grupo de 10 encuestadores. Estos son alumnos de 2º y 3º curso de la Unidad Docente de Enfermería de la Universidad Alfonso X el Sabio del Hospital Universitario de Getafe. Dichos encuestadores se forman en sesiones previas. La previsión inicial contemplaba el pasar personalmente la encuesta a cada profesional, pero debido a la duración de la encuesta (de 20 a 30 minutos) y la gran presión asistencial existente en el momento de la realización del trabajo hubo que facilitar que el encuestado se llevara la encuesta a su domicilio y la realizara individualmente. De ahí el porcentaje de pérdidas esperadas del 20%, que nos hizo elevar la muestra de 91 a 110 enfermeras/os.

La muestra final obtenida ha sido de 99 encuestas. Se elabora una base de datos, para cuyo análisis empleamos el paquete estadístico SPSS 9.0.

Se utiliza la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC 3ª

Tabla 1

Unidad*	Especialidades	Nº Enfermeras
E4A	Cirugía Ortopédica y Traumatológica	16 (8M 8T)
E4B	Urología, Neurocirugía y C. Vascular	16 (8M 8T)
E3A	Geriatría	18 (9M 9T)
E3B	Oncología, Hematología, Neurología y Digestivo	18 (9M 9T)
E3C	M. Interna, Neumología, Reumatología, Endocrino	16 (8M 8T)
E3D	Medicina Interna	16 (8M 8T)
UCI/UGQ	Unidad de Cuidados Intensivos y Grandes Quemados	59 (29 M 29 T 1N)
E2C	Cardiología, C. Torácica y Nefrología	26 (13M 13T)
E2D	C. General y Digestiva	16 (8M 8T)

*La E hace referencia a que es una unidad de Enfermería. El número que sigue indica la planta en que se halla ubicada. La letra final es la ubicación de la unidad dentro de la planta.

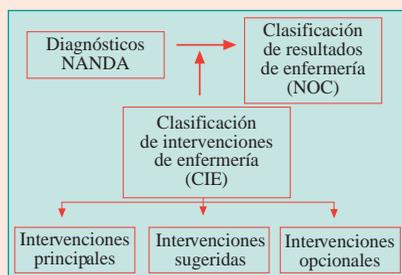


Fig. 1.

Edición), correspondiente al año 2000.

Para determinar cuáles son las intervenciones relacionadas con las úlceras por presión se parte de los diagnósticos NANDA relacionados con las UPP. Una relación se define como una vinculación o asociación entre un Diagnóstico de Enfermería y una Intervención de Enfermería que ocasiona su ocurrencia conjunta para obtener un resultado esperado en la resolución del problema de un paciente. Cada uno de estos diagnósticos tiene asociado un número de criterios de resultados (NOC), que tendrán tres niveles de intervenciones (Figura 1):

1. *Intervenciones principales.* Son las intervenciones más probables, más obvias para resolver el diagnóstico. Se escogieron a causa de su buena relación con la etiología del diagnóstico, tienen más actividades que resolverían el problema, pueden utilizarse en más situaciones y son mejor conocidas a partir de la investigación y del uso clínico para poder dar respuesta al diagnóstico.

2. *Intervenciones sugeridas.* Son intervenciones posibles para dar respuesta al diagnóstico, pero no con la amplitud de las anteriores sino so-

lamente en características más concretas.

3. *Intervenciones opcionales.* Estas intervenciones solamente se aplicarán a algunos pacientes con el diagnóstico concreto, permitiendo que el personal de enfermería adapte el plan de cuidados al paciente concreto.

Los diagnósticos NANDA relacionados con las UPP son:

1. Integridad de la piel dañada (*Skin integrity impaired*) (5)

Definición: Estado en que el individuo tiene alterada la epidermis y/o la dermis.

Criterios de resultado:

a) Integridad tisular: piel y membranas mucosas (*Tissue Integrity: skin and mucous membranes*, NOC 1101) (7). Intervenciones principales:

- Manejo de presiones (*Pressure management*, NIC 3500) (8).
- Cuidado de las úlceras por presión (*Pressure ulcer care*, NIC 3520) (9).

- Vigilancia de la piel (*Skin surveillance*, NIC 3590) (10).

b) Curación de la herida: por primera intención (*Wound Healing: primary intention*, NOC 1102) (11). Intervenciones principales:

- Cuidados del sitio de incisión (*Incision site care*, NIC 3440) (12).
- Cuidado de la herida (*Wound Care*, NIC 3660) (13).

c) Curación de la herida: por segunda intención (*Wound Healing: secondary intention*, NOC 1103) (14). Intervenciones principales:

- Cuidado de las úlceras por presión (*Pressure ulcer care*, NIC 3520) (15).

- Cuidado de la herida (*Wound Care*, NIC 3660) (13).

2. Integridad de la piel, riesgo de daño (*Skin integrity, risk of impaired*) (6)

Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Criterios de resultado:

a) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (*Immobility consequence: physiological*, NOC 0204) (15). Intervenciones principales:

- Cuidados del paciente encamado (*Bed rest care*, NIC 740) (16).
- Manejo de presiones (*Pressure management*, NIC 3500) (8).

b) Integridad tisular: piel y membranas mucosas (*Tissue Integrity: skin and mucous membranes*, NOC 1101) (7). Intervenciones principales:

- Manejo de presiones (*Pressure management*, NIC 3500) (8).
- Vigilancia de la piel (*Skin surveillance*, NIC 3590) (10).
- Prevención de las úlceras por presión (*Pressure ulcer prevention*, NIC 3540) (17).

c) Curación de la herida: por primera intención (*Wound Healing: primary intention*, NOC 1102) (11). Intervenciones principales:

- Cuidados del sitio de incisión (*Incision site care*, NIC 3440) (12).
- Cuidado de la herida (*Wound Care*, NIC 3660) (13).

d) Curación de la herida: por segunda intención (*Wound Healing: secondary intention*, NOC 1103) (14). Intervenciones principales:

- Cuidado de la herida (*Wound Care*, NIC 3660) (13).

Para cada criterio de resultado, se han tenido en cuenta las inter-



52 venciones principales obteniéndose el siguiente listado:

- Manejo de presiones (*Pressure management*, NIC 3500) (8).
- Cuidado de las úlceras por presión (*Pressure ulcer care*, NIC 3520) (9).
- Vigilancia de la piel (*Skin surveillance*, NIC 3590) (10).
- Cuidados del sitio de incisión (*Incision site care*, NIC 3440) (12).
- Cuidado de la herida (*Wound Care*, NIC 3660) (13).
- Cuidados del paciente encamado (*Bed rest care*, NIC 740) (16).
- Prevención de las úlceras por presión (*Pressure ulcer prevention*, NIC 3540) (17)

A su vez, de estas siete intervenciones dos, “Cuidados del sitio de incisión” y “Cuidados de la herida”, se obviarán ya que son genéricas de las heridas y no específicas de las úlceras por presión.

Así, las intervenciones cuyas actividades se procederán a valorar empíricamente son:

- Manejo de presiones (*Pressure management*, NIC 3500) (8).
- Cuidado de las úlceras por presión (*Pressure ulcer care*, NIC 3520) (9).
- Vigilancia de la piel (*Skin surveillance*, NIC 3590) (10).
- Cuidados del paciente encamado (*Bed rest care*, NIC 740) (16).

- Prevención de las úlceras por presión (*Pressure ulcer prevention*, NIC 3540) (17).

La encuesta refleja la intervención objeto de estudio (nombre, definición y actividades) y se responde de forma anónima y voluntaria para cada una de las actividades se aborda en un primer punto si se identifica como propia de la intervención correspondiente, en caso negativo, si es así porque no pertenece a dicha intervención, o a que no se aplica en su unidad pero debería realizarse.

Los resultados se presentan según metodología descriptiva básica mediante “n” y porcentajes, con sus

61

Tabla 2. Cuidado de las UPP (3520)

Actividad	SÍ		
	Nº	%	IC
Describir las características de la UPP	99	100	96,4-100
Controlar color, temperatura, edema, humedad y la apariencia de la piel circundante	99	100	96,4-100
Mantener la úlcera húmeda para favorecer la curación	83	83,8	75,1-90,5
Limpia la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua	97	98	92,9-99,8
Limpia la úlcera con la solución no tóxica adecuada con movimientos circulares...	97	97,9	92,9-99,8
Utilizar una aguja calibre 19 y jeringa 35 cc para limpiar úlceras profundas	56	56,5	46,2-66,5
Anotar las características del drenaje	97	98	92,9-99,8
Desbridar la úlcera si es necesario	99	100	96,4-100
Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda	95	96	90-98,9
Remojar con solución salina, según corresponda	97	98	92,9-99,8
Aplicar unguento, si procede	90	90,9	83,4-95,8
Aplicar vendajes, si está indicado	95	96	90-98,9
Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida	99	100	96,4-100
Cambiar de posición cada 1 ó 2 horas para evitar la presión prolongada	98	99	94,5-100
Utilizar camas y colchones especiales, si procede	99	100	96,4-100
Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente	93	93,9	87,3-97,8
Asegurar una ingesta dietética adecuada	98	98,9	94,5-100
Controlar el estado nutricional	96	97	91,4-99,4
Enseñar al paciente/miembros familia/cuidador a vigilar si hay síntomas de rotura de piel, si procede	92	92,9	86-97,1
Enseñar al paciente/miembros familia los procedimientos del cuidado de la herida	92	92,9	86-97,1
Facilitar servicios de consulta de los cuidados de la terapia de la enterostomía, según precise	74	74,7	65-82,9
Total	92,6	93,5%	92,4-94,6

Tabla 3. Prevención de las UPP (3540)

Actividad	SÍ		
	Nº	%	IC
Utilizar una herramienta de valoración de factores riesgo en pct. (v.gr. Braden)	95	95,9	90-98,9
Registrar el estado de la piel al ingreso y luego a diario	98	99	94,5-100
Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida	99	100	96,4-100
Eliminar humedad excesiva de la piel producida por transpiración, drenajes, incontinencia...	99	100	96,4-100
Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes para eliminar humedad...	96	97	91,4-99,4
Girar continuamente cada 1 ó 2 horas si procede	93	93,9	87,3-97,8
Girar con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil	98	99	94,5-100
Colocar el programa de giros en los pies de la cama	80	80,8	71,7-88
Inspeccionar la piel de los puntos de presión en los cambios de posición al menos 1 vez día	99	100	96,4-100
Colocar al paciente ayudándose de almohadas para elevar los puntos de presión	98	99	94,5-100
Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas	99	100	96,4-100
Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies	77	77,8	68,3-85,5
Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos	66	66,7	56,5-75,8
Utilizar camas y colchones especiales, si procede	99	100	96,4-100
Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente, si procede	90	90,9	83,4-95,8
Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra	77	77,8	68,3-85,5
Humedecer la piel seca intacta	49	49,5	39,2-59,7
Evitar el agua caliente y usar un jabón suave para el baño	88	88,9	81-94,3
Vigilar las fuentes de presión y de fricción	99	100	96,4-100
Aplicar protectores para codos y talones, si procede	99	100	96,4-100
Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal	91	91,9	84,7-96,4
Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de pesos frecuentemente	87	87,9	79,8-93,6
Controlar la movilidad y la actividad del paciente	97	98	92,9-99,8
Asegurar una nutrición adecuada (proteínas, vitaminas...) por medio de suplementos	98	99	94,5-100
Enseñar a la familia/cuidador si hay signos de rotura de la piel, si procede	99	100	96,4-100
Total	90,8	91,7%	90,6-92,8

correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para comparar hipotéticas diferencias entre subgrupos se empleó la prueba del Chi² de Pearson.

RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos para cada una de las Intervenciones identificadas.

- *Cuidado de las úlceras por presión* (Pressure ulcer care, NIC 3520) (9)

Con un resultado de respuestas afirmativas de 92,6% con un IC (92,4-

94,6), podemos afirmar que, en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de Iowa son válidas en nuestro entorno.

Analizando actividad por actividad, la única actividad (de las 21 que consta esta intervención) que no consideramos perteneciente a esta intervención es "Utilizar una aguja de calibre 19 y jeringa de 35cc para limpiar úlceras profundas", con un porcentaje de respuestas afirmativas del 56,5% y un IC (46,2-66,5) (Tabla 2).

- *Prevención de las úlceras por presión* (Pressure ulcer prevention, NIC 3540) (17)

Con un resultado de respuestas afirmativas de 91,7% con un IC (90,6-92,8), podemos afirmar que, en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de Iowa son válidas en nuestro entorno.

Analizando actividad por actividad, la única actividad (de las 25 que consta esta intervención) que no



Tabla 4. Manejo de presiones (3500)

Actividad	SÍ		
	Nº	%	IC
Vestir al paciente con ropas no ajustadas	98	99	94,5-100
Cortar y abrir la escayola para aliviar la presión	80	80,8	71,7-88
Almohadillar los bordes de yeso áspero y las conexiones de tracciones, si procede	98	99	94,5-100
Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutico	99	100	96,4-100
Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, si procede	89	89,9	82,2-95
Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada	99	100	96,4-100
Administrar fricciones en la espalda/cuello, si está indicado	79	79,8	70,5-87,2
Elevar la extremidad lesionada	93	93,9	87,3-97,8
Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas de acuerdo a programa específico	97	98	92,9-99,8
Facilitar pequeños cambios de peso corporal	95	96	90-98,9
Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad en la piel	98	99	94,5-100
Comprobar la movilidad y actividad del paciente	99	100	96,4-100
Utilizar herramientas de valoración de riesgo (v.gr. Escala de Norton)	98	99	94,5-100
Utilizar dispositivos adecuados para que talones y prominencias óseas estén libres de presiones	99	100	96,4-100
Hacer las camas con pliegues para los dedos de los pies	77	77,8	68,3-85,5
Aplicar protectores de talones, si precisa	99	100	96,4-100
Vigilar el estado nutricional del paciente	97	98	92,9-99,8
Observar si hay fuentes de cizallamiento	98	99	94,5-100
Total	94	94,9%	93,8-95,9

consideramos perteneciente a esta intervención es “Humedecer la piel seca intacta” con un porcentaje de respuestas afirmativas del 49,5% y un IC (39,2-59,7).

La actividad “Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos”, pese a presentar un 66% de respuestas afirmativas (inferior al 70% que indicaría una alta relación), tiene un IC (56,5-75,8), con lo cual hemos de darla por válida (Tabla 3).

- *Manejo de presiones* (Pressure management, NIC 3500) (8).

Con un resultado de respuestas afirmativas de 94,9% con un IC (93,8-95,9), podemos afirmar que, en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención

por el grupo de Iowa son válidas en nuestro entorno (Tabla 4).

- *Vigilancia de la piel* (Skin surveillance, NIC 3590) (10)

Con un resultado de respuestas afirmativas de 99,6% con un IC (99,1-99,9), podemos afirmar que, en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención por el grupo de Iowa son válidas en nuestro entorno (Tabla 5).

- *Cuidados del paciente encamado* (Bed rest care, NIC 740) (16)

Con un resultado de respuestas afirmativas de 96,8% con un IC (96,1-97,5), podemos afirmar que, en el Hospital Universitario de Getafe, entendemos que las actividades descritas dentro de esta intervención

por el grupo de Iowa son válidas en nuestro entorno (Tabla 6).

DISCUSIÓN

Los resultados confirman la validación propuesta de las actividades de enfermería incluidas en las intervenciones NIC referidas a UPP en el Hospital Universitario de Getafe, ya que las cinco intervenciones obtienen más de un 70% de respuestas afirmativas.

Al observar cada intervención y actividad por actividad, algunos resultados se prestan al análisis; algunos factores pueden haber influido en los resultados finales:

- No haber podido realizar la encuesta de forma personalizada, como

Tabla 5. Vigilancia de la piel (3590)

Actividad	SÍ		
	Nº	%	IC
Inspeccionar el estado del sitio de incisión, si procede	99	100	96,4-100
Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y úlceras en extremidades	99	100	96,4-100
Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas	99	100	96,4-100
Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel	99	100	96,4-100
Observar si hay fuentes de presión y fricción	99	100	96,4-100
Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas	97	98	92,9-99,8
Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y mucosas	99	100	96,4-100
Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel	99	100	96,4-100
Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel	99	100	96,4-100
Observar si la ropa queda ajustada	98	99	94,5-100
Vigilar el color de la piel	99	100	96,4-100
Comprobar la temperatura de la piel	99	100	96,4-100
Tomar nota en los cambios de la piel y membranas mucosas	99	100	96,4-100
Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario	98	98,9	94,5-100
Instruir a la familia/cuidador sobre signos de pérdida de la integridad de la piel, si procede	97	98	92,9-99,8
Total	98,6	99,6%	99,1-99,9

estaba previsto inicialmente, debido a la larga duración de la encuesta (alrededor de 25 ó 30 minutos) y a la gran carga asistencial que presentaba el Hospital en el momento de realizar la encuesta, ya que el encuestador podría haber facilitado la comprensión de algunos términos al contar con la formación previa.

- La propia traducción de las intervenciones del inglés al español, ya que algunos términos pueden inducir a error en la interpretación del verdadero significado de la actividad.

1) En la intervención “Cuidado de las úlceras por presión” observamos:

- La actividad “Utilizar una aguja calibre 19 y una jeringa de 35 cc para limpiar úlceras profundas”, con un 56,5% de respuestas afirmativas y un IC 46,2-66,5, es la única acti-

vidad (< 70%) que no se reconoce en esta intervención; concretar calibre de la aguja y capacidad de la jeringa puede haber generado confusión ya que, por ejemplo, en el Hospital Universitario de Getafe no se utilizan las jeringas de 35 cc.

- La actividad “Facilitar servicios de consulta de los cuidados de la terapia de la enterostomía, según precise”, con un 74% de respuestas afirmativas y un IC 65-82,9, pese a estar validada, tiene valores inferiores a la media de la intervención; puede que las enfermeras/os consultadas la hayan interpretado como más relacionada con el cuidado de las ostomías y no de las UPP.

2) En la intervención “Prevención de las úlceras por presión”:

- La actividad “Humedecer la piel seca intacta”, con un 49,5% de res-

puestas afirmativas y un IC 39,2-59,7, es la única actividad que no se considera con una alta relación de pertenencia a esta intervención; la traducción genera dudas de interpretación, ya que la actividad es distinta si consideramos humedecer equivalente a hidratar.

- La actividad “Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos”, con 66,7% de respuestas afirmativas y un IC 56,5-75,8, pese a quedar en un principio por debajo del 70% requerido, su intervalo de confianza la incluye como validada para esta intervención.

El bajo número de contestaciones afirmativas podría relacionarse con la identificación, por parte de algunas enfermeras/os, de que esta actividad es más propia del trabajo de otros profesionales del equipo y



Tabla 6. Cuidado del paciente encamado (0740)

Actividad	SÍ		
	Nº	%	IC
Explicar las razones del reposo en cama	98	99	94,5-100
Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico adecuado	99	100	96,4-100
Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada	99	100	96,4-100
Evitar usar ropa de cama con una textura áspera	96	96,9	91,4-99,4
Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas	99	100	96,4-100
Colocar en la cama una base de apoyo para los pies	99	100	96,4-100
Utilizar dispositivos de cama (v.gr. piel de oveja) que protejan al paciente	92	92,9	86-97,1
Aplicar los dispositivos que eviten el pie equino	98	99	94,5-100
Subir las barandillas, si procede	99	100	96,4-100
Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la cama	95	96	90-98,9
Colocar la luz de llamada al alcance de la cama	95	96	90-98,9
Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente	94	94,9	88,6-98,3
Fijar un trapecio a la cama si procede	94	94,9	88,6-98,3
Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel	99	100	96,4-100
Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas de acuerdo a un programa específico	97	98	92,9-99,8
Vigilar el estado de la piel	99	100	96,4-100
Enseñar ejercicios de cama si procede	96	97	91,4-99,4
Facilitar pequeños cambios del peso corporal	95	96	90-98,9
Realizar ejercicios de movimiento pasivos y/o activos	97	98	92,9-99,8
Ayudar con las medidas de higiene (v.gr. desodorante, perfume)	96	97	91,4-99,4
Ayudar con las actividades de la vida diaria	98	98,9	94,5-100
Aplicar antiembolismo	90	90,9	83,4-95,8
Observar si se produce estreñimiento	98	99	94,5-100
Controlar la función urinaria	98	99	94,5-100
Monitorizar el estado pulmonar	78	78,8	69,4-86,4
Total	95,9	96,8%	96,1-97,5

no lo llevan a cabo ellas/os directamente.

3) En la intervención “Manejo de las presiones”, todas las actividades que incluye, son reconocidas con un alto porcentaje de respuesta afirmativas; la actividad “Hacer las camas con pliegues para los dedos de los pies”, con un 78,8% de respuestas afirmativas y un IC 68,3-85,5, obtiene unos datos inferiores a la media y en ello puede haber influido desde la propia interpretación de la

traducción, hasta la no identificación como propia de la realización de esta actividad.

Esta actividad también aparece en la intervención anterior y con el mismo porcentaje de respuesta, lo que parece proporcionar cierta coherencia, en ambas respuestas, en el sentido anteriormente propuesto.

4) En la intervención “Vigilancia de la piel”, todas las actividades han obtenido un mayor porcentaje de confirmación, lo que parece co-

roborar su estrecha relación con la prevención de las UPP y la sensibilidad profesional en este sentido.

5) En la intervención “Cuidado del paciente encamado”, todas las actividades han obtenido respuestas afirmativas por encima del 90% exceptuando “Monitorizar el estado pulmonar” con 78% y un IC 69,4-86,4, debido, probablemente, a su propia interpretación y relación con las UPP.

Observando estos resultados surgen preguntas como:

- ¿Son todas estas actividades imprescindibles?
- ¿Existe una relación de jerarquía entre ellas?

Efectivamente en la clasificación NIC no existe una jerarquización de las actividades, por lo que sería necesario determinar qué actividades son imprescindibles dentro de cada intervención, establecer una priorización según su importancia y cuáles se identifican en cada nivel de atención (Primaria y Especializada).

Estas reflexiones podrían dar lugar a nuevas vías de estudio en un futuro próximo.

BIBLIOGRAFÍA

1. AJN newslines: RN population grows to 2,2 million; nurses age a bit but work more, *Am J Nurs* 1994; 94(10): 68,70,71.
2. Lininger MM: Transcultural nursing: a worldwide necessity to advance nursing knowledge and practice. In McCloskey JC, Grace HK, editors: *Currents issue in nursing*, ed 3, St Louis, Mosby, 1990: 534-41.
3. Pacheco E: Focos de acción y tendencias en la clasificación terminológica de Enfermería, En: *Clasificación de intervenciones de enfermería*, J.C. McCloskey y G.M. Bulechek, Ed Sintesis, Madrid, 1999.
4. Daly JM: "How nursing interventions classification fits in the patient information system patient core data set". *Computers in nursing* 1997; 15(2) (supplement 1): S77-S81.
5. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC) "Second Edition Ed Mosby* 1996.
6. McCloskey JC & Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3th ed). Mosby, 2000:16-21.
7. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3th ed). Mosby, 2000: 21-40.
8. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. *Nursing, Diagnoses & Interventions. NANDA, NOC, and NIC Linkages*. Mosby, 2001: 305-7.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las supervisiones y enfermeras/os de las Unidades por su colaboración y participación en hacer posible este estudio; asimismo, a los alumnos de 2º y 3º de la Diplomatura de Enfermería (Unidad Docente Hospital Universitario de Getafe Universidad Alfonso X El Sabio) por su disponibilidad, esfuerzo en el aprendizaje y colaboración.

9. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. *Nursing, Diagnoses & Interventions. NANDA, NOC, and NIC Linkages*. Mosby, 2001: 437-40.
10. Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)* (2th ed). Mosby, 2000: 343.
11. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3th ed). Mosby, 2000: 562.
12. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3th ed). Mosby, 2000: 266.
13. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3th ed). Mosby, 2000: 766.
14. Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)* (2th ed). Mosby 2000: 240.
15. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3th ed). Mosby, 2000: 295.
16. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3th ed). Mosby, 2000: 262.
17. Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)* (2th ed). Mosby, 2000: 241.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Las **NORMAS DE PUBLICACIÓN** para todos los interesados en el envío de artículos a la revista *Gerokomos* pueden encontrarse en la página web de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica <http://www.seegg.org>