

Diagnósticos de enfermería prevalentes en pacientes con EPOC tras el alta hospitalaria

Luis Villarejo Aguilar

Enfermera. CS Bailén.

Villarejo Aguilar, Luis. **Diagnósticos de Enfermería prevalentes en pacientes con EPOC tras el alta hospitalaria.** ENE. Revista de Enfermería. 5(3):16-24 <http://enfermeros.org>

Recibido: 04/12/2010

Aceptado: 06/12/2011

Resumen

Objetivo principal: identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con EPOC, al alta hospitalaria

Metodología: Se aplicó un diseño descriptivo transversal sobre todos los informes de continuidad al alta de un Hospital comarcal, durante los períodos 2009-2010. Las variables fueron edad, sexo, unidad de alta, período estacional, nivel de autonomía y diagnóstico de enfermería. Posteriormente se hizo análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes, así como análisis de correlaciones entre las variables, según los casos

Resultados principales: los diagnósticos más frecuentes identificados, en los pacientes con EPOC fueron: limpieza ineficaz de vías aéreas (55,9%), patrón respiratorio ineficaz (47,1%), manejo inefectivo del régimen terapéutico (40,2%), conocimientos deficientes (31,4%), riesgo de intolerancia a la actividad (17,6%), intolerancia a la actividad (14,7) y ansiedad (12,7%).

Conclusión principal: la correcta planificación de los cuidados, mediante el Informe de Continuidad de Cuidados al

Alta (ICCA), facilita y agiliza la intervenciones enfermeras sobre los principales problemas de los pacientes con EPOC, lo que repercutirá en términos de salud y calidad de vida y conllevará una disminución de los ingresos hospitalarios.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería, EPOC, alta hospitalaria, informe de alta, taxonomías enfermeras

Abstract

Objective: to identify the most frequent nursing diagnoses in patients with COPD at hospital discharge

Methods: We performed a descriptive cross on all reports of continued discharge of a regional hospital during the period 2009-2010. The variables were age, sex, high unit, seasonal period, level of autonomy and nursing diagnosis. He later became a descriptive analysis with frequencies and percentages, and correlation analysis between variables, as appropriate

Results: The main results were obtained that identified the most common diagnoses in patients with COPD were ineffective airway cleaning (55.9%), ineffective breathing pattern (47.1%), ineffective management of therapeutic regimen (40.2%),



%), knowledge deficit (31.4%), risk of activity intolerance (17.6%), activity intolerance (14.7) and anxiety (12.7%).

Conclusions: The proper planning care, using the Continuity of Care Report to the High (ICC), facilitates and expedites the nursing interventions on the major problems of patients with COPD, which will impact in terms of health and quality of life and resulting in decreased hospital admissions.

Keywords: nursing diagnosis, COPD, discharge, discharge summary, nursing taxonomies

Introducción

Entre los instrumentos de gestión que muchas organizaciones sanitarias –entre ellas la andaluza– han desarrollado en los últimos años de cara a mejorar sus resultados, destaca la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados (PAI), una herramienta que se basa en la visión continuada que, en el caso de Andalucía, contempla el devenir del paciente a lo largo de los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) para conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud (1). En relación a los cuidados, permite que éstos estén coordinados de manera efectiva entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales a lo largo del tiempo, siendo esta continuidad un elemento de mejora de la calidad especialmente importante en el caso de pacientes con procesos respiratorios crónicos que sufren elevado número de ingresos y reagudizaciones del proceso respiratorio con elevadas repercusiones tanto en costes sanitarios como asistenciales. Es muy previsible que la situación en los próximos años empeore y que estas cifras se incrementen progresivamente. En la actualidad se estima que para el año 2020 la EPOC será la tercera causa de muerte a nivel mundial, debido a los efectos de la epidemia del tabaquismo por un lado y por otro al envejecimiento de la población (2).

Uno de los problemas claves de esta

enfermedad es el infradiagnóstico. En nuestro país, el estudio IBERPOC puso de manifiesto que el 78% de los pacientes con esta enfermedad no había sido diagnosticado, y lo que es peor, sólo el 49% de aquellos con EPOC severa habían sido diagnosticados y recibía algún tipo de tratamiento para su enfermedad. Pero es más, entre los diagnosticados y tratados sólo el 61% recibían un tratamiento acorde a las normativas establecidas. Todo ello nos da una idea del enorme trabajo que nos queda por delante en esta enfermedad (3).

Sin lugar a dudas, un elemento fundamental en esta atención integral y multidisciplinar es desarrollada por las enfermeras clínicas y, en este sentido, el proceso contiene una propuesta de estandarización de los cuidados que normaliza la línea de decisión y de actuación enfermera. El Plan de Cuidados ha sido desarrollado por profesionales de enfermería que han partido de la información aportada por enfermeros referentes en el ámbito de la evidencia científica que han propuesto una homogeneización de los cuidados basada en las taxonomías NANDA, NOC y NIC que ayude a eliminar ineficiencias y que, al adaptarse de forma coordinada a los flujos de actividad definidos en este PAI, pone de relieve el valor añadido de los cuidados enfermeros (4, 5).

La entrevista con cada paciente y familia, en el hospital o centro de salud, será el marco más habitual que nos permita establecer una valoración encaminada a detectar cualquier alteración de los patrones funcionales/manifestaciones de dependencia. Una vez identificados los factores sobre los que podemos influir las enfermeras, estaremos en condiciones de emitir diagnósticos, que abrirán distintas posibilidades de intervención. En este marco, se debería producir una determinación de objetivos y toma de decisiones compartidas, que constituyan un plan compartido de cuidados. Este plan, deberá ser individualizado, estructurado y diseñado para optimizar el rendimiento físico, social y la autonomía de cada paciente, poder seguirse con métodos y



medios sencillos, de aplicación en la práctica clínica diaria, y evaluarse de forma periódica a lo largo del tiempo (6).

El uso de los lenguajes enfermeros estandarizados dentro de los sistemas de información clínica puede proporcionar a las enfermeras y a otros la información que demuestra la contribución de los cuidados enfermeros (7). Para proporcionar la información cuantificable requerida para evaluar efectivamente el valor de las enfermeras, las terminologías enfermeras estandarizadas deben incluirse uniformemente en el registro de salud electrónico (RSE) de modo que los datos sean sistemáticamente recogidos y analizados (8). Las terminologías como los diagnósticos enfermeros de la NANDA (9), las intervenciones de la NIC y los resultados e indicadores de la NOC, cuando se usan conjuntamente, proporcionan la mejor oportunidad de responder a las preguntas sobre la seguridad, eficiencia y coste-efectividad de la práctica enfermera para las poblaciones de pacientes. La inclusión de los diagnósticos enfermeros junto con la Clasificación de las intervenciones Enfermeras (10) y la Clasificación de Resultados Enfermeros (11) en el Registro de salud electrónico (RSE) permiten reflejar verdaderamente el total de cuidados brindados por los profesionales de la salud, ya que incluyen los datos que reflejan el proceso enfermero (12).

Por otra parte los estudios de los diagnósticos enfermeros son extremadamente necesarios para mantener y reforzar las evidencias en las que se basa la Taxonomía de la NANDA-I. Estudios del análisis conceptual, de validación del contenido y del constructo, estudios de validación por consenso, estudios de precisión y de implementación son claves para el futuro de los diagnósticos enfermeros profesionales basados en la evidencia. Por consiguiente, es preciso que se conviertan en una prioridad para todas las enfermeras, a fin de hacer visible la práctica enfermera, lo que es vital para el futuro de nuestra profesión.

De todo lo expuesto, se deduce que la Enfermería como profesión busca identificar las respuestas humanas y establecer estrategias que contribuyan a la recuperación de la salud y el bienestar del colectivo. La meta es estandarizar el cuidado y ello requiere tener conocimiento de los diagnósticos a los que va dirigida la atención. La enfermera cuenta con una herramienta válida, llamada Proceso de Atención de Enfermería, y de un lenguaje propio y estandarizado para comunicar sus acciones y hace parte de la evidencia que da solidez al ejercicio profesional.

Este estudio se plantea desde la hipótesis inicial de que los pacientes con EPOC presentan unas características comunes y necesidades de cuidados en el momento del alta hospitalaria, por lo que, tiene como objetivo describir los diagnósticos enfermeros más frecuentes en éstos pacientes.

Material y Métodos

Estudio observacional transversal, descriptivo. La población estudiada fueron pacientes con EPOC hospitalizados, con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes incluidos en el Proceso Asistencial EPOC, según los criterios de la Junta de Andalucía del año 2007.

Paciente que presenta habitualmente alguno de los siguientes síntomas: tos, expectoración, disnea o ruidos respiratorios, generalmente de larga evolución y habitualmente, con antecedentes de tabaquismo, y que, tras la realización de espirometría, se demuestra obstrucción al flujo aéreo poco reversible. Dicha obstrucción bronquial puede, también, ocurrir en ausencia de síntomas respiratorios evidentes.

Paciente diagnosticado previamente de EPOC, mediante espirometría forzada, y que entraría en el proceso para su seguimiento. El diagnóstico de EPOC se establece en función de una relación FEV₁/FVC posbroncodilatador < 0,7 (< 70% en valores absolutos) en un contexto



clínico compatible.

2. Pacientes con un Informe de Continuidad de Cuidados completado antes del alta hospitalaria y que incluya la identificación de los diagnósticos, resultados e intervenciones al alta hospitalaria.

Asimismo, se excluyeron de la muestra los Informes de alta incompletos.

Para este estudio se recogieron todos los ICCA de los pacientes ingresados en un Hospital Comarcal durante el período 2009-2010 y que fueron remitidos a tres Centros de Salud, escogidos al azar, y disponibles en sistema informatizado de historia de salud de atención primaria (Diraya).

La fuente de datos fue el ICCA que consta de : 1) datos del paciente en los que figura el nombre, dirección , localidad, edad, etc., 2) datos referentes al alta como fecha , enfermera referente, motivo de ingreso, PAI, etc. 3) problemas al alta 4) intervenciones 5) criterios de resultados y 6) recomendaciones al alta; además se registraron las siguiente variables: edad (años), sexo, estación del año, motivo de ingreso (causa principal que originó el ingreso), unidad de alta (planta desde la que se informatiza el ICC), nivel de autonomía (Índice de Barthel), diagnósticos enfermeros (taxonomía NANDA I 2007).

Todas las variables recogidas se agruparon en una plantilla informatizada, las variables cuantitativas se expresaron con la media y desviación estándar, y por otro lado, las variables categóricas en porcentajes. Se analizó la frecuencia absoluta de cada diagnóstico, y el porcentaje que cada uno de ellos representa sobre el total de los mismos. Posteriormente se hizo análisis bivalente mediante test de chi cuadrado , según los casos y análisis de correlaciones (test R de Pearson) . Se utilizó Analisis de la varianza (ANOVA) para medir diferencias de medias en dos o más grupos. Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se analizaron en total 101 pacientes de los que 66 eran hombres y 35 mujeres, con una edad de 71,66 años ($\pm 7,33$ años, desviación estándar). La mayoría ingresaron y fueron dados de alta desde los Servicios de urgencias (66,7%) y plantas de Medicina Interna (25,5%), durante los períodos estacionales de invierno (61,8%) y otoño (22,5%), por causas generalmente relacionadas con infecciones como Neumonías (58,8%), y procesos crónicos reagudizados propios de la EPOC (27,5%). (Tabla 1)

En la muestra de Informes de Alta analizada se han identificado un total de 17 diagnósticos distintos. En total se identificaron 222 diagnósticos; la media de diagnósticos por paciente fue de 2,19 (DE $\pm 0,89$), oscilando desde 1 a 6 diagnósticos registrados en el Informe de Alta. (Tabla 2)

Hay un diagnóstico muy frecuente (más del 50% de informes) y 3 diagnósticos frecuentes (entre el 25% y 49%).

Los diagnósticos más frecuentes identificados en los pacientes con EPOC fueron: limpieza ineficaz de vías aéreas (55,9%), patrón respiratorio ineficaz (47,1%), manejo inefectivo del régimen terapéutico (40,2%), conocimientos deficientes (31,4%), riesgo de intolerancia a la actividad (17,6%), intolerancia a la actividad (14,7) y ansiedad (12,7%).

En el análisis de correlaciones se encontró correlación baja entre el nivel de autonomía de los pacientes con EPOC, medido con el Índice de Barthel y el número de diagnósticos ($R = 0,23$, $p < 0,01$). Los pacientes más dependientes suelen tener más numero de diagnósticos reflejados en los Informes.

Discusión

En nuestro estudio se han encontrado diferencias notables entre ambos sexos, con un predominio notable de pacientes varones, coincidiendo con varios estudios publicados en España (13,14,15,16); esta prevalencia en el sexo masculino concuerda



con la estrecha relación causal entre tabaco y EPOC. Esta prevalencia del tabaquismo en nuestro país, junto a la mayor esperanza de vida hacen prever que la EPOC irá aumentando en los próximos años lo que hace precisa una adecuada coordinación multidisciplinar en los distintos niveles asistenciales para intentar paliar el problema.

El empeoramiento o exarcebaciones de los procesos respiratorios crónicos se presentan con más frecuencia durante los períodos invernales dada su estrecha relación con los episodios virales de las vías aéreas (17); nuestro estudio coincide en los resultados presentando un elevado porcentaje durante el invierno (61,8%). Se sabe que aproximadamente un 25% de los pacientes hospitalizados por un empeoramiento del EPOC presentan recaídas que son motivo de reingresos en los períodos inmediatamente posteriores al alta hospitalaria, lo que hace necesaria un exhaustivo seguimiento por la enfermera de atención primaria.

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes identificados en los pacientes con EPOC, la gran mayoría están estandarizados y propuestos en el Proceso Asistencial Integrado del Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía. Si los analizamos por patrones funcionales el patrón más afectado es el de actividad/ejercicio, seguido por el de percepción/manejo de la salud en el que se hace patente la problemática del desconocimiento del proceso de la enfermedad o del régimen terapéutico. La falta de cumplimiento del tratamiento recomendado es un fenómeno común y frecuente en la patología respiratoria crónica. Esta mala adherencia al tratamiento, es una de las principales causas de la mala evolución de la enfermedad así como de cuantiosas pérdidas económicas. Diferentes estudios han mostrado que una atención integral que incluye la educación sobre las patologías de base, la aplicación de un plan por escrito de autocuidado y la realización de revisiones regulares de los pacientes mejora los resultados de la mala adherencia al

tratamiento. La actuación enfermera en materia de educación sanitaria del paciente con patología respiratoria, es imprescindible para lograr el uso correcto de la medicación, una administración adecuada y segura que mejore el pronóstico y la calidad de vida. Nuestros resultados difieren de otros estudios ya que no aparecen diagnósticos relacionados con los autocuidados, con el deterioro de la movilidad física o con el riesgo de caídas propios de pacientes con enfermedades crónicas y alto índice de edad (18,19,20).

Llama la atención que no aparezcan entre los más frecuentes diagnósticos relacionados con la posible alteración de la nutrición, puesto que la EPOC con frecuencia ocasiona pérdida de peso ocasionada por la disnea, la hiperinsuflación pulmonar y los efectos secundarios de algunos medicamentos.

En el estudio de correlaciones la presencia de un mayor número de diagnósticos se relacionó positivamente con la autonomía. Parece claro señalar que exista una relación matemática entre el grado de autonomía medido mediante el Índice de Barthel y el número total de diagnósticos.

La limitación fundamental del estudio es el posible sesgo de clasificación por parte de los profesionales de enfermería, a la hora de incluir el paciente en el proceso EPOC.

Otro sesgo posible en el estudio, es el sesgo de selección ya que muchos pacientes, son incluidos en otros procesos asistenciales como puede ser fractura de cadera en el anciano, angina inestable, demencias, etc. que pueden interferir en la validez externa del estudio.

También señalar el hecho de que el estudio se llevó a cabo en un solo Hospital de referencia, pero con una muestra de varias zonas básicas; por tanto los resultados sólo serán válidos para este tipo de instituciones y para pacientes con similares características.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra la utilización de las terminologías enfermeras estandarizadas ampliamente conocidas y reconocidas y que demuestran



la contribución de los cuidados enfermeros a los pacientes.

Como conclusión señalar que los diagnósticos más frecuentes identificados en pacientes con procesos respiratorios crónicos han sido entre otros limpieza ineficaz de vías aéreas, patrón respiratorio ineficaz, manejo inefectivo del régimen terapéutico, conocimientos deficientes, riesgo de intolerancia a la actividad, intolerancia a la actividad y ansiedad. La planificación de los cuidados, mediante el Informe de Continuidad de Cuidados al Alta (ICCA), facilita y agiliza la

intervenciones enfermeras sobre los principales problemas de los pacientes con EPOC, lo que repercutirá en términos de salud y calidad de vida y asimismo conllevará una disminución de los ingresos hospitalarios. El conocimiento que nos aporte el estudio nos permitirá, por ejemplo, diseñar planes formativos enfocados a aquellos diagnósticos más prevalentes, reelaborar planes de cuidados estandarizados, o incidir en el estudio de determinados factores de riesgo que puedan insinuarse.

Bibliografía

1. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla; 2001.
2. Hurd S. The impact of COPD on lung health worldwide: epidemiology and incidence. Chest 2000; 117:15-45.
3. Comité científico del estudio IBERPOC. Proyecto IBERPOC: un estudio epidemiológico de la EPOC en España. Arch Bronconeumol 1997; 33:293-9.
4. González Linares RM. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. Revista calidad asistencial 1999; 14:273-8.
5. Román M et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enfermería Clínica 2005; 15(3):163-6.
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica :proceso asistencial integrado. 2ª ed .Sevilla : Consejería de Salud, 2007.
7. Titler M, Dochterman J, Xie X, et al. Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. Nursing Research; 55: 231-42.
8. Lavin MA, Avant K, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Gebbie K. Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. International Journal of nursing Terminologies and Classifications; 15: 39-47.
9. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier; 2010.
10. McCloskey J C, Bulechek G M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Interventions Classification (3ª ed.). Madrid: Harcourt, 2002.
11. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Nursing Outcomes Classification (2ª ed.). Madrid: Harcourt, Mosby 2003.
12. Von Krogh G, Dale C, Naden D. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. Journal of Nursing Scholarship; 37: 275-81.
13. Marco Jordan et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población general: estudio epidemiológico realizado en Guipúzcoa. Arch Bronconeumol 1998; 34:23-7.
14. Brotons B et al. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del asma. Estudio transversal. Arch Bronconeumol 1994; 30:1988 - 348X



30:149-52.

15. Jaen A et al. Prevalencia de la bronquitis crónica, asma y obstrucción al flujo aéreo en una zona urbano industrial de Calalunya. Arch Bronconeumol 1999; 35:122-8.
16. Marco J et al. Encuesta respiratoria en una población rural. Arch Bronconeumol 1992; 28:165-71.
17. Anthonisen NR. The British hypothesis revisited. Eur Respir J 2004; 23:657-8.
18. De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Galmes A. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en el paciente geriátrico después del alta y su evolución. Rev Mult Gerontol. 2001; 11:20-2.
19. Flores E. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. Enf Clini. 1996; 6: 242-8.
20. Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER, Ludwig MLM, Moraes MA. Diagnosticos de enfermeria e intervenciones prevalentes en el cuidado al anciano hospitalizado. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4).



Tabla 1. Características de los pacientes con EPOC.

| VARIABLE | N = 101 | PORCENTAJE |
|-------------------------------|--------------|------------|
| EDAD | 71,66 ± 7,33 | |
| SEXO | | |
| -Hombres | 66 | 64,7% |
| -Mujeres | 35 | 34,3% |
| ESTACIÓN | | |
| -Primavera | 12 | 11,8% |
| -Verano | 3 | 2,9% |
| -Otoño | 23 | 22,5% |
| -Invierno | 63 | 61,8% |
| MOTIVO INGRESO | | |
| -EPOC | 28 | 27,5% |
| -Neumonía | 60 | 58,8% |
| -Otras | 13 | 12,7% |
| PLANTA ALTA | | |
| -Urgencias | 26 | 25,5% |
| -Medicina Interna | 68 | 66,7% |
| -Otras | 7 | 7,8% |
| INDICE BARTHEL | | |
| -Independiente (100) | 31 | 30,4% |
| -Dependiente leve (80 <100) | 61 | 59,8% |
| -Dependiente moderado(60 <80) | | |
| -Dependiente severo(45 <60) | 8 | 7,8% |
| Dependiente total (<45) | 1 | 1% |
| | 0 | 0% |



Tabla 2. Diagnósticos de Enfermería (N=101) presentes en los ICCA y su frecuencia de aparición.

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | Porcentaje (Frecuencia) |
|---|-------------------------|
| Limpieza ineficaz de vías aéreas | 55,9%(57) |
| Patrón respiratorio ineficaz | 47,1%(48) |
| Manejo inefectivo del régimen terapéutico | 40,2%(41) |
| Conocimientos deficientes | 31,4%(32) |
| Riesgo de intolerancia a la actividad | 17,6%(18) |
| Intolerancia a la actividad | 14,7%(15) |
| Ansiedad | 12,7%(13) |
| Riesgo de infección | 9,8% (10) |
| Incumplimiento del tratamiento | 8,8%(9) |
| Insomnio | 8,8%(9) |
| Deterioro del intercambio gaseoso | 5,9%(6) |
| Fatiga | 5,9%(6) |
| Baja autoestima situacional | 3,9%(4) |
| Dolor agudo | 2,9%(3) |
| Cansancio en el desempeño del rol de cuidador | 2,0%(2) |
| Deterioro de la adaptación | 2,0%(2) |
| Impotencia | 1,0%(1) |

