

Diagnósticos de enfermería, concordancia entre una unidad funcional de geriatría, UFISS y una unidad de convalecencia, UCO

Marisa Garreta¹
Ascensión Esperanza²

IMAS. Institut
d'Atenció Geriàtrica
i Sociosanitària
¹UFISS Hospital
del Mar
²Unidad
de Convalecencia
Centro Geriàtrico
Municipal

Resumen

Fundamentos: Las enfermeras recogen información a través del proceso de valoración y utilizan esta información para realizar juicios acerca de las necesidades de cuidados del paciente. En nuestro trabajo diario tenemos implementado el diagnóstico enfermero como la base para valorar la necesidad de cuidados de los pacientes geriátricos en todos los niveles asistenciales. La valoración y recogida de datos del paciente geriátrico en ámbitos tan diferentes como son el hospital de agudos y el Centro Socio Sanitario nos llevó a plantearnos si los diagnósticos de enfermería realizados por diferentes enfermeras darían como resultado etiquetas diagnósticas distintas.

Método: Por ello se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes valorados a lo largo del año 2000. Se analizaron 136 diagnósticos de enfermería realizados por dos enfermeras diferentes sobre un mismo paciente en dos ámbitos sanitarios distintos.

Resultados: De 135 pacientes ingresados en UCO 130 tenían diagnóstico de enfermería. De los 130 pacientes en 84 de ellos el diagnóstico era el mismo en UFISS y en UCO.

Conclusiones: La concordancia de diagnósticos fue buena. El diagnóstico que aparece con más frecuencia en los dos ámbitos es el trastorno de la movilidad física.

Palabras Clave: Diagnósticos de enfermería. UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria). UCO (Unidad de Convalecencia). Geriatría.

Summary

Basics: The nurses collect information via the assessment process and then use it for making decisions about the patients' care requirements. In our daily operations, we have implemented nursing diagnosis as the base for assessing the care requirements for geriatric patients on all assistance levels. The collection and assessment of geriatric patient data in so widely varying environments as the acute care hospital and the Social Health Centre, lead us to question whether the nursing diagnosis made by the various nurses would result in different diagnoses.

Method: A retrospective study of the patients who were assessed during the year 2000 was carried out. 136 diagnoses, which were carried out by two different nurses

on the same patient in two different health care environments, were analysed.

Results: Of 135 patients admitted to Convalescence Units, 130 had nursing diagnoses. Of 130 patients, 84 had had the same diagnoses in the Social-health Interdisciplinary Functional Units as in Convalescence Units.

Conclusions: The level of diagnostic agreement was good. The diagnosis appearing in both environments with greatest frequency was that of physical mobility disorder.

Key words: Nursing diagnosis. Social-health. Interdisciplinary Functional Unit. Convalescence Unit. Geriatrics.

Introducción

Un diagnóstico constituye esencialmente una declaración que identifica la existencia de un estado anómalo. Esta definición tiene la misma utilidad para un profesional de la salud que para un abogado, un electricista o un mecánico. El diagnóstico se establece sobre un tema en que la persona que diagnostica posee experiencia¹.

El diagnóstico de enfermería es la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar. (MORITZ)².

Un diagnóstico es un juicio clínico, una interpretación, análisis y juicio del significado de una serie de observaciones. El problema de salud se refiere a las condiciones que son la base de la respuesta humana que se observa. Podemos decir que es el calificativo que se aplica al estado del paciente, en cuanto a su respuesta a la salud o a la enfermedad, que la enfermera puede y debe tratar. Es el eje del proceso de enfermería, determina el campo de ejercicio de la enfermería y la comunicación en un lenguaje profesional³.

El diagnóstico puede ser real, con un problema presente, que se aplica en el momento de la valoración.

Correspondencia:
Marisa Garreta Burrel
Enamorados, 73-75
08013 Barcelona
E-mail:
mgarreta@imas.imim.es

Potencial con factor etimológico pero sin síntomas. Posible si el problema no está detectado, no hay etiología ni síntomas.

Elaboración del diagnóstico

El sistema de diagnóstico que hemos seguido es la clasificación de la NANDA. El diagnóstico se formula como un juicio con dos partes, una el problema y otra la etiología, ambas partes se unen entre sí mediante las palabras "relacionado con". La primera parte del diagnóstico indica claramente cuáles son las necesidades de cambio en el paciente y determina los objetivos que implica este cambio. La segunda parte del diagnóstico es la etiología, para prevenir, aliviar o resolver el problema la enfermera debe conocer la causa⁴.

El diagnóstico de enfermería constituye un elemento básico en la atención y cuidados de todos los pacientes geriátricos. Para elaborar un diagnóstico correcto es imprescindible una buena valoración de todas las necesidades.

La valoración es el proceso ordenado y sistemático de recopilación de datos de manera directa e indirecta sobre el estado de salud del cliente, familia y/o comunidad. Para una valoración completa se necesitan, conocimientos científicos, habilidades de comunicación, relación y observación, técnicas instrumentales y poseer una visión integral del cliente como ser bio-psico-social.

La valoración tiene cuatro partes básicas, la recogida de datos, el registro de los mismos, la valoración propiamente dicha y la elaboración del diagnóstico. Los datos que se recogen en la valoración provienen del propio paciente o bien de fuentes secundarias como la familia, amigos u otros miembros del equipo. Para obtener la información que se necesita para la valoración se utilizan básicamente: la entrevista que puede ser con el paciente, familia y otros profesionales. La observación objetiva con datos medibles o subjetiva. El examen físico, y la historia de otros profesionales⁵.

Los datos recogidos en la valoración se agrupan sobre la base del modelo de enfermería desarrollado en cada centro, en nuestro caso está basado en las 14 necesidades básicas de V. Henderson, a partir de ello se realiza el diagnóstico de enfermería. Una vez elaborado el diagnóstico de enfermería se establecen planes de cuidados individualizados para cada enfermo. Este método de trabajo se puede realizar en todos los niveles asistenciales⁶.

Ámbitos sanitarios donde se desarrolla la asistencia

La UFISS como unidad funcional de valoración geriátrica está ubicada en un hospital de agudos, la enfermera valora al enfermo en fase aguda, recoge los datos del paciente a través de la familia, el propio enfermo u otros profesionales y realiza el diagnóstico de enfermería.

La Unidad de Convalecencia, está situada en un Centro Socio Sanitario. Recibe pacientes procedentes del hospital de agudos que requieren ingreso con un objetivo concreto y que han sido valorados por la enfermera de UFISS. Al ingreso en la unidad la enfermera responsable realiza una valoración del paciente y elabora un diagnóstico de enfermería.

Objetivo

Nuestro objetivo es evaluar la concordancia de los diagnósticos de enfermería. Se trabaja en un hospital de agudos, desde la Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio Sanitaria (UFISS) y desde la Unidad de Convalecencia UCO, que está ubicada en un Centro Sociosanitario.

En un mismo paciente la enfermera de UFISS, valora de manera integral al paciente, utilizando las escalas geriátricas y hace un seguimiento del mismo durante la hospitalización, (no lleva al enfermo directamente), finalmente elabora un diagnóstico de enfermería. Al ingreso de este mismo paciente en la Unidad de Convalecencia, la enfermera responsable además del diagnóstico crea y pone en marcha el plan de cuidados personalizados para cada paciente en función de las necesidades y objetivos del ingreso.

Pacientes y método

La UFISS actúa como equipo de interconsulta y valoración en un hospital de agudos. Entre Enero y Diciembre de 2000 se evaluaron un total de 716 pacientes durante su ingreso en el hospital, de estos 136 fueron trasladados a la UCO del Centro Sociosanitario al alta hospitalaria.

A todos los pacientes se les realizó una valoración geriátrica integral. Para llevar a cabo la valoración se utilizan instrumentos de evaluación validados que proporcionan mayor objetividad, detección precoz de la discapacidad y permiten un mejor seguimiento.

Como instrumentos de evaluación se usan las escalas utilizadas habitualmente en geriatría. El Índice de Lawton para las AIVDs, Índice de Barthel para las ABVDs, Mini-mental de Folstein para el estado cognitivo y la Escala de Norton para el riesgo de úlceras por presión. Así mismo se recogen las técnicas y cuidados de enfermería para cada paciente y las necesidades alteradas, según el modelo de V. Henderson, en el momento de la valoración.

Para todos aquellos tributarios de traslado a un CSS se elaboró un informe en base a la situación clínica, necesidades alteradas, diagnóstico de enfermería y objetivos del ingreso en el centro.

Se analizan a continuación 135 pacientes que desde el hospital y a través de la UFISS fueron trasladados a la UCO del Centro Sociosanitario.

Al ingreso en la UCO la enfermera responsable realiza una valoración de las necesidades básicas. Para esta valoración se utiliza un instrumento elaborado por las enfermeras del Centro en el que se recogen las 14 necesidades básicas de V. Henderson, la Escala de Norton y el Índice de Barthel. A partir de la valoración y detección de problemas se realiza el diagnóstico de enfermería y se establecen objetivos realistas, partiendo de los más básicos a los más complejos. Finalmente se elabora el plan de cuidados personalizados para cada paciente.

Resultados

La media de edad de estos pacientes era de 77.2 años.

La distribución por sexo fue de 66 hombres y 69 mujeres (Figura 1).

Del total de los 135 enfermos ingresados en la UCO y valorados por UFISS, tenían diagnóstico de enfermería en UFISS y en UCO 130 (96,2%) (Figura 2).

La concordancia de diagnósticos en estos pacientes, entre la enfermera de UFISS y la de UCO se dio en 84 pacientes, el 64,6% de los casos. De entre los diagnósticos coincidentes el más frecuente fue trastorno de la movilidad física en 64 pacientes 76,1%, seguido por el de riesgo de síndrome de desuso en 12 casos 14,2% y déficit de autocuidados 8 diagnósticos el 9,5% (Figura 3).

Respecto a los diagnósticos que no concordaron fueron en su mayoría diagnósticos más específicos relacionados con la integridad cutánea y alteración en los procesos de pensamiento.

Conclusiones

La concordancia de diagnósticos entre UFISS y UCO fue buena, en más de la mitad de los casos las enfermeras coincidieron en el mismo diagnóstico. Podemos deducir que a pesar de atender pacientes en ámbitos muy diferentes, la filosofía de cuidados es la misma.

El trastorno de la movilidad física es el diagnóstico de enfermería más frecuente. Ello es debido a que gran parte de los enfermos trasladados a UCO desde

Figura 1.
La distribución por sexo fue de 66 hombres y 69 mujeres

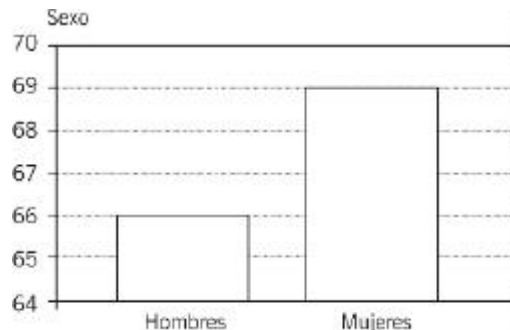


Figura 2.
De los 135 pacientes trasladados 130 tenían etiqueta diagnóstica tanto en UFISS como en UCO

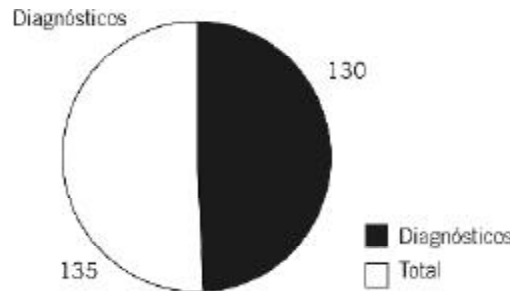
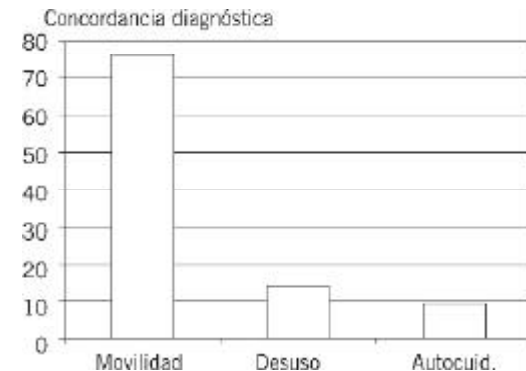


Figura 3.
La concordancia se dio en 84 pacientes, 64,6% de los casos



UFISS son enfermos con alteración musculoesquelética o neuromuscular.

La discordancia de diagnósticos es debida a que en el hospital de agudos, la enfermera se centra más en una única necesidad alterada relacionada con el problema principal que ha motivado el ingreso. Mientras que en la UCO de un Centro Socio Sanitario se valoran de manera más global todas las necesidades básicas dado que el objetivo de ingreso en el centro no es el mismo que la causa del ingreso hospitalario.

Bibliografía

1. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería*. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill, 1998.
2. Cuesta Zambrana A, Guirao Goris JF, Benavent Garcea A. *Diagnósticos de Enfermería*. Madrid: Díaz Santos, 1994.
3. Gil VF, Merino J, Orozco D. Manual de metodología de trabajo en enfermería. En: Almansa Martínez, profesora titular fundamentos de enfermería, Universidad Murcia. Madrid: Merck Sarph & Dome, 1997.pXXIV/362-5.
4. Ugalde Apalategui M, Rigol i Cuadra A. *Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA*. Barcelona: Masson SA, 1995.
5. Gil VF, Merino J, Orozco D. Manual de metodología de trabajo en enfermería En: Pérez García RB. Diplomada Universitaria en Enfermería. Madrid: Merck Sarph & Dome, 1997.pXXIV/225-8.
6. Rodrigo L. *Diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Masson, 2000.